



*Universitat
Abat Oliba CEU*

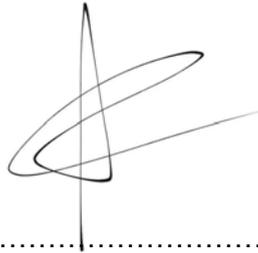
**Autolesiones no suicidas
en pacientes con
trastornos de conducta
alimentaria**

TRABAJO FIN DE
GRADO

Autor: Amaya
Hernández de Urbiola
Tutor: Jose Enrique
Armengou
Grado en: Psicología
Año: 2023

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.



Firma:

Amaya Hernández de Urbiola

A mis queridos padres,

*Por su inquebrantable confianza y amor,
que han hecho posible mi camino en la
psicología. Su orgullo es mi mayor
motivación. Con gratitud eterna.*

Amaya Hernández de Urbiola

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y las autolesiones no suicidas (ANS) están en aumento, especialmente entre mujeres jóvenes, planteando desafíos terapéuticos. Las ANS se relacionan estrechamente con los TCA y cumplen funciones de regulación emocional y castigo.

El tratamiento incluye evaluación exhaustiva, terapias como la dialéctico-conductual y cognitivo-conductual, y consideración de factores externos y comorbilidades. La pandemia ha intensificado estos problemas, subrayando la importancia del apoyo y búsqueda de ayuda.

El principal objetivo es el estudio de la concurrencia entre TCA y ANS, el cual es vital para tratamientos eficaces. La educación y atención compasiva por parte de profesionales son esenciales, junto con la prevención y detección temprana para promover la salud mental. Con este propósito, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica cuyas principales fuentes han sido extraídas de PubMed y Google Scholar, así como información recopilada de las "Jornadas sobre Autolesión y Conducta Suicida: Situación actual y manejo en la práctica clínica", organizadas por la UNIR. Además, se realizó una entrevista al Dr. Oriol Cabré Trias en un enfoque complementario.

Este trabajo propone el programa de prevención "Sanando Cicatrices", que se basa en el Modelo Integrador de Nock y la terapia dialéctico-conductual de Linehan. Este programa busca abordar las ANS en individuos con TCA, incorporando apoyo emocional y social.

En resumen, esta investigación busca comprender y abordar estos desafíos, contribuyendo a una atención más efectiva de la salud mental en esta área. El programa "Sanando Cicatrices" ofrece un enfoque para la prevención y el tratamiento de la concurrencia entre TCA y ANS.

Resum

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) i les autolesions no suïcides (ANS) estan en augment, especialment entre dones joves, plantejant desafiaments terapèutics. Les ANS es relacionen estretament amb els TCA i compleixen funcions

de regulació emocional i càstig.

El tractament inclou avaluació exhaustiva, teràpies com la dialèctic-conductual i cognitiu-conductual, i consideració de factors externs i comorbiditats. La pandèmia ha intensificat aquests problemes, subratllant la importància del suport i la recerca d'ajuda.

L'objectiu principal és l'estudi de la concurrència entre TCA i ANS, que és vital per a tractaments eficaços. L'educació i l'atenció compassiva per part de professionals són essencials, juntament amb la prevenció i la detecció primerenca per promoure la salut mental. Amb aquest propòsit en ment, s'ha dut a terme una exhaustiva revisió bibliogràfica les principals fonts de la qual s'han extret de PubMed i Google Scholar, així com informació recopilada de les "Jornades sobre Autolesió i Conducta Suïcida: Situació actual i maneig a la pràctica clínica," organitzades per la UNIR. A més, es va realitzar una entrevista al Dr. Oriol Cabré Trias des d'un enfocament complementari.

Aquest treball proposa el programa de prevenció "Sanant Cicatrius", que es basa en el Model Integrador de Nock i la teràpia dialèctic-conductual de Linehan. Aquest programa busca abordar les ANS en individus amb TCA, incorporant suport emocional i social.

En resum, aquesta investigació busca comprendre i abordar aquests desafiaments, contribuint a una atenció més efectiva de la salut mental en aquest àmbit. El programa "Sanant Cicatrius" ofereix un enfocament per a la prevenció i el tractament de la concurrència entre TCA i ANS.

Abstract

Eating disorders (ED) and non-suicidal self-injury (NSSI) are on the rise, particularly among young women, posing therapeutic challenges. NSSI is closely related to ED and serves functions of emotional regulation and punishment.

Treatment involves thorough assessment, therapies like dialectical-behavioral and cognitive-behavioral, and consideration of external factors and comorbidities. The pandemic has exacerbated these issues, underscoring the importance of support and seeking help.

The main objective is the study of the co-occurrence between ED and NSSI, which is crucial for effective treatments. Education and compassionate care from

professionals are essential, along with prevention and early detection to promote mental health. With this purpose in mind, an exhaustive literature review has been conducted, with primary sources drawn from PubMed and Google Scholar, as well as information gathered from the "Conference on Self-harm and Suicidal Behavior: Current Situation and Clinical Management," organized by UNIR. Furthermore, an interview was conducted with Dr. Oriol Cabré Trias as a supplementary approach.

This work proposes the "Healing Scars" prevention program, based on Nock's Integrative Model and Linehan's dialectical-behavioral therapy. This program aims to address NSSI in individuals with ED, incorporating emotional and social support.

In summary, this research seeks to comprehend and address these challenges, contributing to more effective mental health care in this field. The "Healing Scars" program offers an approach to preventing and treating the co-occurrence of ED and NSSI.

Palabras claves / Keywords

Trabajo final de Grado - Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) - Autolesiones no Suicidas (ANS) - Concurrencia - Programa de prevención

1. Introducción.....	11
2. Definición y clasificación de los trastornos de conducta alimentaria.....	13
3. Definición y clasificación de las conductas autolesivas no suicidas.....	16
4. Prevalencia y comorbilidad de los trastornos de conducta alimentaria y las conductas autolesivas no suicidas.....	21
4.1. ¿Por qué ANS aparece junto a los TCA?.....	22
4.1.1. Funciones y motivos compartidos.....	22
4.1.2. Etiología compartida de los comportamientos de ANS y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).....	23
5. Funciones de las Autolesiones no Suicidas: Perspectivas y evidencias recientes, con énfasis en los trastornos de conducta alimentaria.....	25
6. Factores implicados en la autolesión no suicida (ANS) y modelos teóricos para su comprensión y mantenimiento a lo largo del tiempo.....	27
6.1. Modelo de evitación experiencial (Chapman et al., 2006).....	29
6.2. Modelo de la cascada emocional (Selby y Joiner, 2013).....	29
6.3. Four-Function Model (Nock y Prinstein, 2004).....	31
6.4 Modelo Integrador de Nock.....	32
7. Tratamiento las conductas autolesivas no suicidas.....	34
7.1. Procedimientos de evaluación.....	34
7.2. Entorno terapéutico.....	35
7.3. Psicoterapia.....	36
7.4. Tratamiento farmacológico.....	44
7.5 Estrategias de prevención de los trastornos de conducta alimentaria y las conductas autolesivas no suicidas.....	47
8. Entrevista al especialista Dr. Oriol Cabré Trias.....	49
9. Propuesta programa preventivo.....	55
9.1. Identificación del programa.....	56
9.1.1. Descripción del programa.....	57
10. Conclusión.....	64
11. Bibliografía.....	65

1. Introducción

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y las autolesiones no suicidas (ANS) son un problema de salud mental cada vez más común y preocupante. La comorbilidad entre ambos trastornos es un tema ampliamente investigado en la literatura científica. Como se puede observar a continuación (Figura 1), la recopilación bibliográfica sobre las autolesiones no suicidas junto con los trastornos de conducta alimentaria ha aumentado notablemente en los últimos años.

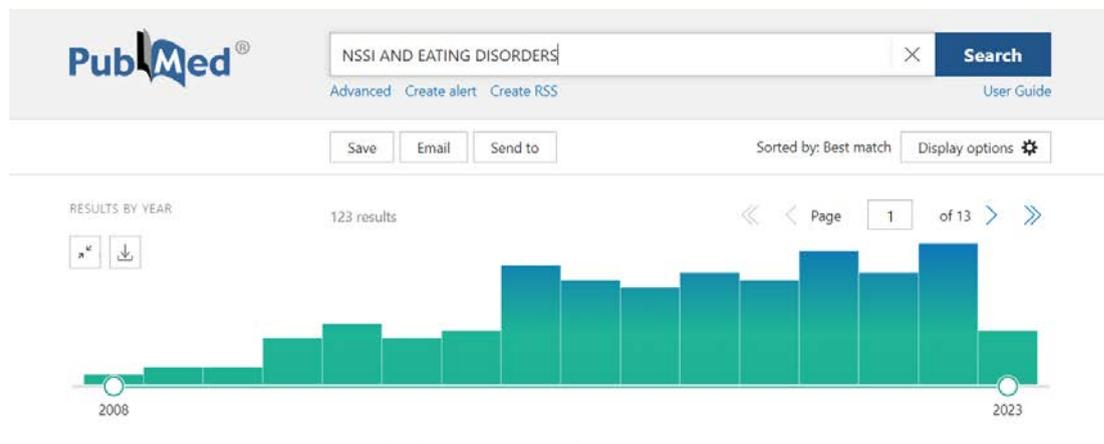


Figura 1. Captura de pantalla PubMed

Según un estudio realizado por Swanson y colaboradores (2011), la prevalencia de la comorbilidad de TCA y ANS en la población general fue del 2,1%, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres jóvenes. Además, otro estudio llevado a cabo por Lavender et al. (2015) encontró que el 70% de los pacientes con TCA reportaron haberse autolesionado en algún momento de sus vidas, y el 35% informó haberse autolesionado en el último año.

La coexistencia de los TCA y las ANS puede ser especialmente difícil de tratar debido a que ambos trastornos pueden tener consecuencias graves para la salud física y mental de las personas afectadas. Es por ello que resulta importante estudiar esta comorbilidad y explorar la función que pueden tener las ANS en los TCA, así como su prevalencia y consecuencias.

Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo de final de grado es analizar la co-ocurrencia de los TCA y las ANS y responder preguntas específicas como: ¿qué función tienen las ANS en los TCA? ¿Cuáles son los factores de riesgo? ¿Qué tratamientos se emplean actualmente de forma exitosa?, a la vez que busca articular un modelo de prevención integral. Todo ello con el fin de contribuir al conocimiento actual sobre la comorbilidad de TCA y ANS, y proporcionar información útil para profesionales y pacientes en el campo de la salud mental.

La metodología empleada en este TFG abarca una diversidad de enfoques de investigación, con el propósito de abordar el objeto de estudio de manera exhaustiva. En una fase inicial, se llevó a cabo una revisión bibliográfica minuciosa, basada en fuentes académicas reconocidas como PubMed y Google Scholar, así como información recopilada de las "Jornadas sobre Autolesión y Conducta Suicida: Situación actual y manejo en la práctica clínica", organizadas por la UNIR. Dicha revisión permitió sintetizar y analizar investigaciones previas relevantes a los trastornos de conducta alimentaria, las autolesiones no suicidas y las estrategias de prevención empleadas hasta la fecha. Esta etapa se consideró esencial para establecer un sólido marco teórico.

Simultáneamente, se efectuó una entrevista a través de la plataforma Microsoft Teams con el Dr. Oriol Cabré Trias, un experto destacado en el ámbito de la psicología clínica y los trastornos de conducta alimentaria. La conversación permitió incorporar sus conocimientos y perspectivas, enriqueciendo la fundamentación teórica del modelo de prevención a proponer.

La intersección de los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria en psicología, así como la experiencia obtenida durante las prácticas en ITA Avenir, se combinaron con la revisión bibliográfica y las contribuciones de la entrevista. Este entrecruzamiento de saberes teóricos y aplicados resultó fundamental para el desarrollo del modelo de prevención propuesto.

El desenlace de este proceso metodológico se materializa en la presentación de una propuesta de prevención para las autolesiones no suicidas en individuos afectados por

trastornos de conducta alimentaria. Esta propuesta se erige sobre los cimientos del Modelo Integrador de Nock y utiliza la terapia dialéctico-conductual de Linehan como base teórica, a la par que incorpora estrategias de apoyo emocional y social.

En resumen, este TFG conjuga el conocimiento teórico en psicología clínica, la inmersión en la investigación académica y la experiencia práctica para esbozar un modelo de prevención que afronte el desafío de las autolesiones no suicidas en el contexto de los trastornos de conducta alimentaria. La fusión de una revisión bibliográfica rigurosa, una interacción enriquecedora con un experto y la integración de saberes brinda una base sólida para abordar una problemática relevante y pertinente en el ámbito de la salud mental contemporánea.

2. Definición y clasificación de los trastornos de conducta alimentaria

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales graves que afectan a la alimentación y el comportamiento alimentario de una persona. Estos trastornos se caracterizan por una preocupación extrema por el peso, la forma y el tamaño del cuerpo, y se asocian con alteraciones significativas en la percepción de la propia imagen corporal. Los TCA pueden tener graves consecuencias físicas, emocionales y sociales, y pueden llevar a complicaciones médicas graves y a un aumento del riesgo de mortalidad.

Según la literatura científica actual, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen un alto riesgo de mortalidad. La tasa de mortalidad por cualquier causa entre las personas con TCA es significativamente más alta que la de la población general, con una tasa de mortalidad estandarizada que se estima entre 5 y 10 veces mayor que en la población general. (Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. , 2012)

El DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición) clasifica los trastornos de conducta alimentaria en tres categorías principales:

- Trastorno de Anorexia Nerviosa (F50.0):

El trastorno de anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción energética significativa que conduce a un peso corporal bajo en relación con la edad, la altura, el sexo y el desarrollo físico. Además, hay una intensa preocupación por el peso corporal o la forma, o una negación a admitir el peligro del bajo peso corporal, y una alteración en la percepción del tamaño o forma del cuerpo.

El trastorno de anorexia nerviosa se subdivide en dos tipos: el tipo restrictivo y el tipo purgativo. El tipo restrictivo se caracteriza por una pérdida de peso significativa a través de la restricción alimentaria y/o el aumento de la actividad física. El tipo purgativo, por otro lado, implica el uso recurrente de purgas, como el vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos, para perder peso.

- Trastorno de Bulimia Nerviosa (F50.2):

El trastorno de bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida, que implican la ingesta de una gran cantidad de alimentos en un corto período de tiempo, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir la ganancia de peso, como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes. También hay una preocupación excesiva por el peso corporal y la forma, y la autoevaluación se basa en el peso corporal y la forma.

Se subdivide en dos tipos: el tipo purgativo y el tipo no purgativo. El tipo purgativo se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir la ganancia de peso, como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes. El tipo no purgativo, por otro lado, implica el uso de otros comportamientos compensatorios inapropiados para controlar el peso, como el ayuno o el exceso de ejercicio, en lugar de las purgas.

- Trastorno por Atracón (F50.8):

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida que implican la ingesta de una cantidad significativamente mayor de alimentos en un corto período de tiempo que la mayoría de las personas comerían en circunstancias similares, con un sentido de falta de control sobre el comportamiento alimentario. Los individuos con este trastorno también pueden experimentar sentimientos de vergüenza, culpa y malestar después de los episodios de atracones.

Además de estas tres categorías principales, el DSM-5 también reconoce:

- Pica:

La Pica es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por la ingesta persistente y repetida de sustancias no nutritivas, no alimenticias, como tierra, arcilla, tiza, papel, cabello, tela, pintura, entre otros, durante un período de al menos un mes. Esta conducta es inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo y no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

Las personas con Pica experimentan un impulso irresistible de consumir estas sustancias no alimenticias, a pesar de que no tienen ningún valor nutricional y pueden ser potencialmente dañinas. El trastorno suele manifestarse en la infancia, aunque también puede persistir en la adolescencia y en la edad adulta.

- Trastorno de rumiación:

El trastorno de rumiación es un trastorno de la alimentación poco común que se caracteriza por la regurgitación repetida de alimentos previamente ingeridos, seguida de su re-masticación, re-tragado o escupido. Esta regurgitación ocurre de manera involuntaria y suele ocurrir dentro de los primeros 30 minutos después de las comidas.

A diferencia del vómito, la regurgitación en el trastorno de rumiación no implica náuseas ni arcadas, y la persona puede mostrar una cierta satisfacción o alivio después de la regurgitación. La regurgitación puede ser discreta y pasar desapercibida para los demás, lo que puede dificultar el diagnóstico.

- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (F50.8):

El trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (ARFID, por sus siglas en inglés) es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por la evitación o restricción persistente de la ingestión de alimentos que resulta en una ingesta insuficiente de nutrientes y energía, lo que conduce a una pérdida significativa de peso o a un fallo en el crecimiento y desarrollo adecuados en los niños.

A diferencia de otros trastornos de la alimentación, en el ARFID no hay una preocupación obsesiva por el peso corporal o la forma física. En cambio, la evitación o restricción de alimentos está motivada por factores psicológicos, como el miedo a la sensación de atragantamiento, la aversión a ciertos colores, texturas u olores de los alimentos, o la falta de interés por la comida debido a experiencias negativas previas, entre otros.

- Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados (F50.8):

El trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados (OSFED, por sus siglas en inglés) es una categoría diagnóstica que se utiliza cuando los síntomas de un trastorno de la alimentación no cumplen con los criterios específicos para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, pero aún así causan un malestar significativo y pueden tener consecuencias físicas y psicológicas.

- Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados (F50.9):

El trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados (EDNOS, por sus siglas en inglés) es una categoría diagnóstica que se utiliza cuando los síntomas de un trastorno de la alimentación no cumplen con los criterios específicos para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados (OSFED).

El EDNOS abarca una amplia gama de presentaciones clínicas que no se ajustan a los criterios diagnósticos precisos de los trastornos de la alimentación establecidos en el DSM-5. Puede incluir síntomas atípicos, combinaciones de síntomas de diferentes trastornos de la alimentación o presentaciones que no se ajustan a ninguna categoría específica.

3. Definición y clasificación de las conductas autolesivas no suicidas

La conducta de autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés), consiste en la destrucción deliberada de tejido corporal por parte del individuo sin la intención de quitarse la vida y con objetivos que no son culturalmente aceptados. Las conductas de autolesión pueden incluir varias formas, pero se asocian comúnmente con el tallado o corte intencional de la piel, rascado del tejido subdérmico, quemaduras, golpearse o golpear objetos con la intención de causar dolor, y la inserción de objetos debajo de la piel. Sin embargo, los tatuajes y piercings no suelen ser considerados como conductas de autolesión a menos que se realicen con la intención de dañar el cuerpo. La autolesión puede variar en severidad, desde heridas superficiales hasta lesiones permanentes y desfigurantes. Aproximadamente el 33% de las personas que informan haberse autolesionado han sufrido lesiones tan graves que deberían haber sido atendidas por un profesional de la salud, aunque solo el 6.5% han buscado tratamiento para sus heridas. Es importante tener en cuenta que la autolesión no se define por cómo se ve (es decir, la forma en que se lastima el cuerpo), sino por la intención del individuo al hacerlo. (The Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery, s. f.)

En el TCA, se sabe poco sobre los tipos específicos utilizados, ya que en la mayoría de los estudios sobre autolesiones se han enfocado en determinar si alguien ha tenido alguna vez un comportamiento autolesivo (por ejemplo, preguntando "¿Te has lastimado alguna vez a propósito?" Ross et al., 2009), sin profundizar en detalles sobre la frecuencia o la gravedad de estos comportamientos. (Reas, D. L., Wisting, L., & Lindvall Dahlgren, C. 2023).

