



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

*“Porque sólo cuando nos escuchen ya no necesitaremos gritar.
Y eso es exactamente lo que es la autolesión:
un grito doloroso, sangriento y silencioso.”*

James Rhodes

Agradecimientos

Gracias a mis directores; por haberme dado la oportunidad de trabajar en su equipo transmitiéndome su entusiasmo por la investigación. A la Dra. Sandra Pérez, por apostar por mí para este proyecto, por su rigurosidad y fe en la investigación, por su apasionado interés en esta área tan compleja y por su cercanía. Al Dr. Helio Marco, por su disponibilidad, por su actitud positiva ante las dificultades, por proponer retos y llevarlos a cabo con coherencia y sapiencia.

Gracias al Dr. Joaquín García-Alandete, por aclararme tantas dudas, con tanta paciencia y humor, por su generosidad a deshoras, la estadística con pintura entra mejor.

Gracias al Dr. José Francisco Gallego, por ser mi maestro y mi becario; por recorrer España a mi lado para que esto saliese bien; por enseñarme la importancia de lo pequeño, a distanciarme; y, por regalarme la oportunidad de aprender de él.

Gracias a los Marianistas, por escuchar mi propuesta, por abrirme su casa y de nuevo hacer que sienta que es la mía. En especial gracias a Samuel Forcada, por ser el primero en escuchar y gestionar. A Paco Sales, a Rafa Bueno y a Lourdes Porta, por su implicación absoluta en Valencia. A Javi Sanz, Hugo Diego y Ricardo Donet por ese fantástico viaje a Vitoria, del que nos fuimos llenos de energía e ilusión para encarar este proyecto; y a Ramón Iceta por su cariño en Logroño. De la misma manera, gracias a mi tía Pilar, por abrirme los colegios de la Institución Teresiana... y por estar tan atenta.

Gracias a todos los que se han cruzado en mi andadura profesional, desde que terminé la carrera hasta hoy. A mis compañeros y amigos de carrera y máster con los que comparto la pasión por la psicología, Rocío Guerra, Pablo Calvo y Alba González. Gracias a las personas que configuran la facultad de Psicología de la Universidad Católica de Valencia, por cuidarme tanto, en especial gracias a Reyes Moliner por la incondicionalidad; y, a Ángel Turbi por la autenticidad.

Gracias a la familia Correa-Añón por darme de comer cada miércoles de forma tan generosa, y por formar parte de mi vida casi desde que tengo uso de razón, dándome ejemplo de acogida, familia y quehacer profesional.

Gracias también a mis amigos, por estar siempre; porque sin ellos no sería quien soy; porque son las personas con quienes he elegido compartir mi vida y siempre están cerca tanto en los mejores momentos como en los más duros. A Marinin, Pilar, Jesús, Xus, Álvaro, Jorge, Mauro, Isa, Núria, Guille, Elisa, Arantxa, María, Marta, María, Paloma, Iván, Bruno, Carol, Itzi, Fran y especialmente a Lucía y Sara por haber compartido tanta alegría, por no necesitar decir nada para estar y por seguir riendo y estando.

Gracias a mis cuñados Pachi y Marina; y a mi hermana Nuria, por estar siempre atentos a lo que he podido necesitar –por preocuparse, por estar ahí, por llevarse a los niños al zoo o a lo que hiciese falta–, por compartir la vida con nosotros.

A mis suegros, esta tesis hubiese sido imposible sin ellos, por quererme como a una hija desde el primer día, por ser un ejemplo de generosidad infinita. Gracias Paco, gracias Mercedes.

Gracias a mis padres, sin duda no habría escrito esta tesis si no tuviese la familia que tengo, por darme la posibilidad de una vida llena de sentido, por su apoyo incondicional en cada una de las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, su amor infinito y el haberme inculcado unos valores que me iluminan incluso en momentos de oscuridad. Gracias Paco, gracias Rosario.

Gracias a mis hijos, Alejandra, Mateo y Francisco, habéis nacido y crecido a la par que esta tesis, sois alegría, ilusión y esperanza. Llenáis todo de luz.

Gracias a mi marido, Jorge; porque esta tesis es casi tan suya como mía por su amor y su bondad; por pretender dejar el mundo un poco mejor que lo encontramos. Por su dedicación y por compartir una vida tan plena.

A mis pacientes, –los sufrientes, los resilientes–, que dan sentido a esta investigación.

Por último, gracias a Dios, porque sin Él nada de esto hubiera sido posible, por regalarme en cada momento a la persona oportuna.

Tabla de contenido

Índice de contenido

Resumen	13
Capítulo 1. Marco teórico.....	17
1. Las autolesiones no suicidas.....	17
1.1. Evolución conceptual y diagnóstica.	17
1.2. Prevalencia.....	22
1.3. Métodos.....	25
1.4. Edad de inicio y duración.	27
1.5. Adolescentes como grupo de riesgo.	28
1.6. Frecuencia.....	30
1.7. Factores de Riesgo de las ANS.	31
1.8. Factores de Protección de las ANS.	48
1.9. Funcionalidad de las ANS.	51
1.10. Modelos conceptuales.	55
1.11. Diferencia y relación entre las ANS y las conductas suicidas.	64
1.12. Instrumentos de medida.....	67
1.13. Estructura multidimensional vs unidimensional de las ANS.	71
Capítulo 2. Objetivos e hipótesis	75
2.1. Objetivos.....	75
2.2. Hipótesis.....	75
Capítulo 3. Método	79
3.1. Diseño.....	79
3.2. Ámbito y población de estudio.....	79
3.2.1. Criterios de inclusión.....	79
3.2.1. Criterios de exclusión.....	79
3.3. Implicaciones éticas.....	79
3.4. Estudio piloto	81
3.5. Reclutamiento de la muestra	81
3.6. Descripción de la muestra	82
3.7. Instrumentos de evaluación.....	83
3.6.1. Formulario de recogida de datos generales.	84
3.6.2. Medida de la variable independiente.	84
3.6.3. Medidas de las variables dependientes.....	85
3.8. Análisis estadístico	88
Capítulo 4. Análisis de datos y resultados.....	92
4.1. Estadísticos descriptivos	92

4.2 Influencia del dispositivo empleado.....	95
4.3 Estructura factorial unidimensional de las ANS.....	95
4.4. Diferencias entre los adolescentes con ANS y sin ANS.....	96
4.5. Efecto moderador del Sentido de la Vida sobre las ANS graves	102
4.6. Modelo predictivo de las ANS.....	103
Capítulo 5. Discusión y Conclusiones	110
5.1. Discusión	110
5.2. Limitaciones del estudio y futuras directrices	119
5.3. Conclusiones	121
Referencias.....	124
Anexos	170
1. Aprobación del Comité de Ética de la UCV	170
2. Consentimientos Informado y Asentimiento Informado.....	170
3. Aprobación del Comité de Ética de la UCV	173
4. Protocolo de Recogida de datos	174

Resumen

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

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 relativa a 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 autoinflinge la persona tanto si existe como si 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 del 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 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 autoinflinge 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 está 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 metanálisis 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 del 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 (Somer 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 cigarros 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, Glenn 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 de ANS utilizados (Andover, Primack, Gibb y Pepper, 2010; Whitlock, et al., 2011), pero sí 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 rasarse 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 con agujas o los golpes. Los métodos más comúnmente informados entre las mujeres fueron cortarse ($n = 14$) y rasarse ($n = 14$), 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 se observó que las áreas del cuerpo con las que se los jóvenes se autolesionaron con mayor probabilidad fueron 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 periodo de tiempo. Como se propone en la sección tres del DSM-5, debe haber incidentes repetidos de ANS en el periodo 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, p. 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 autoinculpación, 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 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 apartado 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 y Vertommen, 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 et al., 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, Olin 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 los futuros 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 a autolesionarse es un factor de riesgo potencial para una mayor gravedad de las ANS y también pueden elevar el riesgo de comportamientos suicidas 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 contribuyen 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 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 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 autoagresivo, como el consumo de alcohol y problemas con la ley.

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 (Gatz 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, Gatz, 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 de las ANS, y esto sucede a través de la Desregulación Emocional (Adrian et al., 2010). Otros investigadores también apoyaron la relación entre las 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 las 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 las mismas, facilite la puesta en marcha de un proceso rumiativo dirigido a averiguar la causa de tales emociones y sus consecuencias, que pueda 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., (2015) 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 autodirigido. 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 persona responsable sobre los demás y las cogniciones cargadas de autoodio (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) plantearon 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 plantearon 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 Frustrada y la Carga Percibida 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 evidencian 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 ligada 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 en la 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 el 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 explicaron 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. A su vez, exploraron las diferencias en la insatisfacción corporal, la orientación a la Imagen Corporal y la inversión corporal en pacientes con trastornos alimentarios sin ANS ($n = 144$), con ANS alguna vez en su vida pero no el año anterior ($n = 19$) y con ANS en el año anterior ($n = 63$). Los pacientes restrictivos y purgativos con ANS tuvieron niveles más elevados en la 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 con 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 las 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 Nedechava, 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) que influye sobre 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 se considera la cultura popular de las ANS, como podrían 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 Kleftras, 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 a 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 aquellas 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). 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 de 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 la 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, 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 *autocastigo* 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 autoanulación son características que refieren quienes se autolesionan (Ben-nun, 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 autocalmarse 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 estos pensamientos, 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 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.

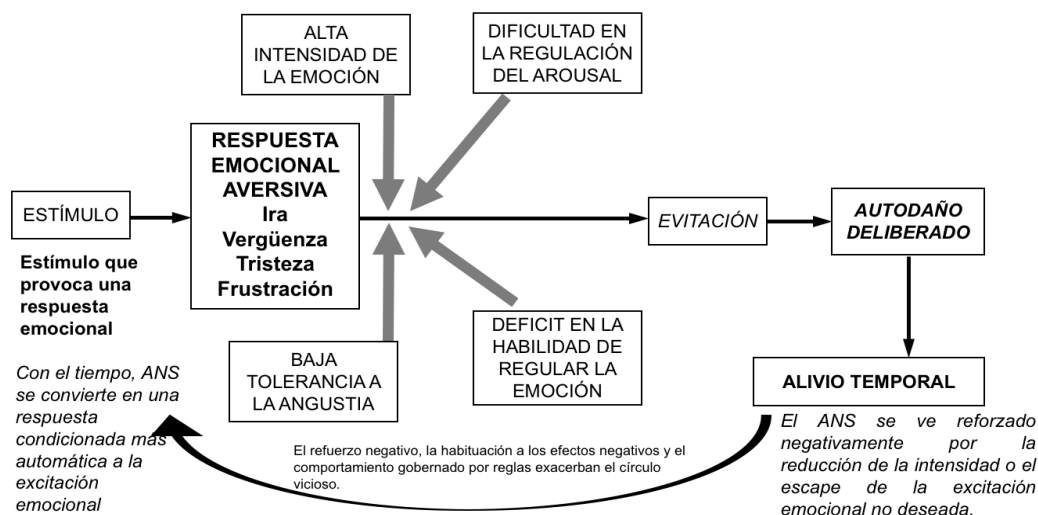


Figura 1: Representación gráfica del Modelo de Evitación Experimental de autolesión deliberada. Adaptado de: Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. Behaviour Research and Therapy, 44, 371-394. Reprinted with permission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

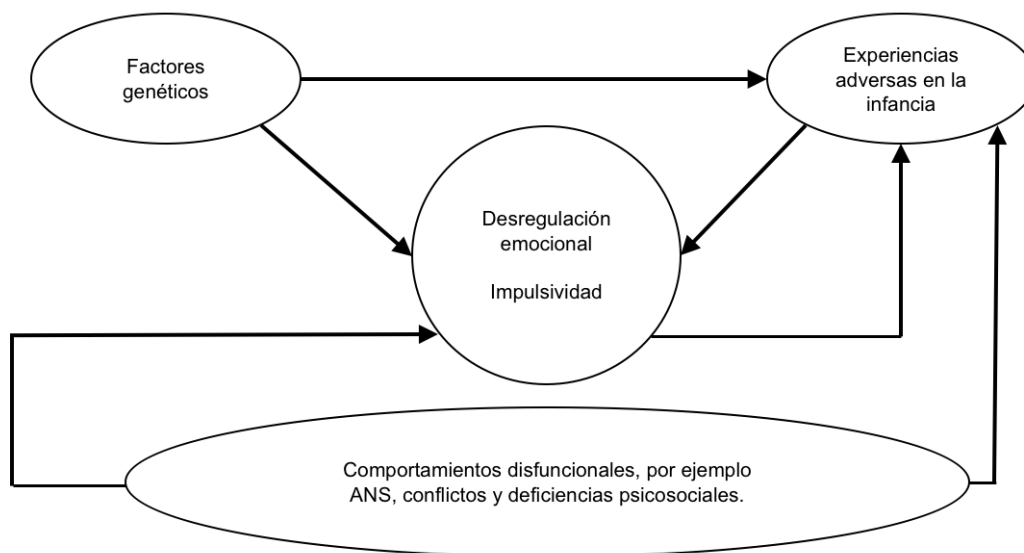


Figura 2: Modelo neuroconductual del trastorno límite de la personalidad. Adaptado de :Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. The Lancet, 364(9432), 453-461. Copyright 2010 por la American Psychological Association.

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 autocritica 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 las ANS repetidas (Nock, 2009).

Hipótesis de identificación implícita.

Una vez que se lleva a cabo 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).

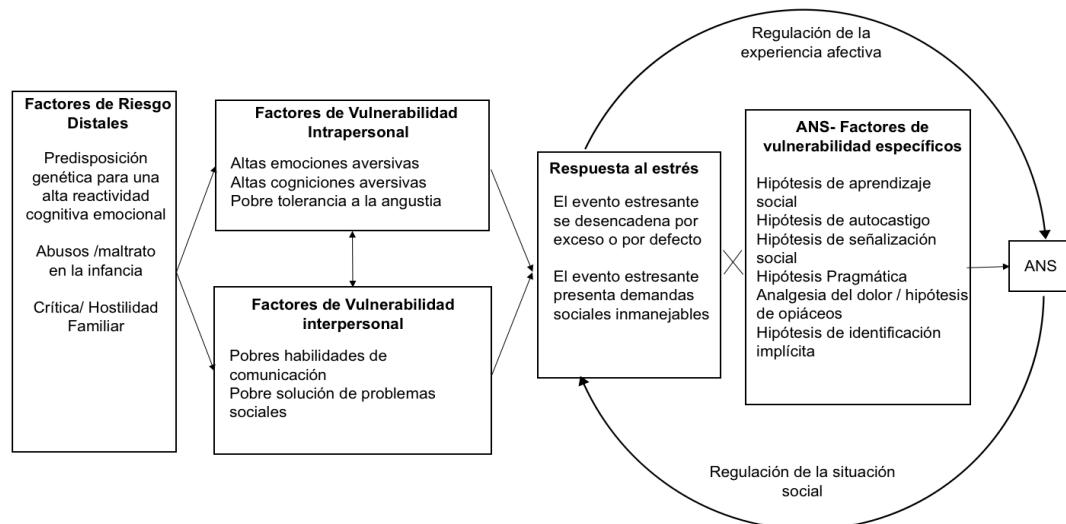


Figura 3: Modelo teórico integrado del desarrollo y mantenimiento de la autolesión no suicida (ANS). Adaptado de: Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83. Copyright 2010 por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

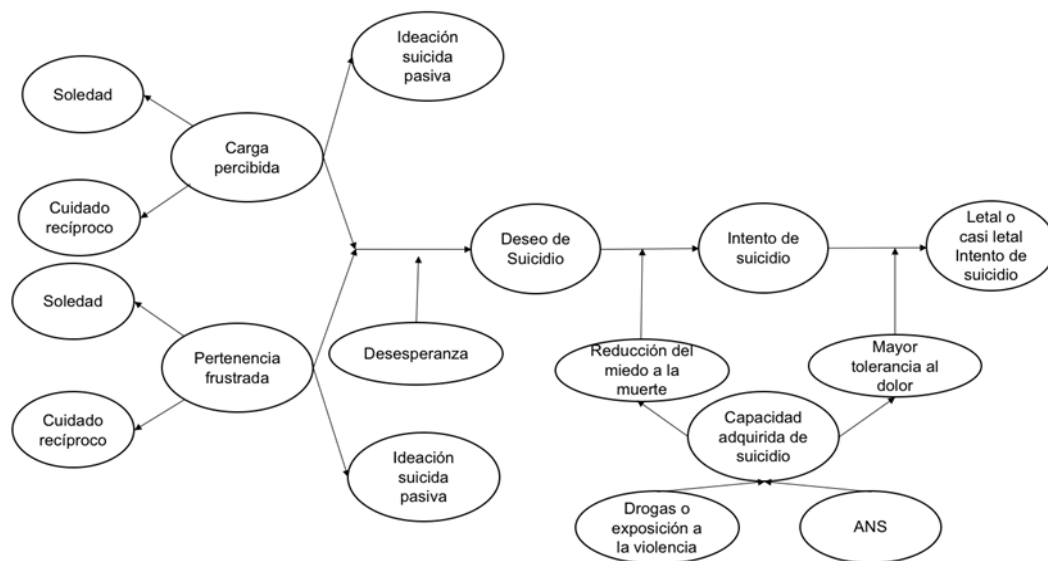


Figura 4: Teoría Interpersonal del suicidio. Adaptado de: K. A. Van Orden, T. K. Witte, K. C. Cukrowicz, S. R. Braithwaite, E. A. Selby, and T. E. Joiner Jr., 2010, *Psychological Review*, 117, p. 588. Copyright 2010, American Psychological Association.

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 (Pertenencia 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; Czyz, 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 Pertenencia 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 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.

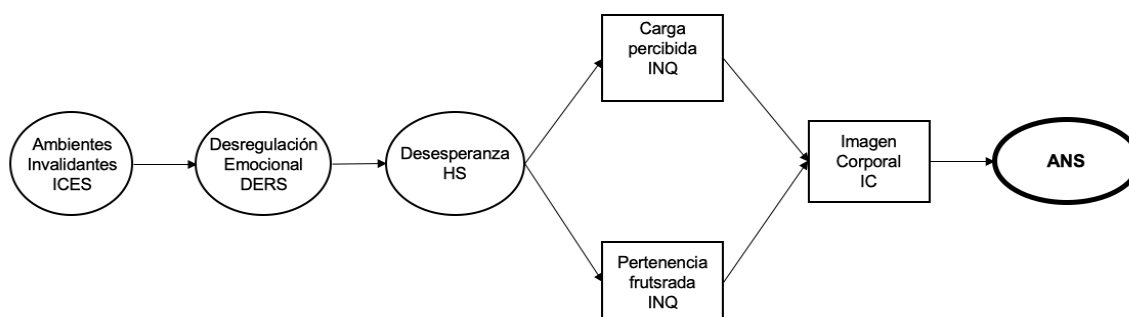


Figura 5: Propuesta de un modelo integrador de las ANS.

1.11. Diferencia y relación entre las ANS y las conductas suicidas.

Este apartado pretende justificar por qué las ANS y el suicidio deben ser diferenciados en su estudio, gestión y tratamiento. Las ANS difieren del comportamiento suicida fundamentalmente en la ausencia de una intención suicida clara, aunque los estudios sugieren una relación de progresión hacia las tendencias suicidas (Guan et al., 2012; Hawton et al., 2012; Hamza et al., 2012; Victor y Konsky, 2014).

Las ANS se asocian tanto con la ideación suicida (p. ej., Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007) como con futuros intentos de suicidio (p. ej., Cooper et al, 2005; Muehlenkamp, Xhunga y Brausch, 2018; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006; Whitlock y Knox, 2007). De hecho, las ANS han sido identificadas como uno de los más fuertes predictores del comportamiento suicida (Asarnow et al, 2011; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka y Goodyear, 2011). En este sentido, aunque las ANS y el comportamiento suicida son distintos en sus formas, mantienen, sin embargo, una fuerte asociación. Aunque no hay una única explicación completa, investigaciones anteriores han sugerido varios mecanismos plausibles (mediadores) y los factores contextuales (moderadores) que impulsan la relación entre estos comportamientos.

Se ha encontrado de forma consistente que los síntomas depresivos son un indicador del riesgo de suicidio (Davidson, Wingate, Grant, Judah y Mills, 2011; Holma et al., 2010). De hecho, las personas que han participado, tanto en ANS como en intentos de suicidio, han reportado niveles elevados de depresión, en comparación con aquellos que únicamente se autolesionaban (Dougherty et al., 2009). Al mismo tiempo, Klonsky, May y Glenn (2013) encontraron que la relación entre ANS e intentos de suicidio es más fuerte que la relación entre la depresión e intentos de suicidio. De hecho, en su estudio, fueron las ANS y no la depresión las que se asociaron significativamente con el intento de suicidio. La Desregulación Emocional también se ha asociado tanto con las ANS y con el comportamiento suicida. En concreto, se ha descubierto que la capacidad de regular las emociones tiene una relación negativa con la ideación suicida (Ciarrochi, Dean y Anderson, 2002; Rajappa, Gallagher y Miranda, 2012) y los intentos (Tamas et al., 2007; Zlotnick et al., 1997; Zlotnick, et al, 2003). Por otra parte, se ha sugerido que la Desregulación Emocional puede aumentar los niveles de las ANS mediante la reducción del dolor percibido y, por lo tanto, aumentar la voluntad de experimentar el dolor asociado con la autolesión (Franklin et al., 2012). Las investigaciones anteriores también han revelado que la Desregulación Emocional se asocia con un aumento de la capacidad adquirida para el suicidio. Mayores niveles de experiencias dolorosas y provocadoras, en algunos individuos emocionalmente desregulados, serán un factor mediador de la relación entre la Desregulación Emocional y el comportamiento suicida (Anestis, Bagge, Tull y Joiner, 2011; Anestis, Coffey, Schumacher y Tull, 2011; Anestis, Gratz, Bagge y Tull, 2012; Anestis y Joiner, 2012; Pennings y Anestis, 2013).

Otra variable que puede explicar bien la dinámica -o amplificar la relación entre ANS y el comportamiento suicida-, es la capacidad adquirida para el suicidio. De acuerdo con la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), el deseo suicida por sí solo no conduce a la muerte por suicidio; es decir, la mayoría de las personas carecen de la habilidad para actuar sobre su deseo suicida. Sólo después de la exposición repetida a los acontecimientos dolorosos, el individuo puede habituarse al dolor fisiológico y desarrollar una ausencia de miedo respecto a la muerte. En este caso, es posible que las personas adquieran la capacidad de morir por suicidio. Es importante señalar que las ANS ya se ha propuesto como un medio para adquirir la capacidad para el suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008). En este sentido, la relación entre ANS y el comportamiento suicida en teoría podría explicarse por el impacto a largo plazo de las ANS en la relación de un individuo con la respuesta al dolor y la muerte.

Se observa, entonces, que la relación entre las ANS y los intentos de suicidio es compleja (Klonsky et al., 2013) y existe un acuerdo general de que hay una superposición entre las ANS y la conducta suicida (Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Nock et al., 2006). Ambos, obviamente, implican daño intencional al cuerpo y comparten algunas similitudes con respecto a las vías etiológicas (Wichstrom, 2009; Wilkinson et al., 2011). La investigación longitudinal reciente ha encontrado que las ANS predicen intentos de suicidio en muestras clínicas de adolescentes deprimidos (Asarnow et al., 2011; Wilkinson, et al., 2011), así como en muestras

comunitarias de adolescentes (Guan et al., 2012). Whitlock et al. (2013) sugirieron que las ANS pueden ser un importante factor de riesgo del suicidio. El comportamiento suicida y la ANS tienden a coexistir (Andover et al., 2012; Asarnow et al., 2011; Hamza, Stewart y Willoughby, 2012; Plener, Libal, Keller, Fegert y Muehlenkamp, 2009; Whitlock et al., 2013) y entre el 14-70% de los grupos clínicos informan ambos comportamientos (Andover et al., 2012). Tuisku et al. (2014), por ejemplo, encontraron que el 53% de los adolescentes con ANS en su muestra clínica también informaron un intento de suicidio. Nock et al. (2006) encontraron que hasta el 70% de los que informaron ANS también informaron intentos de suicidio a lo largo de la vida. Sin embargo, la gran mayoría de los adolescentes de las muestras comunitarias que participan en ANS no informan tener intención de suicidio (Brausch y Gutiérrez, 2010; Hilt et al., 2008; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007; Muehlenkamp, 2005; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007; Plener et al., 2009). En un momento dado, los individuos normalmente tienen claro si existe la intención de morir o no al realizar un comportamiento autolesivo (Wilkinson, 2011), que es respaldado por estudios con jóvenes que diferencian claramente entre comportamiento suicida y no suicida (Hilt et al., 2008; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007).

Por lo tanto, se presentaron argumentos para que la autolesión no suicida y suicida deba diferenciarse (p. ej., Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006; Yates, 2004). Además de la diferencia en la intención, es decir, escape permanente versus modificación de la conciencia (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006), la investigación ha demostrado consistentemente diferencias entre ANS e intento de suicidio en aspectos como letalidad, métodos, prevalencia, frecuencia y funciones (Csorba et al., 2009; Kahan y Pattison, 1984; Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006). Con respecto al nivel de daño físico y letalidad potencial, el método de autolesión elegido a menudo comunica información sobre el intento (Walsh, 2006). A mayor número de métodos, así como una mayor frecuencia a la hora de autolesionarse, mayor historial de intentos de suicidio e ideación suicida (Dicorcia, Arango, Horwitz y King, 2017; Pérez, Marco y Cañabate, 2018).

En Suecia, sólo el 2% de todos los suicidios consumados se realizaron mediante cortes durante 2012 (Jiang, Hadlaczky y Wasserman, 2014). También hay una diferencia en el tipo de atención médica necesaria (Muehlenkamp, 2005), siendo la tasa de frecuencia de ANS generalmente mucho más alta que la de los intentos de suicidio (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006). También hay diferencias en las funciones (Baetens et al., 2011; Brown et al., 2002). Después de un intento de suicidio, las personas a menudo tienen un dolor psicológico duradero, mientras que el estado emocional después de un acto de ANS es más bien el contrario (Walsh, 2006). Estos hallazgos son respaldados por Chapman y Dixon-Gordon (2007), quienes mostraron que las personas que habían intentado suicidarse informaron emociones más negativas y menos positivas después del acto, en comparación con aquellos que habían participado en ANS.

Por último, algunas investigaciones sugieren que los adolescentes con conductas suicidas y ANS comparten características psicológicas y de comportamiento similares, pero estas características son más prominentes en adolescentes con conductas suicidas que con ANS. Estos hallazgos apoyan la teoría del modelo integrado (Hamza et al., 2012), que sugiere que las ANS y los comportamientos suicidas son comportamientos diferentes, pero comparten perfiles de riesgo psicológicos similares. Sin embargo, estos problemas de salud mental son más severos en los pacientes con intentos de suicidio que en adolescentes con ANS (Butler y Malone, 2013). Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que involucrarse en ANS predispone a los intentos de suicidio o la hipótesis de que las ANS y la conducta suicida se encuentran en un espectro de autolesión (Butler y Malone, 2013).

1.12. Instrumentos de medida.

A medida que crecía la necesidad de medir y evaluar las ANS con fines de investigación y en la práctica clínica, a finales de los años 90, comenzaron a desarrollarse métodos para este fin. La mayoría de los instrumentos se han desarrollado en países de habla inglesa y deben someterse al procedimiento de traducción y pruebas psicométricas en los países y poblaciones donde en la actualidad ya están siendo utilizados.

Los instrumentos más completos son las entrevistas semiestructuradas ya que permiten evaluar la presencia, la frecuencia y las características de una amplia gama de pensamientos y conductas autolesivas, además incluyen ideación suicida, planes de suicidio, gestos de suicidio, intentos de suicidio y autolesión no suicida. Entre ellas, encontramos la *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (SASII) (Linehan, Comtois, Brown, Heard y Wagner, 2006) y la *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI) (Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007) en su versión española validada por García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz y Baca-García, 2013).

Mientras que la SASII se ha utilizado principalmente en poblaciones de adultos con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, la SITBI se ha utilizado también en adultos y en muestras de adolescentes mostrando buenas propiedades psicométricas (Nock et al., 2007) y, generalmente, se ha aceptado como una medida recomendada para evaluar las ANS y a conducta suicida (Cloutier y Humphreys, 2009; Weinberg y Klonsky, 2009).

La SITBI es una entrevista con 169 elementos divididos en cinco módulos que evalúa la presencia, frecuencia y características de cinco tipos de pensamientos y conductas: (a) ideación suicida: "¿Alguna vez has pensado en suicidarte?", (b) planes de suicidio: "¿Has ¿Alguna vez has hecho un plan para matarte? ", (c) gestos de suicidio: " ¿Alguna vez has hecho algo para que otros piensen que querías suicidarte cuando realmente no tenías intención de hacerlo? "), (d) intentos de suicidio ("¿Alguna vez ha intentado suicidarse en el que tuvo al menos algún intento de morir?"), y (e) autolesión no suicida ("¿Alguna vez ha hecho algo para lastimarse intencionalmente sin la intención de morir? "). Los elementos se crearon y se redactaron para ser consistentes con las definiciones comúnmente aceptadas de cada

tipo de pensamiento o conducta, con un énfasis especial en la claridad y especificidad en la evaluación de cada construcción relacionada con la autolesión (O'Carroll et al., 1996).

Por lo que respecta a los instrumentos de autoinforme para evaluar las ANS, a menudo se dividen en medidas sindrómicas (que evalúan frecuencia, características y tipos de las ANS) y funcionales. Ejemplos de medidas de autoinforme de síndromes que se han utilizado en adolescentes es el *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI) (Gratz, 2001), un instrumento que evalúa únicamente frecuencia, tipos y forma de las ANS, pero no funcionalidad. Y, por otro lado, el *Self-Harm Behavior Questionnaire* (SHBQ) (Gutiérrez, Osman, Barrios y Kopper, 2001), otra medida sindrómica que se ha utilizado en adolescentes.

El SHBQ (Gutiérrez et al., 2001) mide la frecuencia, la gravedad y el contexto en el que se producen las ANS. Se ha probado psicométricamente, como una medida de autoinforme de respuesta libre, de pensamientos y comportamientos relacionados con el suicidio. Los resultados del análisis factorial respaldaron las cuatro áreas de contenido distintas entre las cuales se dividen las preguntas en el SHBQ. La fuerza de las cargas factoriales y las interrelaciones relativamente débiles entre los cuatro factores indican que los encuestados reconocen claramente que están dando información en distintas áreas de contenido. Las estimaciones alfa totales que van desde .89 a .96 indican que el SHBQ es altamente consistente internamente. Gutiérrez et al. (2001) dicen confirmar con estos resultados la teoría actual respecto a la naturaleza multidimensional de los comportamientos y pensamientos relacionados con el suicidio (Gutiérrez et al., 2001; Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1996; Muehlenkamp, Cowles y Gutiérrez, 2010).

Respecto a otras medidas, que evalúan tanto a nivel sindrómico como funcional, se encuentran el *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM) (Lloyd et al., 1997), el *Ottawa Self-Injury Inventory* (OSI) (Cloutier y Nixon, 2003; Martin et al., 2013) y el *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS) (Klonsky y Glenn, 2009), los cuales han sido utilizados en varios estudios con muestras de adolescentes y adultos jóvenes.

El FASM (Lloyd et al., 1997) fue diseñado para evaluar los métodos, la frecuencia y las funciones autoinformadas de las ANS. Consta de dos partes: primero, una lista de verificación de ANS, en la cual se pregunta a los encuestados si se involucraron a propósito en cada uno de los 11 comportamientos diferentes de las ANS (más una categoría de "otros") durante el año pasado y, si es así, la frecuencia de ocurrencia y si se obtuvo tratamiento médico, que se valora como un indicador de la gravedad de la lesión. Un análisis factorial de los 11 comportamientos arrojó dos factores (Lloyd et al., 1997). El primer factor incluyó elementos considerados de naturaleza más severa clínicamente, que se denominaron como 'ANS moderadas/ severas': corte/ tallado, quemaduras, autotatuaje, raspado y borrado (es decir, usar un borrador para frotar la piel hasta el punto de ardor y sangrado) de la piel. El segundo factor consistió en comportamientos menos severos, denominados como "ANS menores": golpearse a sí mismo, arrancarse el cabello, morderse a sí mismo, insertar objetos

debajo de las uñas o la piel, arrancar una herida y raspar áreas para extraer la sangre. También se les preguntó a los participantes el tiempo durante el cual han llevado a cabo el comportamiento, a qué edad comenzaron a autolesionarse, si las ANS se realizaron bajo la influencia de drogas o alcohol, el grado de dolor físico experimentado durante la ANS y si alguno de estos comportamientos fue un intento de suicidio.

La segunda parte del FASM consta de 22 afirmaciones que evalúan las motivaciones para las ANS, presentadas en formato de lista de verificación y clasificadas en una escala Likert de cuatro puntos, que van desde nunca hasta a menudo. Los elementos se extraen de teorías de ANS más comúnmente descritas, como la regulación del afecto, la influencia interpersonal, la anti-disociación/generación de sentimientos y las funciones de autocastigo. Como se describió anteriormente, Nock y Prinstein (2004, 2005) han demostrado la validez estructural y de constructo de un modelo de cuatro factores de las funciones de las ANS: refuerzo automático negativo, refuerzo automático positivo, refuerzo social negativo y refuerzo social positivo.

El FASM ha demostrado propiedades psicométricas aceptables en muestras de adolescentes (Esposito et al., 2003; Guertin et al., 2001; Penn et al., 2003), encontrando una consistencia interna y una validez concurrente adecuadas, como lo demuestran las asociaciones significativas con medidas de ideación suicida, intento de suicidio en el pasado (Guertin et al., 2001), intento de suicidio reciente, Desesperanza y síntomas depresivos (Nock y Prinstein, 2005).

El OSI (Cloutier y Nixon, 2003; Martin et al., 2013) es una medida de autoinforme que ofrece una amplia evaluación de las ANS, que incluye tanto la medición de sus funciones como las posibles funciones adictivas. El inventario se desarrolló sobre la base de una revisión bibliográfica completa, comentarios de médicos y aportes de pacientes psiquiátricos adolescentes con ANS. Contiene una serie de escalas que incluyen una indicación de la frecuencia de los pensamientos y actos recientes de ANS, las razones para comenzar autolesionarse y las razones para seguir lastimándose (es decir, funciones), características adictivas, nivel de motivación para detener el comportamiento y otras características de las ANS. Las funciones de las ANS están respaldadas al indicar el grado en que 31 elementos (por ejemplo, "liberar una tensión insoportable", "obtener atención y atención de otros") se corresponden con sus razones para participar en las ANS, que van desde 0 a 4. Los jóvenes también responden preguntas sobre lo que ha ayudado o no en términos de tratamiento(s) anterior(es). El OSI ha demostrado ser válido y fiable con adecuados índices de consistencia interna de 0.67 a 0.87 en una muestra universitaria de adultos jóvenes (Cloutier y Nixon, 2003). Los análisis factoriales exploratorios revelaron cuatro factores en la funcionalidad (regulación de la emoción interna, Influencia social, regulación de la emoción externa y búsqueda de sensaciones) y un solo factor de características adictivas.

El ISAS (Klonsky y Glenn, 2009) es una medida diseñada para evaluar exhaustivamente las funciones de las ANS. El ISAS satisface una necesidad importante porque las medidas anteriores no evalúan las funciones de las ANS de manera integral (Klonsky, 2007). La primera sección de ISAS evalúa la frecuencia a lo largo de la vida de 12 comportamientos de ANS realizados "intencionalmente y sin intención suicida". Los comportamientos evaluados son: golpearse, morderse, quemarse, cortarse, arrancarse heridas, pincharse con agujas, pellizcarse, estirarse del pelo, frotar la piel contra superficies rugosas, tallarse, rascarse severamente y tragar sustancias químicas. Se les pide a los participantes que estimen la cantidad de veces que han realizado cada comportamiento. Cinco preguntas adicionales evalúan los factores descriptivos y contextuales, incluida la edad de inicio, la experiencia del dolor durante las ANS, si las ANS se realizan solo o en presencia de otros, el tiempo entre la necesidad de autolesionarse y el acto, y si el individuo desearía dejar de autolesionarse. Las escalas de comportamiento han demostrado adecuada fiabilidad y validez (Klonsky y Olino, 2008).

Aquellos evaluados que indican uno o más comportamientos de ANS tienen instrucciones de completar la segunda sección de ISAS. La segunda sección evalúa las 13 funciones potenciales de las ANS que se han explicado en apartados anteriores: regulación del afecto, anti-disociación, anti-suicidio, autonomía, límites interpersonales, influencia interpersonal, marcación de angustia, vinculación entre pares, autocuidado, autocastigo, venganza, búsqueda de sensaciones y tenacidad. Cada función se evalúa mediante tres ítems, calificados como "0-no relevante", "1-algo relevante" o "2-muy relevante" para la experiencia de las ANS del individuo.

En una gran muestra de adultos jóvenes que se autolesionaban, las funciones del ISAS mostraron una estructura robusta de dos factores. El primer factor representa funciones interpersonales (p. ej., influencia interpersonal, vinculación entre pares) mediante las cuales las ANS se refuerzan socialmente, y el segundo factor representa funciones intrapersonales (p.ej., regulación de afecto, auto-castigo) mediante las cuales el refuerzo es autorreferenciado. Como ya se ha visto estos dos factores parecen relacionarse directamente con los factores etiquetados como "sociales" y "automáticos" por Nock y Prinstein (2004, 2005). Además, las escalas funcionales de ISAS mostraron niveles de apoyo consistentes con investigaciones anteriores. Específicamente, el apoyo fue mayor para la función de regulación de afecto seguida por la función de autocastigo y menor para las funciones interpersonales, un patrón similar a los hallazgos de una revisión empírica reciente (Klonsky, 2007). Finalmente, las escalas del ISAS se correlacionaron con las variables clínicas y el contexto social de las ANS de una manera que fue consistente con la investigación y la teoría y, por lo tanto, apoyan la validez de constructo del ISAS.

Sólo una escala funcional obtuvo resultados llamativos. El autocuidado (es decir, autolesionarse para crear una herida física que uno puede cuidar más fácilmente que la angustia emocional) pareció encajar mejor como una función intrapersonal que interpersonal, pero obtuvo una carga factorial mayor en el factor interpersonal. En particular, su carga en el factor

interpersonal fue de .41, solo un poco más alto que su carga, de .33, en la escala intrapersonal. Por lo tanto, los estudios futuros deben examinar si el autocuidado se conceptualiza mejor como una función intrapersonal o interpersonal. Un estudio reciente llevado a cabo con población clínica por el equipo de investigación de la autora de la presente tesis, precisamente ha encontrado que la escala de autocuidado saturaba con un mayor peso en el factor intrapersonal (Pérez, García-Alandete, Lorca y Marco, 2019), arrojando por tanto luz a los hallazgos del estudio original.

1.13. Estructura multidimensional vs unidimensional de las ANS.

Como se ha visto en apartados anteriores, la literatura ha mostrado diferencias en los diferentes métodos considerados autolesiones no suicidas. El DSM-5 (APA, 2013) incluye en su definición de las ANS comportamientos como cortarse, quemarse, apuñalarse, golpearse o frotarse excesivamente. Klonsky y Glenn (2009) incluyeron en la construcción del ISAS, como ya se ha visto, golpearse, morderse, quemarse, cortarse, arrancarse heridas, pincharse con agujas, pellizcarse, estirarse del pelo, frotarse la piel contra superficies rugosas, tallarse, rasarse severamente y tragar sustancias químicas. Por su parte, Nock y Prinstein (2004) consideraron ANS (como se ha visto en el FASM), conductas como cortar o esculpir la piel, rascar una herida, golpearse a sí mismo, rascarse la piel para extraer sangre, morderse a sí mismo, realizarse heridas para extraer sangre, inserción de objetos debajo de la piel o las uñas, tatuajes, quemaduras en la piel, arrancarse pelo o borrar la piel para extraer la sangre. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios centrados en explorar la estructura de los comportamientos y funciones de las ANS han puesto su atención principalmente en la estructura funcional de las ANS (Klonsky y Glenn, 2009; Kortge, Meade y Tennant, 2013; Nock y Prinstein, 2004). Según nuestro conocimiento, solo tres estudios (Bildik, Somer, Kabukçu, Başay y Özbaran, 2012; Evans y Simms 2018; Klonsky y Olino, 2008) han explorado estos comportamientos, basándose en la idea de que representan un fenómeno único. Tanto en el trabajo original de Klonsky y Olino (2008) como en el de Bildik et al. (2012), los autores realizaron un análisis de consistencia interna para los comportamientos de las ANS del ISAS e informaron tasas de consistencia interna bastante altas. Sin embargo, Bildik et al. (2012) señalaron que la diferente frecuencia y severidad de los diversos tipos de ANS deberían llamar la atención, destacando que calcular la frecuencia de los comportamientos autolesivos derivado del simple sumatorio de los distintos tipos de conductas directamente podría generar resultados engañosos (p. ej., no es comparable cortarse a sí mismo diez veces a frotarse la piel el mismo número de veces).

Debido a que la estructura subyacente de los comportamientos de autolesión no se comprende bien, por ejemplo, se desconoce si el suicidio y las ANS se encuentran en una sola dimensión o en dos dimensiones separadas, Evans y Simms (2019) realizaron análisis factoriales confirmatorios para examinar la estructura factorial de las dimensiones de conductas autolesivas (o self-harm) en una muestra clínica y comunitaria ($N = 641$). De las tres estructuras de factores alternativas posibles: 1) factor único que incluía conductas autolesivas

no suicidas y suicidas; 2) dos factores que incluyen conductas autolesivas no suicidas y suicida estando ambos factores correlacionados, y 3) dos factores independientes que incluyen conductas autolesivas no suicidas y suicida o modelo bifactorial), el modelo bifactorial fue el que se ajustó mejor a los datos, lo que sugiere que el suicidio y las ANS representan dimensiones que se superponen, pero no del todo, y que existe una varianza única más asociada con las ANS que con el suicidio. Por lo tanto, estos resultados indicaron que las ANS representaban una dimensión única e independiente, apoyando la teoría interpersonal de suicidio de Joiner (2005) donde las ANS, aunque representan un medio para adquirir capacidad para el suicidio, no son necesarias ni suficientes para el desarrollo de la conducta suicida.

A pesar de este argumento, la literatura respalda la idea de que cuanto mayor es la frecuencia y los tipos de ANS, mayor es la gravedad de la psicopatología de quienes se autolesionan (p. ej. Klonsky y Olino, 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007). Además, se ha encontrado que la cantidad de diferentes tipos de ANS es un factor de riesgo para el suicidio (p. ej., Fox et al., 2015; Joiner, 2005; Pérez, Cañabate, Layrón y Marco, 2018). Dentro de este marco, no queda claro si los diferentes tipos de ANS se encuentran en un continuo de diferentes niveles de severidad y complejidad, donde los niveles más altos representan los tipos de ANS más frecuentes y graves, o si los diferentes tipos de ANS representan fenómenos cualitativamente diferentes. Lo primero llevaría a reconocer que la suma o la frecuencia de los comportamientos de las ANS constituye una construcción única y dimensional de "autolesión no suicida". Hasta la fecha, a la luz de nuestro conocimiento, únicamente un estudio ha explorado la estructura unidimensional o multidimensional de los comportamientos de las ANS (Evans y Simms, 2019), y ningún trabajo a este respecto ha sido llevado a cabo en España. Por esta razón, otro de los objetivos de esta tesis será probar la estructura factorial unidimensional de las autolesiones no suicidas en una muestra comunitaria de adolescentes españoles.

Capítulo 2. Objetivos e hipótesis

Capítulo 2. Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos.

- O1:** Explorar las características demográficas, psicosociales, clínicas y psicopatológicas de la muestra de los adolescentes españoles evaluados que presenten ANS.
- O2:** Analizar la influencia del formato de dispositivo empleado en la evaluación sobre la prevalencia de las ANS.
- O3:** Confirmar un modelo unidimensional de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.
- O4:** Analizar las diferencias entre los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan respecto a las variables psicopatológicas y en el Sentido de la Vida.
- O5:** Explorar el efecto moderador del Sentido de la Vida sobre las ANS.
- O6:** Explorar un modelo en el que se incluya el papel predictor de los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Pertenencia Frustrada y la Imagen Corporal sobre las ANS.

2.2. Hipótesis.

- H1:** La prevalencia de las ANS se situará en los márgenes que ofrece la literatura sobre ANS en adolescentes (5-20%).
- H2:** Existirán diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de las ANS en una muestra de adolescentes.
- H3:** Las mujeres presentarán un mayor uso de los métodos de ANS que involucran sangre (p.ej., cortar, tallar) que los hombres. Y los hombres se golpearán más que las mujeres.
- H4:** La funcionalidad intrapersonal de las ANS tendrá mayor frecuencia que la interpersonal en una muestra comunitaria de adolescentes.
- H5:** Los adolescentes que contestaron a la evaluación a través de dispositivos móviles o *tablets* presentarán mayores niveles de ANS frente a los que contestaron a la evaluación vía ordenador.
- H6:** Existirá una estructura factorial unidimensional de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.
- H7:** Los adolescentes con ANS frente a los adolescentes sin ANS presentarán mayor Desesperanza, mayor Desregulación Emocional, mayores sentimientos de Carga Percibida y menores niveles de Pertenencia Frustrada, mayores niveles de Ambientes Invalidantes, y una peor Imagen Corporal.
- H8:** Los adolescentes sin ANS frente a los adolescentes con ANS presentarán mayores niveles de Sentido de la Vida.

- H9:** El Sentido de la Vida tendrá un efecto moderador en la asociación entre la Desregulación Emocional y las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.
- H10:** El modelo formado por los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Pertenencia Frustrada y la Imagen Corporal serán predictores de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.

Capítulo 3. Método

Capítulo 3. Método

3.1. Diseño.

El presente trabajo es un estudio transversal, observacional analítico que comprende la evaluación de variables sociodemográficas y psicológicas. Se ha llevado a cabo la evaluación de los adolescentes en 9 centros de diversas provincias de España, para obtener una muestra representativa, dada la especificidad de la misma. Por lo tanto, se trata de un estudio multicéntrico.

3.2 Ámbito y población de estudio.

La muestra consta de 1.733 adolescentes de 11 a 19 años que fueron reclutados según muestreo no probabilístico y estratificado (adolescentes de entre 12 y 19 años) de 8 colegios concertados y un instituto público de distintas ciudades españolas: Vitoria, Logroño, León, Madrid, Toledo, Zaragoza y Valencia.

3.2.1. Criterios de inclusión.

Mujeres y hombres adolescentes de entre 11 y 19 años, estudiantes de educación secundaria obligatoria (ESO) y bachillerato, con la aceptación del consentimiento informado por parte de ellos y sus padres. Seguimos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) sobre adolescentes como personas de 10 a 19 años. La OMS clasifica tres períodos dentro de la adolescencia: (1) la adolescencia temprana (de 10 a 13 años), que se caracteriza por el comienzo del pensamiento abstracto, (2) la adolescencia media (de 14 a 15 años), en la que el individuo desarrolla un mayor sentido de identidad y el pensamiento se vuelve más reflexivo, y (3) la adolescencia tardía (de 16 a 19 años), en la cual el adolescente tiene una identidad diferente, más ideas y opiniones establecidas (OMS, 2003).

3.2.1. Criterios de exclusión.

Que no acepten participar en el estudio, tanto los alumnos como los padres o tutores, y que no tuvieran los recursos cognitivos para comprender las pruebas de evaluación.

3.3 Implicaciones éticas

La recopilación de datos de prevalencia de ANS en la adolescencia presenta sus desafíos. Las ANS, como se ha descrito en apartados anteriores, a menudo emergen en la adolescencia y, por lo tanto, es esencial que la investigación se realice en este grupo de edad (Taylor et al., 2011). Al realizar el planteamiento de la investigación al menos surgen dos dilemas: el hecho de que los participantes sean menores de edad y que además van a ser evaluados al

respecto de un tema sensible como las ANS. En la investigación ética con menores el consentimiento informado o el consentimiento de los padres generalmente se considera un aspecto central, como lo es la protección de los participantes de investigación menores de edad (Morrow y Richards, 1996).

Los investigadores sobre ANS tienen la responsabilidad de garantizar que la recopilación de datos se maneje respetuosamente con especial atención al bienestar de los participantes menores de edad. Una forma es proporcionar números de teléfono para la atención de crisis o listas de recursos que ofrecen asesoramiento psicológico o terapia y alentar a los participantes a buscar ayuda si es necesario (p. ej. Arney y Crowther, 2008; Turner et al., 2012).

Una de las principales preocupaciones que a menudo se plantea con respecto a la detección o la administración de cuestionarios de autoinforme sobre preguntas delicadas como las ANS, es si las preguntas en sí mismas pueden desencadenar angustia en los participantes. Existe una tendencia en la investigación sobre temas sensibles a basar las decisiones y las preocupaciones menos en la evidencia empírica y más en los temores e impresiones generales (Deeley y Love, 2010). En un estudio se preguntó a los adolescentes y a sus padres si consideraban que el cribado para el uso de drogas y la tendencia suicida podrían fomentar dichos comportamientos y la respuesta fue negativa tanto para los adolescentes como para los padres (Fisher, 2003).

El presente estudio recogió información anónima de adolescentes entre 11 y 19 años a través de la cumplimentación de escalas y cuestionarios. Los sujetos fueron invitados a participar en la investigación de forma voluntaria a través de los colegios. A los padres se les solicitó el consentimiento informado y un compromiso de conformidad para la participación en el estudio, así como la correspondiente autorización para la participación de menores, que fueron administrados a través de los tutores de cada curso. Se ofreció un correo electrónico y un número de teléfono para resolver dudas tanto a padres como ayuda a los participantes. Solo contactaron dos participantes y se les ofrecieron los recursos que pudiesen necesitar y cuatro padres que tenían interés en conocer el tipo de preguntas y el riesgo que estas podían tener.

Todos los miembros del equipo investigador pudieron recoger los datos que fueron anónimos para que no se pudieran identificar a los participantes cumpliendo la ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, del 21 de Diciembre por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 (BOE 19/01/2008) y de conformidad con los requerimientos éticos de la Declaración de Helsinki de la AMM, – Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la 64ª Asamblea General de Fortaleza, (Brasil), en octubre de 2013. Habiendo firmando previamente todos los miembros de la investigación las obligaciones de usuario de fichero de “actividades de investigación de la Universidad Católica de Valencia”.

La realización de este estudio quedó supeditada a la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia (Anexo 1). El Consentimiento Informado junto con el asentimiento informado se ajustó a lo establecido en la Declaración de Helsinki (en su versión vigente) y en la normativa aplicable según el tipo de estudio (Anexo 2). El Fichero de Datos fue declarado a la Agencia Española de Protección de Datos por la Universidad Católica de Valencia (Anexo 3).

3.4. Estudio piloto

Para realizar la presente investigación se diseñó un estudio piloto con el objetivo de probar la viabilidad del método, procedimiento y comprensión del autoinforme, para su uso posterior a gran escala.

El estudio se realizó con 30 alumnos de 1º de bachiller y 20 alumnos de 2º de la ESO de un colegio concertado de la ciudad de Valencia, que contestaron las pruebas que constituyeron el protocolo de evaluación.

Respecto al procedimiento la duración era de aproximadamente 15-40 minutos (15 minutos en los cursos superiores, llegando incluso a 13 minutos y en torno a 40 minutos en cursos inferiores).

Con el estudio se pudo constatar las posibles dudas en el lenguaje de los cuestionarios. Hubo tres conceptos que supusieron dificultades en la comprensión en los cursos inferiores fueron: “cuando me retire”, “el tiempo me alcanza” y “regodearme”. El poder tener conciencia de esta dificultad nos permitió explicar previamente estos aspectos, y así permitir que la evaluación transcurriera sin dificultad.

3.5. Reclutamiento de la muestra

Una vez elegido el marco de muestreo, se decidió acceder a los participantes a través de dos vías: por un lado, los colegios concertados a los que se pudiera tener acceso a nivel nacional y, por otro lado, solicitar a la Generalitat Valenciana acceso a institutos públicos.

Respecto a los colegios concertados se contactó vía mail o teléfono con 22 centros, de los cuales finalmente decidieron participar en el estudio 8. En el caso de los institutos públicos se contactó con 37 centros de los que únicamente ha participado un instituto público de la provincia de Madrid. Con este instituto suman un total de nueve los centros evaluados.

El primer contacto se solía realizar con el director del colegio. Este normalmente derivaba o a los directores de secundaria o al equipo de orientación del colegio a quienes se les proporcionaba el consentimiento informado que debían trasladar a los padres previamente a la realización del estudio (Anexo 2), donde se les ofrecían datos de contacto por si requerían mayor información sobre el estudio. En total 6 padres se pusieron en contacto vía mail o teléfono para obtener más información.

Se concretaba la fecha de la realización del pase con los responsables del centro y se acudía ese día al centro.

En cada colegio o instituto, tras la explicación de la investigación a los alumnos, subrayando su libertad para participar en ella, se les proporcionaban los cuestionarios, firmando en primer lugar su consentimiento informado. Ningún menor de edad que no tuviera la autorización de su padre o tutor participó en el estudio. La duración fue de aproximadamente 20-40 minutos (20 minutos en los cursos superiores y en torno a 40 minutos en cursos inferiores). La media que calculó la plataforma de evaluación fue de 38 minutos.

Tras la evaluación se proporcionaba un correo electrónico de contacto por si alguien requería de mayor información o se encontraba en una situación compleja en la que quisiera buscar ayuda o hablar con algún profesional. Ningún participante hizo uso de este servicio.

Se deben subrayar algunas consideraciones de interés: como se ha comentado en el apartado anterior, en ninguno de los casos se pidió dato alguno que identificara al alumno, y los datos obtenidos fueron tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. No existía ningún riesgo descrito por la realización de las pruebas del estudio. El equipo formado que acudía a los centros se adaptaba a la dinámica del centro, evitando interrumpir lo máximo posible. Para contestar las encuestas los alumnos podían acceder desde un dispositivo móvil –o en caso de no tener acceso a un móvil o internet– se realizaba en la sala de ordenadores. Las encuestas fueron contestadas por medio de la plataforma Survey Monkey, el propio programa derivaba los datos a la base de datos del grupo de investigación.

3.6. Descripción de la muestra

En términos generales, el perfil demográfico de la muestra participante en este estudio ($N = 1729$) apunta hacia una población con una edad de entre 11 a 19 años, que se encuentran estudiando Educación Secundaria Obligatoria en su mayoría o Bachillerato en colegios concertados y uno público. El 25% de los participantes ($n = 452$) procedían de la Comunidad Valenciana, el 22% ($n = 403$) del País Vasco, el 17% ($n = 301$) de la Rioja, el 25% ($n = 452$) de la Comunidad de Madrid, el 6% ($n = 104$) de Castilla la Mancha, 6% ($n = 112$) de Castilla-León y el 4% ($n = 65$) de Aragón.

Respecto al sexo encontramos una muestra distribuida casi de forma igualitaria, siendo ligeramente mayor la presencia de mujeres 53% ($n = 924$) y menor de hombres 47% ($n = 809$) (Figura 6).

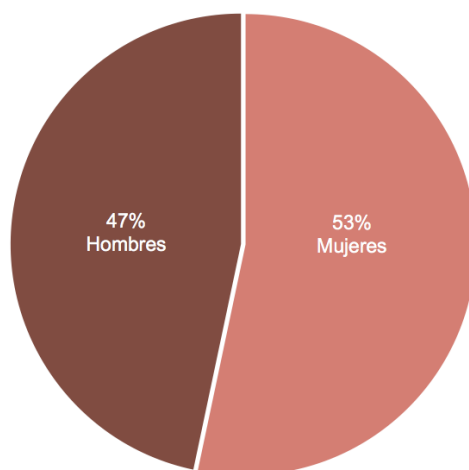


Figura 6: Porcentaje de la muestra distribuida por sexos.

En relación a la edad, la edad media fue de 15.76 ($DT = 1.77$). Únicamente hubo un participante con 11 años (0.1%), hubo un total de 138 (8.1%) adolescentes que tenían 12 años; $n = 187$ (10.7%) tenían 13 años; $n = 325$ (18.8%) 14 años; $n = 422$ (24.4%) 15 años; $n = 290$ (16.7%) 16 años; $n = 220$ (12.7%) 17 años; $n = 67$ (3.8%) 18 años, y $n = 81$ (4.7%) 19 años (Figura 7).

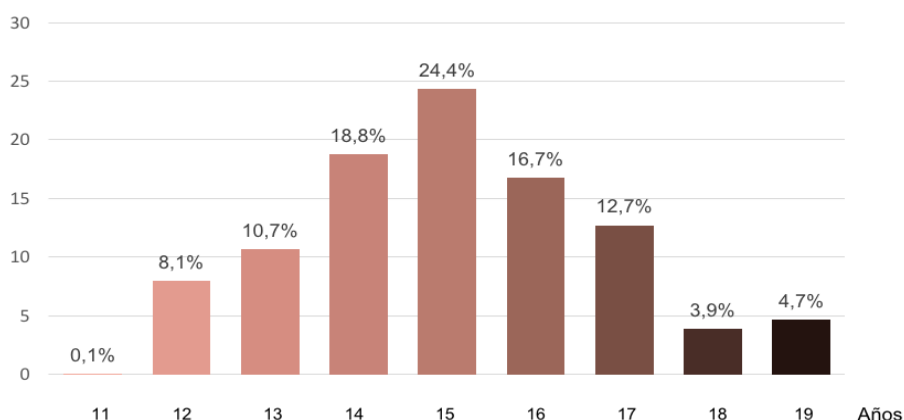


Figura 7: Porcentaje de la muestra distribuida por rangos de edad.