El DSM-5 no incluye un diagnóstico específico para las ANS, pero se pueden considerar como una característica asociada a otros trastornos mentales. Por ejemplo, las ANS pueden ser un síntoma del trastorno límite de la personalidad o del trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, existe una propuesta diseñada por Hooley et al. que establece los siguientes criterios (Figura 2):

Table 1 NSSI Disorder: Summary of Proposed Diagnostic Criteria*

A: Self-inflicted acts such as cutting, burning, or hitting intended to cause moderate physical damage to the body (e.g., bruising, bleeding, or pain) occurring on 5 or more days over the past year.
B: Engagement in self-injurious behavior is done with the expectation that at least one of the following consequences will occur shortly afterwards: 1. Relief from negative feelings or thoughts. 2. Resolution of an interpersonal problem. 3. Creation of a positive mood state.
C: At least one of the following occurs immediately before the act of intentional self-injury: 1. Negative thoughts or feelings (eg, distress, depression, anger, anxiety, tension, or self-criticism). 2. Preoccupation with the planned self-injurious behavior that is hard to control. 3. Frequent thoughts of self-injurious behavior – even if no action is taken.
D: Socially sanctioned behavior such as tattooing or body piercing is excluded, as is self-inflicted damage that is enacted in a cultural or religious context. Common and mild behaviors such as nail biting and scab picking are also excluded.
E: Engagement in nonsuicidal self-injury results in clinically significant distress or causes problems in social or occupational functioning or impairments in other important areas of life.
F: The self-damaging behavior cannot be better explained by another mental disorder or medical diagnosis. It is also required that the self-injurious behavior not occur only during psychotic episodes, intoxication, periods of delirium, or be stereotyped and repetitive.

Note: *Based on DSM-5³⁷.

Figura 2. Trastorno Autolesiones no suicidas: Resumen de Propuesta de Criterios Diagnósticos basado en DSM-5; elaborado por Hooley et al., 2020.

Criterio A: Se requiere que haya ocurrido "daño autoinfligido intencional" en 5 o más días durante el último año para cumplir con este criterio. Se considera que cinco o más actos de NSSI proporcionan evidencia de un problema repetitivo (Hooley et al., 2020).

Criterio B: Las personas deben participar en NSSI por una o más de las siguientes razones: (1) para obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo, (2) para resolver una dificultad interpersonal o (3) para inducir un estado de ánimo positivo (Hooley et al., 2020).

Criterio C: Se destacan los pensamientos o estados de ánimo que deben acompañar el comportamiento autolesivo. Estos incluyen dificultades interpersonales o pensamientos o sentimientos negativos antes de la NSSI, preocupación por la NSSI que es difícil de controlar o pensamientos frecuentes de la NSSI, incluso si no siempre se llevan a cabo. Sin embargo, estos criterios pueden no ser especialmente útiles para distinguir entre NSSI clínicamente significativa y NSSI menos grave y más intermitente (Hooley et al., 2020).

Criterio D: Este criterio establece condiciones límite y excluye formalmente comportamientos socialmente aceptados, como los piercings corporales, así como formas muy leves y comunes de autolesiones, como rascarse las costras o morderse las uñas (Hooley et al., 2020).

Además, el Criterio F especifica los contextos en los que el comportamiento autolesivo no debe considerarse como NSSI-D, como cuando ocurre durante episodios psicóticos o en personas con trastornos del desarrollo como parte de estereotipias repetitivas. También se menciona que no todas las conductas autolesivas son NSSI y se aclaran los trastornos que pueden involucrar comportamientos similares pero que no se consideran como NSSI (por ejemplo, tricotilomanía, excoriación) (Hooley et al., 2020).

En este contexto, según información proporcionada por el personal sanitario de la clínica ITA Avenir, se han identificado diferentes tipos de autolesiones no suicidas que pueden clasificarse según su profundidad y riesgo de infección. Estas clasificaciones ayudan a comprender la gravedad de las lesiones autoinfligidas y a guiar la atención médica adecuada.

Tipo 1:

Se refiere a rascadas superficiales que no afectan la integridad de la piel, produciendo un enrojecimiento leve en la zona. Estas heridas no requieren tratamiento especializado. También se incluyen rascadas superficiales con pérdida de integridad cutánea y leve o sin sangrado, que necesitan desinfección y alta de curas a las 24-48 horas, así como cortes superficiales con leve o sin sangrado que también necesitan desinfección y alta de curas en el mismo plazo.

Tipo 2:

Este tipo de autolesiones implican rascadas de mayor profundidad y/o superficie, con pérdida significativa de integridad cutánea. Requieren curas cada 24 o 48 horas, ya que existe un mayor riesgo de infección en comparación con las ANS de tipo 1. Las heridas presentan una fase de cicatrización que durará varios días (una o más semanas). Además, se incluyen manipulaciones de autolesiones antiguas en fase de cicatrización, que presentan un riesgo elevado de infección, y cortes poco profundos pero que necesitan compresión para coagular la hemorragia. Estos últimos también presentarán

una fase de cicatrización que durará varios días e incluso semanas para su resolución completa.

Tipo 3:

Se trata de rascadas de poca profundidad, pero de considerable tamaño (más de 10 cm de diámetro) que pueden presentar o no sangrado. Estas heridas requieren curas cada 12 horas y varios días para su resolución. Existe un riesgo moderado de infección. También se incluyen quemaduras de cigarrillo que necesitan curas cada 12 horas y algunas semanas para su resolución completa. Este tipo de heridas presentan un riesgo moderado de infección y un alto riesgo de presencia de tejido necrótico (esfacelo). Finalmente, se encuentran los cortes que requieren suturas de papel, pegamento o seda. Estos necesitan desinfección cada 12 horas y retirada de las suturas en un plazo de 7-10 horas, presentando un riesgo moderado de infección.

Según Nock (2010), se propone una clasificación de las autolesiones en función de dos dimensiones principales: el grado de intencionalidad y el grado de letalidad. Estas dimensiones pueden ayudar a comprender y evaluar la gravedad de las autolesiones. A continuación se describen las categorías propuestas (Figura 3):

- Autolesiones sin intención letal: Incluye las autolesiones que se realizan sin la intención de causar daño grave o poner en peligro la vida. Estas autolesiones pueden ser un intento de aliviar el malestar emocional o comunicar emociones internas. Ejemplos de autolesiones sin intención letal pueden ser cortarse la piel superficialmente, arañarse o golpearse. Dentro de las autolesiones sin intención letal, pueden clasificarse según la gravedad en leve, moderado o grave.
- Autolesiones con intención letal: En esta categoría se encuentran las autolesiones que se realizan con la intención de causar daño grave o poner en riesgo la vida. Estas autolesiones pueden ser un intento de suicidio o un comportamiento autodestructivo extremo. Se divide entre la ideación suicida, el plan suicida y el intento de suicidio. Ejemplos de autolesiones con intención letal pueden ser cortarse profundamente las venas, ahorcarse o saltar desde alturas peligrosas.

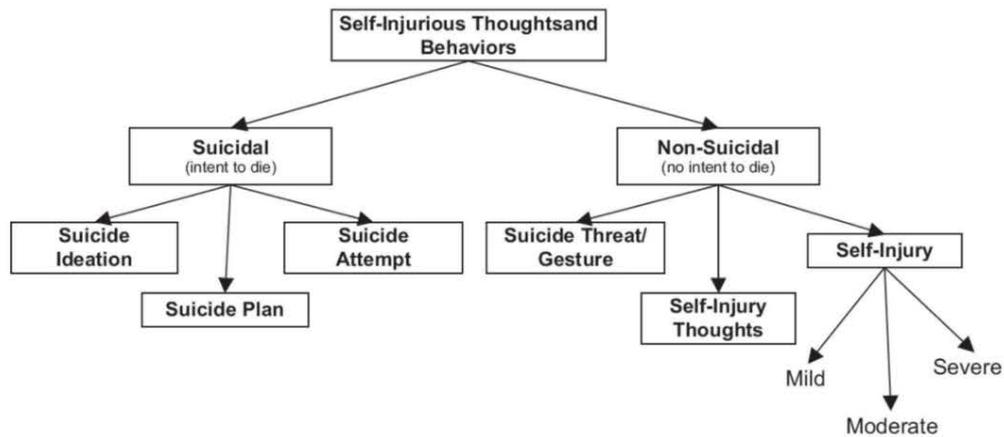


Figura 3. Esquema sobre la clasificación de las Conducta Autolesivas de Nock, 2010; extraído de Medizinische Universität Wien

4. Prevalencia y comorbilidad de los trastornos de conducta alimentaria y las conductas autolesivas no suicidas

La comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y las autolesiones no suicidas (ANS) es un tema ampliamente investigado en la literatura científica. Swanson et al. (2011) informaron que la prevalencia de la comorbilidad de TCA y ANS en la población general fue del 2,1%, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres jóvenes. Asimismo, un estudio de Lavender et al. (2015) encontró que el 70% de los pacientes con TCA reportaron haberse autolesionado en algún momento de sus vidas, y el 35% informó haberse autolesionado en el último año.

En relación con la prevalencia de ANS en pacientes con TCA, Peebles et al. informaron en su revisión que la comorbilidad parece ser mayor en pacientes con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa de tipo purgativo en comparación con el tipo restrictivo. Los pacientes con tipo purgativo pueden presentar un perfil más impulsivo, lo que se asocia con un aumento del riesgo de ANS.

Además, estudios más recientes han demostrado que en el 54-61% de los casos de trastornos alimentarios se encuentran conductas autolesivas, lo que se ha identificado como un factor de mal pronóstico (Jiménez et al., 2017).

En resumen, la comorbilidad de TCA y ANS es común, especialmente en mujeres jóvenes, y se ha observado una mayor prevalencia en pacientes con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa de tipo purgativo. Las conductas autolesivas en pacientes con TCA se asocian con un factor de mal pronóstico y deben ser evaluadas y tratadas cuidadosamente en la práctica clínica.

4.1. ¿Por qué ANS aparece junto a los TCA?

En los últimos 5 años, se han publicado estudios relevantes a lo largo de dos líneas de investigación diferentes que ayudan a nuestra comprensión de por qué los TCA y las ANS ocurren tan a menudo en las personas. La primera línea de investigación se centró en si pueden subyacer funciones similares en los comportamientos de la ANS y los TCA, mientras que la segunda línea identificó factores de riesgo compartidos que pueden explicar la alta comorbilidad entre estos comportamientos (Kiekens, G., & Claes, L., 2020).