En relación con los medios para obtener los datos, un total de $n = 701$ (40.5%) utilizó un dispositivo móvil para completar los cuestionarios y $n = 1032$ (59.5%) usó un ordenador. Del total de adolescentes abordados, $n = 82$ (4.57%) no aceptó participar o no completó el subconjunto completo de cuestionarios, por lo que se eliminaron de la muestra total del estudio.

3.7. Instrumentos de evaluación

A continuación, se describen los instrumentos de evaluación empleados en la medición de las variables del estudio que fueron contestados por la población adolescente, que se pueden consultar en el anexo 4 "Protocolo de recogida de datos".

3.6.1. Formulario de recogida de datos generales.

El cuestionario es anónimo, así pues, se recogieron únicamente los siguientes datos personales: sexo, edad, curso, nacionalidad, colegio/instituto y ciudad.

3.6.2. Medida de la variable independiente.

-Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS; Klonsky y Glenn, 2009; Klonsky y Olino, 2008). Es un instrumento creado para evaluar los tipos y la funcionalidad de las ANS (Klonsky 2007). Esta escala se encuentra dividida en dos secciones: la primera sección evalúa la frecuencia a lo largo de la vida de los 12 tipos de autolesiones no suicidas (ANS) más frecuentes (cortarse, rascarse con fuerza, morderse, golpearse con fuerza, quemarse, hacerse cortes poco profundos en la piel, interferir en la curación de heridas, frotar la piel contra una superficie rugosa, pellizcarse, pincharse con agujas, tirarse el pelo e ingerir sustancias peligrosas). Para esta investigación se especificaron como autolesiones graves: cortarse, golpearse, quemarse, tallarse y pincharse agujas, el resto se considerarían autolesiones leves. Se adjunta un apartado de "Otros" para que se pueda indicar si se utiliza otro método diferente. Se complementa con cinco preguntas adicionales que evalúan los factores descriptivos y contextuales, incluida la edad de inicio, la experiencia del dolor durante las ANS y el tiempo transcurrido entre la necesidad de autolesionarse y el acto, que solo contestan en el caso de que los participantes hayan realizado como mínimo una autolesión de las citadas anteriormente. Además, añadimos para este trabajo algunas preguntas *ad-hoc* como el número de autolesiones en el último año, ya que otros estudios recientes ponen de relieve la importancia de delimitar un intervalo temporal de ANS recientes, establecido en los últimos 12 meses (Pérez et al., 2017; Plener et al., 2016; Wilcox et al., 2012).

En la segunda sección, se evalúan las 13 posibles funciones de ANS (regulación del afecto, anti-disociación, anti-suicidio, autonomía, límites e influencia interpersonal, por aflicción, vinculación entre pares, autocuidado, autocastigo, venganza, búsqueda de sensaciones y dureza). Estas funciones se evalúan respondiendo a 39 ítems con 3 posibles categorías de respuesta; 0= "Nada relevante", 1= "Algo relevante" y 2 = "Muy relevante".

Respecto a su estructura factorial, los autores hallaron dos factores: el primer factor representa las funciones interpersonales (p.ej. la influencia interpersonal, la unión entre iguales) mediante las cuales las ANS se refuerzan socialmente; y el segundo factor representa las funciones intrapersonales (p.ej. la regulación de afectos, el auto-castigo) mediante las cuales también se refuerza. Estos dos factores parecen relacionarse directamente con los factores etiquetados como "sociales" y "automáticos" por Nock y Prinstein (2004, 2005). La puntuación total de la parte dos del ISAS es un sumatorio de los ítems que componen cada factor.

El ISAS fue diseñado por Klonsky y Glenn (2009) y no se han realizado estudios de validación en nuestro país, pero existe una versión en español con población mejicana (Silva et al., 2016) con una fiabilidad de la escala total de $\alpha = .89$ y de $\alpha = .72$ a $.82$ para cada factor. Cabe destacar que nuestro equipo de investigación ha trabajado en la validación de la escala en población clínica, trabajo que se encuentra en este momento en fase de publicación (Pérez, García-Alandete, Cañabate y Marco, en revisión). En nuestro trabajo, obtuvimos coeficientes de fiabilidad adecuados tanto para la escala de funciones intrapersonales ($\alpha = .94$) como interpersonales ($\alpha = .97$).

3.6.3. Medidas de las variables dependientes.

-Hopelessness Scale (HS; Beck, Weissman, Lester y Texler, 1974): Se trata de un instrumento que evalúa la Desesperanza como constructo. Está diseñada para la evaluación de las expectativas negativas sobre el futuro, el bienestar personal, las habilidades personales para resolver las dificultades y alcanzar el éxito, y es predictora de suicidio (Beck et al., 1974).

Consta de 20 ítems de respuesta dicotómica V/F, a través de los cuales se obtiene información relativa a la Desesperanza de la propia vida que experimenta la persona.

Permite obtener una puntuación total y puntuaciones en tres factores específicos: Afectivo (sentimientos sobre el futuro), Motivacional (pérdida de motivación) y Cognitivo (expectativas sobre el futuro). Los ítems que indican Desesperanza se califican con 1 punto, y los que no la indican se califican con 0 puntos. La puntuación total se halla sumando todos los ítems oscilando entre 0 y 20 puntos. Los puntos de corte, en función de la puntuación total, son indicadores del nivel de la severidad de la Desesperanza: entre 0 y 3 puntos, el riesgo es mínimo, entre 4 y 8 el riesgo es leve, entre 9 y 14 el riesgo es moderado y entre 15 y 20 el riesgo es severo (Cochrane-Brink, Lofchy y Sakinofsky, 2000). Esta escala también es un buen predictor de intentos suicidas y de suicidio consumado como indican varios estudios (Beck y Steer, 1989; Rueda-Jaimes et al., 2018; Young et al., 1996).

Su consistencia interna varía de $\alpha = 0.82$ a $\alpha = 0.93$; respecto a la confiabilidad del test re-test varía de $\alpha = 0.60$ a $\alpha = 0.69$ y mantiene altas correlaciones con otras medidas de desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Texler, 1974). Esta escala ha sido validada en población universitaria española con una alta consistencia interna ($\alpha = .79$) (Viñas et al., 2004), versión que ha sido la empleada en el presente trabajo. En nuestros datos, la consistencia interna del HS fue alta, $\alpha = .81$.

-Purpose-In-Life Test-10 Part 1 (PIL-10; García-Alandete, Rosa, y Sellés, 2013): Esta escala es una versión reducida del PIL original de Crumbaugh y Maholic (1969) cuyo principal objetivo es obtener información acerca del sentido de la vida que experimenta la persona. La escala original está basada en los planteamientos logoterapéuticos de Viktor Frankl (2003). Es una escala formada por 10 ítems con respuesta tipo Likert de 10 puntos (1 hasta 7, siendo

4 una posición neutra), en relación con diferentes aspectos del sentido de la vida: (1) el entusiasmo vs aburrimiento, (2) la emoción en la vida, (3) la presencia de claros objetivos de vida, (4) novedad de cada día, (5) deseos para otras vidas, (6) la actividad después de la jubilación, (7) cosas buenas de la vida, (8) razón para estar vivo, (9) la capacidad de encontrar significado, y (10) presencia de metas. La puntuación total oscila entre 10 y 70 y las puntuaciones más altas indican un mayor significado en la vida.

El PIL-10 se conforma por dos factores de primer orden, *Satisfacción y Sentido de la Vida* (ítems 1, 2, 5, 6, 9 y 11 de la escala original) y *Metas y Propósitos Vitales* (ítems 3, 7, 17 y 20 de la escala original).

Esta escala ha sido validada en población adolescente española por nuestro equipo de investigación. La adecuación ha mostrado una alta consistencia interna $\alpha = .88$, también para los factores satisfacción y sentido de la vida $\alpha = .85$, y metas y propósitos vitales, $\alpha = .73$ (García-Alandete, Gallego, Pérez y Marco, 2019).

-Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale. DERS, Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008): Esta escala evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades. Es un cuestionario de autoinforme. En su versión original está compuesta por 36 ítems que originalmente conforman seis factores: Conciencia (falta de conciencia de las emociones), Claridad (falta de claridad emocional), Impulso (dificultades para controlar las conductas impulsivas cuando se está angustiado), Metas (dificultades para participar en la meta), No aceptación (no aceptación de respuestas emocionales negativas) y Estrategias (acceso limitado a estrategias efectivas de regulación emocional). Las respuestas son en formato Likert de 5 puntos que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre).

En este estudio se ha utilizado la versión adaptada al castellano de Hervás y Jódar (2008) que tiene como principal diferencia de la escala original una reducción de factores e ítems. La escala consta de 28 ítems distribuidos en 5 factores. En concreto, los ítems que hacían referencia a: "Dificultades en el control de impulsos" y "Acceso limitado a estrategias de regulación", formaron parte de un único factor que se le denominó "Descontrol Emocional". El resto de factores son: Interferencia Cotidiana, Desatención Emocional, Confusión Emocional y Rechazo Emocional. Para la validación de la versión se realizó un estudio transversal ($N = 254$) y otro longitudinal ($N = 60$). Respecto a la fiabilidad de la escala, las correlaciones de cada ítem con el total presentaron una media de .54. Las correlaciones medias de las subescalas con el total fueron: Descontrol .76, Rechazo .78, Interferencia .85, Desatención .74, Confusión .77.

También se presentaron datos acerca de la consistencia interna, de fiabilidad test-retest, de validez convergente y de validez incremental. En conjunto, los resultados muestran evidencia de las buenas propiedades psicométricas de la versión española de la escala DERS. Esta escala ha sido validada en población adolescente española (Gómez et al; 2014).

En nuestra muestra, se halló una alta consistencia interna, $\alpha = .89$, para el total de la escala. Respecto a las subescalas, se ha encontrado un $\alpha = .87$ para Descontrol Emocional, $\alpha = .83$ para Rechazo Emocional, $\alpha = .87$ para Interferencia cotidiana, $\alpha = .81$ para Desatención Emocional, $\alpha = .71$ para Confusión Emocional.

-Invalidating Childhood Environments Scale (ICES) (Mountford et al., 2007): Es una medida de autoinforme que evalúa el ambiente emocional vivido durante la infancia. Este cuestionario se compone de dos partes, ambas evalúan retrospectivamente la experiencia con los padres y la familia.

En la primera parte, se evalúa la experiencia emocional con cada uno de los padres por separado, en una escala Likert de 5 puntos (de 1 = nunca a 5 = todo el tiempo, por ejemplo, "Cuando estaba ansioso, mis padres no estaban me prestaban atención"). Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la percepción de un entorno invalidante.

La segunda parte evalúa la percepción general del estilo familiar de tres tipos de entornos familiares invalidantes y uno validante a través de definición de entorno invalidante desde la teoría propuesta por Linehan (1993) que se ha visto en apartados anteriores. Los tres tipos de entornos familiares invalidantes se definen como "típico", "perfecto" y "caótico". El perfil "típico" describe a una familia donde se espera que la persona controle sus emociones y actúe como un adulto. En la familia "perfecta", aunque todo parece perfecto en la superficie, los padres no toleran que el niño pueda expresar contrariedad, miedo o ira y lo importante es ocultar las emociones de uno. En la familia "caótica" los padres a menudo no están disponibles, física o emocionalmente. Los padres pueden tener problemas con el uso de sustancias tóxicas, problemas de salud mental o problemas financieros. Finalmente, una familia "validante" es una familia que responde apropiadamente a las emociones del niño (Mountford et al., 2007). Estos cuatro elementos se evalúan en una escala de Likert en 5 puntos (1 = para nada como mi familia en 5 = como mi familia de forma permanente). Es posible que un encuestado indique que su familia se asemeja a diferentes tipos de familias en diferentes grados.

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, esta tiene buenos niveles de consistencia interna, el factor de Ambiente Invalidante de la madre obtuvo un $\alpha = .90$ y Ambiente Invalidante del padre $\alpha = .88$. En estudios posteriores, tanto de la valoración de la invalidación paterna y las escalas de invalidación maternas han tenido excelentes niveles de consistencia interna (Ambiente Invalidante padre $\alpha = .91$, Ambiente Invalidante madre $\alpha = .90$) (Haslam et al., 2008).

En lo que respecta a los datos de este estudio, se ha encontrado una excelente consistencia interna: Ambiente Invalidante del padre $\alpha = .92$ y Ambiente Invalidante de la madre $\alpha = .91$. Actualmente esta escala no está validada en población española adolescente.

- *Interpersonal Needs Questionnaire* (INQ) (Van Orden, Cukrowicz, Witte y Joiner, 2009): Este cuestionario sobre las necesidades interpersonales fue desarrollada para evaluar los principales constructos de la teoría interpersonal del suicidio que predicen el deseo de suicidio e investigan la etiología y el comportamiento suicida. El INQ es una medida de autoinforme que consta de dos subescalas: Pertenencia Frustrada y Carga Percibida. Hay varias versiones del INQ, cada uno con un número diferente de elementos. La versión original contiene 25 ítems (Van Orden et al., 2009). En las versiones posteriores disminuyen el número de ítems, siendo escalas más cortas y consistentes, y estando disponible con 10 ítems (Bryan, 2011), 12 ítems (Freedenthal et al., 2011), 18 ítems (Marty et al., 2012) y 15 ítems (Van Orden et al., 2012). La escala de 15 ítems de Van Orden y su equipo (2012) es la más utilizada en el ámbito de la investigación y es la que se ha escogido para realizar el presente trabajo.

Las propiedades psicométricas de la INQ (en la versión de 15 ítems) mostraron que tanto la Pertenencia Frustrada como la Carga Percibida son constructos distintos pero relacionados, que se pueden medir de forma fiable. A partir de modelos de ecuaciones estructurales, los resultados demostraron que esta escala puede predecir la presencia y severidad de la ideación suicida al mismo tiempo y un mes más tarde, proporcionando así evidencia de la validez de criterio (Glaesmer, Spangenberg, Scherer y Forkmann, 2014; Van Orden et al., 2012). Un primer análisis psicométrico confirmó su estructura de dos factores en una muestra de 281 estudiantes de pregrado. Además, las subescalas mostraron buena consistencia interna ($\alpha = .83$ para Pertenencia Frustrada y $\alpha = .88$ para Carga Percibida) (Glaesmer et al., 2014).

En este estudio se ha encontrado, por un lado, una buena consistencia interna de la escala Carga Percibida ($\alpha = .86$) y, por otro lado, una aceptable consistencia interna para la escala de Pertenencia frustrada ($\alpha = .63$).

Actualmente esta escala ha sido validada con población adolescente (Hill et al., 2015), sin embargo, no está validada al castellano ni en población española adolescente.

-*Imagen Corporal*. Para medir como el adolescente se percibe a sí mismo, se recogió información a través de un solo ítem: “¿En qué medida estoy satisfecho/a con mi cuerpo?” se proporcionó una escala Likert del 0 a 10 donde 0 es nada satisfecho y 10 muy satisfecho.

3.8. Análisis estadístico

Una vez cumplimentados los cuestionarios mediante la plataforma “Survey Monkey”, se procedió a la creación de la base datos y posterior análisis estadístico de los mismos. Con el fin de reducir el margen de error, todos los datos obtenidos fueron revisados y organizados en la base de datos por un solo investigador.

Para el análisis de las variables demográficas y descripción general de la muestra se

calcularon medias, desviaciones típicas y frecuencias de los datos demográficos y clínicos. Para estos primeros análisis se utilizó el software estadístico SPSS 24.

Se utilizó un AFC para probar la unidimensionalidad de la escala que recoge los tipos de ANS. Este AFC se especificó y se estimó en Mplus (Muthén y Muthén, 2007). El ajuste del modelo se evaluó utilizando varios criterios, específicamente, la prueba Chi-cuadrado y los índices CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index) y RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation). Se utilizaron los siguientes valores de corte para determinar el buen ajuste: CFI y TLI por encima de .90 (siendo más adecuado si está por encima de .95), SRMR por debajo de .08 y RMSEA por debajo de .05, para considerar plausible el modelo (Hair, Anderson, Tatham y Black, 2006; Marsh, Hau y Wen, 2004). Los análisis se realizaron en Mplus 8.1 (Muthén y Muthén, 1998).

Para analizar las diferencias entre los adolescentes que no se autolesionan, por una parte, y los que se autolesionan y los que lo hacen de forma grave, por otra, respecto a las variables psicopatológicas y en Sentido de la Vida, se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) calculando el tamaño del efecto con Eta-cuadrado (η^2).

Para probar el efecto moderador del Sentido de la Vida, se puso a prueba un modelo de moderación, siendo la variable predictora la Desregulación Emocional (DERS), la variable dependiente las ANS Graves y la moderadora el Sentido de la Vida (PIL 10). Para probar el efecto moderador potencial, se utilizó la macro PROCESS para SPSS32 (Hayes, 2012). Previamente al análisis, las variables fueron centradas en la media. Los datos se analizaron utilizando de nuevo el paquete estadístico SPSS 24.

Por último, para plantear el modelo predictivo de las ANS se llevó a cabo un análisis de ecuaciones estructural con variables latentes que también se estimó en Mplus 8.1 (Muthén y Muthén, 1998). El modelo relacionó los factores de riesgo con ANS. Se empleó el método WLSMV (*Weighted Least Squares Mean and Variance corrected*) para abordar la no normalidad y la naturaleza ordinal de algunos de las variables. Para evaluar el ajuste de los modelos se utilizaron, como se ha comentado anteriormente, los índices que habitualmente recomienda la literatura especializada: CFI, RMSEA, SRMR y la prueba de Chi-cuadrado (Kline, 2016). Además de estos índices, la aceptabilidad del modelo se evaluó de acuerdo con la solidez e interpretabilidad de las estimaciones de los parámetros y la ausencia de índices de modificación grandes y significativos.

Capítulo 4. Análisis de datos y resultados

Capítulo 4. Análisis de datos y resultados

4.1 Estadísticos descriptivos

A lo largo de este apartado, se expondrán los resultados obtenidos en el presente estudio en función de los objetivos e hipótesis planteadas.

O1: Explorar las características demográficas, psicosociales, clínicas y psicopatológicas de la muestra de los adolescentes españoles evaluados que presenten ANS.

En primer lugar, se exponen los resultados de los análisis llevados a cabo con el objetivo de describir la muestra en las variables socio-demográficas y clínicas.

Como ya se ha señalado previamente, el total de la muestra ($N = 1733$), estuvo distribuida casi de forma igualitaria, siendo ligeramente mayor la presencia de mujeres 47% ($n = 924$) y menor de hombres 53% ($n = 809$). La edad de participación abarca de los 11 a los 19 años con una edad media de 15.76 ($DT = 1.77$).

En referencia a las ANS, podemos observar en la figura 8 la agrupación de la muestra según la presencia o no de ANS. Del total de la muestra, el 24.6% ($n = 432$) refirió haberse autolesionado al menos una vez en la vida y el 12.7% ($n = 222$) se autolesionaron de forma más severa. Por otro lado, según el criterio A del DSM-5, 16.4% ($n = 255$) de los adolescentes se autolesionaron más de 5 veces.

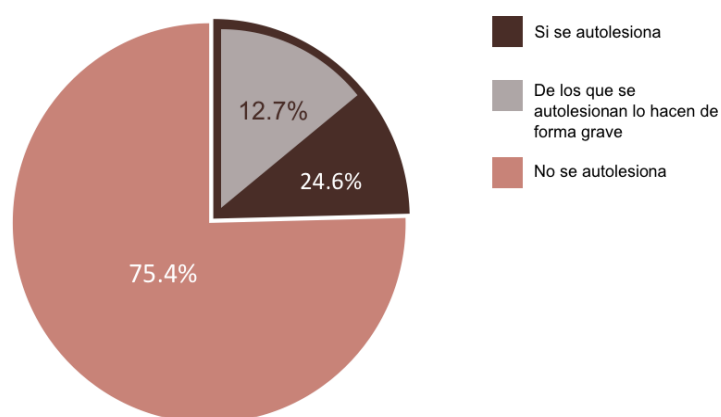


Figura 8: Porcentaje de la muestra que se autolesiona.

Respecto a las características de los adolescentes que se autolesionan, 212 (49.1%) son hombres y 220 (50.9%) son mujeres (figura 10). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el porcentaje de adolescentes que se autolesionan ($\chi^2 = 1.52$, $p = .218$). Así mismo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el número total de ANS, cuando se controla la edad, entre hombres y mujeres ($F = 1.16$; $p = .06$).

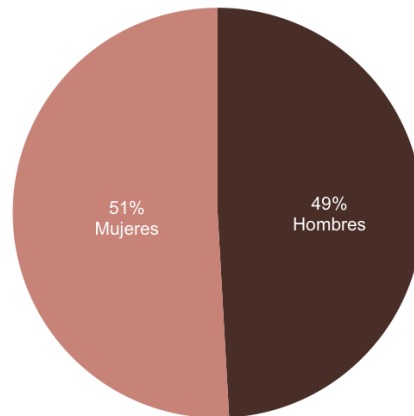


Figura 9: Porcentaje de los hombres y mujeres que se autolesionan.

En la Figura 9 se detalla el porcentaje de hombres y mujeres agrupados por intervalos de edad, donde se puede apreciar el rango de edad más frecuente. La media de edad es 14.89 ($DT=1.67$). Se observa que el rango de edad con mayor prevalencia se sitúa entre los 13 y 16 años. Las mujeres tienen mayor prevalencia a los 16 años (22.4%) seguido de los 15 años (21.9%), 17 años (17.1%), 14 años (15.7%), 13 años (13.3%), 12 años (5.2%), 19 años (2.9%) y, por último, siendo menos prevalente a los 18 años (1.4%). Respecto a los hombres, a diferencia de las mujeres, la edad en la que se observa una mayor prevalencia son los 15 años (22.2%), seguido de los 14 años (21.3%), 13 años (16.4%), 16 años (14%), 17 años (12.6%), 12 años (12.1%) y, por último, las edades menos con menor prevalencia serían los 18 años (1.4%) y 19 años (0%) (Figura 10).

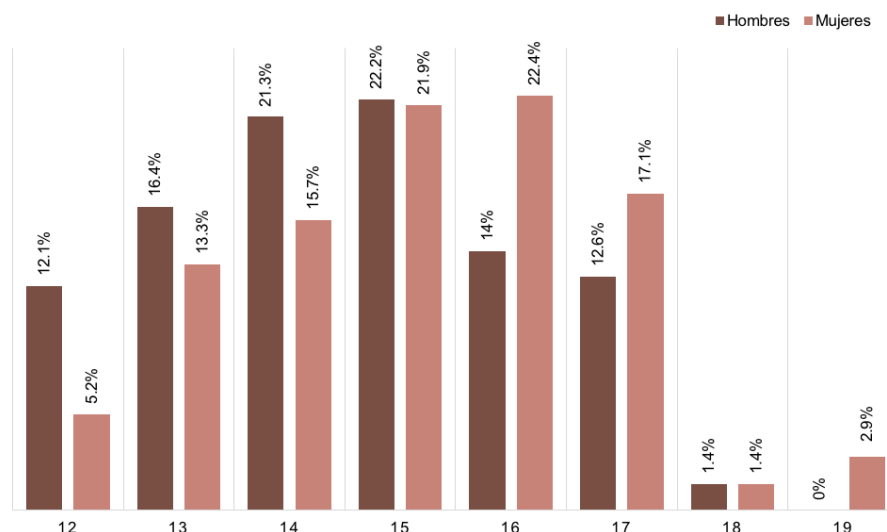


Figura 10: Distribución de la muestra de los adolescentes que se autolesionan por edad y sexo.

En la Figura 10 podemos observar que de la muestra total, $n = 82$ (4.7%) se cortaron; $n = 216$ (12.5%) se rascaron fuertemente; $n = 81$ (10.5%) se mordieron a sí mismos; $n = 202$

(11.7%) se pegaron a sí mismos; $n = 30$ (1.7%) se quemaron ellos mismos; $n = 253$ (14.6%) interfirieron con la cicatrización de heridas; $n = 41$ (2.4%) se tallaron; $n = 124$ (7.2%) frotaron fuertemente la piel; $n = 170$ (9.8%) se pellizcaron; $n = 35$ (2%); se pincharon con agujas; $n = 144$ (8.3%) se tiraron del pelo y $n = 44$ (2.5%) ingirieron sustancias peligrosas. Los tipos de ANS con frecuencias más altas (más de 5 veces) fueron: interferir en la curación de heridas (13.6%), rascados severos (10.6%), golpes (10%), mordeduras (7.9%) y pellizcos (7.8%). Por otro lado, por lo que respecta a una de las formas más representativas de ANS, el 3.4% de la muestra se cortó más de 5 veces y el 1.2% lo hizo más de 50 veces.

Respecto a las diferencias de género en los tipos de autolesión, como se puede observar en la Figura 11, las mujeres (6.7%) se cortaron más que los hombres (2.5%) y se tallaron más (2.6%) que los hombres (2.1%). Por otro lado, los hombres (13.5%) se golpearon más que las mujeres (10.1%), se mordieron más (11.7%) que las mujeres (9.3%), se pellizcaron más (10.6%) que las mujeres (9.1%) y se frotaron la piel más (7.5%) que las mujeres (6.8%). Respecto a las ANS más graves, las llevan a cabo con mayor frecuencia los hombres: se pincharon más con agujas (2.5%) que las mujeres (1.6%) y se quemaron más (2%) que las mujeres (1.5%).

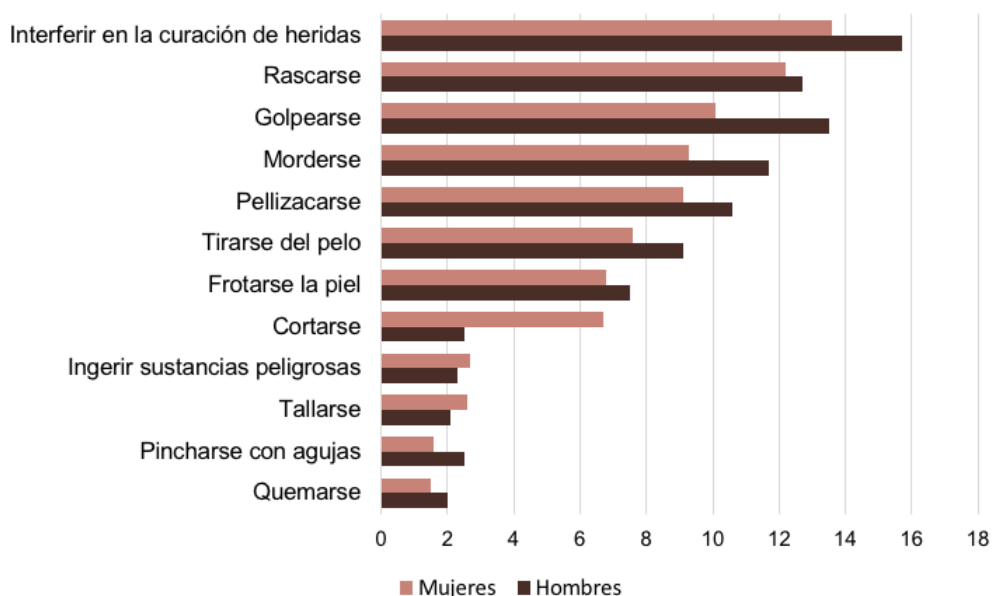


Figura 11: Distribución de la muestra de los métodos de autolesión por sexo.

En cuanto a la funcionalidad de las ANS de los participantes que se autolesionaron severamente ($n = 222$), 99 (46.7%) se autolesionaron debido a funciones intrapersonales y 49 (29.7%) debido a funciones interpersonales. El resto de los participantes no especificaron sus razones para autolesionarse. Además, el 54,3% ($n = 119$) de los participantes refirieron autolesionarse para regularse emocionalmente, el 34,7% ($n = 76$) para establecer límites interpersonales, el 45,2% ($n = 99$) para ellos mismos, el 38,8% ($n = 85$) para recibir atención de

otras personas, 44.7% ($n = 98$) para evitar la disociación, 33.8% ($n = 88$) para evitar el suicidio, 26.9% ($n = 59$) para la búsqueda de sensaciones, 14.6% ($n = 32$) para sentir mayor unión con los compañeros, 24.7% ($n = 54$) para influir en otros, 30.6% ($n = 67$) para mostrar tenacidad, 42.5% ($n = 93$) como señal de socorro, 14.2% ($n = 31$) para expresar venganza y 23.7% ($n = 52$) para mostrar autonomía.

Respecto a las diferencias de funcionalidad entre mujeres y hombres, en ambos casos predomina la función intrapersonal, 24.5 % ($n = 52$) en hombres y 31.4% ($n = 69$) en mujeres, frente a la interpersonal 14.2% ($n = 30$) en hombres y 15% ($n = 33$) en mujeres. Además, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, ni en la función intrapersonal ($F = .650$; $p = .420$) ni en la interpersonal ($F = .040$; $p = .841$).

Asimismo, el 24.3% de los adolescentes españoles que se autolesionan desearían dejar de hacerlo.

4.2 Influencia del dispositivo empleado en la evaluación sobre la prevalencia de las ANS.

O2: Analizar la influencia del formato de dispositivo empleado en la evaluación sobre la prevalencia de las ANS.

Derivado de las comparaciones que se realizaron entre el grupo de adolescentes que contestaron utilizando ordenadores ($n = 1026$; $M = 1.63$, $DT = 4.26$), frente al grupo que lo hizo utilizando dispositivos móviles ($n = 700$; $M = 2.04$, $DT = 4.06$), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t = -1.93$, $p = .05$). Específicamente, la frecuencia de ANS fue mayor en el grupo que utilizó dispositivos móviles.

Por otro lado, cuando controlamos la edad, los resultados encontrados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en función del tipo de dispositivos utilizados, aunque si se observó una tendencia a la significación ($F = 2.78$, $p = .095$), siendo más elevada la frecuencia en el grupo que contestó a través de dispositivos móviles (ordenadores $M = 1.65$, $DT = 4.26$; móviles $M = 2.05$, $DT = 4.06$).

4.3 Estructura factorial unidimensional de las ANS

O3: Confirmar un modelo unidimensional de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) para la parte I de *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS-I; Klonsky y Glenn, 2009) especificando un solo factor que explica todos los indicadores de la escala. El modelo mostró un índice $\chi^2(54) = 270.38$, $p < .001$. Así mismo, se obtuvieron los siguientes índices de ajuste: RMSEA = .048 [.042-.054], CFI = .981, y SRMR = .059, siendo todos ellos excelentes (Hu y Bentler, 1999; Marsh et al.,

2004). La Figura 12 muestra el modelo obtenido para el ISAS-I (Modelo 1). Todos los parámetros fueron significativos al nivel .001.

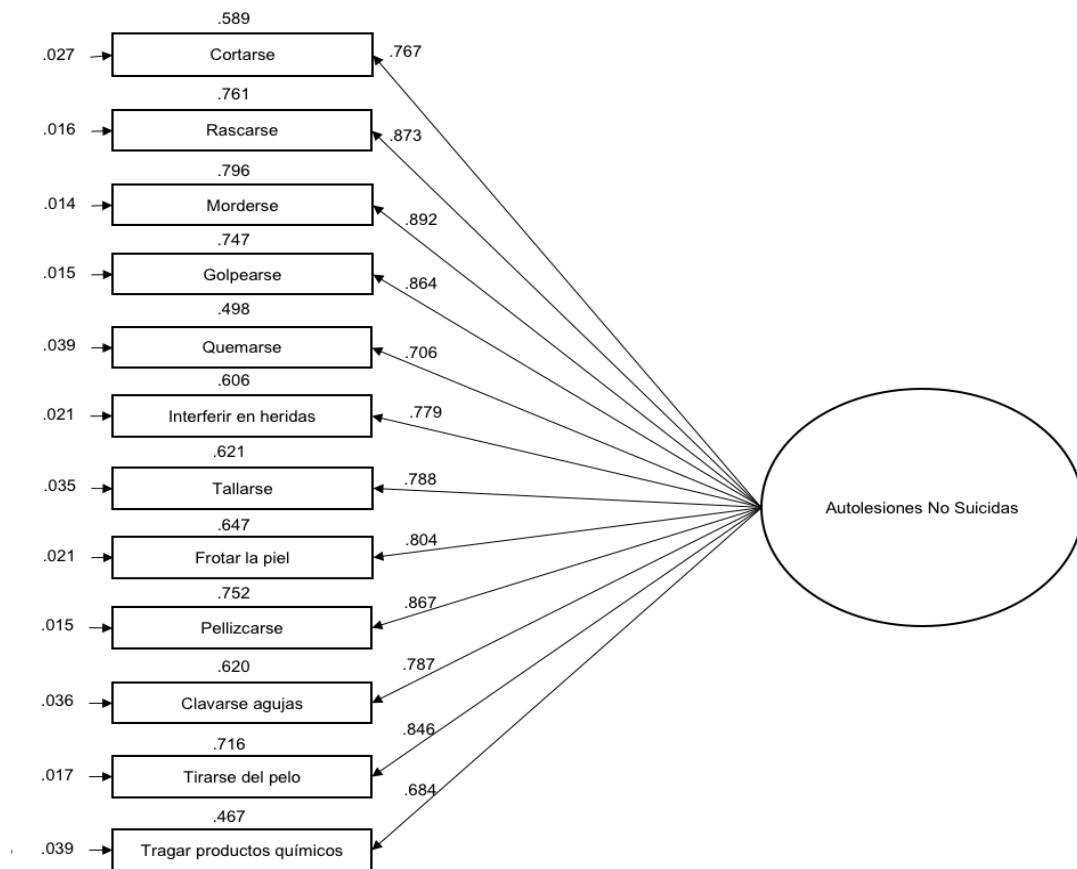


Figura 12: Modelo unidimensional de las ANS

4.4. Diferencias entre los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan

O3: Analizar de las diferencias entre los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan respecto a las variables psicopatológicas y en el Sentido de la Vida.

En la tabla 2 y 4 se compararon las siguientes variables psicopatológicas: los Ambientes Invalidantes de la madre y el padre, la Desesperanza con sus correspondientes subescalas, Afectivo, Motivacional y Cognitivo, también la Desregulación Emocional, con sus correspondientes subescalas, Atención/Desatención, Regulación/Descontrol, Claridad/Confusión, Aceptación/Rechazo, Funcionamiento/Interferencia, así como Carga Percibida y Pertenencia Frustrada. Las comparaciones primero se realizarán entre los que no se autolesionan y los que sí y en la siguiente tabla entre los que no se autolesionan y los que lo hacen de forma más grave.

De la misma manera, en las tablas 3 y 5 se compararán las diferencias en el Sentido de la Vida entre los mismos grupos.

En la tabla 2 se puede observar que los resultados derivados de los ANOVAS mostraron diferencias estadísticamente significativas entre G1 (adolescentes sin ANS) y G2 (adolescente con ANS) en la variable de Ambiente Invalidante de la madre ($F = 14.24, p = .000, \eta_p^2 = .012$). Concretamente, el grupo de adolescentes con ANS ($M = 28.62, DT = 11.16$) mostró un mayor nivel de Ambiente Invalidante en lo que respecta a la madre que el grupo sin ANS ($M = 25.38, DT = 8.08$). A su vez, hubo mayor nivel de Ambiente Invalidante del padre en el grupo que se autolesionaba ($M = 30.05, DT = 12.51$) frente al que no ($M = 25.83, DT = 9.28$), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($F = 18.44, p = .000, \eta_p^2 = .016$).

Respecto a la Desesperanza, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($F = 107.31, p = .000, \eta_p^2 = .060$). El grupo que se autolesionaba obtuvo mayores niveles de Desesperanza ($M = 3.15, DT = 2.87$) frente al grupo que no se autolesionaba ($M = 3.15, DT = 2.87$). En las tres subescalas también se hallaron diferencias estadísticamente significativas: en la subescala Afectiva ($F = 69.46, p = .000, \eta_p^2 = .060$) teniendo mayores niveles en el grupo que se autolesionaba ($M = 1.00, DT = 1.18$), frente al que no se autolesionaba ($M = .57, DT = 0.81$); en la subescala Motivacional ($F = 69.46, p = .000, \eta_p^2 = .060$) teniendo también mayores niveles en el grupo que se autolesionaba ($M = 1.62, DT = 2.10$), frente al que no lo hacía ($M = .76, DT = 0.81$) y, por último, la subescala Cognitiva ($F = 55.91, p = .000, \eta_p^2 = .032$), con mayores niveles en el grupo con ANS ($M = 1.73, DT = 1.42$) frente a los que no tenían ANS ($M = 1.23, DT = 1.11$).

En lo referente a las comparaciones de la escala de Desregulación Emocional, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total de la escala ($F = 124.71, p = .000, \eta_p^2 = .069$), teniendo mayores niveles de Desregulación Emocional el grupo que se autolesionaba ($M = 73.75, DT = 18.61$), frente al grupo que no se autolesionaba ($M = 63.69, DT = 14.91$). Sin embargo, no en todas las subescalas se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. En la subescala Atención/ Desatención no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($F = .86, p = .353, \eta_p^2 = .001$). Por el contrario, en el resto de subescalas se encontraron diferencias estadísticamente significativas: en Regulación/ Descontrol ($F = 93.28, p = .000, \eta_p^2 = .053$) se obtuvieron mayores niveles en el grupo que se autolesionaba ($M = 21.01, DT = 8.62$) frente a los que no lo hacían ($M = 17.13, DT = 6.52$); encontrando resultados en la misma dirección en las subescalas de Claridad/Confusión ($F = 41.40, p = .000, \eta_p^2 = .024$; grupo con ANS: $M = 10.19, DT = 2.36$; grupo sin ANS: $M = 6.37, DT = 2.20$); Aceptación/Rechazo ($F = 87.36, p = .000, \eta_p^2 = .049$; grupo con ANS: $M = 16.15, DT = 7.37$; grupo sin ANS: $M = 12.92, DT = 5.62$); y, por último, Funcionamiento/Interferencia ($F = 62.50, p = .000, \eta_p^2 = .036$; grupo con ANS: $M = 12.79, DT = 4.49$; grupo sin ANS: $M = 10.87, DT = 4.23$).

En relación con la escala de Necesidades Interpersonales, se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos únicamente en la subescala de Carga Percibida ($F = 147.99, p = .000, \eta_p^2 = .081$) donde hubo mayores niveles de Carga en el grupo que se autolesionaba ($M = 12.72, DT = 8.56$) frente a los que no ($M = 8.68, DT = 4.66$). Sin embargo,

no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Pertenencia Frustrada.

Por último, en cuanto a la escala de Imagen Corporal si se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($F = 49.62$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .029$), hallándose mayor nivel de insatisfacción corporal en el grupo que se autolesionaba ($M = 7.43$, $DT = 2.39$,) frente al que no lo hacía ($M = 8.26$, $DT = 1.95$).

Tabla 2

Comparaciones de variables psicopatológicas entre grupos de adolescentes sin ANS y con ANS

N = 1680	G1 no ANS	G2 si ANS			
	(n = 1266)	(n = 414)			
	M (DT)	M (DT)	F	p	η_p^2
Al Madre	25.38 (8.08)	28.62 (11.16)	14.24	.000	.012
Al Padre	25.83 (11.16)	30.05 (12.51)	18.44	.000	.016
Desesperanza Total	3.15 (2.87)	5.09 (4.35)	107.31	.000	.060
Afectivo	.57 (0.81)	1.00 (1.18)	69.46	.000	.040
Motivacional	.76 (1.36)	1.62 (2.10)	92.23	.000	.052
Cognitivo	1.23 (1.11)	1.73 (1.42)	55.91	.000	.032
DERS Total	63.69 (14.91)	73.75 (18.61)	124.71	.000	.069
Atención/Desatención	13.39 (3.86)	13.58 (3.47)	0.86	.353	.001
Regulación/Descontrol	17.13 (6.52)	21.01 (8.62)	93.28	.000	.053
Claridad/Confusión	6.37 (2.20)	10.19 (2.36)	41.40	.000	.024
Aceptación/Rechazo	12.92 (5.62)	16.15 (7.37)	87.36	.000	.049
Funcionamiento/Interferen.	10.87 (4.23)	12.79 (4.49)	62.50	.000	.036
Carga Percibida	8.68 (4.66)	12.72 (8.56)	147.99	.000	.081
Pertenencia Frustrada	35.37 (8.81)	35.88 (5.87)	1.19	.274	.001
Imagen Corporal	8.26 (1.95)	7.43 (2.39)	49.62	.000	.029

Nota: G1 no ANS: grupo que no se autolesiona, G2 si ANS: grupo que si se autolesiona. DERS: Desregulación Emocional. Interferen.: Interferencia.

En la tabla 3 se describen las puntuaciones medias de Sentido de la Vida en cada grupo (en función si se autolesionaban o no) y, como se puede observar en ella, los adolescentes que tenían mayor Sentido de la Vida fueron los que no llevaban a cabo ANS ($M = 53.49$, $DT = 8.69$), frente a los que si las llevaban a cabo ($M = 47.85$, $DT = 11.34$), existiendo

diferencias estadísticamente significativas ($F = 11.84$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .062$). En relación a las subescalas, en Satisfacción y Sentido, se hallaron mayores niveles en el grupo que no se autolesionaba ($M = 30.60$, $DT = 5.91$), frente al que sí ($M = 26.96$, $DT = 7.47$) existiendo diferencias estadísticamente significativas ($F = 102.72$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .058$); del mismo modo, también se encontraron mayores niveles respecto a la subescala de Metas y Propósitos Vitales en el grupo que no llevaba a cabo ANS ($M = 22.89$, $DT = 3.76$) frente al que realizaba ANS ($M = 20.89$, $DT = 4.76$) siendo también esta diferencia estadísticamente significativa ($F = 76.98$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .044$).

Tabla 3

Comparaciones de variables psicopatológicas entre grupos de adolescentes sin ANS y con ANS

N = 1680	G1 no ANS	G2 si ANS			
	(n = 1266)	(n = 414)			
	M (DT)	M (DT)	F	p	η_p^2
PIL Total	53.49 (8.69)	47.85 (11.34)	11.84	.000	.062
Satisfacción y Sentido	30.60 (5.91)	26.96 (7.47)	102.72	.000	.058
Metas Vitales	22.89 (3.76)	20.89 (4.76)	76.98	.000	.044

Nota: G1 no ANS: grupo que no se autolesiona, G2 si ANS: grupo que si se autolesiona. PIL: Sentido de la Vida

En la siguiente tabla (tabla 4) se muestran los resultados relativos a las comparaciones en las distintas variables clínicas entre los adolescentes que refieren no realizar ANS (G1) y los que si lo hacen pero de forma grave, con métodos más agresivos (G2).

La primera comparación de este apartado se estudió la variable de Ambiente Invalidante de la madre, hallando diferencias estadísticamente significativas ($F = 12.85$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .11$). Concretamente el grupo de adolescentes con ANS Graves ($M = 28.78$, $DT = 11.22$) mostró un mayor nivel de Ambiente Invalidante, en lo que respecta a la madre, que el grupo sin ANS ($M = 25.36$, $DT = 8.07$). A su vez, hubo mayor nivel de Ambiente Invalidante del padre en el grupo que se autolesionaba ($M = 30.05$, $DT = 12.51$) frente al que no ($M = 25.83$, $DT = 9.28$), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($F = 19.2$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .017$).

Respecto a la Desesperanza, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($F = 199.48$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .106$). El grupo que se autolesionaba obtuvo mayores niveles de Desesperanza ($M = 6.53$, $DT = 4.70$), frente al grupo que no se autolesionaba que obtuvo menores niveles ($M = 3.20$, $DT = 2.94$). Así mismo, en las tres subescalas se hallaron diferencias estadísticamente significativas; en la subescala Afectiva ($F = 136.691$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .075$) teniendo mayores niveles en el grupo que se autolesionaba ($M = 1.35$, $DT = 1.27$), frente al que no se autolesionaba ($M = .57$, $DT = .83$), en la subescala Motivacional ($F = 183.87$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .099$) teniendo también mayores niveles en el grupo que se autolesionaba ($M =$

2.31, $DT= 2.34$), frente al que no lo hacía ($M = .57$, $DT= .835$), y por último la subescala Cognitiva ($F=108,445$ $p = .000$, $\eta_p^2 = .061$), con mayores niveles en el grupo con ANS ($M = 2.14$, $DT= 1.47$), frente a los que no tenían ANS ($M = 1.24$, $DT= 1.12$).

Respecto a las comparaciones de la escala de Desregulación Emocional, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total de la escala ($F = 190.114$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .102$), teniendo mayores niveles de Desregulación Emocional el grupo que se autolesionaba ($M = 79.95$, $DT = 19.66$), frente al grupo que no se autolesionaba ($M = 64.19$, $DT = 14.92$). Sin embargo, no todas las subescalas de esta escala obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. En la subescala Atención/ Desatención, no obtuvo diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, el resto de subescalas sí que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas: Regulación/ Descontrol ($F=169.77$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .092$), obtuvo mayores niveles en el grupo que se autolesionaba ($M = 23.86$, $DT = 8.96$) frente a los que no lo hacían ($M = 10.97$, $DT = 4.24$); los resultados del resto de subescalas fueron en la misma dirección Claridad/Confusión: ($F = 45.99$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .027$; grupo con ANS Graves : $M = 10.54$, $DT = 2.65$; grupo sin ANS: $M = 9.43$, $DT = 2.17$); Aceptación/Rechazo: ($F = 150.97$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .082$; grupo con ANS Graves : $M = 18.44$, $DT = 7.76$; grupo sin ANS: $M = 13.04$, $DT = 5.71$); y, por último, Funcionamiento/Interferencia: ($F = 89.70$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .051$; grupo con ANS Graves: $M = 13.93$, $DT = 4.41$; grupo sin ANS $M = 10.97$, $DT = 4.24$).

Por otro lado, respecto a la escala de Necesidades Interpersonales, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ambas escalas, únicamente en la subescala Carga Percibida se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F = 29.62$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .149$), encontrándose mayores niveles de Carga en el grupo que se autolesionaba gravemente ($M = 15.85$, $DT = 10.04$) frente a los que no se autolesionaban gravemente ($M = 8.77$, $DT = 4.67$). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Pertenencia Frustrada.

Para finalizar la descripción de la Tabla 4, se observa que en escala de Imagen Corporal si se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($F = 103.87$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .058$), encontrándose mayor nivel de insatisfacción corporal en el grupo que se autolesionaba de forma grave ($M = 6.73$, $DT = 2.65$) frente al que no lo hacía ($M = 8.25$, $DT=1.92$).

Tabla 4

Comparaciones de variables psicopatológicas entre grupos de adolescentes sin ANS y con ANS graves.

N = 1684	G1 no ANS	G2 si ANSG			
	(n = 1470)	(n = 214)			
	M (DT)	M (DT)	F	p	η_p^2
Al Madre	25.36 (8.07)	28.78 (11.22)	12.85	.000	.011

Al Padre	25.83 (9.28)	30.05 (12.51)	19.12	.000	.017
Desesperanza Total	3.20 (2.94)	6.53 (4.70)	199.48	.000	.106
Afectivo	.58 (.83)	1.35 (1.27)	136.69	.000	.075
Motivacional	.78 (1.38)	2.31 (2.34)	183.43	.000	.099
Cognitivo	1.24 (1.12)	2.14 (1.47)	108.44	.000	.061
DERS Total	64.20 (14.92)	79.95 (19.66)	190.55	.000	.102
Atención/Desatención	13.48 (3.78)	13.15 (3.67)	1.39	.238	.001
Regulación/Descontrol	17.24 (6.60)	23.86 (8.96)	169.77	.000	.092
Claridad/Confusión	9.43 (2.17)	10.54 (2.65)	45.99	.000	.027
Aceptación/Rechazo	13.04 (5.71)	18.44 (7.76)	150.97	.000	.082
Funcionamiento/Interferencia	10.97 (4.24)	13.93 (4.41)	89.70	.000	.051
Carga Percibida	8.77 (4.67)	15.85 (10.04)	29.62	.000	.149
Pertenencia Frustrada	35.47 (8.46)	35.64 (5.97)	.076	.782	.000
Imagen Corporal	8.25 (1.92)	6.73 (2.65)	103.87	.000	.058

Nota: G1 no ANS: grupo que no se autolesiona, G2 si ANSG: grupo que si se autolesiona de forma grave. DERS: Desregulación Emocional.

En la tabla 5 se observan las puntuaciones medias de Sentido de la Vida en cada grupo (en función si se autolesionaban de forma grave o no). Así pues, los adolescentes que tenían mayor Sentido de la Vida fueron los que no llevaban a cabo ANS ($M = 53.28$, $DT = 8.76$), frente a los que si las llevaban a cabo ($M = 43.99$, $DT = 11.84$), existiendo diferencias estadísticamente significativas ($F = 190.11$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .062$). En relación a las subescalas: en Satisfacción y Sentido, se hallaron mayores niveles en el grupo que no se autolesionaba ($M = 30.47$, $DT = 5.91$), frente al que sí lo hacía de forma grave ($M = 26.96$, $DT = 7.47$) hallando diferencias estadísticamente significativas ($F = 102.72$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .058$); como también se encontraron mayores niveles de Metas Vitales en el grupo que no realizaba ANS ($M = 22.80$, $DT = 3.81$) frente al que realizaba ANS Graves ($M = 19.65$, $DT = 5.01$) siendo también esta diferencia estadísticamente significativa ($F = 116.9$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .065$).

Tabla 5

Comparaciones de variables psicopatológicas entre grupos de adolescentes sin ANS y con ANS Graves

N = 1680	G1 no ANS	G2 si ANS			
	(n = 1266)	(n = 414)			
	M (DT)	M (DT)	F	p	η_p^2

PIL Total	53.28 (8.76)	43.99 (11.84)	190.11	.000	.062
Satisfacción y Sentido	30.47 (5.91)	24.33 (7.89)	183.4	.000	.098
<i>Metas Vitales</i>	22.80 (3.81)	19.65 (5.01)	116.9	.000	.065

Nota: G1 no ANS: grupo que no se autolesiona, G2 si ANSG: grupo que si se autolesiona de forma grave. PIL: Sentido de la Vida.

4.5. Efecto moderador del Sentido de la Vida sobre las ANS graves

O5: Explorar el efecto moderador del Sentido de la Vida sobre las ANS Graves.

Derivado de los análisis de moderación llevados a cabo, como se puede observar en la Tabla 6, el Sentido de la Vida (PIL) moderó y amortiguó la asociación entre la Regulación Emocional (DERS) y las ANS Graves. Después de introducir la Desregulación Emocional (DERS), el Sentido de la Vida (PIL) predijo las ANS Graves. Además, la interacción entre el Sentido de la Vida (PIL 10) y la Desregulación Emocional (DERS) predijeron de manera estadísticamente significativa las ANS Graves ($R^2 = .04$, $F(1,1723) = 88.01$, $p < 0.001$), lo que confirma el efecto moderador del Sentido de la Vida (PIL 10) en la asociación entre la Desregulación Emocional (DERS) y las ANS Graves ($R^2 = .19$, $F(3,1723) = 133.43$, $p < 0.001$). El modelo explicó el 19% de la varianza de las ANS Graves.

La Figura 13 muestra que en los adolescentes con niveles más altos en Sentido de la Vida (PIL 10) correspondió a menores aumentos en la frecuencia de Autolesiones no suicidas Graves que en pacientes con niveles más bajos en Sentido de la Vida (PIL 10). La multicolinealidad potencial entre las variables de predicción se rechazó porque los valores de la tolerancia y el factor de inflación de la varianza (VIF) oscilaron entre 0.9 y 1.3 respectivamente, que cumple con los requisitos de la literatura (O'Brien, 2007).

Tabla 6

<i>Análisis de Regresión Jerárquica que predice las ANS Graves</i>						
Pasos	Variables incluidas	<i>B</i>	Error estándar	<i>t</i>	Total R^2	ΔR^2
2	DERS	.0289***	.0043	6.715		
3	PIL 10	-.0221**	.0032	-6.890	.15**	
4	DERS x PIL 10	-.00319**	.0003	-9.381	.19**	.04*

Nota. DERS= Desregulación Emocional; PIL= Sentido de la Vida

* $p < .01$, ** $p < .001$.

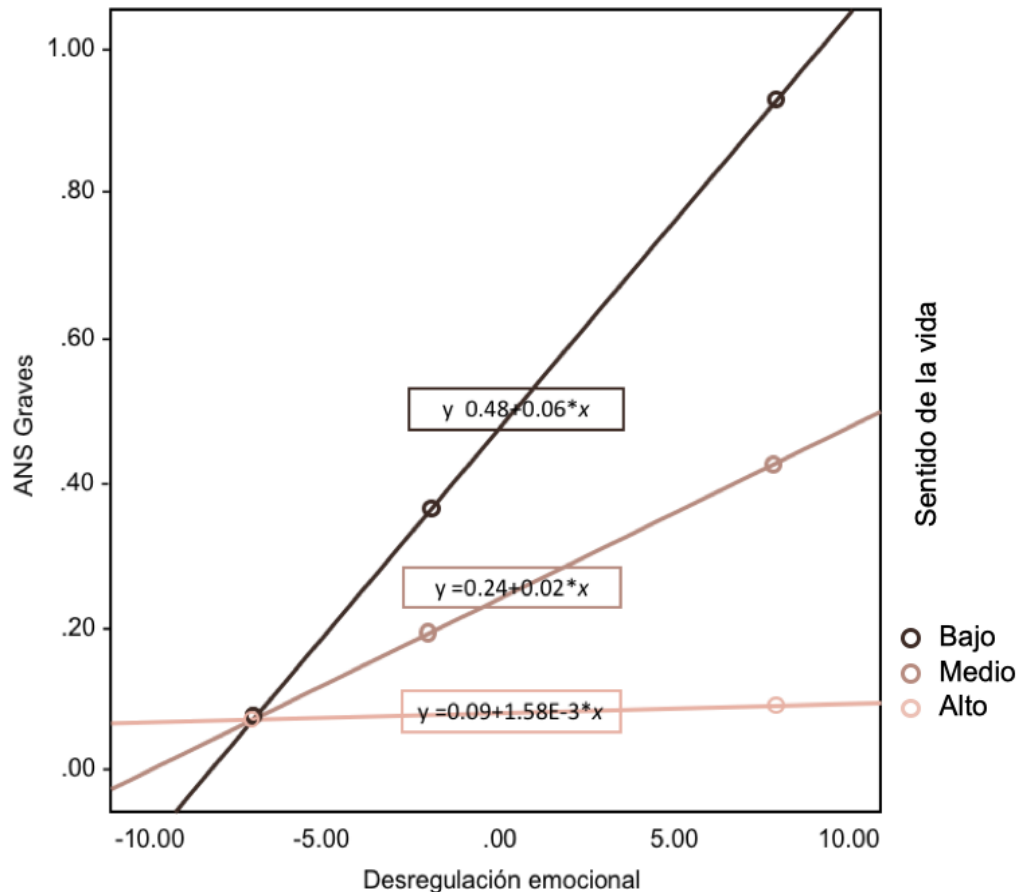


Figura13: Efecto moderador entre del Sentido de la Vida entre la Desregulación Emocional y las ANS Graves

4.6. Modelo predictivo de las ANS

O6: Explorar un modelo en el que se incluya el papel predictor de los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Pertenencia Frustrada y la Imagen Corporal sobre las ANS.

Con base en la teoría y los antecedentes empíricos se especificó el modelo teórico propuesto en la introducción del presente trabajo, que quedó conformado por siete factores de la siguiente forma:

Inicialmente se incluyeron seis variables latentes exógenas (Ambientes Invalidantes, Desregulación Emocional, Desesperanza, Carga Percibida, Pertenencia Frustrada e Imagen Corporal) para explicar las ANS según el modelo de relación entre variables explicitado en la Figura 14:

Factor 1. Variable latente Ambiente Invalidante, que incluye dos variables observables: Ambiente Invalidante de la madre y Ambiente Invalidante del padre.

Factor 2. Variable latente Desregulación Emocional, que incluye cinco variables observables: Atención/Desatención, Regulación/Descontrol, Claridad/Confusión, Aceptación/Rechazo y Funcionamiento/Interferencia.

Factor 3. Variable latente Desesperanza, que incluye tres variables observables: Afectiva, Motivacional y Cognitiva.

Adicionalmente se plantean tres predictores que se miden a nivel observable: Carga Percibida, Pertenencia Frustrada e Imagen Corporal.

Factor 4: ANS, que incluye nueve tipos de autolesión: cortarse, rascarse, morderse, golpear, quemarse, interferir en la curación de heridas, tallarse, frotarse y pellizcarse.