4.1.1. Funciones y motivos compartidos

Los modelos teóricos de la autolesión no suicida (ANS) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sugieren que ambas conductas pueden tener funciones y motivos similares. Un estudio reciente comparó las funciones conductuales entre personas que informaron solo de ANS o solo de TCA, y encontró que las funciones intrapersonales (como la regulación del afecto y la marca de angustia) e interpersonales (como los límites interpersonales y la autonomía) pueden motivar tanto la ANS como los TCA. Sin embargo, se encontró que las funciones del dominio intrapersonal eran más relevantes para motivar la ANS que los TCA, mientras que se observó lo contrario para las funciones del dominio interpersonal. Además, se encontró que la mayoría de las veces, las personas informaron que realizaban ANS o TCA para aliviar sentimientos o pensamientos aversivos. Todo esto sugiere que ambas conductas pueden tener funciones y motivos similares, lo que podría explicar en parte por qué ocurren con frecuencia juntas (Muehlenkamp, J. J., Suzuki, T., Brausch, A. M., & Peyerl, N., 2019).

4.1.2. Etiología compartida de los comportamientos de ANS y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

El modelo conceptual de Claes y Muehlenkamp (Figura 4), que fue presentado en 2014, postula que los comportamientos de NSSI y TCA están determinados por una variedad de factores de riesgo individuales, sociales y culturales similares que interactúan entre sí dentro y a través de dimensiones distales y proximales. (Muehlenkamp, J. J., Suzuki, T., Brausch, A. M., & Peyerl, N., 2019).

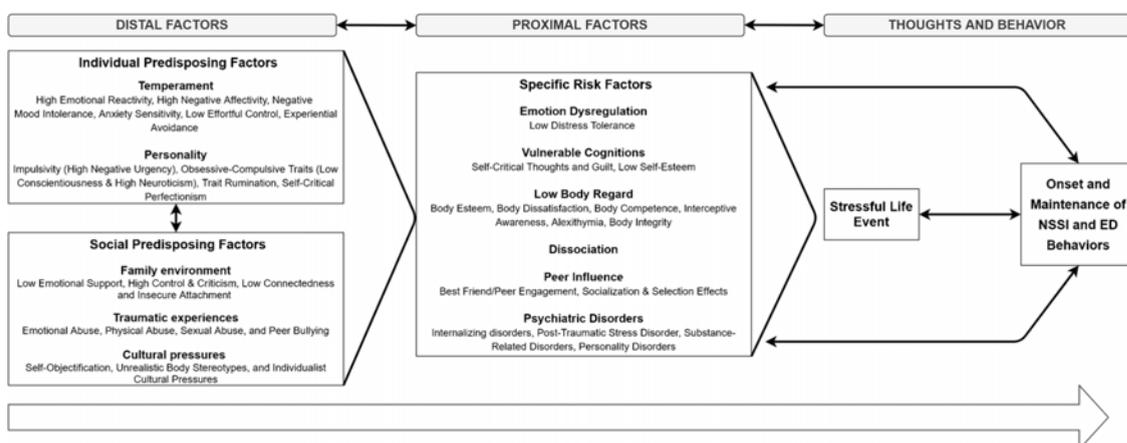


Figura 4. Conceptual NSSI-ED Risk Factor Model of Claes and Muehlenkamp (2014). Copyright © 2014 by Springer-Verlag. Adapted with permission from *Non-suicidal Self-Injury and Eating Disorders: Dimensions of Self-Harm*. In: Claes L., Muehlenkamp J. (Eds.) *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*

En el contexto del modelo conceptual de Claes y Muehlenkamp, las dimensiones distales se refieren a factores de riesgo que se encuentran más alejados en el tiempo y son de naturaleza más general, como la personalidad y el ambiente social. Mientras que las dimensiones proximales se refieren a factores de riesgo más cercanos en el tiempo y de naturaleza más específica, como eventos estresantes recientes o la presencia de pensamientos o emociones negativas. Por ejemplo, un factor de riesgo distal para el desarrollo de la autolesión no suicida y los trastornos de la conducta alimentaria podría ser un ambiente familiar disfuncional que fomenta la falta de autoestima y la sensación de inseguridad. En cambio, un factor de riesgo proximal

podría ser la presencia de un evento estresante reciente, como una discusión con un amigo o una evaluación académica negativa.

En el nivel intrapersonal, los estudios longitudinales han encontrado que ciertos rasgos de personalidad, como la afectividad negativa, la desinhibición y las vulnerabilidades cognitivas, pueden aumentar el riesgo de desarrollar ANS y TCA. (Nock et al., 2006; Victor et al., 2011; Heath et al., 2016; Troop et al., 2017). Los estudios transversales también han relacionado estos comportamientos con reactividad emocional subjetiva, sensibilidad a la ansiedad y niveles bajos de control esforzado (Bresin & Gordon, 2013; Racine et al., 2015; Selby et al., 2015; Kiselica et al., 2018).

En el nivel social, se han implicado experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia, un apego o estilo de crianza disfuncional y la victimización por parte de compañeros en el desarrollo de ANS y TCA (Johnson et al., 2002; Wildes & Emery, 2001; Salbach-Andrae et al., 2008; Molendijk et al., 2017; Mavroveli et al., 2019; Paris et al., 2020). También se han encontrado asociaciones entre dificultades en las relaciones padre-hijo, mayores presiones socioculturales percibidas y la objetivación del cuerpo y la presencia de ANS y TCA (Stice et al., 2001; Klump et al., 2010; Van den Berg et al., 2012; Bush & Smith, 2018).

Además, se ha encontrado que la regulación emocional deficiente, la autocrítica, la disminución de la autoestima y las actitudes corporales negativas pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de ANS y TCA. También se han observado efectos de selección y socialización, en los que los jóvenes cuyos amigos contemplan o se involucran en ANS pueden estar en mayor riesgo de desarrollar estos comportamientos (Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. , 2009).

Los resultados de la escala psicométrica EDI sugieren que los pacientes con TCA y ALNS tienen mayores niveles de insatisfacción corporal, perfeccionismo y regulación de impulsos, lo que puede contribuir a la aparición y mantenimiento de la sintomatología alimentaria. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud evalúen la presencia de ANS en pacientes con TCA y que se diseñen tratamientos específicos que

aborden tanto la sintomatología alimentaria como los aspectos psicológicos y emocionales asociados.

5. Funciones de las Autolesiones no Suicidas: Perspectivas y evidencias recientes, con énfasis en los trastornos de conducta alimentaria

Las autolesiones no suicidas (ANS) son un comportamiento autoinfligido que no tiene como objetivo causar la muerte, y que puede manifestarse en distintas formas, tales como cortes, quemaduras, rasguños, entre otras. La prevalencia de esta conducta ha ido en aumento en los últimos años, especialmente en jóvenes y adolescentes, y aunque se han propuesto diferentes hipótesis explicativas, aún existe controversia sobre sus funciones. En este apartado, se hablará específicamente de las funciones de las autolesiones no suicidas, basándonos en estudios recientes.

Función	Explicación
Regulación emocional	Estrategia desadaptativa de afrontamiento para controlar las emociones intensas
“Sustitución”	La principal misión se basaría en “sustituir” emociones adversas, funcionando las ANS como forma de distracción.
Reclamar cuidado o asistencia mediante la exhibición	No saber demandar ayuda de forma sana podría ser una de las causas por las cuales las ANS se usarían como medio de llamar la atención y obtener apoyo social.
Signo de síntoma depresivo/intención suicida	Las autolesiones no suicidas (ANS) muestran una estrecha vinculación con la depresión y la contemplación de ideas suicidas, lo que insinúa la existencia de una conexión entre estos elementos.
Control sobre el cuerpo	En ciertos casos, alguien podría percibir su cuerpo como un problema y utilizar la autolesión para tomar control sobre él

Una de las hipótesis explicativas más aceptadas es la regulación emocional. Según esta perspectiva, las ANS son utilizadas como una forma de regular el estado emocional, ya que la persona que las realiza busca disminuir el malestar emocional que

experimenta. Estudios como el de Brausch y Muehlenkamp (2018) han encontrado que las personas que se autolesionan presentan una mayor dificultad en la regulación emocional, y que la ANS puede funcionar como una estrategia de afrontamiento para controlar emociones intensas.

Otra de las hipótesis es la "sustitución" ante el malestar psíquico, en la que se plantea que las ANS pueden utilizarse como una forma de distracción de otras emociones negativas, como la ansiedad o la tristeza. En un estudio de Nock y Prinstein (2004), se encontró que las ANS se asocian con una mayor capacidad de tolerancia al dolor físico, lo que sugiere que las personas que se autolesionan pueden estar utilizando esta conducta como una forma de centrar la atención en el dolor físico en lugar del dolor emocional.

La hipótesis de reclamar cuidado o asistencia mediante la exhibición plantea que las ANS pueden ser utilizadas como una forma de llamar la atención y obtener ayuda. En un estudio de Hamza, Stewart y Willoughby (2012), se encontró que las personas que se autolesionan presentan una mayor necesidad de apoyo social y que la ANS puede ser utilizada como una forma de obtenerlo, especialmente si no se han encontrado otras formas efectivas de pedir ayuda.

Por último, la hipótesis de la ANS como síntoma depresivo/intención suicida plantea que la conducta puede estar relacionada con la depresión y la ideación suicida. En un estudio de Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006), se encontró que las ANS están fuertemente asociadas con la depresión y la ideación suicida, lo que sugiere que puede haber una relación entre estas variables.

En el caso específico de los trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia, las ANS también pueden tener funciones específicas. Según un estudio de Claes, Vandereycken y Vertommen (2005), algunas personas con TCA pueden usar las ANS como una forma de castigo por haber comido en exceso o de forma "inadecuada". Esta conducta podría estar relacionada con la rigidez y la obsesión por el control alimentario, que son características comunes de los TCA.

Por otro lado, las ANS también pueden ser una forma de control sobre el cuerpo y la imagen corporal. En algunos casos, la persona puede sentir que su cuerpo es un problema y puede recurrir a la autolesión como una forma de tomar control sobre él. Además, según un estudio de Selby et al. (2012), la ANS puede proporcionar una sensación de alivio temporal de la ansiedad relacionada con la imagen corporal.

Otra función que pueden cumplir las ANS en el contexto de los TCA es la comunicación del malestar emocional que se experimenta. Algunas personas con TCA pueden tener dificultades para expresar sus emociones de forma verbal, y pueden usar las ANS como una forma de comunicar su dolor emocional. En algunos casos, la autolesión puede ser una forma de expresar una necesidad de ayuda y apoyo como ya se ha hecho referencia anteriormente gracias a un estudio de Hamza, Stewart y Willoughby (2012).

En conclusión, las autolesiones no suicidas pueden tener múltiples funciones y su comprensión requiere un enfoque multidimensional. Si bien la regulación emocional es una de las hipótesis explicativas más aceptadas, es importante considerar otras funciones como la "sustitución" ante el malestar psíquico, la reclamación de cuidado o asistencia mediante la exhibición, la relación con la depresión e ideación suicida, así como las funciones específicas en el contexto de los trastornos de conducta alimentaria. La comprensión de estas funciones es fundamental para el desarrollo de intervenciones adecuadas y efectivas para la prevención y el tratamiento de las autolesiones no suicidas.

6. Factores implicados en la autolesión no suicida (ANS) y modelos teóricos para su comprensión y mantenimiento a lo largo del tiempo.

La autolesión no suicida (ANS) es una conducta frecuente en población adolescente que puede tener distintas finalidades, como la regulación emocional, la sustitución ante el malestar psíquico, reclamar cuidado o asistencia, como síntoma depresivo/intención suicida, entre otras. Es importante evaluar no solo la forma de la conducta, sino también la razón detrás de ella para evitar confundirla con un intento de suicidio. En un estudio realizado por Varela-Besteiro et al. (2017) encontraron que la presencia de ideación

suicida en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria no tiene necesariamente implicaciones con la conducta autolesiva, sino que podría explicarse como consecuencia de la necesidad de regular emociones negativas intensas.

En la investigación de la ANS, se han identificado factores como la regulación emocional, la insatisfacción corporal y la influencia social como elementos implicados en el proceso autolesivo (Andover & Morris, 2014). Los factores asociados incluyen la mayor frecuencia en mujeres, la respuesta impulsiva a las emociones adversas y las diferencias en los métodos utilizados, con las chicas mostrando mayor tendencia al sangrado y los chicos a los golpes y quemaduras (Lázaro et al., 2021).

Además, se ha observado una asociación potente con antecedentes de abuso sexual en la infancia, acoso escolar, haber vivido situaciones de abuso sexual, psicopatología asociada y consumo de sustancias (Fenning, 2016; Mayes, 2014; Peebles et al., 2011; Bühren, 2014; Ross, 2009; Svirko, 2014)..

Existen diversas motivaciones detrás de las conductas de autolesión (Stänicke, 2018). Según investigaciones empíricas, estas conductas pueden servir para regular el estado emocional (Miller et al., 2019), castigarse a uno mismo, frenar impulsos suicidas (función anti-suicidio) y mostrar una imagen de autonomía y diferenciación ante los demás (Klonsky, 2009). Se ha observado que la autolesión puede reducir emociones difíciles y brindar un cierto control emocional (Pérez et al., 2012). De hecho, algunos autores han descrito la autolesión como una conducta adictiva, ya que las personas que la practican hablan de ella con palabras similares a las usadas para describir la adicción (por ejemplo, urgencia, tolerancia y recaída) y la comparan con el consumo de sustancias (Pritchard et al., 2021). Además, quienes se autolesionan a menudo relatan intentos fallidos de dejar esta conducta, urgencia o compulsión por lastimarse, y una sensación de pérdida de control (Buser y Buser, 2013).

Para comprender el mantenimiento de la autolesión no suicida (ANS) a lo largo del tiempo, se han examinado los factores que motivan o refuerzan dicha conducta (Vega et al., 2018). Algunos modelos teóricos propuestos incluyen:

1. El modelo de evitación experiencial (Chapman et al., 2006),

2. La cascada emocional (Selby y Joiner, 2013)
3. Four-Function-model (FFM) de Nock y Prinstein (2004)
4. El modelo integrado de Nock (2009)

6.1. Modelo de evitación experiencial (Chapman et al., 2006)

El modelo de evitación experiencial (Chapman et al., 2006) es un marco teórico que explica la relación entre la evitación experiencial y el mantenimiento de la ANS. Según este modelo, las personas que se autolesionan utilizan la autolesión como una estrategia de evitación de experiencias emocionales desagradables, lo que a su vez perpetúa el ciclo de evitación-experiencia negativa-evitación. La evitación experiencial incluye tanto la evitación de situaciones externas que puedan desencadenar emociones negativas como la evitación de experiencias internas como pensamientos, emociones y sensaciones físicas (Chapman et al., 2006).

La evitación experiencial también se relaciona con la disociación, un fenómeno que implica un desapego emocional de la realidad. Las personas que se autolesionan pueden usar la disociación para evitar experimentar emociones negativas y como una forma de lidiar con las consecuencias emocionales de la autolesión (Klonsky, 2007).

6.2. Modelo de la cascada emocional (Selby y Joiner, 2013)

El Modelo de la Cascada Emocional, inicialmente propuesto por Selby y Joiner (2013) para explicar la etiología del Trastorno Límite de Personalidad, puede aplicarse a la relación entre la desregulación emocional y comportamental que se produce en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y en las Autolesiones no Suicidas (ANS). Según este modelo, una emoción negativa puede desencadenar una rumiación constante que aumenta la intensidad de la emoción, lo que a su vez aumenta los niveles de rumiación y así sucesivamente, hasta que la emoción y la rumiación alcanzan niveles intolerables para el sujeto. Este proceso sería la base del patrón de desregulación emocional presente en el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), la cual

intentaría regularse mediante la involucración en una serie de estrategias de evitación, tanto a nivel cognitivo, como a nivel comportamental, encaminadas a reducir o eliminar la avalancha emocional generada por las cascadas emocionales (Figura 5) (Polo Morales, 2021).

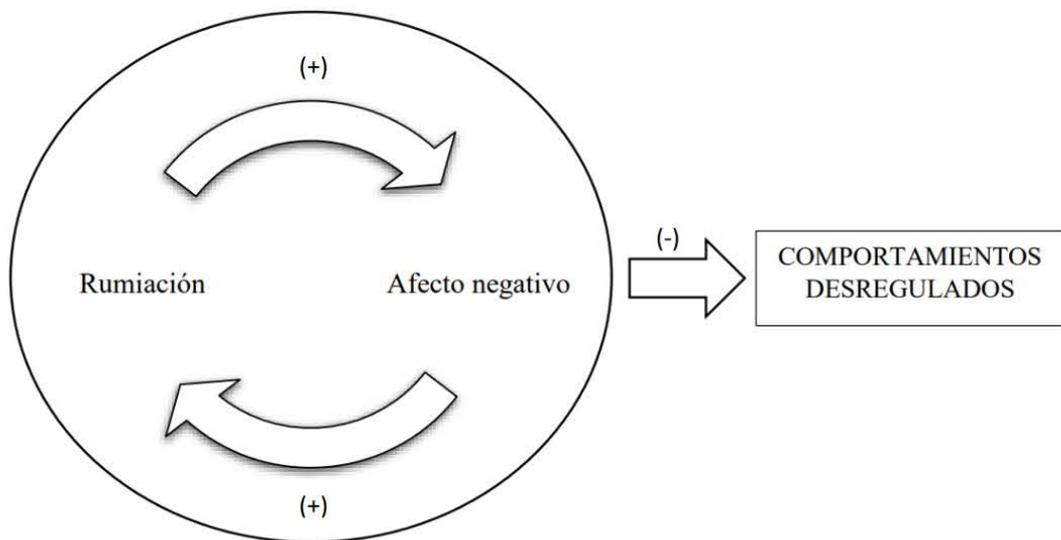


Figura 5. Representación gráfica del modelo de cascada emocional - Extraído de Polo Morales, M. (2021). *Desregulación comportamental en pacientes con trastornos de personalidad grave: un análisis desde el modelo de cascadas emocionales (Master's thesis)*.

En consonancia con este modelo, se ha demostrado que la experiencia de dolor físico puede aliviar las emociones negativas en mayor medida que otros estímulos comparables no dolorosos en aquellos sujetos que presentan altos niveles de reactividad emocional (Gordon, Kwan, Minnich y Carter, 2014).

Por otra parte, un estudio llevado a cabo por Arbuthnott, Lewis y Bailey (2015) investigó los cambios emocionales provocados por la rumiación a través de la inducción de ésta en una muestra de estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos apoyan el Modelo de la Cascada Emocional, y sugieren que pueden existir diferencias con respecto a cuáles son las principales emociones reguladas a través de las ANS (emociones negativas) y de los TCA (emociones positivas). Esto destaca la necesidad

de personalizar los tratamientos en función de las emociones reguladas por cada trastorno.

6.3. Four-Function Model (Nock y Prinstein, 2004)

El Four-Function-Model (FFM) (Figura 6), basado en la teoría del comportamiento, es el modelo principal para explicar las autolesiones no suicidas (ANS). Este modelo se enfoca en cuatro dimensiones principales: refuerzo positivo o negativo y refuerzo automático o social, y contempla cuatro funciones de las ANS (Nock y Prinstein, 2004).

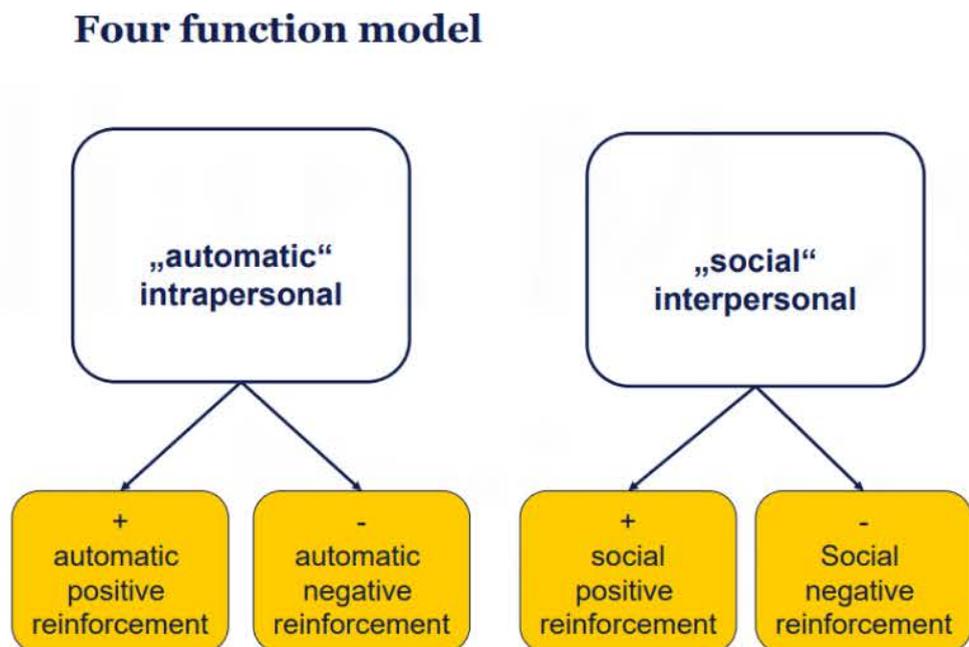


Figura 6. Representación gráfica del Four function model de NOCK Y PRINSTEIN,2004 - Extraído de Medizinische Universität Wien

1. En primer lugar, el refuerzo negativo automático, cuando las ANS se utilizan para reducir emociones o estados cognitivos negativos. Por ejemplo, una persona que se autolesiona cortándose la piel cuando experimenta intensos sentimientos de tristeza o ansiedad. Al realizar la autolesión, experimenta un

alivio temporal de estas emociones negativas, lo que refuerza la conducta autolesiva como una estrategia para reducir el malestar emocional.