El ajuste datos-modelo a priori no mostró un ajuste adecuado: $\chi^2 (205) = 1758.83$, $p < 0.001$, CFI = .87, SRMR = .14 y RMSEA = .066 [.063 – .069], por lo que se procedió a reespecificar el modelo. Para reespecificarlo se eliminó el indicador de Atención/Desatención, dado que no resultó un indicador fiable de su variable latente y, atendiendo a los índices de modificación, se incluyó una covariación muy elevada entre dos tipos de ANS, moderarse y golpear, así como un efecto directo de carga sobre las ANS.

El modelo reespecificado mostró un adecuado ajuste: $\chi^2 (183) = 715.18$, $p < .001$, CFI = .911, SRMR = .070, RMSEA = .041 [.032 - .044] (Figura 14).

Tabla 7

Factores latentes, medias, desviaciones estándar, cargas factoriales y R²

Factores latentes	M (DT)	λ	R ²
Ambiente Invalidante ICES			
Al Madre	25.68 (8.47)	.801	.642
Al Padre	26.23 (9.70)	.774	.599
Desregulación Emocional DERS			
Regulación/Descontrol	18.09 (7.29)	.854	.730
Claridad/Confusión	9.56 (2.31)	.462	.213
Aceptación/Rechazo	13.77 (6.29)	.756	.571
Funcionamiento/Interferencia	11.35 (4.38)	.719	.516
Desesperanza HS			
Afectivo	.68 (.94)	.621	.386
Motivacional	.98 (1.61)	.856	.732
Cognitivo	1.36 (1.22)	.713	.509
ANS			
Cortarse	.098 (.48)	.496	.246

Rascarse	.274 (.78)	.769	.592
Morderse	.201 (.62)	.681	.463
Golpearse	.252 (.74)	.647	.419
Quemarse	.030 (.23)	.315	.099
Interferir en la curación	.342 (.88)	.645	.416
Tallarse	.052 (.35)	.443	.196
Frotarse	.143 (.54)	.604	.364
Pellizcarse	.204 (.66)	.706	.499

Tabla 8

Factores Observables, medias, desviaciones estándar

Factores latentes	<i>M (DT)</i>	R^2
Desregulación Emocional DERS	66.09 (16.59)	.184
Desesperanza HS	3.64 (3.40)	.464
Carga Percibida INQ	9.66 (6.11)	.536
Pertenencia Frustrada INQ	35.36 (8.27)	.001
ANS	1.81 (4.18)	.163

El modelo que se presenta en la Figura 14 presenta un número de relaciones relevantes. Así, los Ambientes Invalidantes suponen un factor exógeno (externo) al modelo que, tal y como se hipotetizaba, afecta de forma positiva e importante a la Desregulación Emocional ($\beta = .429$, $p < .01$), lo que supone una R^2 de la desregulación de .184 (18.4%). Esta desregulación, a su vez, afectaría a la Desesperanza también significativa y positivamente ($\beta = .681$, $p < .01$, $R^2 = .464$). La Desesperanza se hipotetizó afectando tanto a la Carga Percibida como a la Pertenencia Frustrada. Mientras que el modelo sí muestra un efecto significativo y fuerte sobre la Carga ($\beta = .732$, $p < .01$, $R^2 = .536$), el efecto sobre la Pertenencia Frustrada no fue significativo ($\beta = -.029$, $p > .05$, $R^2 = .001$). Tanto la Carga ($\beta = -.462$, $p < .01$) como la Pertenencia predijeron significativamente la Imagen Corporal ($\beta = .100$, $p < .01$). En conjunto, estos dos predictores explicaron un 22.6% de la Imagen Corporal. Finalmente, por lo que respecta al papel de la Carga Percibida y la Pertenencia Frustrada sobre las ANS en el modelo, únicamente la Carga resultó ser un predictor estadísticamente significativo de las ANS ($\beta = .388$, $p < .01$). Finalmente, la Imagen Corporal no predijo de forma significativa las ANS ($\beta = -.031$, $p > .05$). En conjunto, el modelo es capaz de explicar significativamente el 16.3% de la varianza de las ANS.

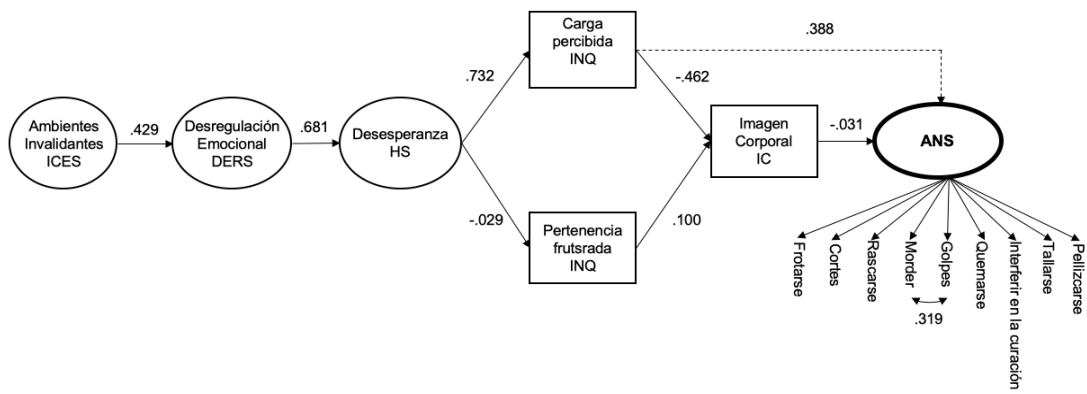


Figura 14. Modelo predictivo de las ANS

Capítulo 5. Discusión y Conclusiones

Capítulo 5. Discusión y Conclusiones

5.1. Discusión

En el presente capítulo se analizan los resultados en relación a la literatura existente y se presentan las principales conclusiones extraídas respecto a los objetivos e hipótesis previos.

O1: Describir las características demográficas, psicosociales, clínicas y psicopatológicas de la muestra de los jóvenes evaluados que presenten ANS.

H1: La prevalencia de las ANS se situará en los márgenes que ofrece la literatura sobre autolesiones en adolescentes (5-20%).

En el presente estudio se ha encontrado que el 24.6% ($n = 432$) de los adolescentes españoles refirió haberse autolesionado al menos una vez en la vida y el 12.7% ($n = 222$) se autolesionaron de forma más severa (cortándose, quemándose, o clavándose agujas) y de acuerdo con los criterios del DSM-5 A, 16.4% de los adolescentes se autolesionaron 5 veces o más en nuestro estudio. Estos resultados están en consonancia con la literatura, ya que 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; 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).

Sin embargo, nuestros resultados se acercan más a la prevalencia hallada en un estudio llevado a cabo en China, en el que tuvieron en cuenta el criterio de frecuencia del DSM-5. Se observó que un 12% de estos adolescentes cumplían con los criterios sugeridos por el DSM-5, y aproximadamente el 29% informó de un historial de ANS de al menos una vez durante el último año (Tang et al., 2018). A su vez, estos datos concuerdan con un estudio reciente que también se ha realizado con una muestra comunitaria de adolescentes chinos, que encontró una tasa de prevalencia del 26.4%, muy similar a la nuestra (Gong et al., 2019).

El único estudio realizado en España en el que se ha explorado la prevalencia de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes, Calvete et al. (2015) encontraron que más de la mitad de los participantes se autolesionaron y que el 32.2% lo hizo usando métodos peligrosos. Ambas cifras representan una frecuencia más alta de ANS de lo que se ha encontrado en el presente estudio, a pesar de que los grupos focales estaban en el mismo rango de edad. Sin embargo, vale la pena mencionar que el instrumento utilizado para evaluar las ANS en el estudio de Calvete fue la adaptación al castellano del *Functional Assessment of Self-Mutilation* FASM (Lloyd et al., 1997) cuestionario que, como ya se ha comentado, incluye comportamientos de las ANS como morderse los labios, lo que hace que aumente la

tasa de la prevalencia pero disminuya la tasa en algunos comportamientos de carácter más severo. De hecho, este tipo de ANS fue la más frecuente, respaldado por el 48% de la muestra. En general, nuestras tasas se acercan al 17-18% indicado como el promedio de todos los estudios y países en los trabajos de revisión de Muehlenkamp et al. (2012) o Swannell et al. (2014).

De acuerdo con los criterios del DSM-5 A (unicamente teniendo en cuenta el criterio de frecuencia), el 16.4% de los adolescentes se autolesionaron 5 veces o más en nuestro estudio. Pocos estudios han considerado el criterio A del DSM-5 para estimar la prevalencia de ANS en muestras comunitarias de adolescentes. Uno de ellos, Zetterqvist et al. (2013), encontraron que un porcentaje menor de adolescentes -6.7%- cumplían con el criterio A del DSM-5. Debemos resaltar que en este estudio anterior los autores utilizaron un enfoque conservador y excluyeron los comportamientos autolesivos tales como arrancarse costras, morderse a uno mismo (boca o labio) o arrancarse el pelo, que están incluidos en el FASM, debido a su naturaleza trivial. Por lo tanto, esta diferencia en los métodos de evaluación podría explicar las diferencias en la prevalencia estimada.

H2: Existirán diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de las ANS en una muestra de adolescentes.

En nuestra muestra no encontramos diferencias estadísticamente significativas de género en la frecuencia de las ANS. La evidencia de la existencia de diferencias de género en la probabilidad de autolesiones ha sido equívoca (Rasmussen et al., 2016). Mientras que algunos estudios no han encontrado diferencias de género en adolescentes y adultos jóvenes (Gratz et al. 2002; Hilt et al. 2008), otros han encontrado que las chicas son significativamente más propensas a autolesionarse que los chicos (O'Connor et al. , 2009; O'Connor et al., 2012). Los estudios futuros deben explorar los posibles factores sociodemográficos y culturales que podrían explicar estas diferencias.

H3: Las mujeres presentarán un mayor uso de los métodos de ANS que involucran sangre (p.ej., cortar, tallar) que los hombres, y los hombres se golpearán más que las mujeres.

Los tipos más frecuentes de ANS en nuestra muestra fueron: interferir con las heridas (14.6%), rascarse (12.5%), golpearse (11.7%), morderse (10.5%) y frotarse la piel (9.8%). Además, el 4.7% de los adolescentes se cortaron, el 3.4% lo hizo más de 5 veces y el 1.2% lo hizo más de 50 veces. Frecuencias similares fueron encontradas por Zetterqvist et al. (2013), especialmente en relación a los cortes. Estos autores encontraron que el 11.7% de la muestra respaldó este tipo de ANS y el 2.1% lo hizo más de once veces. Sin embargo, otros estudios han encontrado una mayor prevalencia de cortes, como el estudio de Bjarehed et al. (2012) en Suecia, que encontró una frecuencia del 15.1% para este comportamiento.

Respecto a las diferencias de género en los tipos de autolesión, las mujeres (6.7%) se han cortado más que los hombres (2.5%) y se han tallado más (2.6%) que los hombres (2.1%). Por otro lado, los hombres (13.5%) se han golpeado más que las mujeres (10.1%) y, en la misma dirección, se han mordido más (11.7%; mujeres: 9.3%), se han pellizcado más

(10.6%; mujeres: 9.1%), y se frota la piel más (7.5%; mujeres: 6.8%). Respecto a las ANS más graves, las realizan con mayor frecuencia los hombres: se pinchan más con agujas (2.5%) que las mujeres (1.6%) y se queman más (2%) que las mujeres (1.5%).

Estos hallazgos son consistentes con las observaciones iniciales relativas a que los hombres y las mujeres difieren en el método que utilizan para autolesionarse. Andover et al. (2010) concluyó, de la misma manera que en el presente estudio, que uno de los métodos más comunes de ANS entre los hombres era golpearse, así como que eran significativamente más propensos a quemarse.

A su vez, el meta-análisis de Bresin y Schoenleber (2015) coincide con nuestros resultados en el hecho de que las mujeres tuvieron más probabilidades que los hombres de participar en métodos de ANS que generalmente involucran sangre (por ejemplo, corte o rasguños).

H4: La funcionalidad intrapersonal de las ANS tendrá mayor frecuencia que la interpersonal en una muestra comunitaria de adolescentes.

En referencia a los motivos por los que los adolescentes de nuestra muestra se autolesionan, casi la mitad de los participantes que se autolesionaron refirieron que lo hacían debido a funciones intrapersonales, mientras que un tercio se refirió a funciones interpersonales. Las funciones más frecuentes, presentes en la mitad de la muestra de los adolescentes que se autolesionaban, se relacionaron con la regulación emocional, el autocastigo, la señal de angustia o la evasión de la disociación. Un tercio de los adolescentes que se autolesionaron mencionó motivos como evitar el suicidio, establecer límites interpersonales, querer recibir atención de otros, querer influir en otros, buscar sensaciones o mostrar dureza. Según investigaciones anteriores, en adolescentes, las autolesiones tienen varias funciones (Rasmussen et al., 2016; Suyemoto, 1998). Además, la literatura respalda nuestros resultados, sugiriendo que la autolesión no suicida es una forma de manejar el dolor y la angustia psicológicos (Nock y Prinstein, 2004; Klonsky y Glenn, 2009), lo que refuerza la idea de que, para la mayoría de los jóvenes, la autolesión no es principalmente un acto manipulador (Rasmussen et al., 2016). Nuestros resultados, además, apoyan la estructura de dos factores de motivos para la autolesión.

O2: Analizar la influencia del formato de dispositivo empleado en la evaluación sobre la prevalencia de las ANS.

H5: Los adolescentes que contestaron a la evaluación a través de dispositivos móviles o *tablets* presentarán mayores niveles de ANS frente a los que respondieron vía ordenador.

Como ya se habló en apartados anteriores, asegurar el anonimato es una característica importante de la investigación sobre temas delicados que afecta a las estimaciones de prevalencia (Swannell et al., 2014). Existe mucha literatura sobre la investigación de temas sensibles que concluyen que la tendencia es a obtener una respuesta

más baja cuando los sujetos son identificados (Evans, Hawton, Rodham, y Deeks, 2005; Kidger et al., 2012). Pridemore, Damphousse y Moore (2005) constataron que una pregunta delicada dentro de un cuestionario plantea inquietudes acerca de la desaprobación u otras consecuencias (como las sanciones legales) por informar de manera veraz o incluso la pregunta en sí misma se puede experimentar como una invasión de la privacidad. La recopilación de datos representativos sobre temas delicados, especialmente los datos que se utilizan para determinar las estimaciones de prevalencia de la población, es problemático, independientemente del modo de recopilación de datos que se emplee (Kreuter, Presser, Tourangeau, 2009; Lessler y O'Reilly, 1997; Moskowitz, 2004; Torangeau y Smith, 1997).

Aunque superar el problema de las respuestas socialmente deseables atraviesa todos los instrumentos de recopilación de datos, especialmente cuando se trata de temas delicados, las entrevistas que se realizan por ordenador se han considerado durante mucho tiempo como un método apropiado para recopilar información confidencial de encuestas debido a la privacidad que ofrece (Bruin, Picavet y Nossikov, 1996; Forster y McCleery, 1999).

Hasta nuestro conocimiento, esta es la primera investigación en España que ha estudiado el hecho de si la herramienta que se utiliza para realizar la encuesta interfiere en la prevalencia de las ANS. Para evaluar las ANS los adolescentes cumplimentaban el cuestionario en ordenadores o dispositivos móviles en función de los recursos o normativa de la escuela. Se ha encontrado que existen diferencias significativas a este respecto, y que se encuentran mayores tasas de prevalencia cuando el cuestionario se llevaba a cabo a través de dispositivos móviles. Una hipótesis que puede dar respuesta a estos resultados es que, en muchas ocasiones, las pantallas de ordenador de los colegios son muy grandes o los alumnos se encuentran muy próximos unos de otros, interfiriendo en la privacidad y por lo tanto en la calidad de los datos. Sin embargo, el móvil permite preservar la intimidad y favorece que el adolescente sienta mayor control de la privacidad de sus datos .

O3: Probar la estructura factorial unidimensional de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.

H6: Existirá una estructura factorial unidimensional de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.

Con respecto al segundo objetivo de este estudio, que fue probar la estructura unidimensional de las autolesiones no suicidas, el AFC para el cuestionario original del ISAS-I (Klonsky y Glenn, 2009) mostró un factor único que incluye los diferentes tipos de ANS, apoyando así la unidimensionalidad del constructo de ANS. Como se mencionó anteriormente, los diferentes elementos que representan diferentes tipos de ANS fueron lo suficientemente homogéneos en toda la escala, lo que sugiere que están bien relacionados entre sí y podrían ser adecuados para medir un solo constructo. Los únicos tipos de ANS con niveles de consistencia más bajos, aunque en el límite de aceptabilidad (Nunnally y Bernstein, 1994), fueron quemarse e ingerir productos químicos. Podemos explicar este resultado observando que estos dos tipos de autolesiones fueron menos frecuentes en nuestra muestra

(1.7% y 2.5%, respectivamente), y, en este último caso, ingerir sustancias peligrosas no siempre se ha considerado una autolesión no suicida. Por tanto, es un comportamiento que no se incluye en todos los instrumentos de definición o evaluación de las ANS. Si bien nuestro modelo incluye estos comportamientos en el continuo de las ANS, los estudios futuros deberían, al menos, aclarar si el consumo de sustancias peligrosas debe considerarse un tipo de ANS.

Si revisamos estudios previos que analizan la consistencia interna de los comportamientos de las ANS en la primera parte del ISAS, los estudios informan de tasas de consistencia interna bastante altas (Bildik et al., 2012; Klonsky y Olino, 2008). Sin embargo, Bildik et al. (2012) señalaron que existen tipos de ANS con diferentes niveles de gravedad que podrían no ser comparables al calcular la frecuencia de estos tipos de comportamientos. Además, Evans y Simms (2018) encontraron pruebas que apoyan un modelo bifactorial de la conductas autolesivas –tanto suicidas como no suicidas–, hablando del continuo del *self-harm*, lo que sugiere que el suicidio y las ANS representan dimensiones relacionadas pero independientes.

Sin embargo, la autolesión no suicida en el mencionado trabajo representa una dimensión única. En este sentido, nuestro estudio es el primero en probar la estructura factorial unidimensional del ISAS-parte I utilizando un AFC en adolescentes españoles, proporcionando evidencia de un continuo de autolesiones no suicidas y, por lo tanto, mostrando que constituyen un fenómeno único. La evidencia previa respalda la idea de que cuanto mayor sea la frecuencia y los tipos de ANS, mayor será la gravedad de la psicopatología de la persona que se autolesiona (por ejemplo, Klonsky y Olino, 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007). Además, se ha encontrado que el número de diferentes tipos de ANS llevados a cabo es un factor de riesgo para el suicidio (p.ej. Fox et al., 2015; Joiner, 2005; Pérez et al., 2018). Esta evidencia y nuestros resultados sugieren que los diferentes tipos de autolesiones encontrados en el continuo de ANS constituyen un fenómeno único vinculado a motivaciones intrapersonales o interpersonales que, a su vez, podrían estar relacionadas con un mayor riesgo de suicidio. Este constructo unidimensional, a pesar de comprender distintos tipos de autolesiones que representan distintos niveles de gravedad, puede estar indicando que el adolescente que se autoinflinge daño con el fin de regular emociones o manejar relaciones interpersonales, está poniendo en marcha una serie de estrategias desadaptativas que pueden derivar en comportamientos autolesivos más graves.

O4: Analizar las diferencias entre los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan respecto a las variables psicopatológicas y en el Sentido de la Vida.

H7: Los adolescentes con ANS frente a los adolescentes sin ANS presentarán, mayor Ambiente Invalidante familiar tanto del padre como de la madre, mayor Desregulación Emocional, mayor Desesperanza, mayores sentimientos de carga y mayores niveles de pertenencia, y una peor Imagen Corporal.

Respecto a la hipótesis anteriormente citada en lo que respecta a las comparaciones entre grupos sobre el Ambiente Invalidante, en consonancia con otras investigaciones (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa y Sim, 2011; Bureau et al., 2010; Gratz et al., 2002; Yates, Tracy y Luthar, 2008), se ha observado el hecho de que el adolescente con ANS percibe un nivel más alto de invalidación emocional tanto por parte del padre como el de la madre, encontrado que es ligeramente superior en la figura del padre. Este resultado sugiere que la autolesión, en este caso, podría cumplir la función de suprimir las emociones que el adolescente lucha por tolerar debido a experiencias pasadas. Se ha visto en la literatura que esta forma de trauma (el Ambiente Invalidante) interactúa con otras formas de regulación de la emoción como los trastornos alimentarios y sus síntomas, encontrándose que la invalidación, particularmente de la figura del padre, estaba relacionada con el vómito emocional (Haslam, Mountford, Meyer y Waller, 2008).

Adrian et al. (2010) concluyeron que los problemas en los vínculos familiares se relacionan directa e indirectamente con la frecuencia y severidad de las ANS y que esto sucede a través de la Desregulación Emocional. En lo que respecta a la Desregulación Emocional en este estudio, hemos encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que no se autolesionan frente a los que se autolesionan teniendo estos mayores niveles de Desregulación Emocional. Sin embargo, si observamos las dimensiones específicas de la desregulación de la emoción, hemos observado que en la dimensión de Atención/Desatención emocional los dos grupos tienen niveles similares. Una hipótesis por la que este fenómeno se puede estar dando es que la mayoría de los adolescentes presta atención a sus emociones a un mismo nivel, máxime en un periodo de la vida en el que las emociones juegan un papel saliente. Sin embargo, la diferencia se produce cuando las emociones, de por si presentes en intensidad y frecuencia, se rechazan, se descontrolan, se confunden o generan interferencia en el adolescente, y es en este punto donde las ANS se vehiculan como mecanismo de gestión emocional. Prueba de ello son los mayores niveles de Desregulación Emocional en el grupo de adolescentes que se autolesionaba en este estudio.

Estos hallazgos sugieren la importancia de distinguir entre la conciencia y la comprensión de las respuestas emocionales, para poder desarrollar la capacidad de actuar de la forma deseada y abstenerse de actuar de formas no deseadas cuando se experimentan emociones negativas. Investigaciones anteriores han encontrado resultados similares (Fox et al., 2015; Pérez et al., 2014), lo que sugiere que la Desregulación Emocional es un correlato de las ANS.

Por otro lado, nuestra investigación ha reforzado la evidencia relativa a Desesperanza como correlato de las ANS (Dhingra, Bpdiszek y Klonsky, 2016; Fox et al., 2015; Steeg et al., 2016). En este estudio se ha podido constatar que los adolescentes que se autolesionaban estaban sustancialmente más desesperanzados que los que no y lo mismo sucedía en sus distintas dimensiones. Posiblemente los adolescentes desesperanzados creen que sus pro-

blemas no tienen solución y mantienen pensamientos negativos hacia su futuro. Otros trabajos han señalado la Desesperanza como uno de los predictores más robustos de las ANS (Fox et al., 2015). La experiencia de la Desesperanza durante la adolescencia es un factor de riesgo para una variedad de trastornos de internalización y externalización, así como de comportamientos de alto riesgo (Giollabhui et al., 2018) lo cual incluso puede derivar en un intento de suicidio (Klonsky et al., 2016; Pérez et al., 2017; Wenzel et al., 2009).

También hemos comprobado que las ANS guardan relación tanto con la Carga Percibida como con la Pertenencia Frustrada, de manera que las personas que se autolesionaban mostraban mayores niveles en estas dos dimensiones. Nuestros resultados van en la misma dirección que los hallados por Assavedo y Anestis (2015) que encontraron que la frecuencia de las ANS se asociaba de manera significativa y positiva con la Pertenencia Frustrada y a la Carga Percibida. Así pues, estos resultados implican que las personas que participan con frecuencia en ANS son vulnerables a experimentar sentimientos elevados de Pertenencia Frustrada. Una posible interpretación de estos resultados puede apuntar a que las personas que se involucran con frecuencia en ANS sienten que carecen de conexiones significativas con otros, lo que a su vez puede provocar sentimientos de desconexión de otras personas (Glenn y Klonsky, 2009). Los adolescentes que se autolesionan se sienten, en su mayoría, más como una carga que los individuos que no participan en ANS. Esta diferencia en otros estudios parecía explicarse por la comorbilidad con psicopatología relevante (por ejemplo, la depresión y los síntomas del trastorno límite de la personalidad) (Assavedo y Anestis, 2015). Con respecto a la Carga Percibida, aunque las personas que participan en las ANS informan haber experimentado vergüenza y culpa después de los episodios de ANS (p. ej., Klonsky 2009; Nixon et al. 2002), no está claro si el comportamiento en sí mismo causa esos sentimientos o si son independientes a la conducta.

Por último, en lo relativo a la Imagen Corporal, varios estudios han explorado específicamente la relación de la Imagen Corporal con las ANS, evidenciando que una Imagen Corporal negativa se vincula de forma significativa a las ANS (Duggan, Toste y Heath, 2013; Muehlenkamp, Claes, Smits, Peat, y Vandereycken, 2011; Muehlenkamp, Peat, Claes, y Smits, 2012; Ross, Heath, y Toste, 2009). Nuestros resultados respaldan esta evidencia ya que hemos encontrado diferencias significativas entre los que no se autolesionaban frente a los que si teniendo una Imagen Corporal más insatisfactoria este último grupo, esto concuerda con otros estudios donde la Imagen Corporal es significativamente peor en personas con ANS en comparación con los controles (Duggan et al., 2013; Ross et al., 2009).

H8: Los adolescentes sin ANS frente a los adolescentes con ANS presentarán mayores niveles de Sentido de la Vida.

La presencia de un Sentido de la Vida es particularmente relevante durante la adolescencia (Benson, Roehlkepartain y Rude, 2003; Davey, Eaker y Walters, 2003). En la actualidad hay una línea de estudios que examinan el significado en la vida de los adolescentes

(p.ej., Kiang y Fuligni, 2010; Rose et al., 2017; Wang et al., 2016). Sin embargo, es muy escasa la investigación cuando se trata de estudiar el Sentido de la Vida como factor protector de las ANS en adolescentes. Hasta la fecha únicamente conocemos un estudio que haya puesto a prueba la relación entre estos dos constructos en universitarios, constatando el carácter protector del Sentido de la Vida (Kress et al., 2012).

En esta misma línea, en nuestro estudio con adolescentes españoles hemos encontrado mayores niveles de Sentido de la Vida en aquellos que no se autolesionan, confirmando nuestra hipótesis. Estos hallazgos sugieren que el hecho de que un adolescente informe de que su vida tiene falta de sentido nos puede estar indicando que está en riesgo de poder padecer ANS, ya que puede recurrir a cortarse, o quemarse, etc., con intención de llenar un vacío, sentir control, o dejar de sentir las emociones desagradables que le provoca esa ausencia de sentido (correspondiendo a las funciones intrapersonales) o, por otro lado, buscar ayuda o demandar atención que le alivie de su angustia (función interpersonal). Como Viktor Frankl subraya, la búsqueda del Sentido de la Vida por parte del hombre constituye una “fuerza primaria y no una mera ‘racionalización secundaria’ de sus impulsos instintivos” (Frankl, 1979: 139). Por lo tanto, la incapacidad de no lograr un Sentido de la Vida sano puede llevar a los adolescentes a implicarse en conductas disfuncionales como las ANS.

O5: Explorar el efecto moderador del Sentido de la Vida sobre las ANS

H9: El Sentido de la Vida tendrá un efecto moderador en la asociación entre la Desregulación Emocional y las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron un importante papel moderador del Sentido de la Vida en la relación entre la Desregulación Emocional y las ANS, reforzando el papel positivo del Sentido de la Vida en la salud mental y como un recurso para enfrentar la adversidad. Es bien sabido que la regulación emocional desempeña un papel importante en muchos trastornos psicológicos, contribuyendo a su desarrollo y mantenimiento (p. ej., Kring y Sloan, 2010). Existen estudios previos realizados con población clínica donde se demuestra que el Sentido de la Vida se asocia moderada y negativamente con la Desregulación Emocional, pero hasta el momento desde nuestro conocimiento no se había probado esta asociación con población comunitaria adolescente (Marco, Pérez, García-Alandete y Moliner, 2017; Schulenberg, Strack y Buchanan, 2011). Además, la regulación emocional puede considerarse una variable psicopatológica transdiagnóstica (p.ej., Aldao, Gee, De Los Reyes, y Seager, 2016; Fernandez, Jazaieri, y Gross, 2016; Sloan et al., 2017), mientras que el Sentido de la Vida puede considerarse una variable transdiagnóstica relacionada con el bienestar, la resiliencia y la protección contra los síntomas psicopatológicos. En este sentido, el Sentido de la Vida podría incluirse en entornos terapéuticos con adolescentes como una variable a trabajar, con el fin de amortiguar la psicopatología emocional relacionada con las ANS y de mejorar los resultados de la intervención. Un elevado Sentido de la Vida puede contribuir a

llevar una vida satisfactoria y funcionalmente positiva y a brindar a los adolescentes con dificultades en la gestión de las emociones la capacidad de enfrentar positivamente la adversidad (p.ej., Xin-qiang, Xiao-xin, Fan y Da-jun, 2016).