2. En segundo lugar, el refuerzo positivo automático, cuando las ANS generan emociones positivas o autoestimulación. Por ejemplo, una persona puede golpearse o quemarse con el fin de generar una respuesta física intensa que le brinde un sentimiento de estimulación o euforia momentánea.
3. En tercer lugar, el refuerzo negativo social, cuando las ANS se usan para evitar demandas interpersonales o para escapar de situaciones sociales incómodas o desagradables. Por ejemplo, en un entorno social donde se siente presionada para hablar o interactuar, puede autolesionarse para llamar la atención hacia sus heridas y así evitar ser confrontada o participar en la interacción social no deseada.
4. Y, finalmente, el refuerzo positivo social, cuando las ANS sirven para obtener atención o generar búsqueda de ayuda. Por ejemplo, una persona puede autolesionarse con la intención de que otros se percaten de sus heridas y le brinden apoyo o cuidado. Esta función puede estar relacionada con la necesidad de ser escuchado, comprendido y recibir atención por parte de los demás.

En cuanto al refuerzo social, la intervención se enfoca en las consecuencias del ambiente cuando se producen las NSSI. Por otro lado, la intervención del refuerzo automático se enfoca en la regulación emocional (Calvete et al., 2015).

6.4 Modelo Integrador de Nock

Este modelo sugiere que la ANS puede estar motivada por dos tipos de razones (intrapersonales o interpersonales), y que estos motivos pueden estar asociados con refuerzos positivos o negativos (Figura 7) (Vega et al., 2018; Nock, 2009).

La motivación intrapersonal se refiere a la intención de cambiar el propio estado interno, como una emoción o un pensamiento (Vega et al., 2018). Por ejemplo, alguien puede autolesionarse para aliviar el dolor emocional o para evitar pensamientos suicidas. La ANS motivada intrapersonalmente y reforzada negativamente se asocia con un alivio emocional, mientras que la ANS motivada intrapersonalmente y reforzada positivamente puede estar relacionada con el deseo de sentirse vivo o experimentar emociones positivas (Vega et al., 2018; Nock, 2009).

La motivación interpersonal se refiere a la búsqueda de cambios en el ambiente externo (Vega et al., 2018). Por ejemplo, alguien puede autolesionarse para llamar la atención de los demás o para evitar una discusión. La ANS motivada interpersonalmente y reforzada positivamente se asocia con una mayor atención de los demás, mientras que la ANS motivada interpersonalmente y reforzada negativamente puede estar relacionada con la evitación de situaciones desagradables (Vega et al., 2018; Nock, 2009).

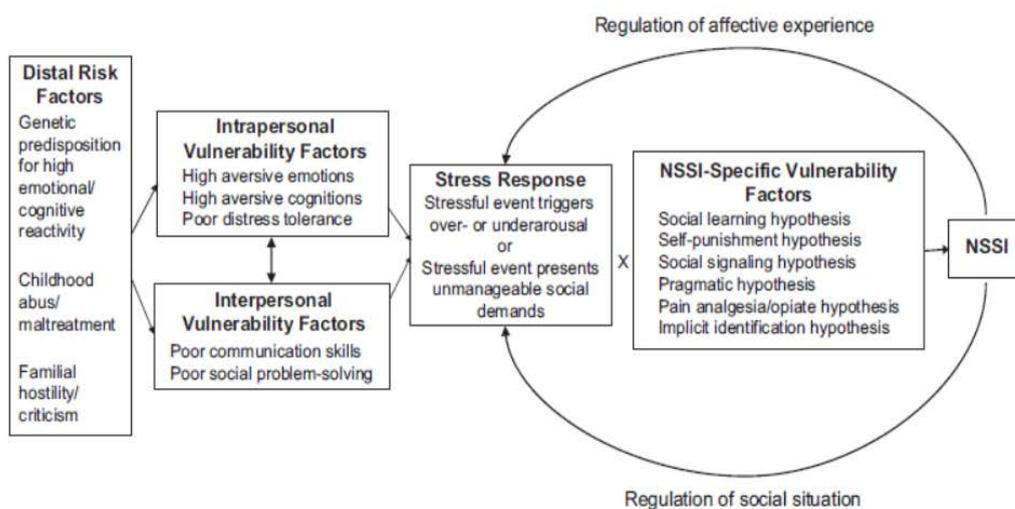


Figura 7. Representación gráfica del Modelo Integrador de NOCK, 2009 - García Palmero, M. D. M. (2018). Programa de Intervención para el tratamiento de las Autolesiones No Suicidas en población adolescente (Master's thesis).

Un estudio de meta-síntesis reciente que reunió 20 investigaciones cualitativas reveló que la conducta autolesiva tiene múltiples funciones, no solo para regular el afecto, sino también para expresar y compartir información emocional y relacional conflictiva

(Stänicke et al., 2018). Estos hallazgos cualitativos enriquecen la comprensión y análisis de la autolesión.

Desde una perspectiva fenomenológica, las conductas autolesivas tienen dos significados simultáneos: consuelo y autoexpresión. Funcionalmente, cumplen una doble función de reforzamiento negativo y positivo. La autolesión se convierte en una forma de analizar el cuerpo como un medio para expresar malestares y conflictos interpersonales. En este sentido, el cuerpo se convierte en un medio para una nueva subjetividad y para la liberación de ciertas experiencias (Enckell, 2002). Las autolesiones pueden ser vistas como metáforas concretizadas¹ (Enckell, 2001), en las que se entienden y experimentan fenómenos emocionales y situaciones fuera de control a través del control más manejable de las autolesiones.

Por otro lado, los cambios experienciales que ocurren después de la autolesión fortalecen aún más la conducta autolesiva. Los practicantes moldean su sufrimiento en su piel y mientras lo hacen, se transforman a sí mismos, se consuelan y se refuerzan (Stänicke et al., 2018).

7. Tratamiento las conductas autolesivas no suicidas

7.1. Procedimientos de evaluación

En el contacto clínico con adolescentes que presentan autolesiones no suicidas (ANS), es fundamental utilizar la comunicación directa como principal enfoque de exploración, complementada con cuestionarios estandarizados (Becker, 2016). Además, al obtener la historia clínica, se deben incluir fuentes externas como miembros de la familia y se debe evaluar la presencia de ideas suicidas y realizar una evaluación completa de la salud mental, considerando también los trastornos mentales comórbidos. Asimismo, se deben explorar factores externos que influyen en las ANS, como conflictos familiares,

¹ En el contexto de la conducta autolesiva, las metáforas concretizadas se utilizan para entender y experimentar emociones y situaciones fuera de control a través del control más manejable de las autolesiones. Por ejemplo, una persona que se autolesiona puede sentir que al cortarse la piel está liberando la tensión emocional acumulada, de la misma manera en que un globo que se hincha demasiado necesita ser pinchado para liberar la presión. De esta forma, la autolesión se convierte en una forma de simbolizar y dar sentido a la experiencia emocional y relacional conflictiva.

acoso escolar o problemas escolares. En el primer contacto, es importante evaluar la necesidad de ayuda médica inmediata y verificar el estado de vacunación contra el tétanos para garantizar la seguridad después de heridas autoinfligidas abiertas. Si se requiere una intervención médica inmediata, como una intervención quirúrgica, el tratamiento somático debe ser prioritario (Becker, 2016).

7.2. Entorno terapéutico

En principio, el tratamiento debe llevarse a cabo principalmente en un entorno ambulatorio. Esto se basa en el principio de mantener el mayor nivel posible de funcionamiento y reducir el impacto en la vida cotidiana para permitir la continuidad de las relaciones familiares y sociales. Sin embargo, los entornos ambulatorios sólo deben utilizarse cuando no haya un riesgo evidente para la persona. Además de las preocupaciones de seguridad, puede haber otros problemas que podrían influir en la decisión de optar por un tratamiento en un entorno hospitalario o de tratamiento diurno (Becker, K. 2016).

A continuación se adjunta un esquema sobre las variables a tener en cuenta a la hora de decidir entre un tratamiento ambulatorio o un tratamiento hospitalario (Figura 8):

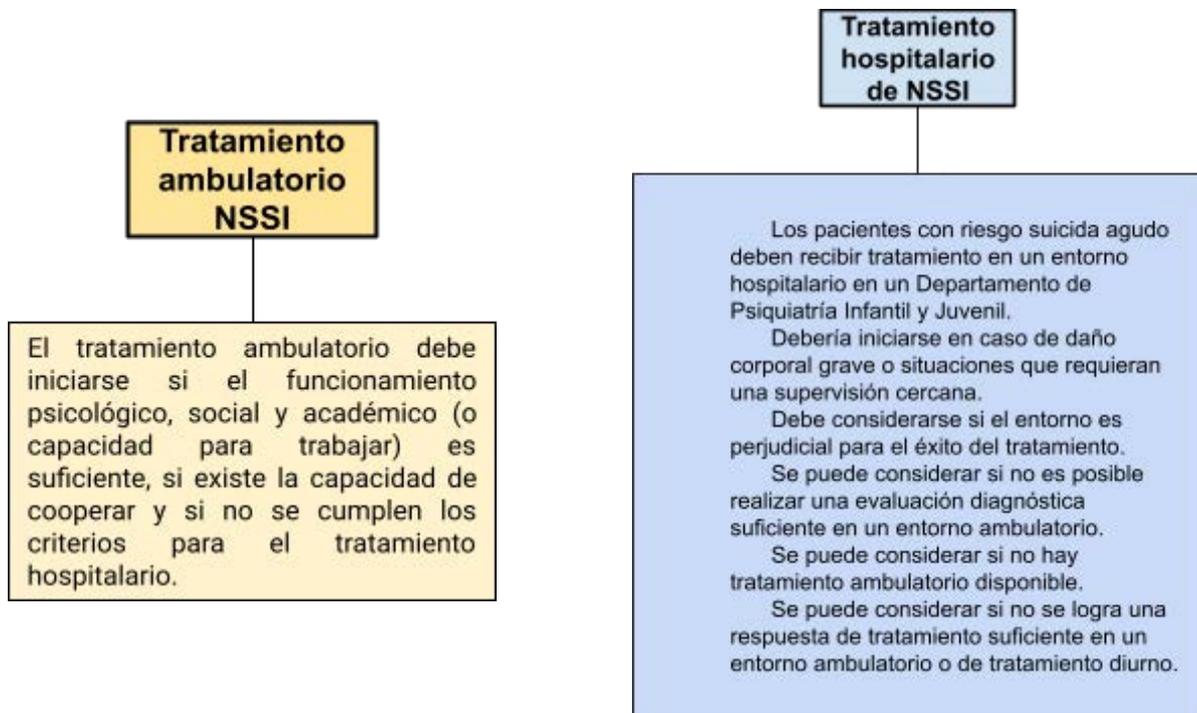


Figura 8. Esquema variables entorno terapéutico

7.3. Psicoterapia

En la presente sección se presenta una tabla que abarca 13 publicaciones relacionadas con la intervención de las autolesiones no suicidas (ANS).²

² Nota: TBP, trastorno límite de la personalidad; TCC, terapia cognitivo-conductual; TEBD, terapia conductual dialéctica; TEBD-A, terapia conductual dialéctica adaptada para adolescentes; ADA, autolesión deliberada; S/I, seguimiento; TSNI, trastorno de autolesión no suicida; ECA, ensayo controlado aleatorizado; EOE, enfermera registrada; TA, tratamiento habitual.

Niveles de evidencia utilizados: Nivel I: revisión sistemática o metanálisis de todos los ECA relevantes, o guías de práctica clínica basadas en revisiones sistemáticas de ECA;

Nivel II: al menos un ECA bien diseñado; Nivel III: ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización; Nivel IV: estudios de casos-control o cohortes bien diseñados;

Nivel V: revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos; Nivel VI: un solo estudio descriptivo o cualitativo; Nivel VII: opiniones de autoridades y/o informes de comités de expertos

Cita	Intervenciones	Resultados	Diseño	Comentarios
Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A., Banarsee, R., Bottle, A., & Taylor, E. (2011). Trial of therapeutic assessment in London: Randomized controlled trial of therapeutic assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. Archives of Disease in Childhood, 96, 148–153	Evaluación especializada y manualizada que incluye 30 minutos de terapia.	Aumento en la asistencia a las citas de seguimiento.	Ensayo clínico aleatorizado de evaluación especializada versus evaluación estándar para adolescentes (N=70) Nivel II	Este es el único ensayo controlado aleatorizado (RCT, por sus siglas en inglés) de cualquier tratamiento en adolescentes con resultados significativamente positivos.
Green, J.M., Wood, A.J., Kerfoot, M.J., & Trainor, G.(2011). Group therapy for adolescents with repeated self-harm: Randomised controlled trial with economic evaluation. British Medical Journal	Terapia grupal manualizada de desarrollo durante 6 semanas o más.	Tanto el grupo de tratamiento como el grupo de control mostraron una mejora hasta alcanzar el mismo nivel	Ensayo controlado aleatorizado de terapia grupal frente a tratamiento habitual (N=366). Nivel II	No se encontraron diferencias entre los grupos; sin embargo, el grupo de control mostró una mejora mayor de lo esperado.
Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L.(2004). Feasibility of dialectical				

<p>behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 43(3), 276–282.</p>	<p>Terapia Dialéctico Conductual en una unidad pediátrica de pacientes internados.</p>	<p>Disminución del comportamiento parasuicida a 1 año de seguimiento.</p>	<p>Ensayo cuasiexperimental de la TCD versus el tratamiento habitual en 62 adolescentes suicidas. Nivel III</p>	<p>No hay diferencias entre los grupos</p>
<p>Taylor, L. M. W., Oldershaw, A., Richards, C., & Davidson, K. (2011). Development and pilotevaluation of a manualized cognitive-behavioral treatment package for adolescent self-harm. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i>.</p>	<p>Programa individual de TCC para autolesión deliberada en adolescentes; de 8 a 12 sesiones con sesiones opcionales para los padres</p>	<p>Reducción de autolesión deliberada al final de la terapia y en el seguimiento de 3 meses, con una tasa de abandono del 36%.</p>	<p>Estudio correlacional único con 25 adolescentes. Nivel IV</p>	<p>La terapia cognitivo-conductual (CBT) no ha sido estudiada tan ampliamente como la terapia dialéctico-conductual (DBT) en relación a las autolesiones no suicidas (NSSI)</p>

<p>Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., & Brück, C.(2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5(3).</p>	<p>DBT-A (terapia dialéctico-conductual adaptada para adolescentes) durante 16 a 24 semanas para adolescentes con conductas autolesivas, incluyendo NSSI y otros síntomas de trastorno límite de la personalidad.</p>	<p>Sin intentos de suicidio, reducción de la autolesión no suicida y reducción de los síntomas del trastorno límite de la personalidad en el seguimiento de un año.</p>	<p>Estudio correlacional único de 12 adolescentes. Nivel IV</p>	<p>DBT-A reduce otros síntomas del trastorno de la personalidad, además de las autolesiones no suicidas</p>
<p>Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. Journal of Affective Disorders, 127, 257–265.</p>	<p>Evaluación psicosocial para pacientes que se autolesionan en el departamento de emergencias.</p>	<p>Decreased risk of repeat episode</p>	<p>Revisión de los datos del Estudio Multicéntrico sobre Autolesiones en Inglaterra, 2000-2007. Nivel IV</p>	<p>No hay datos disponibles por grupos de edad.</p>
<p>Slee, N., Arensman, E., Garnefski, N., & Spinhoven, P. (2007). Cognitive-behavioral therapy for</p>	<p>Los tratamientos basados en evidencia para DSH incluyen seis enfoques</p>	<p>No Disponible</p>	<p>La observación de características similares</p>	<p>Es difícil establecer una base de evidencia para las terapias eclécticas debido a que</p>

deliberate self-harm. <i>Crisis</i> , 28(4), 175–182.	similares que pueden ser utilizados de manera ecléctica y no limitada a ningún modelo de tratamiento específico.		de tratamientos validados y la opinión de expertos.	difieren ampliamente entre los proveedores.
			Nivel VI	
Kool, N., van Meijel, B., & Bosman, M. (2009). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: A patient's perspective. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 23(1), 25–31.	Seis pasos: establecimiento de límites, autoestima, darle sentido, elección libre, sustituciones, mantenimiento. Medicamentos.	Los pacientes encontraron útiles los seis pasos, pero consideraron que los medicamentos no fueron útiles.	Informe cualitativo de entrevistas a 12 pacientes adultas mujeres.	
			Nivel VI	
Huband, M., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> , 77,	Relación a largo plazo con un trabajador, expresión emocional, relajación.	Relación a largo plazo con un trabajador y expresión emocional experimentados como útiles, relajación experimentada como	Informe cualitativo de entrevistas a 10 pacientes adultas mujeres.	

413–428.		no útil.	Nivel VI	
Inckle, K. (2010). At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury. <i>Creative Nursing</i> , 16(4), 160–165.	Reducción de daños, atención "holística".	Eliminación de NSSI con pensamientos persistentes de NSSI.	Opinión de expertos y cuatro estudios de casos. Nivel VII	La reducción de daños en adultos plantea problemas éticos.
Ghafoor, S. (2008). Out of harm's way. <i>Nursing Standard</i> , 22(43), 61.	NSSI supervisada por una enfermera registrada.	No disponible	Opinión de la enfermera registrada del personal. Nivel VII	
Pembroke, L. (2006). Limiting self-harm. <i>Emergency Nurse</i> , 14(5), 8–10.	Reducción de daño	Prevención de severas heridas a pesar de empeoramiento de las NSSI	Opinión del paciente Nivel VII	La reducción de daños en adultos es éticamente problemática

Entre los estudios destacados, se encuentra un ensayo clínico aleatorizado que compara la evaluación especializada con la evaluación estándar, mostrando resultados positivos en términos de aumento de la asistencia a las citas de seguimiento. Otro ensayo controlado aleatorizado evaluó la terapia grupal y su efectividad en la mejora de las ANS, aunque no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control.

En el ámbito de la terapia dialéctico-conductual (DBT), se presentan estudios que demuestran su viabilidad y efectividad en adolescentes con conductas autolesivas y síntomas límite de la personalidad, mostrando reducción en el comportamiento parasuicida y en los síntomas del trastorno límite de la personalidad a lo largo de un año de seguimiento.

Además, se destaca la importancia de la terapia cognitivo-conductual (CBT) en el abordaje de las autolesiones deliberadas en adolescentes, aunque se reconoce que no ha sido tan ampliamente estudiada como la DBT en relación a las ANS.

Asimismo, se presentan estudios cualitativos que exploran las perspectivas de los pacientes, tanto adultos como adolescentes, en relación a diferentes intervenciones terapéuticas. Estos informes cualitativos revelan la importancia de establecer una relación a largo plazo con un trabajador de atención, permitiendo la expresión emocional como una herramienta útil, aunque la relajación puede no ser considerada tan efectiva.