O6: Explorar un modelo en el que se incluya el papel predictor de los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Pertenencia Frustrada y la Imagen Corporal sobre las ANS.

H10: Los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Pertenencia Frustrada y la Imagen Corporal serán predictores de las ANS en una muestra comunitaria de adolescentes.

En primer lugar, en nuestro modelo los Ambientes Invalidantes estuvieron asociados de forma positiva a la Desregulación Emocional. Estos datos van en la línea del modelo bio-social planteado por Linehan (1993) y el modelo de psicopatología evolutiva de Yates (2004): cuando el entorno familiar rechaza, castiga o invalida la expresión emocional del niño o adolescente esto interferirá con su desarrollo emocional, provocando problemas de Desregulación Emocional (Shiman y Zeman, 2001).

En segundo lugar, la Desregulación Emocional estuvo asociada con la Desesperanza de forma positiva. Esto puede ser debido a que los adolescentes experimentan frustraciones y una baja tolerancia a las emociones desagradables como, por ejemplo, la angustia, la ira, el dolor o el odio, incluso hacia uno mismo, que contribuyen a la sensación de Desesperanza (Donaldson, Spirito y Farnett, 2000).

En tercer lugar, la Desesperanza estuvo asociada a la Carga Percibida pero no a la Pertenencia Frustrada. Nuestro resultado, por una parte, va en la misma línea otros estudios donde las correlaciones entre la Desesperanza interpersonal y la Pertenencia Frustrada, así como con la Carga Percibida, fueron significativas (Hagan et al., 2015; Joiner, 2005; Tucker et al., 2018). Sin embargo, a diferencia de este estudio, en nuestro caso la Desesperanza estuvo asociada a la Carga pero no a la Pertenencia. Esto indica que, aunque la Pertenencia Frustrada y la Carga Percibida son constructos relacionados, representan variables bien distintas (Van Orden et al., 2012).

En cuarto lugar, los resultados indicaron que tanto la Pertenencia Frustrada como la Carga Percibida predijeron la insatisfacción corporal, explicando un 22.6% de la insatisfacción con Imagen Corporal. Esto se puede explicar debido a que el adolescente que parte de un Ambiente Invalidante, con incapacidad emocional y una visión desesperanzada de la vida es posible que junto a su sentimiento de Carga o de Pertenencia Frustrada vayan asociadas cogniciones de autocrítica asociadas a su Imagen Corporal.

Finalmente, el predictor significativo más próximo de las ANS fue la Carga. Estos resultados van en la misma línea que varios estudios en los que se encontró una relación significativa entre la Carga Percibida y la ideación suicida pero no con la Pertenencia Frustrada (p. ej., Hill y Pettit, 2012; Lamis y Lester, 2012). Sin embargo, la insatisfacción con la

Imagen Corporal no afectó de forma significativa a las ANS. Estos resultados contradicen a Black et al. (2018) quienes concluyeron que la insatisfacción con la Imagen Corporal fue un predictor pequeño pero significativo de las ANS tanto a nivel transversal como de forma longitudinal. En este trabajo, cuanto mayor era la insatisfacción corporal, se explicaba de forma significativa un mayor número de métodos de ANS de forma transversal y longitudinal.

Respecto a los métodos, en nuestro modelo se encontró una relación lineal muy elevada entre dos tipos de ANS, moderarse y golpearse.

Existen numerosos modelos que intentan explicar la etiología de las ANS (por. ej. Joiner, 2005; Lineham, 1993), pero hasta donde nosotros sabemos, no existen estudios que intenten confirmar un modelo complejo de la etiología de las ANS en adolescentes españoles. Los resultados de esta tesis confirman un modelo complejo que tiene en cuenta variables de vulnerabilidad y de mantenimiento para las ANS en adolescentes.

5.2. Limitaciones del estudio y futuras directrices

Este es el primer estudio que explora la unidimensionalidad de las ANS en adolescentes españoles y el segundo estudio que explora las ANS en una gran muestra comunitaria de adolescentes en España (Calvete et al., 2015).

Sin embargo, a pesar de las aportaciones, no está exento de limitaciones. Las herramientas que se utilizaron para evaluar a los adolescentes se recopilaban a través de un autoinforme retrospectivo que tiene limitaciones bien conocidas como son, por ejemplo, los sesgos de olvido y recuerdo. Las medidas de autoinforme no se validaron con otras fuentes de información, como las entrevistas clínicas, herramienta que habría fortalecido los resultados.

También hay una falta de datos sobre psicopatología general y diagnósticos diferenciales en la muestra. Por lo tanto, no hay forma de discriminar entre adolescentes con ANS con o sin síntomas de TLP, lo cual es una limitación, ya que los síntomas de TLP pueden influir potencialmente en las funciones informadas de las ANS.

Nuestra muestra estuvo compuesta por 1733 adolescentes de 11 a 19 años. Por lo tanto, los resultados no pueden generalizarse a las muestras clínicas que generalmente muestran tipos más graves de ANS. Así pues, los estudios futuros deben explorar la unidimensionalidad de las ANS en muestras clínicas. Además, el diseño transversal de esta tesis con una muestra no aleatorizada descarta cualquier conclusión que implique causalidad. Nuestros resultados proporcionan una prevalencia estimada de ANS ya que los estudios longitudinales podrían probar el poder predictivo de este constructo unidimensional en la predicción futura de los trastornos afectivos, ANS y conductas suicidas. A pesar de las limitaciones, nuestros resultados muestran que aproximadamente una cuarta parte de los adolescentes se han autolesionado en algún momento de sus vidas y aproximadamente el 13% lo ha hecho de una manera más grave.

Además, como han señalado Evans y Simms (2018), los hallazgos en relación con la unidimensionalidad de las ANS no deben interpretarse como una sugerencia de una representación real de la estructura latente de las ANS.

Por otro lado aunque las asociaciones encontradas en nuestro modelo contribuyeron a la comprensión de la relación entre los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Imagen Corporal y las ANS el estudio actual es de naturaleza correlacional y, por lo tanto, no prueba la causalidad.

Algunas implicaciones clínicas y enfoques terapéuticos recomendados pueden extraerse en función de los resultados de esta tesis. Dado que las ANS tienen una elevada prevalencia en los adolescentes, los profesionales de la salud y el personal escolar deben ser conocedores de estas conductas y qué funcionalidad tienen para poder reconocerlas y prevenirlas. Para lograr estos objetivos, por un lado el personal sanitario podría beneficiarse de tener acceso a instrumentos estructurados y de fácil administración, como por ejemplo, el ISAS (Klonsky y Glenn, 2009), para evaluar la frecuencia y las funciones de las ANS, así como evaluar el sentimiento de Carga Percibida con la escala INQ (Van Orden et al., 2009), una variable que se ha encontrado como clave en su relación con las ANS en este trabajo.

Por otro lado, es importante prestar atención a las experiencias de eventos adversos de la vida, especialmente los de naturaleza interpersonal en la infancia, así como evaluar el ambiente familiar donde han crecido los adolescentes (Mountford et al., 2007). Las ANS que se dan de manera frecuente puede indicar la necesidad de indagar sobre los esquemas tempranos de regulación emocional en la infancia (Morvaridi, Mashhadu, Shamloo y Leahy, 2019) Es posible que la forma de gestionar las experiencias adversas de la vida a nivel emocional puedan influir en vías específicas hacia la necesidad de participar en las ANS para regular las emociones y / o comunicarse con otros. En esta tesis, se encontró que las experiencias de Ambientes Invalidantes familiares, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, el sentimiento de Carga Percibida o la insatisfacción con la Imagen Corporal estaban implicados en el camino para involucrarse en las ANS para regular tanto las experiencias emocionales como las sociales. Por lo tanto, estos factores pueden ser indicativos de un enfoque de tratamiento amplio dirigido a las habilidades de regulación de la emoción así como a las habilidades interpersonales en el contexto del entorno de cuidado, en el que es igualmente importante tratar de tolerar las adversidades, los conflictos y las críticas como fomentar la validación emocional (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler y Pantalón, 2015).

De la misma manera, se ha observado que el Sentido de la Vida modera la relación entre la Desregulación Emocional y las ANS, por ello las intervenciones tanto de prevención como de tratamiento han de ir encaminadas a terapias centradas en el sentido que tengan como objetivo la construcción de un futuro mejor, confrontar el destino y trabajar las fortalezas para tener una vida que merezca la pena vivir (Linehan, 1993).

5.3. Conclusiones

1. 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.
2. La edad media de los adolescentes es de 14 años, autolesionándose por igual tanto mujeres como hombres.
3. El método que más utilizan es rascarse fuertemente. Las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos que involucran sangre (como cortarse) a diferencia de los hombres, cuyo método más usado es golpearse.
4. La funcionalidad de las ANS es principalmente de carácter intrapersonal, es decir, tienen como finalidad aliviar o eliminar estados emocionales negativos. De los adolescentes que se autolesionan el 23.3% desearía dejar de realizarlo.
5. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que contestaban por ordenador y móviles, viendo que referían autolesionarse más los que cumplieron la evaluación a través dispositivos móviles.
6. Se ha encontrado un factor único respecto a la estructura factorial de las ANS que incluye los diferentes tipos de ANS, apoyando así la unidimensionalidad del constructo de tipos de ANS.
7. Los adolescentes que se autolesionan tienen mayores niveles de Ambientes Invalidantes en la familia, tanto en el ambiente paterno como en el materno, están más desesperanzados, se encuentran más desregulados emocionalmente, tienen mayores niveles de Carga Percibida y mayor insatisfacción con la Imagen Corporal.
8. Los adolescentes que se autolesionan tienen menor Sentido de la Vida que los que no lo hacen.
9. El Sentido de la Vida moderó y amortiguó la asociación entre la Desregulación Emocional las ANS graves.
10. El modelo predictivo de las ANS propuesto ha sido confirmado, indicando que los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida y la Imagen Corporal fueron predictores significativos de la ANS en la dirección propuesta. En conjunto, el modelo fue capaz de explicar el 16.3% de la varianza de las ANS.

Referencias

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., y Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 389-400. doi:10.1007/s10802-010-9465-3
- Agnew-Blais, J., y Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 342-349. doi:10.1016/S2215-0366(15)00544-1
- Alloy, L. B., y Abramson, L. Y. (2007). *The adolescent surge in depression and emergence of gender differences: A biocognitive vulnerability-stress model in developmental context. Adolescent psychopathology and the developing brain: Integrating brain and prevention science*. New York, NY: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Muehlenkamp, J. J., y McCloskey, M. S. (2017). Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder using exploratory data mining. *Psychological Assessment*, 29(2), 221-231. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/buy/2016-23668-001>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., y McCloskey, M. S. (2018). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 31-37. doi: 10.1111/sltb.12330
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., y McCloskey, M. S. (2019). Reconsidering important outcomes of the nonsuicidal self-injury disorder diagnostic criterion A. *Journal of clinical psychology*. 75 (6), 1084-1097. doi:10.1002/jclp.22754
- Anderson, C. B., Carter, F. A., McIntosh, V. V., Joyce, P. R., y Bulik, C. M. (2002). Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10(3), 227-243. doi:10.1002/erv.472

- Andover, M. S. (2014). Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Research*, 219(2), 305-310. doi:10.1016/j.psychres.2014.06.001
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., y Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(11), 1-7. doi:10.1186/1753-2000-6-11.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., y Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591. doi:10.1521/suli.2005.35.5.581
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., y Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic NSSI characteristics?. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 79-88. doi:10.1080/13811110903479086
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., y Page, A. (2013). Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 40-46. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.01.009
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., y Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 603-611. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.10.013
- Anestis, M. D., Coffey, S. F., Schumacher, J. A., y Tull, M. T. (2011). Affective vulnerabilities and self-injury in suicide. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 291-303. doi:10.1080/13811118.2011.615688
- Anestis, M. D., y Joiner, T. E. (2012). Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 46(6), 703-707. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.015
- Armey, M. F., y Crowther, J. H. (2008). A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation, and non-suicidal self-injury among young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 9. doi:10.1037/0022-006X.76.1.9
- Armey, M. F., Crowther, J. H., y Miller, I. W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy*, 42(4), 579-588. doi:10.1016/j.beth.2011.01.002
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... y Mayes, T. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(8), 772-781.
doi:10.1016/j.jaac.2011.04.003

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5a ed.). VA: Arlington.
- Assavedo, B. L., y Anestis, M. D. (2016). The relationship between non-suicidal self-injury and both perceived burdensomeness and thwarted belongingness. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 251-257. doi:10.1007/s10862-015-9508-8
- Aviad-Wilchek, Y., y Ne'eman-Haviv, V. (2018). The relation between a sense of meaning in life and suicide potential among disadvantaged adolescent girls. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1474-1487. doi:10.1177/0306624X16684566
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., y Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research*, 15, 56-67. doi:10.1080/13811118.2011.540467
- Baker, T. G., y Lewis, S. P. (2013). Responses to online photographs of non-suicidal self-injury: A thematic analysis. *Archives of Suicide Research*, 17(3), 223-235. doi:10.1080/13811118.2013.805642
- Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York. Guilford Press.
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., y Abela, J. R. (2015). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 369-380. doi: 10.1007/s10802-014-9895-4
- Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., y Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229. doi:10.1007/s10964-005-9010-9
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. In R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Becker-Weidman, E. G., Reinecke, M. A., Jacobs, R. H., Martinovich, Z., Silva, S. G., y March, J. S. (2009). Predictors of hopelessness among clinically depressed youth. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 267-291. doi:10.1017/S1352465809005207
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., y Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients.

The American Journal of Psychiatry, 147(2), 190-195. Recuperado de <https://focus.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/foc.4.2.291>

- Benjet, C., González-Herrera, I., Castro-Silva, E., Méndez, E., Borges, G., Casanova, L., y Medina-Mora, M. E. (2017). Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 215, 1-8. doi:10.1016/j.jad.2017.03.025
- Bennun, I. S. (1983). *Behavioral Marital Therapy: A Comparative Evaluation of Conjoint, Group and Individual Treatment* (Doctoral dissertation).
- Bildik, T., Somer, O., Basay, B. K., Basay, Ö., y Özbaran, B. (2013). The validity and reliability of the Turkish version of the inventory of statements about self-injury. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(1), 49.
- Black, E. B., Garratt, M., Beccaria, G., Mildred, H., y Kwan, M. (2019). Body image as a predictor of nonsuicidal self-injury in women: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 88, 83-89. doi:10.1016/j.comppsy.2018.11.010
- Bornovalova, M. A., Tull, M. T., Gratz, K. L., Levy, R., y Lejuez, C. W. (2011). Extending models of deliberate self-harm and suicide attempts to substance users: Exploring the roles of childhood abuse, posttraumatic stress, and difficulties controlling impulsive behavior when distressed. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 349-359. doi:10.1037/a0021579
- Borrill, J., Fox, P., y Roger, D. (2011). Religion, ethnicity, coping style, and self-reported self-harm in a diverse non-clinical UK population. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(3), 259-269. doi:10.1080/13674670903485629
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford.
- Brassai, L., Piko, B. F., y Steger, M. F. (2012). Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life. *The Psychological Record*, 62(4), 719-734. doi:10.1007/BF03395831
- Brassai, L., Piko, B. F., y Steger, M. F. (2015). A reason to stay healthy: The role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 473-482. doi:10.1177/1359105315576604
- Brausch, A. M., y Gutierrez, P. M. (2010). Differences in nonsuicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233-242. doi:10.1007/s10964-009-9482-0

- Breen, A. V., Lewis, S. P., y Sutherland, O. (2013). Brief report: Non-suicidal self-injury in the context of self and identity development. *Journal of Adult Development*, 20(1), 57-62. doi:10.1007/s10804-013-9156-8
- Bresin, K. (2014). Five indices of emotion regulation in participants with a history of nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Behavior Therapy*, 45(1), 56-66. doi:10.1016/j.beth.2013.09.005
- Bresin, K., Gordon, K. H., Bender, T. W., Gordon, L. J., y Joiner, T. E. (2010). No pain, no change: Reductions in prior negative affect following physical pain. *Motivation and Emotion*, 34(3), 280-287. doi:10.1007/s11031-010-9168-7
- Bresin, K., y Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., y Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., y Boumpouli, C. (2016). Adolescent's subjective and psychological well-being: The role of meaning in life. *Hellenic Journal of Psychology*, 13(3), 153-169.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-208. doi:10.1037/0021-843X.111.1.198
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwich, A. D., Keller, F., Young, R., y Plener, P. L. (2018). # cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 48(2), 337-346. doi:10.1017/S0033291717001751
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ... y Andrade, L. H. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27. doi:10.1192/bjp.bp.109.074716
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, N., Hoven, C. W.,... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 337-348.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., y Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 641-649. doi:10.1001/archpedi.161.7.641

- Buitron, V., Hill, R. M., y Pettit, J. W. (2017). Mindfulness moderates the association between perceived burdensomeness and suicide ideation in adults with elevated depressive symptoms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(5), 580-588. doi:10.1111/sltb.12314
- Bureau, J. F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M. F., y Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 484-494. doi:10.1007/s10964-009-9470-4
- Butler, A. M., y Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis?. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 324-325. doi:10.1192/bjp.bp.112.113506
- Cacioppo, J. T., y Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228. doi:10.7334/psicothema2014.262
- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological bulletin*, 84(4), 800. doi:10.1037/0033-2909.84.4.800
- Carroll, J., Schaffer, C., Spensley, J., y Abramowitz, S. I. (1980). Family experiences of self-mutilating patients. *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 852-853. doi:10.1176/ajp.137.7.852
- Casey, B. J., Jones, R. M., Levita, L., Libby, V., Pattwell, S. S., Ruberry, E. J., ... y Somerville, L. H. (2010). The storm and stress of adolescence: insights from human imaging and mouse genetics. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 225-235. doi:10.1002/dev.20447
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1(1), 1–5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cassels, M., van Harmelen, A. L., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., y Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 881-887. doi:10.1111/jcpp.12866
- Cavanaugh, R. M. (2002). Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 15 (2), 97–100.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., y Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 337-347. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.004

- Cero, I., Zuromski, K. L., Witte, T. K., Ribeiro, J. D., y Joiner, T. E. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the Interpersonal-Psychological Theory in two samples. *Psychiatry Research*, 228(3), 544-550. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.055
- Chapman, A. L., Derbidge, C. M., Cooney, E., Hong, P. Y., y Linehan, M. M. (2009). Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 122-140. doi:10.1521/pedi.2009.23.2.122
- Chapman, A. L., y Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552. doi:10.1521/suli.2007.37.5.543
- 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(3), 371-394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005
- Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, C., y Davis, H. (1991). Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 30(2), 202-207. doi:10.1097/00004583-199103000-00007
- Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi:10.1017/S0954579400007318
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., y Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197-209. doi:10.1016/S0191-8869(01)00012-5
- Cloutier, P., y Humphreys, L. (2009). Measurement of nonsuicidal self-injury in adolescents. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*, 115-142.
- Cloutier, P. F., y Nixon, M. K. (2003). The Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary evaluation. Abstracts to the 12th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1) 1-94.
- Claes, L., Del-Favero, J., Ceulemans, B., Lagae, L., Van Broeckhoven, C., y De Jonghe, P. (2001). De novo mutations in the sodium-channel gene SCN1A cause severe myoclonic epilepsy of infancy. *The American Journal of Human Genetics*, 68(6), 1327-1332. doi:10.1086/320609
- Claes, L., Fernández-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Botella, C., Casanueva, F. F., De la Torre, R., ... y Bernabé, M. M. G. (2013). Co-occurrence of non-suicidal self-injury and

- impulsivity in extreme weight conditions. *Personality and Individual Differences*, 54(1), 137-140. doi:10.1016/j.paid.2012.07.035
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., y Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. doi:10.1016/j.adolescence.2009.10.012
- Claes, L., y Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 137-144. doi:10.1016/j.comppsy.2006.10.009
- Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2003). Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(5), 379-396. doi:10.1002/erv.510
- Cochrane-Brink, K. A., Lofchy, J. S., y Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451. doi:10.1016/S0163-8343(00)00106-7
- Conteiro, K y Lader, W. (1998) *Bodily Harm*. New York: Hyperion
- Connor, U. (1996) *Contrastive rhetoric: Cross-cultural aspects of second language writing*. Cambridge University Press.
- Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32-47. doi:10.1521/suli.31.1.5.32.24221
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S., y Caine, E. D. (2010). Health status and suicide in the second half of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 25(4), 371-379. doi:10.1002/gps.2348
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., y Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297
- Courtney-Seidler, E. A., Klein, D., y Miller, A. L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 425-444. doi:10.1111/cpsp.12051
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: W.W. Norton & Company.
- Côté, J. E. (2002). The role of identity capital in the transition to adulthood: The individualization thesis examined. *Journal of Youth Studies*, 5(2), 117-134. doi:10.1080/13676260220134403

- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P.I., Hsiao, R.C., Vasilev, C.A., Yaptangco, M., Linehan, M. M., y McCauley, E., 2012. Differentiating adolescent self-injury from adolescent depression: possible implications for Borderline Personality Development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 45–57. doi:10.1007/s10802-011-9578-3
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495. doi:10.1037/a0015616
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., y Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 309-320. doi:10.1007/s00787-008-0733-5
- Cyders, M. A., y Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*, 134(6), 807. doi:10.1037/a0013341
- Czyz, E. K., Berona, J., y King, C. A. (2015). A prospective examination of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among psychiatric adolescent inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 243-259. doi:10.1111/sltb.12125
- Damon, W. (2008). *The path to purpose: How young people find their calling in life*. New York, NY: Free Press.
- Damon, W., Menon, J., y Cotton Bronk, K. (2003). The development of purpose during adolescence. *Applied developmental science*, 7(3), 119-128. doi:10.1207/S1532480XADS0703_2
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital*. 21, 31-35. doi:10.1177/0044118X16653153
- Davey, C. G., Yücel, M., y Allen, N. B. (2008). The emergence of depression in adolescence: development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 1-19. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.04.016
- Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., y Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35-43. doi:10.1016/j.jbtep.2014.08.002
- Davidson, R. J. (1998). Anterior electrophysiological asymmetries, emotion, and depression: Conceptual and methodological conundrums. *Psychophysiology*, 35(5), 607-614. doi:10.1017/S0048577298000134

- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R., y Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(8), 842-855. doi:10.1521/jscp.2011.30.8.842
- DeKlyen, M., y Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Deutz, M. H., Geeraerts, S. B., van Baar, A. L., Deković, M., y Prinzie, P. (2016). The Dysregulation Profile in middle childhood and adolescence across reporters: factor structure, measurement invariance, and links with self-harm and suicidal ideation. *European child & Adolescent Psychiatry*, 25(4), 431-442. doi:10.1007/s00787-015-0745-x
- De Vogler, K. L., y Ebersole, P. (1983). Young adolescents' meaning in life. *Psychological Reports*, 52(2), 427-431. doi:10.2466/pr0.1983.52.2.427
- Deeley, S. T., y Love, A. W. (2010). Does asking adolescents about suicide ideation induce negative mood state? *Violence and Victims*, 25, 677-688. doi:0.1891/0886-6708.25.5.677
- Dhingra, K., Boduszek, D., y Klonsky, E. D. (2016). Empirically derived subgroups of self-injurious thoughts and behavior: Application of latent class Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(4), 486-499. doi:10.1111/sltb.12232
- Díaz de Neira, M. D., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Fominaya, M. P., Baca-García, E., y Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145. doi:10.1016/j.rpsm.2013.09.003
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E., y Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 735-739.
- DiCorcia, D. J., Arango, A., Horwitz, A. G., y King, C. A. (2017). Methods and functions of non-suicidal self-injury among adolescents seeking emergency psychiatric services. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 693-704. doi:10.1007/s10862-017-9609-7
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... y Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658

- Dixon, W. A., Heppner, P. P., y Rudd, M. D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 91. doi:10.1037/0022-0167.41.1.91
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Preetve, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., ... y Nouvion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, 169(1), 22-27. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.011
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., y Caine, E. D. (2004). Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, 34(1), 137-146. doi:10.1017/S0033291703008584
- Duggan, J., Heath, N., y Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: A one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 21. doi:10.1186/s13034-015-0052-9
- Duggan, J. M., Heath, N. L., Lewis, S. P., y Baxter, A. L. (2012). An examination of the scope and nature of non-suicidal self-injury online activities: Implications for school mental health professionals. *School Mental Health*, 4(1), 56-67. doi:10.1007/s12310-011-9065-6
- Duggan, J.M., Toste, J.R., y Heath, N.L. (2013). An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: The mediating influence of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*; 206(2), 256–64. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.016.
- Duggan, J., Heath, N., y Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: A one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 21. doi:10.1186/s13034-015-0052-9
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., y Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111851
- Dyson, M. P., Hartling, L., Shulhan, J., Chisholm, A., Milne, A., Sundar, P., ... y Newton, A. S. (2016). A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS One*, 11(5), doi: 10.1371/journal.pone.0155813
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., y Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250. doi:10.1521/suli.2005.35.3.239

- Evans, C. M., y Simms, L. J. (2019). The latent structure of self-harm. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(1), 12. doi:10.1037/abn0000398.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., y Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological inquiry*, 9(4), 241-273. doi:10.1111/1467-8624.00337
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., y Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child development*, 67(5), 2227-2247. doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01854.x
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., y Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70(2), 513-534. doi:10.1111/1467-8624.00037
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., y Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 389-399. doi: 10.1521/suli.33.4.389.25231
- Fallot, R. D. (2001). Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 110-116. doi:10.1080/09540260120037344
- Favaro, A., y Santonastaso, P. (1999). Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 57-60. doi:10.1016/S0010-440X(99)90078-0
- Favazza, A. R. (1987). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63. doi:10.3928/0048-5713-19920201-06
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R., y Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289. doi:10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x
- Favazza, A. R., y Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 3, 77-85. doi:10.3233/BEN-1990-3202
- Favazza, A. R., y Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140. doi:10.1176/ps.44.2.134

- Fikke, L. T., Melinder, A., y Landrø, N. I. (2013). The effects of acute tryptophan depletion on impulsivity and mood in adolescents engaging in non-suicidal self-injury. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 28(1), 61-71. doi:10.1002/hup.2283
- Fisher, C. B. (2003). Adolescent and parent perspectives on ethical issues in youth drug use and suicide survey research. *Ethics & Behavior*, 13, 303-332. doi:10.1207/S15327019EB1304_1
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., Fydrich, T., y Klapp, B. F. (2009). Axis I comorbidity and psychopathologic correlates of autodestructive syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 327-334. doi:10.1016/j.comppsy.2008.09.008
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., y Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29-36.
- Forrest, L. N., Bodell, L. P., Witte, T. K., Goodwin, N., Bartlett, M. L., Siegfried, N., ... y Smith, A. R. (2016). Associations between eating disorder symptoms and suicidal ideation through thwarted belongingness and perceived burdensomeness among eating disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 195, 127-135. doi:10.1016/j.jad.2016.02.017
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., y Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156-167. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002
- Fox, K. R., Toole, K. E., Franklin, J. C., y Hooley, J. M. (2017). Why does nonsuicidal self-injury improve mood? A preliminary test of three hypotheses. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 111-121. doi:10.1177/2167702616662270
- Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning: foundations and applications of logotherapy*. New York: Meridian.
- Franklin, J. C., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Shorkey, S. P., y Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: The role of emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 691-700. doi:10.1016/j.comppsy.2011.11.008
- Franklin, J. C., Fox, K. R., Franklin, C. R., Kleiman, E. M., Ribeiro, J. D., Jaroszewski, A. C., ... y Nock, M. K. (2016). A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 544. doi:10.1177/2167702616662270
- Franklin, J. C., Hessel, E. T., y Prinstein, M. J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, 189(3), 362-367. doi:10.1016/j.psychres.2011.08.001

- Freedenthal, S., Lamis, D. A., Osman, A., Kahlo, D., y Gutierrez, P. M. (2011). Evaluation of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire-12 in samples of men and women. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 609-623. doi:10.1002/jclp.20782
- Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., y Wohl, M. (1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 179-183.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., y Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030. doi:10.1017/S0954579405050479
- Fu, Y., y Law, Y. W. (2017). Chinese adolescents' meaning-focused coping with prolonged parent-child separation. *Journal of Adolescent Research*. Advance Online Publication. doi:10.1177/0743558417700271
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., ... y Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data. *Comprehensive psychiatry*, 80, 170-178. doi:10.1016/j.comppsy.2017.10.007
- García-Alandete, J., Gallego, B., Pérez, S., y Marco, J. H. (2019). Meaning in life among adolescents: Factorial invariance of the purpose in life test and buffering effect on the relationship between emotional dysregulation and hopelessness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 24-34. doi:10.1002/cpp.2327
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., y Perez-Delgado, E. (2009). Purpose in life and hopelessness: An empirical study. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- García-Alandete, J., Rosa, E. y Sellés, P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test [Factorial structure and internal consistency of a Spanish version of the Purpose-In-Life Test]. *Universitas Psychologica*, 12(2), 517-530
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Yepes, M. P., y Baca-García, E. (2013). Translation and validation of the "Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(3), 101-108. doi:10.1016/j.rpsmen.2012.07.004
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., McKeown, R. E., Cuffe, S. P., Jackson, K. L., y Waller, J. L. (1993). Non-suicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339-352. doi:10.1007/BF01321230

- Gilman, S. L. (2013). From psychiatric symptom to diagnostic category: Self-harm from the Victorians to DSM-5. *History of Psychiatry*, 24, 148-165. doi:10.1177/0957154X13478082
- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., y Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 66-72. doi:10.1016/j.psychres.2012.02.009
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., y Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490. doi:10.1016/j.brat.2007.04.002
- Glaesmer, H., Spangenberg, L., Scherer, A., y Forkmann, T. (2014). Die Erfassung von Suizidwünschen: Erste psychometrische Befunde zur deutschen Version des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). *Psychiatrische Praxis*, 41(05), 250-256.
- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 20-28. doi:10.1521/pedi.2009.23.1.20
- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Behavior therapy*, 42(4), 751-762. doi:10.1521/pedi.2009.23.1.20
- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496-507. doi: 10.1080/15374416.2013.794699
- Gong, T., Ren, Y., Wu, J., Jiang, Y., Hu, W., y You, J. (2019). The associations among self-criticism, hopelessness, rumination, and NSSI in adolescents: A moderated mediation model. *Journal of Adolescence*, 72, 1-9. doi:10.1016/j.adolescence.2019.01.007
- Góngora, V. C. (2014). Satisfaction with life, well-being, and meaning in life as protective factors of eating disorder symptoms and body dissatisfaction in adolescents. *Eating Disorders*, 22(5), 435-449. doi:10.1080/10640266.2014.931765
- Gottman, J. M., Katz, L. F., y Hooven, C. (1997). *Introduction to the concept of meta-emotion. Meta-emotion. How families communicate emotionally*, New York, NY: Routledge.
- Graff, H., y Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 36-42. doi: 10.1176/ajp.124.1.36
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253- 263. doi:10.1023/A:1012779403943
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and

- conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.
doi:10.1093/clipsy.bpg022
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.
doi:10.1037/0002-9432.76.2.238
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., y Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
doi:10.1037/0002-9432.72.1.128
- Gratz, K. L., Latzman, R. D., Tull, M. T., Reynolds, E. K., y Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior therapy*, 42(3), 493-508.
doi:10.1016/j.beth.2010.11.003
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4.
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, 35(1), 19-22. doi:10.1192/pb.bp.109.028779
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Guan, K., Fox, K. R., y Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 842-849.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., y Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062-1069.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., y Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 77(3), 475-490. doi:10.1207/S15327752JPA7703_08
- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67.
doi:10.1037/a0017427

- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Behavior therapy*, 42(4), 751-762. doi:10.1016/j.beth.2011.04.005
- Hagen, E. H., Watson, P. J., y Hammerstein, P. (2008). Gestures of despair and hope: A view on deliberate self-harm from economics and evolutionary biology. *Biological Theory*, 3(2), 123-138. doi:10.1162/biot.2008.3.2.123
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., y Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of abnormal psychology*, 104(3), 471. doi:10.1037/2F0021-843X.104.3.471
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., y Tatham, R. L. (2006). Multivariate data analysis. Uppersaddle River.
- Hamilton, J. L., Connolly, S. L., Liu, R. T., Stange, J. P., Abramson, L. Y., y Alloy, L. B. (2015). It gets better: Future orientation buffers the development of hopelessness and depressive symptoms following emotional victimization during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 465-474. doi:10.1007/s10802-014-9913-6
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., y Willoughby, T. (2012). Examining the link between non suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Hamza, C. A., y Willoughby, T. (2014). A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 671-685. doi:10.1007/s10964-010-9567-9
- Hamza, C. A., Willoughby, T., y Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 13-24. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.010
- Hankin, B. L., y Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 21/2year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186, 65-70.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., y Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128. doi:10.1037/0021-843X.107.1.128
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., y Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543-1556. doi:10.1080/02699931.2016.1241219
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., y Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 9(3), 313-318. doi:0.1016/j.eat-beh.2007.10.005

- Hauser, M. D. (1996). *The evolution of communication*. London, England: MIT press.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., y Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212-1219. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x
- Hay, C., y Meldrum, R. (2010). Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 446-459. doi:10.1007/s10964-009-9502-0
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A., y Nedechewa, T. (2009). Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 41(3), 180.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., y Nixon, M. K. (2008). Self-injury today. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York, NY: Routledge Press
- Heikkinen, M., Aro, H., y Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 65-72. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x
- Helgeland, M. I., y Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(2), 138-147. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.001
- Henry, K. L., Lovegrove, P. J., Steger, M. F., Chen, P. J., Cigularov, K. P., y Tomazic, R. G. (2014). The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(2), 221-232. doi:10.1007/s10964-013-9960-2
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 57-68. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x
- Herpertz, S., Sass, H., y Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of psychiatric research*, 31(4), 451-465. doi:10.1016/S0022-3956(97)00004-6
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional [Spanish adaptation of the Difficulties in Emotional Regulation

Scale]. *Clínica y Salud*, 19(2), 139–156.

- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., y Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302-314. doi:10.1111/sltb.12129
- Hilt, L. M., Cha, C. B., y Nolen-Hoeksema, S. (2008). Non-suicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 63-71. doi:10.1037/2F0022-006X.76.1.63
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., y Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of non-suicidal self-injury among young adolescents. Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455-469. doi:10.1177/0272431608316604
- Hodgson, S. (2004). Cutting through the silence: A sociological construction of self-injury. *Sociological Inquiry*, 74(2), 162-179. doi:10.1111/j.1475-682X.2004.00085.x
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A., Sokero, T. P., y Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801-808. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09050627
- Holtmann, J., Herbort, M. C., Wüstenberg, T., Soch, J., Richter, S., Walter, H., ... y Schott, B. H. (2013). Trait anxiety modulates fronto-limbic processing of emotional interference in borderline personality disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 54. doi:10.3389/fnhum.2013.00054
- Houben, M., Claes, L., Vansteelandt, K., Berens, A., Sleuwaegen, E., y Kuppens, P. (2017). The emotion regulation function of nonsuicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 89. doi:10.1037/abn0000229
- In-Albon, T., Ruf, C., y Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of non-suicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*. doi:10.1155/2013/159208
- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242. doi:10.1037/a0013476
- Jacobson, C. M., y Batejan, K. (2014). Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury. *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, 308-322.
- Jacobson, C. M., y Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives*

of *Suicide Research*, 11, 129-147. doi:10.1080/13811110701247602

- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., y Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375. doi: 10.1080/15374410801955771
- Jacobson, C. M y Mufson, L. (2012). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents adapted for self-injury (IPT-ASI): Rationale, overview, and case summary. *American Journal of Psychotherapy*, 66(4), 349-374. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.4.349
- Janis, I. B., y Nock, M. K. (2009). Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*, 169(3), 261-267. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.041
- Jiang, G.-X., Hadlaczky, G., y Wasserman, D. (2014). *Självmod i Sverige. Data: 1980–2012*. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet och Stockholm läns landsting. Retrieved from https://kiedit.ki.se/sites/default/files/sjalmord_i_sverige_uppdatt_data_2012.pdf
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., y Silva, C. (2012). Nonsuicidal self-injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 342-347. doi:10.1177/0963721412454873
- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., y Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 634. doi:10.1037/a0016500
- Kahan, J., y Pattison, E. M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(1), 17-35. doi:10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x
- Kelada, L., Hasking, P., y Melvin, G. (2016). Adolescent NSSI and recovery: The role of family functioning and emotion regulation. *Youth & Society*, 50(8), 1056-1077. doi:10.1177/0044118X16653153
- Kemperman, I., Russ, M. J., y Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 11(2), 146-157. doi:10.1521/pedi.1997.11.2.146

- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., y Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med*, 23(2), 240-259. doi:10.3122/jabfm.2010.02.090110
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kiang, L., y Fuligni, A. J. (2010). Meaning in life as a mediator of ethnic identity and adjustment among adolescents from Latin, Asian, and European American backgrounds. *Journal of youth and adolescence*, 39(11), 1253-1264. doi:10.1007/s10964-009-9475-z
- Kidger, J., Heron, J., Lewis, G., Evans, J., Gunnell, D. (2012). Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC psychiatry*, 12(1), 69. doi:10.1186/1471-244X-12-69
- Kiekens, G., Bruffaerts, R., Nock, M. K., Van de Ven, M., Witteman, C., Mortier, P., ... y Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: personality, stress and coping. *European psychiatry*, 30(6), 743-749. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.06.007
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., ... y Myin-Germeys, I. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of affective disorders*, 239, 171-179. doi:10.1016/j.jad.2018.06.033
- Kaminski, J. W., Puddy, R. W., Hall, D. M., Cashman, S. Y., Crosby, A. E., y Ortega, L. A. (2010). The relative influence of different domains of social connectedness on self-directed violence in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 39(5), 460-473. doi:10.1007/s10964-009-9472-2
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., y Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 265-272. doi:10.1016/j.psychres.2012.10.012
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 143-151. doi:10.1093/clipsy.8.2.143
- Kazdin, A. E. (2005). Evidence-based assessment for children and adolescents: Issues in measurement development and clinical application. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 548-558. doi:10.1207/s15374424jccp3403_10
- Krause-Utz, A., Erol, E., Broussianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., y Elzinga, B. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the

- role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and emotion dysregulation*, 6(1), 6. doi:10.1186/s40479-019-0101-8
- Kreuter, F., Presser, S., y Tourangeau, R. (2008). Social desirability bias in catiivr, and web surveys the effects of mode and question sensitivity. *Public opinion quarterly*, 72(5), 847-865. doi:10.1093/poq/nfn063
- Kress, V. E., Newgent, R. A., Whitlock, J., y Mease, L. (2015). Spirituality/religiosity, life satisfaction, and life meaning as protective factors for nonsuicidal self-injury in college students. *Journal of College Counseling*, 18(2), 160-174. doi:10.1002/jocc.1201
- Kisiel, C. L., y Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-1039. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1034
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, N.Y: Guilford publications.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clari-fying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260-268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodem-ographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986. doi: 10.1017/S0033291710002497
- Klonsky, E. D., y Glenn, C. R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 211-220. doi:10.1017/S1352465808004128
- Klonsky, E. D., y Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psy-chometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219. doi:10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., y Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 44. doi:10.1186/s13034-015-0073-4
- Klonsky, E. D., May, A. M., y Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Ab-normal Psychology*, 122, 231-237. doi:10.1037/a0030278
- Klonsky, E. D., y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practi-tioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. doi:10.1002/jclp.20412

- Klonsky, E. D., y Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192, 166-170. doi:10.1192/bjp.bp.106.030650
- Klonsky, E. D., y Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 22-27. doi:10.1037/0022-006X.76.1.22
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Klonsky, E. D., Qiu, T., y Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 15-20. doi:10.1097/YCO.0000000000000294
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433-439. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.433
- Kortge, R., Meade, T., y Tennant, A. (2013). Interpersonal and intrapersonal functions of deliberate self-harm (DSH): A psychometric examination of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) scale. *Behaviour Change*, 30(1), 24-35. doi:10.1017/bec.2013.3
- Kumar, G., Pepe, D., y Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 830-836.
- Lader, W. (2006). A look at the increase in body focused behaviors. *Paradigm*, 11, 14-18.
- Larson, R. W., y Brown, J. R. (2007). Emotional development in adolescence: What can be learned from a high school theater program?. *Child Development*, 78(4), 1083-1099. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.01054.x
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., y Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151-1165. doi:0.1111/1467-8624.00464
- Larsson, B., y Sund, A. M. (2008). Prevalence, course, incidence, and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early Norwegian school adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 152-165.
- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., y Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 3. doi:10.1186/1753-2000-7-3
- Laye-Gindhu, A., y Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community

- adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457. doi:10.1007/s10964-005-7262-z
- Law, K. C., Khazem, L. R., y Anestis, M. D. (2015). The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Current Opinion in Psychology*, 3, 30-35. doi:10.1016/j.copsyc.2015.01.014
- Lengel, G. J., y Mullins-Sweatt, S. N. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: clinician and expert ratings. *Psychiatry Research*, 210(3), 940-944. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.047
- Lenhart, A., Rainie, L., y Lewis, O. (2001). Teenage life online: the rise of the instant-message generation and the Internet's impact on friendships and family relationships. Pew Internet and American Life Project. Online: www.pewinternet.org.
- Levenkron, S. (2006). *Cutting: Understanding and overcoming selfmutilation* (2nd ed.). New York, NY: Norton.
- Levy, D. A., y Nail, P. R. (1993). Contagion: A theoretical and empirical review and reconceptualization. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 119(2), 233-284
- Lewis, S. P., Heath, N. L., St Denis, J. M., y Noble, R. (2011). The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics-English Edition*, 127(3), e552. doi:10.1542/peds.2010-2317
- Lewis, S. P., Rosenrot, S. A., y Messner, M. A. (2012). Seeking validation in unlikely places: the nature of online questions about non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 16(3), 263-272. doi:10.1080/13811118.2012.695274
- Lewis, S. P., y Seko, Y. (2016). A double-edged sword: A review of benefits and risks of online nonsuicidal self-injury activities. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 249-262. doi:10.1002/jclp.22242
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., y Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25-46. doi:10.1016/S0272-7358(98)00010-5
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (Vol. 29). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., y Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303. doi: 10.1037/1040-3590.18.3.303

- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., y Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51-64. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30469-8
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L., y Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. In *annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA*.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., y Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192.
- Lundh, L.-G., Karim, J., y Quillish, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 33–41. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00567.x
- Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., y Bjärehed, J. (2011). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: a prospective study. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-11. doi:10.1155/2011/935871
- Lyons-Ruth, K., Choi-Kain, L., Pechtel, P., Bertha, E., y Gunderson, J. (2011). Perceived parental protection and cortisol responses among young females with borderline personality disorder and controls. *Psychiatry Research*, 189(3), 426-432. doi: 10.1016/j.psychres.2011.07.038
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., y Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227. doi:10.1037/cap0000028
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S.,... y Stgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Mahadevan, S., Hawton, K., y Casey, D. (2010). Deliberate self-harm in Oxford University students, 1993–2005: a descriptive and case–control study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 211-219. doi:10.1007/s00127-009-0057-x
- Mahtani, S., Melvin, G. A., y Hasking, P. (2018). Shame Proneness, Shame Coping, and Functions of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) Among Emerging Adults: A Developmental Analysis. *Emerging Adulthood*, 6(3), 159-171. doi:10.1177/2167696817711350
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 30-41. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x

- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., Guillen, V., Jorquera, M., Espallargas, P., y Bortella, C. (2015). Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 230(2), 561-566. doi: 10.1016/j.psychres.2015.10.004
- Marsh, H. W., Hau, K. T., y Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 320-341. doi:10.1207/s15328007sem1103_2
- Martela, F., y Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531-545. doi:10.1080/17439760.2015.1137623
- Martin, J., Bureau, J. F., Cloutier, P., y Lafontaine, M. F. (2011). A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11), 1477-1488
- Martin, J., Cloutier, P. F., Levesque, C., Bureau, J. F., Lafontaine, M. F., y Nixon, M. K. (2013). Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. *Psychological Assessment*, 25(3), 1013. doi:10.1037/a0032575
- Martin, G., Swannell, S. V., Hazell, P. L., Harrison, J. E., y Taylor, A. W. (2010). Self-injury in Australia: A community survey. *The Medical Journal of Australia*, 193, 506-510. doi:10.5694/j.1326-5377.2010.tb04033.x
- Marty, M. A., Segal, D. L., Coolidge, F. L., y Klebe, K. J. (2012). Analysis of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) among community-dwelling older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1008-1018. doi:10.1002/jclp.21877
- Marshall, S. K., Tilton-Weaver, L. C., y Stattin, H. (2013). Non-suicidal self-injury and depressive symptoms during middle adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of youth and adolescence*, 42(8), 1234-1242. doi:10.1007/s10964-013-9919-3
- Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E., y Gallagher, M. (2013). Cognitive inflexibility and suicidal ideation: Mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry research*, 210(1), 174-181. doi:10.1016/j.psychres.2013.02.033
- Messer, J. M., y Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(1), 162-178. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.006

- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., y Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., y Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379, 236-243. doi:10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Moretti, M. M., y Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Pediatrics & child health*, 9(8), 551-555. doi:10.1093/pch/9.8.551
- Morrow, V., y Richards, M. (1996). The ethics of social research with children: An overview. *Children & society*, 10(2), 90-105. doi:10.1111/j.1099-0860.1996.tb00461.x
- Morvaridi, M., Mashhadu, A., Shamloo, Z. S., y Leahy, R. L (2019). The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation and Social Anxiety Symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12 (1), 16-24. doi:10.1007/s41811-018-0037-6
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., y Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 48-58. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.01.003
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333. doi:10.1037/0002-9432.75.2.324
- Muehlenkamp, J. J., Bagge, C. L., Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2013). Body regard as a moderator of the relation between emotion dysregulation and nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 479-493. doi:10.1111/sltb.12032
- Muehlenkamp, J. J., y Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of adolescence*, 35(1), 1-9. doi:10.1016/j.adolescence.2011.06.010
- Muehlenkamp, J. J., y Brausch, A. M. (2016). Reconsidering criterion a for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 547-558. doi:10.1007/s10862-016-9543-0
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., y Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Smits, D., Peat, C. M., y Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, 188(1), 102-108. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.023

- Muehlenkamp, J. J., Cowles, M. L., y Gutierrez, P. M. (2010). Validity of the Self-Harm Behavior Questionnaire with diverse adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 236-245. doi:10.1007/s10862-009-9131-7
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. C., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., y Mitchell, J. E. (2009). Emotional state preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behavior Research and Therapy*, 47, 83-87. doi:10.1016/j.brat.2008.10.011
- Muehlenkamp, J. J., Ertelt, T. W., Miller, A. L., y Claes, L. (2011). Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 148-155. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x
- Muehlenkamp, J. J., y Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., y Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82. doi:10.1080/13811110600992902
- Muehlenkamp, J. J., Hoff, E. R., Licht, J. G., Azure, J. A., y Hasenzahl, S. J. (2008). Rates of non-suicidal self-injury: A cross-sectional analysis of exposure. *Current Psychology*, 27(4), 234-241. doi:10.1007/s12144-008-9036-8
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., y Larsen, M. A. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 258-263. doi:10.1097/nmd.0b013e3181d612ab
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., y Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: Expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 416-425. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00100.x
- Muehlenkamp, J. J., Swanson, J. D., y Brausch, A. M. (2005). Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 24-32. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00164.x
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., y Claes, C. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research*, 13, 317-329. doi:10.1080/13811110903266368
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., y Brausch, A. M. (2018). Self-injury age of onset: a risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 1-13. doi:10.1080/13811118.2018.1486252

- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (2007). *Mplus: Statistical analysis with latent variables; user's guide;(version 5)*. Muthén & Muthén.
- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (1998). *Mplus user's guide (Version 7)*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Najmi, S., Wegner, D. M., y Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1957-1965. doi:10.1016/j.brat.2006.09.014
- Nelson, A., y Muehlenkamp, J. J. (2012). Body attitudes and objectification in non-suicidal self-injury: Comparing males and females. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 1-12. doi:10.1080/13811118.2012.640578
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., y Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333-1341. doi:10.1097/00004583-200211000-00015
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., y Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309-3. doi:0.1037/1040-3590.19.3.309
- Nixon, M. K., Cloutier, P., y Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312. doi:0.1503/cmaj.061693
- Nixon, M. K., y Heath, N. (2009). Introduction to non-suicidal self-injury in adolescents. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*, 1-6.
- 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. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford, England: University Press.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., y Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K., y Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28.

- Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., y Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816. doi:2009-20626-013
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., y Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452-1471. doi:10.1177/0886260503258035
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. doi:10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, Policy and Practice*, 1, 181-98.
- Odelius, C. B., y Ramklint, M. (2014). Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis—a pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(1), 66-71. doi:10.3109/08039488.2013.775340
- Ogle, R. L., y Clements, C. M. (2008). Deliberate self-harm and alcohol involvement in college-aged females: A controlled comparison in a nonclinical sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 442-448. doi:10.1037/a0014325
- Orbach I. The role of the body experience in self-destruction. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 1(4):607–19. doi:10.1177/1359104596014012.
- Osuch, E. A., Noll, J. G., y Putnam, F. W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry*, 62(4), 334-346. doi:10.1080/00332747.1999.11024881
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Schweers, R., Fang, Q., Holguin-Mills, R. L., y Cashin, M. (2010). Psychometric evaluation of the body investment scale for use with adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 66(3), 259-276. doi:10.1002/jclp.20649
- Pao, P. N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42(3), 195-206. doi:10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x

- Paivio, S. C., y McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339-354. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.018
- Pattison, E. M., y Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872. doi: 10.1176/ajp.140.7.867
- Patton, G. C., Hemphill, S. A., Beyers, J. M., Bond, L., Toumbourou, J. W., McMorris, B. J., y Catalano, R. F. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 508-514. doi:10.1097/chi.0b013e31803065c7
- Penn, J. V., Esposito, C. L., Schaeffer, L. E., Fritz, G. K., y Spirito, A. (2003). Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 762-769. doi:10.1097/01.CHI.0000046869.56865.46
- Pennings, S. M., y Anestis, M. D. (2013). Discomfort intolerance and the acquired capability for suicide. *Cognitive Therapy and Research*, 37(6), 1269-1275. doi:10.1007/s10608-013-9548-x
- Pérez, S., Marco, J. H., y Cañabate, M. (2018). Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 32-38. doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.003
- Pérez, S., Marco, J. H., y García-Alandete, J. (2014). Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors. *Psychiatry research*, 220(3), 935-940. doi:10.1016/j.psychres.2014.09.001
- Pérez, S., Ros, M. C., Folgado, J. E. L., y Marco, J. H. (2018). Non-suicidal Self-injury Differentiates Suicide Ideators and Attempters and Predicts Future Suicide Attempts in Patients with Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12521
- Pérez, Lorca y Marco (2019). Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as predictors of NSSI in borderline personality disorders patients. Artículo en preparación.
- Piccinelli, M., y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492. doi:10.1192/bjp.177.6.486
- Paivio, S. C., y McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child abuse & neglect*, 28(3), 339-354. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.018

- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., y Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC psychiatry*, 16(1), 353. doi:10.1186/s12888-016-1060-x
- Plener, P. L., Fischer, C. J., In-Albon, T., Rollett, B., y Groschwitz, R. C. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: Comparing prevalence rates from three community samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1439-1445. doi:10.1007/s00127-012-0645-z
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., y Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558. doi:10.1017/S0033291708005114
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., y Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. doi:10.1186/s40479-014-0024-3
- Podvoll, E. M. (1969). Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance. *British Journal of Medical Psychology*, 42(3):213-21. doi:10.1111/j.2044-8341.1969.tb02073.x
- Pridemore, W. A., Damphousse, K. R., y Moore, R. K. (2005). Obtaining sensitive information from a wary population: a comparison of telephone and face-to-face surveys of welfare recipients in the United States. *Social Science & Medicine*, 61(5), 976-984.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., y Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self-injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 669-682. doi:10.1007/s10802-010-9423-0
- Psarra, E., y Kleftaras, G. (2013). Adaptation to physical disabilities: The role of meaning in life and depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79– 99. doi:10.5964/ejcop.v2i1.7
- Purington, A., y Whitlock, J. (2010). Non-suicidal self-injury in the media. *The Prevention Researcher*, 17(1), 11-14.
- Qin, P., y Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432. doi:10.1001/archpsyc.62.4.427
- Rada, R. T., y James, W. (1982). Urethral insertion of foreign bodies: a report of contagious self-mutilation in a maximum-security hospital. *Archives of General Psychiatry*, 39(4), 423-429. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290040033005

- Rajappa, K., Gallagher, M., y Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839. doi:10.1007/s10608-011-9419-2
- Rallis, B. A., Deming, C. A., Glenn, J. J., y Nock, M. K. (2012). What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 287-298. doi:10.1891/0889-8391.26.4.287
- Rasmussen, S., Hawton, K., Philpott-Morgan, S., y O'connor, R. C. (2016). Why do adolescents self-harm? An Investigation of Motives in a Community Sample, *Crisis*, 37, pp. 176-183. doi:10.1027/0227-5910/a000369
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., y Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 59-70. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12070999
- Rodav, O., Levy, S., y Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *European Psychiatry*, 29(8), 503-508. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.02.008
- Rodham, K., y Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomonology of nonsuicidal selfinjury. In M. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 19–36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., y Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80-87. doi:10.1097/00004583-200401000-00017
- Romeo, R. D. (2010). Adolescence: A central event in shaping stress reactivity. *Developmental Psychobiology*, 52, 244-253. doi:10.1002/dev.20437
- Rose, L. M., Zask, A., y Burton, L. J. (2017). Psychometric properties of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in a sample of Australian adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(1), 68-77. doi:10.1080/02673843.2015.1124791
- Rosen, P. M., y Walsh, B. W. (1989). Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *The American Journal of Psychiatry*, 146(5), 656. doi:10.1176/ajp.146.5.656
- Ross, S., y Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77. doi:10.1023/a:1014089117419
- Ross, S., Heath, N. L., y Toste, J. R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83-92. doi:10.1037/a0014826

- Ross, R. R., y McKay, H. B. (1979). *Self-mutilation* (pp. p-41). Lexington, MA: Lexington Books.
- Rotolone, C., y Martin, G. (2012). Giving up self-injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 147-158. doi:10.1080/13811118.2012.667333
- Rubenstein, J. L., Halton, A., Kasten, L., Rubin, C., y Stechler, G. (1998). Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 274-284. doi:10.1037/h0080336
- Rueda-Jaimes, G. E., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., López, P. A. C., y Duarte-Pineda, E. (2011). Factores asociados al uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 38-48. doi:10.1016/S0034-7450(14)60103-7
- Russ, M. J., Roth, S. D., Kakuma, T., Harrison, K., y Hull, J. W. (1994). Pain perception in self-injurious borderline patients: Naloxone effects. *Biological Psychiatry*, 35(3), 207-209. doi:10.1016/0006-3223(94)91154-1
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Saarni, C. (1998). Issues of cultural meaningfulness in emotional development. *Developmental Psychology*, 34(4), 647-652. doi:10.1037/0012-1649.34.4.647
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNiel, D. E., ... y Yaeger, A. M. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 216(2), 217-222. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.018
- Salguero, J. M., y Díez, I. I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y estrés*, 12(2), 207-221. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2244255>
- Santangelo, P. S., Koenig, J., Funke, V., Parzer, P., Resch, F., Ebner-Priemer, U. W., y Kaess, M. (2017). Ecological momentary assessment of affective and interpersonal instability in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(7), 1429-1438. doi:10.1007/s10802-016-0249-2
- Sawatzky, R., Gadermann, A., & Pesut, B. (2009). An investigation of the relationships between spirituality, health status and quality of life in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 4(1), 5-22. doi:10.1007/s11482-009-9065-y
- Saxe, G. N., Chawla, N., y Kolk, B. V. D. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 313-320. doi:10.1521/suli.32.3.313.22174

- Schulenberg, S. E., Smith, C. V., Drescher, C. F., y Buchanan, E. M. (2016). Assessment of Meaning in Adolescents Receiving Clinical Services in Mississippi Following the Deep-water Horizon Oil Spill: An Application of the Purpose in Life Test-Short Form (PIL-SF). *Journal of clinical psychology*, 72(12), 1279-1286. doi:10.1002/jclp.22240
- Seko, Y. (2013, May). Picturesque wounds: A multimodal analysis of self-injury photographs on Flickr. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 14(2). doi:10.17169/fqs-14.2.1935
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., y Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(2), 375. doi:10.1037/a0015711
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., y Joiner Jr, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167. doi:10.1037/a0024405
- Selby, E. A., y Joiner Jr, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219-229. doi:10.1037/a0015687
- Selby, E. A., Nock, M. K., y Kranzler, A. (2014). How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. *Psychiatry research*, 215(2), 417-423. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.005
- Shaffer, D., y Jacobson, C. (2009). *Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf>
- Shaffer, A., Huston, L., y Egeland, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 682-692. doi:10.1016/j.chiabu.2007.09.010
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal Nerv Mental Disorder*, 182, 524-526. doi:10026306980
- Shenk, C. E., Noll, J. G., y Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of youth and adolescence*, 39(4), 335-342. doi:10.1007/s10964-009-9456-2
- Shipman, K. L., y Zeman, J. (2001). Socialization of children's emotion regulation in mother-child dyads: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 13(2), 317-336.
- Silverman, M. M (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532. doi:10.1521/suli.2006.36.5.519

- Simeon, D., y Favazza, A. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In: D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors. Assessment and Treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Simpson, M. A. (1975). The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 429–434.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Smith, N. B., Kouros, C. D., y Meuret, A. E. (2014). The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 41-56. doi:10.1177/1524838013496332
- Solano, R., Fernández-Aranda, F., Aitken, A., López, C., y Vallejo, J. (2005). Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(1), 3-10. doi:10.1002/erv.618
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., y Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1316.
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Başay, B., Güngör, D., Başay, Ö., y Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1163-1171. doi:10.1007/s00127-015-1060-z
- Sourander, A., Ronning, J., Brunstein-Klomek, A., Gyllenberg, D., Kumpulainen, K., Niemelä, S., ... y Moilanen, I. (2009). Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1005-1012. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.122
- Stänicke, L. I., Haavind, H., y Gullestad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 1-19. doi:10.1007/s40894-018-0080-9
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., y van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. doi:10.1002/car.2353
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., y Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 149-155. doi:10.3109/09540269209066312

- Stirn, A., y Hinz, A. (2008). Tattoos, body piercings, and self-injury: Is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychotherapy Research*, 18(3), 326-333. doi:10.1080/10503300701506938
- Steeg, S., Haigh, M., Webb, R. T., Kapur, N., Awenat, Y., Gooding, P., ... y Cooper, J. (2016). The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *Journal of affective disorders*, 190, 522-528. doi:10.1016/j.jad.2015.09.050
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., y Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, 76(2), 199-228. doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 9(2), 69-74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 216-224. doi:10.1002/dev.20445
- Strong M. (1998). *A Bright Red Scream: Self-mutilation and the Language of Pain*. New York: Viking Penguin.
- Schultz, D., Izard, C. E., Ackerman, B. P., y Youngstrom, E. A. (2001). Emotion knowledge in economically disadvantaged children: Self-regulatory antecedents and relations to social difficulties and withdrawal. *Development and psychopathology*, 13(1), 53-67.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Svirko, E., y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., y St John, M. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 273-303. doi: 10.1111/sltb.12070
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., y Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child abuse & neglect*, 36(7-8), 572-584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005
- Symons, F. J. (2011). Self-injurious behavior in neurodevelopmental disorders: relevance of nociceptive and immune mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1266-1274. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.01.002

- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., y Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: A population-based sample. *Academic Pediatrics*, 12, 205-213. doi:10.1016/j.acap.2012.01.008
- Tang, J., Li, G., Chen, B., Huang, Z., Zhang, Y., Chang, H., ... y Yu, Y. (2018). Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: results from a nationwide survey in China. *Journal of affective disorders*, 226, 188-195. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.051
- Tamás, Z., Kovacs, M., Gentzler, A. L., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., ... y Vetró, Á. (2007). The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 640-652. doi:10.1007/s10802-007-9119-2
- Tantam, D., y Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *The British Journal of Psychiatry*, 161(4), 451-464. doi: 10.1192/bjp.161.4.451
- Tate, B. G. (1972). Case study: Control of chronic self-injurious behavior by conditioning procedures. *Behavior Therapy*. 3(1), 72-83. doi:10.1016/S0005-7894(72)80053-4
- Tate, B. G., y Baroff, G. S. (1966). Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 281-287. doi:10.1016/0005-7967(66)90024-6
- Tatnell, R., Hasking, P., Newman, L., Taffe, J., y Martin, G. (2017). Attachment, emotion regulation, childhood abuse and assault: examining predictors of NSSI among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 21(4), 610-620. doi:10.1080/13811118.2016.1246267
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., y Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896. doi:10.1007/s10802-013-9837-6
- Tavernier, R., y Willoughby, T. (2012). Adolescent turning points: The association between meaning-making and psychological well-being. *Developmental Psychology*, 48(4), 1058. doi:10.1037/a0026326
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. doi:10.1111/jcpp.12507
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53-61. doi:10.1177/1754073910380969

- Tice, D. M., Bratslavsky, E., y Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53. doi:2000-14236-004
- Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylmä, J., y Laukkanen, E. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 768- 771. doi:10.1097/nmd.0b013e3181879e11
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K., y Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 27-35. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.003
- Tuisku, V., Kiviruusu, O., Pelkonen, M., Karlsson, L., Strandholm, T., y Marttunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults—predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 152, 313-319. doi:10.1016/j.jad.2013.09.031
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., y Chapman, A. L. (2012). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397-415. doi:10.1080/13811118.2013.802660
- Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., y Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398-406. doi:10.1097/00019442-200207000-00006
- Tylka, T. L. (2004). The relation between body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: An analysis of moderating variables. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 178. doi:10.1037/0022-0167.51.2.178
- Updegraff, J. A., y Taylor, S. E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives*, 25, 3-28.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., y Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.
- Victor, S. E., Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 73-77. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.011
- Victor, S. E., y Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282-297. doi:0.1016/j.cpr.2014.03.005
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., y Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a

- large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive psychiatry*, 82, 53-60. doi:10.1016/j.comppsy.2018.01.009
- Valentine, S.E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., y Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1-20. doi:10.1002/jclp.22114
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575. doi:10.1037/a0018697
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., y Joiner Jr, T. E. (2009). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72. doi:10.1037/0022-006X.76.1.72
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., y Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197. doi:10.1037/a0025358
- Volkert, J., Schulz, H., Brütt, A. L., y Andreas, S. (2014). Meaning in life: Relationship to clinical diagnosis and psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 528-535. doi:10.1002/jclp.22053
- Voon, D., Hasking, P y Martin, G. (2014). Change in emotion regulation strategy use and its impact on adolescent nonsuicidal self-injury: A three-year longitudinal analysis using latent growth modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(3), 487. doi:10.1037/a0037024
- Wachter, T., Murphy, S., Kennerley, H., y Wachter, S. (2009). A preliminary study examining relationships between childhood maltreatment, dissociation, and self-injury in psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 261-275. doi:10.1080/15299730902956770
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068. doi:10.1002/jclp.20413
- Walsh, B. W., y Rosen, P. (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. *The American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/ajp.142.1.119
- Wang, Z., Koenig, H. G., Ma, H., y Al Shohaib, S. (2016). Religion, purpose in life, social support, and psychological distress in Chinese university students. *Journal of Religion and Health*, 55(3), 1055-1064. doi:10.1007/s10943-016-0184-0

- Ward, A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., Joiner, T. E., y Selby, E. A. (2013). Post-therapy functional impairment as a treatment outcome measure in non-suicidal self-injury disorder using archival data. *Personality and Mental Health*, 7, 69-79. doi:10.1002/pmh.1213
- Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., y Styer, D. M. (2015). Assessing DSM–5 non-suicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 27(1), 31.
- Wedig, M. M., y Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178. doi:10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf
- Weinberg, A., y Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, 21(4), 616. doi:10.1037/a0016669
- Welch, S. S., Linehan, M. M., Sylvers, P., Chittams, J., y Rizvi, S. L. (2008). Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 45. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.45
- Wenzel, T., Rushiti, F., Aghani, F., Diaconu, G., Maxhuni, B., y Zitterl, W. (2009). Suicidal ideation, post-traumatic stress and suicide statistics in Kosovo. *Torture*, 19(3), 238-47
- Whitlock, J., Eckenrode, J., y Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948. doi:10.1542/peds2005-2543
- Whitlock, J., y Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 634-640. doi:10.1001/archpedi.161.7.634
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., y Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 486-492.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... y Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698. doi:10.1080/07448481.2010.529626
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., y Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental psychology*, 42(3), 407. doi:10.1037/0012-1649.42.3.407
- Whitlock, J., Purington, A., y Gershkovich, M. (2009). Media, the Internet, and nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 139-155). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/11875-008

- Whitlock, J., y Rodham, K. (2013). Understanding Nonsuicidal Self-Injury in Youth. In *School Psychology Forum*, 7, 93-11.
- Wichstrøm, T., y Wichstrøm, L. (2009). Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use?. *Addiction*, 104(1), 138-149. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02422.x
- Wilchek-aviad, Y., y Ne'eman-Haviv, V. (2018). The relation between a sense of meaning in life and suicidal potential among disadvantaged adolescent girl. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1474–1487. doi:10.1177/0306624X16684566
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European child & adolescent psychiatry*, 22(1), 75-79. doi:10.1007/s00787-012-0365-7
- Wilkinson, P., y Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), 103-108. doi: 10.1007/s00787-010-0156-y
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., y Goodyear, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*, 168, 495–501. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050718
- Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., y Harris, T. R. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86(8), 1082-1086. doi:10.2105/AJPH.86.8_Pt_1.1082
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35- 74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
- Yates, T. M., Carlson, E. A., y Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20, 651-671. doi:10.1017/S0954579408000321
- Yates, T. M., Tracy, A. J., y Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among" privileged" youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 52. doi:10.1037/0022-006X.76.1.52
- Ybarra, M. L., Alexander, C., y Mitchell, K. J. (2005). Depressive symptomatology, youth Internet use, and online interactions: A national survey. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 9-18. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.10.012
- You, J., y Leung, F. (2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence*, 35(2), 389-395. doi:10.1016/j.adolescence.2011.07.020

- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., y Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC sychiatry*, 14(1), 137. doi:10.1186/1471-244X-14-137
- Young, R., Van Beinum, M., Sweeting, H., y West, P. (2007). Young people who self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 44-49. doi:10.1192/bjp.bp.106.034330
- Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current opinion in neurobiology*, 17(2), 251-257. doi: 10.1016/j.conb.2007.03.009
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168. doi:10.1097/00004703-200604000-00014
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 31. doi:10.1186/s13034-015-0062-7
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., y Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5
- Zhang, R., Li, D., Chen, F., Ewalds-Kvist, B. M., y Liu, S. (2017). Interparental conflict relative to suicidal ideation in Chinese adolescents: The roles of coping strategies and meaning in life. *Frontiers in Psychology*, 8, 1010. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01010>
- Zinoviev, D., Stefanescu, D., Swenson, L., y Fireman, G. (2012). Semantic networks of interests in online NSSI communities. *arXiv preprint arXiv:1206.5520*. doi:1206.5520
- Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A., y Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 793-798. doi:10.1097/00004583-199706000-00016
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., y Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*, 37(1), 12-16. doi:10.1016/S0010-440X(96)90044-9
- Zlotnick, C., Wolfsdorf, B. A., Johnson, B., y Spirito, A. (2003). Impaired self-regulation and suicidal behavior among adolescent and young adult psychiatric inpatients. *Archives of Suicide Research*, 7(2), 149-157. doi:10.1080/13811110301576
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M.,...Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x

Anexos

Anexos

1. Aprobación del Comité de Ética de la UCV



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR (CEI).

Dr. Carlos Barrios Pitarque, Presidente del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Hace constar que:

Ha tenido entrada en la reunión del Comité de ética de la Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir en su reunión, de fecha 7 de marzo de 2017, la solicitud de evaluación inicial del proyecto de investigación relacionado a continuación.

Título: "Factores de riesgo y de protección de las conductas autolesivas sin intención suicida en población adolescentes".

- ✓ Código Promotor: UCV2015-2016-25-V.2
- ✓ Versión Protocolo V HIP: V2 de 23 de febrero de 2017
- ✓ Investigadora Principal: Blanca Gallego Hernández de Tejada

Tras ser valorada y examinada la documentación en la citada reunión del mes de marzo de 2017 de este Comité, se acuerda emitir el correspondiente **DICTAMEN FAVORABLE**.

Valencia, 14 de marzo de 2017

Carlos Barrios Pitarque
Presidente del Comité de Ética de la Investigación
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

2. Consentimientos Informado y Asentimiento Informado

Consentimiento informado para los alumnos de 16 a 20 años

Hola, mi nombre es Blanca Gallego y trabajo en la Universidad Católica de Valencia. Actualmente se está realizando un estudio para conocer acerca del sufrimiento de los adolescentes y cómo regulan sus emociones, para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Si quieres participar de forma voluntaria como sujeto habiendo sido informado previamente de los objetivos, metodología y beneficios/riesgos de la investigación (Hoja de información de información a los participantes del estudio) puedes firmar este consentimiento:

Yo..... con DNI.....

Acepto participar en el estudio: Factores de riesgo y de protección de las conductas autolesivas no suicidas en población adolescente que tiene como promotor la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" cuyo código de protocolo es UCV/2015-2016/25 a fecha de 30/06/2016.

Firma y DNI del Investigador principal:

Firma y DNI del participante:

Asentimiento informado de niños mayores de 12 a 16 años

Hola mi nombre es Blanca Gallego y trabajo en la Universidad Católica de Valencia. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca del sufrimiento de los adolescentes y cómo regulan sus emociones, para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una serie de encuestas vía online o en papel.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus padres hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones nos ayudarán a conocer cómo manejan los adolescentes sus emociones y su sufrimiento.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (x), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

☐

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Firma del investigador:

3. Aprobación del Comité de Ética de la UCV



OBLIGACIONES DE USUARIO DEL FICHERO "ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN" DE LA UCV

Por el presente documento

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INVESTIGADOR	ES IP SI ☐ NO ☒	CÓDIGO DE PROMOTOR
Blanca Gallego Hernández de Tejada		UCV/2015-2016/25
DNI / NIE / PASAPORTE		
29210048-W		
CARGO, PUESTO DE TRABAJO O CONDICIÓN EN LA UCV		FACULTAD O SERVICIO
Estudiante Doctorado		PSICOLOGÍA, MAGISTERIO Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESTUDIO O INVESTIGACIÓN		
Factores de riesgo y protección de las conductas autolesivas sin intención suicida en población adolescente		

Normas de usuario:

Declaro que ha sido informado sobre la existencia y el contenido del manual de procedimientos "Normas de Usuario del Fichero Actividades de Investigación".

Normas de seguridad:

Declaro que ha sido informado sobre las normas relativas al acceso y tratamiento (informático y en papel) de datos de carácter personal, así como acerca del uso de los equipos, aplicaciones, red, correo electrónico y demás recursos o medios electrónicos, informáticos y telemáticos corporativos, que conforman el sistema de información de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" (en adelante, UCV).

Las normas de seguridad se recogen en el reverso del presente documento. Es fundamental que todos los Usuarios de la UCV, que utilizan equipamiento informático y accedan o traten información de carácter personal para la realización de sus funciones y tareas, sean conocedores de estas normas. Existe un Manual de Procedimientos

Las obligaciones del Usuario del Fichero "Actividades de investigación" se articulan de conformidad con la legislación estatal y estatutos de la entidad:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 14/12/99).
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 (BOE 19/01/2008).
- Estatutos de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".

Las citadas obligaciones podrán ser objeto de modificaciones, en orden a los cambios legislativos, tecnológicos, de organización o funcionamiento de la entidad.

En la Intranet estarán publicadas las actualizaciones de las normas de Usuario, motivadas por los cambios anteriores. El Usuario se compromete a acceder a este espacio para informarse de las modificaciones que pudieran haberse producido. Asimismo, podrá ser informado, por correo electrónico y/u otros medios, de los citados cambios. El Usuario no estará exento del cumplimiento de las obligaciones recogidas en el alta de Usuario.

En caso de incumplimiento de estas normas, la UCV podrá emprender las acciones oportunas ante las autoridades competentes, en caso de comisión de infracciones administrativas, civiles o penales. El investigador/a es responsable de preservar la confidencialidad sobre los datos de carácter personal, de las personas físicas objeto del estudio o investigación.

Fecha dd/mm/aaaa	Firma del Usuario
05/05/2016	

4. Protocolo de Recogida de datos

ISAS - SECCIÓN I

Este cuestionario pregunta sobre una variedad de comportamientos de autolesión. Por favor, sólo indica la presencia de estos comportamientos si los has llevado a cabo intencionadamente (es decir, a propósito) y sin la intención de suicidio (es decir, no por razones suicidas).

1. Por favor estima el número de veces en tu vida que realizas intencionalmente (es decir, a propósito) cada tipo de autolesión no suicida (por ejemplo, 0, 10, 100, 500):

Cortarse _____

Rascarse con fuerza _____

Morderse _____

Golpearse con fuerza _____

Quemarse _____

Interferir en la curación de heridas (Por ejemplo, rascando las costras) _____

Tallarse _____

Frotar la piel contra una superficie rugosa _____

Pellizcarse _____

Pincharse con agujas _____

Tirarse el Pelo _____

Ingerir sustancias peligrosas _____

Otros _____

Importante: Si has realizado una o más de las conductas mencionadas anteriormente, por favor completa la parte final de este cuestionario. Si no has realizado ninguna de las conductas mencionadas anteriormente, continúa con la siguiente escala.

2. Si piensas que llevas a cabo una forma principal (más frecuente) de autolesión, por favor, rodea esta conducta de las descritas en la página anterior.

3. ¿A qué edad...?

¿Te hiciste daño a tí misma/o por primera vez? _____

Cuál fue la fecha más reciente en la que te autolesionaste (Fecha aproximada - mes / día / año) _____

4. ¿Experimentas dolor físico durante la autolesión? Por favor marque una opción:

SÍ A VECES NO

5. Cuando te autolesionas, ¿estás solo/a? Por favor marque una opción:

SÍ A VECES NO

6. Por lo general, ¿cuánto tiempo transcurre desde el momento en que tienes la necesidad de auto-lesionarte hasta que actúas? Por favor marque una opción:

<1 hora 1 - 3 horas 3 - 6 horas 6 - 12 horas 12 - 24 horas > 1 día

7. ¿Quieres / querrías dejar de auto-dañarte? Por favor marque una opción:

SÍ NO

ISAS PARTE II

Instrucciones

Este inventario fue escrito para ayudar a comprender mejor la experiencia de las autolesiones no suicidas. A continuación se muestra una lista de afirmaciones que pueden o no ser importantes en tu experiencia de autolesión. Por favor, indica las afirmaciones que sean más importantes para ti:

Marca **0** si la declaración **no es relevante** para ti en absoluto

Marca **1** si la declaración es **algo relevante** para ti

Marca **2** si la declaración es **muy importante** para ti

"Cuando me autolesiono ...

	Respuesta		
1. Me calmo a mí misma/o	0	1	2
2. Creo una frontera entre mí y los demás	0	1	2
3. Me castigo	0	1	2
4. Es una forma de cuidar de mí misma/o (al cuidar la herida)	0	1	2
5. Al causarme dolor dejo de sentirme embotada/o	0	1	2
6. Evito el impulso de suicidarme	0	1	2
7. Es una forma de hacer algo que me provoca excitación o euforia	0	1	2
8. Me vinculo a los demás	0	1	2
9. Dejo que los demás sepan la magnitud de mi dolor emocional	0	1	2
10. Veo si puedo soportar el dolor	0	1	2
11. Genero una señal física que indica que me siento fatal	0	1	2
12. Me vengo de alguien	0	1	2
13. Aseguro que soy autosuficiente	0	1	2
14. Me alivio de la presión emocional que hay dentro de mi	0	1	2
"Cuando me autolesiono ...	Respuesta		
15. Demuestro que estoy separado de otras personas	0	1	2
16. Expreso ira hacia mí por ser inútil o estúpido	0	1	2

17. Genero un daño físico que es más fácil de cuidar que mi malestar emocional	0	1	2
18. Intento sentir algo (en contraposición a no sentir nada), aunque sea dolor físico	0	1	2
19. Respondo a los pensamientos suicidas sin realmente intentar suicidarse	0	1	2
20. Me entretengo a mí misma y a los demás haciendo algo extremo	0	1	2
21. Encajo con los demás	0	1	2
22. Busco cuidado o ayuda de los demás	0	1	2
23. Me demuestro que soy fuerte o dura/o	0	1	2
24. Me demuestro que mi dolor emocional es real	0	1	2
25. Me vengo de los demás	0	1	2
26. Demuestro que no necesito depender de otros para obtener ayuda	0	1	2
27. Reduzco la ansiedad, la frustración, la ira u otros sentimientos desbordantes	0	1	2
28. Establezco entre barrera entre mi misma/o y los demás	0	1	2
29. Es una reacción al hecho de sentirme infeliz o disgustada conmigo misma/o	0	1	2
30. Me permito centrarme en tratar el daño, lo que puede ser gratificante o satisfactorio.	0	1	2
31. Me aseguro de sentirme viva/o cuando no me siento real	0	1	2
32. Pongo freno a los pensamientos suicidas	0	1	2
33. Llevo mis límites de una manera similar al hecho de bucear o practicar otras actividades extremas	0	1	2
34. Creo un signo de amistad o parentesco con los amigos o seres queridos	0	1	2
35. Evito que un ser querido me deje o abandone	0	1	2
36. Demuestro que puedo soportar el dolor físico	0	1	2
37. Doy significado a la angustia emocional que estoy experimentando	0	1	2
38. Trato de herir a alguien cercano a mí	0	1	2
39. Establezco que soy autónoma/o o independiente	0	1	2

(Opcional) En el espacio de abajo, por favor indica cualquier aclaración o afirmación que creas que sería más exacta que las mencionadas anteriormente:

(Opcional) En el siguiente espacio, indica cualquier aclaración que creas que debería añadirse a la lista de arriba, aunque no necesariamente se ajuste a tu experiencia:

DERS

[Gratz y Roemer, 2004; adaptación española de Hervás y Jodar, 2008]

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

-----1-----2-----3-----4----- ---5-----				
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5

9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Purpose-In-Life Test-10 Ítems (PIL-10)¹

[García-Alandete, Rosa y Sellés, 2013]

A continuación ha de responder Ud. a un cuestionario en el que debe:

- Leer con sumo cuidado el enunciado principal (en negrita).
- Decidir, de la escala que va de 1 a 7, en qué número se situaría Ud., teniendo en cuenta lo que dicen los extremos (el recuadro 1 y el 7), en relación con el enunciado principal.
- Rodear el número que corresponda, teniendo en cuenta lo anterior.

Por favor, no deje sin responder ningún enunciado.

Le recordamos la necesidad de que responda con sinceridad, y pensando bien lo que responde, y que el cuestionario es anónimo.

1. Generalmente me encuentro:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente aburrido			Neutral			Exuberante, entusiasmado

2. La vida me parece:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente rutinaria			Neutral			Siempre emocionante

3. En la vida tengo:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna meta o anhelo			Neutral			Muchas metas y anhelos definidos

4. Cada día es:

1	2	3	4	5	6	7
Exactamente igual			Neutral			Siempre nuevo y diferente

5. Si pudiera elegir:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

¹ La numeración de los ítems es la que consta en la escala original de Crumbaugh y Maholic (1969)

Nunca habría nacido			Neutral			Tendría otras nueve vidas iguales a éstas
---------------------	--	--	---------	--	--	---

6. Después de retirarme:

1	2	3	4	5	6	7
Holgazanearía el resto de mi vida			Neutral			Haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar

7. Mi vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Vacía y llena de desesperación			Neutral			Un conjunto de cosas buenas y emocionantes

8. Al pensar en mi propia vida:

1	2	3	4	5	6	7
Me pregunto a menudo la razón por la que existo			Neutral			Siempre encuentro razones para vivir

9. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es:

1	2	3	4	5	6	7
Prácticamente nula			Neutro			Muy grande

10. He descubierto:

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna misión o propósito en mi vida			Neutro			Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida

Escala de Desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.		

3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.		
4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.		
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.		
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.		
7. El futuro aparece oscuro para mí.		
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.		
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.		
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.		
15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.		
17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.		
18. El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.		

CUESTIONARIO DE NECESIDADES INTERPERSONALES

Las siguientes cuestiones te piden que pienses en ti mismo y otras personas. Por favor, responde a cada pregunta utilizando tus propias creencias y experiencias actuales, no lo que piensas que es cierto en general, o lo que podría ser cierto para otras personas. Por favor, basa tu respuesta sobre cómo te has sentido recientemente. Utiliza la escala de calificación para encontrar el número que mejor coincide con cómo te sientes y el círculo de ese número. No existen respuestas correctas o incorrectas: estamos interesados en lo que piensas y sientes.

1 2 3 4 5 6 7

Nada cierto (para mí)

algo cierto (para mí)

totalmente cierto (para mí)

- (En la actualidad) la gente que forma parte de mi vida estaría mejor si yo no estuviera
- (En la actualidad) la gente que forma parte de mi vida sería más feliz sin mí.
- (En la actualidad) creo que soy una carga para la sociedad.
- Creo que mi muerte sería un alivio para la gente que forma parte de mi vida.
- Creo que la gente que forma parte de mi vida desearía poder deshacerse de mí.
- Creo que complico las cosas para la gente que forma parte de mi vida.
- (En la actualidad) hay gente que se preocupa por mí.
- Siento que encajo en la sociedad.
- En la actualidad) raramente interactúo con la gente que se preocupa por mí.
- Soy afortunado por tener tantos amigos cariñosos y comprensivos.
- Me siento desconectado del resto de la gente.
- Me siento un extraño en reuniones sociales.
- Siento que hay gente en la que puedo apoyarme cuando lo necesite.
- Me siento cercano al resto de la gente.
- Cada día tengo al menos una relación satisfactoria con otras personas.

ESCALA DE AMBIENTES INVALIDANTES EN LA INFANCIA (EAIIN)

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo han respondido tus padres a tus emociones a lo largo de tu infancia y hasta el momento actual. Para cada ítem, elije la calificación de 1 a 5 que mejor refleja tu experiencia hasta ahora.

1 – Nunca

2 - En raras ocasiones

3 – A veces

4 - La mayoría de las veces

5 - Siempre

Como tus padres pueden actuar de manera muy diferente entre sí, por favor, evalúales por separado. La columna de la izquierda es para evaluar a tu madre, y la columna de la derecha es para evaluar a tu padre.

Durante mi infancia e incluso ahora...

- 1. Mis padres se enfadan si no estoy de acuerdo con ellos.**
- 2. Cuando estoy ansioso o nervioso, mis padres no le dan importancia.**
- 3. Si yo estoy feliz, mis padres se muestran sarcásticos y dicen cosas como: "¿Qué haces sonriendo?"**
- 4. Si estoy molesto, mis padres dicen cosas como: "Te voy a dar motivos de verdad para llorar"**
- 5. Mis padres me hacen sentir bien si les digo que no entiendo algo difícil a la primera.**
- 6. Si estoy contento porque he hecho algo bien en la escuela, mis padres me dicen cosas como: "No te confíes".**
- 7. Si dijera que no puedo hacer algo, mis padres dirían algo como "estás complicando las cosas a propósito"**
- 8. Mis padres me entienden y me ayudan si no puedo hacer algo inmediatamente.**
- 9. Mis padres suelen decir cosas como: "Hablar sobre las preocupaciones las hace empeorar".**
- 10. Si no consigo hacer algo por mucho que lo intente, mis padres me dicen que soy un vago.**
- 11. Mis padres se enfadan mucho si tomo decisiones sin preguntarles primero.**
- 12. Cuando estoy deprimido, mis padres me preguntan qué me ocurre porque quieren ayudarme.**
- 13. Si no puedo resolver un problema, mis padres dicen cosas como: "¡No seas tan estúpido/a. Hasta un idiota puede hacer eso!"**

14. Cuando hablo de mis planes para el futuro, mis padres me escuchan y me animan.

Por último, nos gustaría saber cómo ves a toda su familia. Por favor, lee las siguientes descripciones y evalúa de 1 a 5 en qué medida se corresponden con tu experiencia de haber crecido en tu familia:

- 1 –no se parece a mi familia**
- 2 –se parece un poco a mi familia**
- 3 –se parece a mi familia en ocasiones**
- 4 –se parece a mi familia casi siempre**
- 5 -se parece a mi familia siempre**

Tipos de familia

1. A lo largo de mi vida, mis padres a menudo no han estado disponibles, y me han ofrecido poco tiempo y atención. A menudo me las he tenido que apañar solo o he tenido que recurrir a mis amigos / familiares. Mis padres se enfadan a menudo cuando les pido cosas. Uno de mis padres, o ambos, puede haber tenido problemas de adicción, problemas de salud mental o problemas económicos.

2. A lo largo de mi vida, me he sentido escuchado y atendido. Mis padres han estado interesados en mis pensamientos e ideas, y me animan a tomar mis propias decisiones y elecciones. Si las cosas son difíciles para mí, me apoyan y tratan de consolarme.

3. A lo largo de mi vida, todo en mi familia ha sido perfecto superficialmente. Sin embargo, mis padres no han podido soportar que yo estuviera molesto, asustado o enfadado. Ellos esperan que yo oculte mis sentimientos y siga adelante.

4. A lo largo de mi vida, ha sido importante ser capaz de controlar mis emociones y centrarme en el logro y el éxito. "Comportarse como un adulto" era lo que deseaban de mí.