En cuanto a la reducción de daños y la atención "holística", se señala la existencia de opiniones de expertos y estudios de casos que resaltan la necesidad de abordajes personalizados y creativos para tratar las ANS, aunque se plantean dilemas éticos en relación a la reducción de daños en adultos. Por ejemplo, es habitual la retirada de las pertenencias del sujeto, así como el control permanente del paciente, de tal manera que incluso sus actos más íntimos son observados, lo que implica una violación importante de la autonomía del individuo.

En resumen, la tabla y las publicaciones presentadas en esta sección nos brindan un panorama amplio sobre las intervenciones en las ANS, mostrando una variedad de enfoques terapéuticos y tratamientos utilizados en distintos grupos de edad. Aunque se observan resultados positivos en algunos casos, es evidente la necesidad de seguir investigando y ampliando la base de evidencia para una mejor comprensión y abordaje de las autolesiones no suicidas.

7.4. Tratamiento farmacológico

Las recomendaciones para el tratamiento psicofarmacológico de las autolesiones no suicidas (ANS) se basan en la comprensión de que este tipo de tratamiento no debe ser utilizado como la única estrategia de tratamiento, sino que debe ser parte de un enfoque terapéutico multimodal más amplio que incluya la psicoterapia. Sin embargo, existe una falta de estudios específicos sobre el tratamiento farmacológico de las ANS, especialmente en relación a los adolescentes (Plener et al., 2016; Arego Céspedes, 2021).

La farmacología utilizada se basa en los modelos neurobiológicos que se centran en los sistemas opioide, dopaminérgico y serotoninérgico, con el objetivo de proporcionar analgesia y aliviar las sensaciones angustiosas asociadas a las ANS (Arego Céspedes, 2021). Se emplean inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antipsicóticos atípicos e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) para tratar los trastornos subyacentes más que la propia ANS (Arego Céspedes, 2021). De hecho, la mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos se han centrado en abordar factores de riesgo relacionados, como la depresión. Sin embargo, existe controversia en relación a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que algunos estudios han encontrado un ligero aumento en la incidencia de autolesiones después de la administración de estos medicamentos (Ibáñez, Costa, & Sánchez, 2012).

En el caso de los adolescentes, no se puede recomendar un tratamiento psicofarmacológico específico para las ANS. Sin embargo, en situaciones de fuerte tensión interna donde existe un impulso de autolesionarse, puede ser necesario recurrir a una intervención psicofarmacológica aguda. En estos casos, se puede considerar el

uso de sedación farmacológica cuando otras estrategias han sido infructuosas. Sin embargo, debido a informes de tasas más altas de ANS en aquellos que reciben benzodiazepinas, el uso de este tipo de medicación debe ser restringido a casos claramente definidos y sopesando cuidadosamente la relación riesgo-beneficio a nivel individual (Plener et al., 2016). En algunos casos, se pueden administrar antipsicóticos convencionales de baja potencia si son preferidos y si los pacientes los toleran. La decisión sobre el tratamiento farmacológico debe tener en cuenta variables personales, posibles interacciones con otros medicamentos y el entorno en el que se encuentra el paciente (Plener et al., 2016).

En el tratamiento exclusivo de las ANS, los antagonistas opioides, como la naloxona y la naltrexona, se consideran la primera opción terapéutica al bloquear la sensación positiva que producen los opioides durante las autolesiones (Ibáñez, Costa y Sánchez, 2012; Blasco-Fontecilla et al., 2016; Stanley et al., 2010). Además, se han obtenido resultados prometedores con el uso de antagonistas del receptor CRF1 debido a la asociación entre las autolesiones y el sistema CRH-ACTH (Ibáñez, Costa y Sánchez, 2012; Hernández Ramos, 2019). Sin embargo, la falta de estudios experimentales limita la evidencia en cuanto al tratamiento farmacológico de las ANS (Arego Céspedes, 2021).

El sistema CRH-ACTH (corticotropin-releasing hormone - adrenocorticotropic hormone) es parte del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que juega un papel fundamental en la respuesta al estrés y la regulación del sistema endocrino. El sistema CRH-ACTH se activa en situaciones de estrés y desencadena una serie de respuestas fisiológicas para adaptarse a la situación.

El factor liberador de corticotropina (CRH) es una hormona producida por el hipotálamo y actúa en la hipófisis anterior para estimular la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH). A su vez, la ACTH viaja a las glándulas suprarrenales, ubicadas sobre los riñones, y estimula la liberación de cortisol, una hormona esteroidea importante en la respuesta al estrés y la regulación de múltiples funciones metabólicas (Figura 9).

STRESS RESPONSE SYSTEM

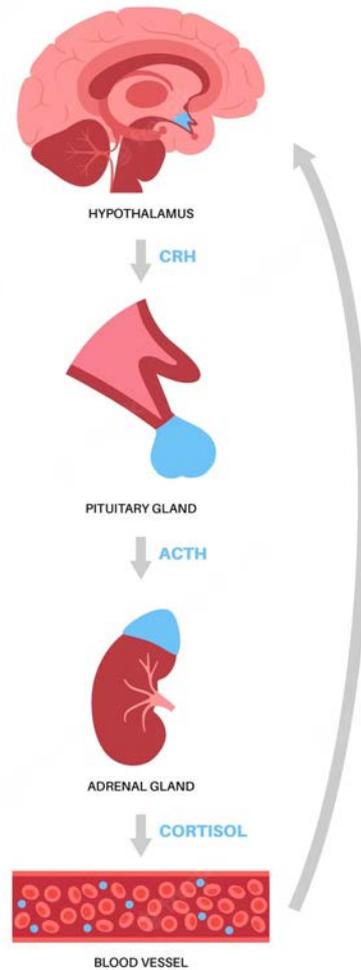


Figura 9. Esquema del sistema CRH-ACTH - Extraído de Freepik

La conexión entre el sistema CRH-ACTH y las autolesiones no suicidas (ANS) es objeto de investigación. Se ha observado una asociación entre las ANS y el sistema CRH-ACTH, lo que ha llevado a explorar el uso de antagonistas del receptor CRF1 (receptor de CRH) como posible enfoque terapéutico (Ibáñez, Costa y Sánchez, 2012). Los antagonistas del receptor CRF1 tienen el potencial de modular la actividad del sistema CRH-ACTH y podrían ayudar a reducir las ANS al interferir con las respuestas fisiológicas asociadas al estrés.

Finalmente, se elaboraron recomendaciones para describir un camino de tratamiento clínico, como se muestra en un algoritmo (Figura 10). Sin embargo, estas recomendaciones no se basan en evidencia debido a la falta de datos en este campo (Plener et al., 2016).

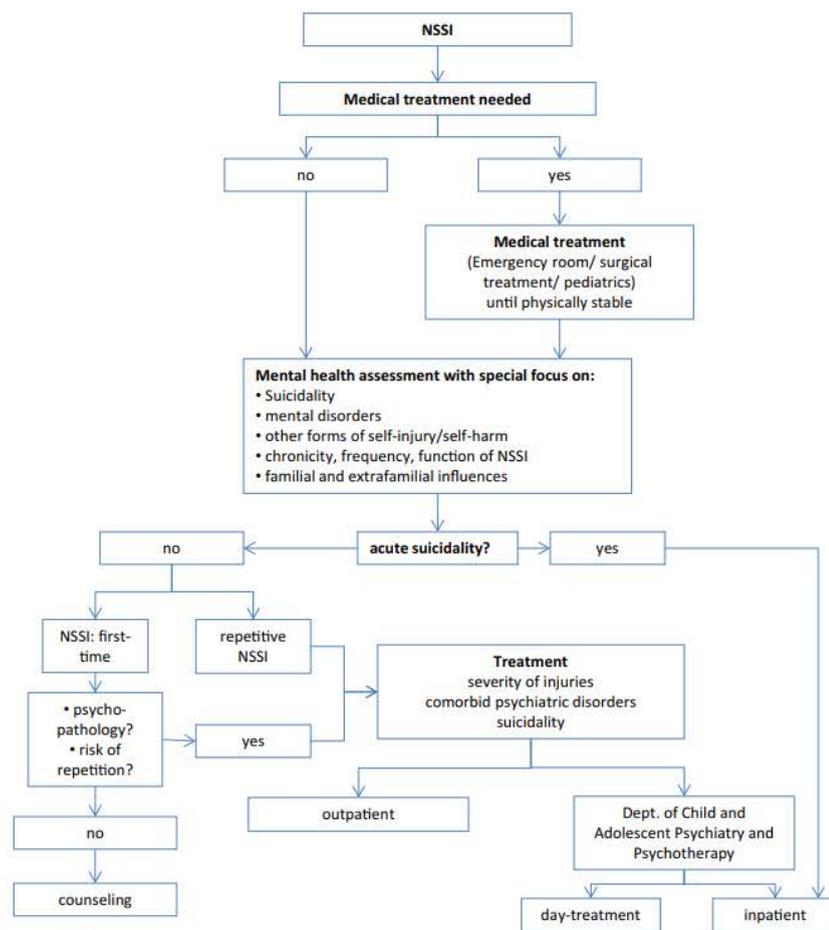


Figura 10. Guía de tratamiento clínico - Extraído de Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., ... & Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 10(1), 1-9.

7.5 Estrategias de prevención de los trastornos de conducta alimentaria y las conductas autolesivas no suicidas

Las guías actuales señalan que la eficacia de los programas de prevención de autolesiones no suicidas (ANS) aún no ha sido ampliamente estudiada (Plener et al., 2016). Sin embargo, es crucial enfocarse en la prevención y el tratamiento de estos

trastornos, especialmente durante la adolescencia (Romero, M. C. G., 2022). Para ello, se han propuesto intervenciones generales y dirigidas a poblaciones de alto riesgo.

Las intervenciones generales incluyen programas de bienestar psicológico, entrenamiento para identificar signos de alarma, tamizaje de riesgo, restricción de medios para autolesionarse, promoción de la búsqueda de ayuda y campañas de concientización (Romero, M. C. G., 2022). Por otro lado, las intervenciones dirigidas a poblaciones de alto riesgo implican psicoeducación a padres, terapia dialéctico-conductual y tamizaje específico (Romero, M. C. G., 2022).

En línea con esto, el estudio de Baetens et al. (2020) evaluó la efectividad del programa escolar Happyles, que se enfocó en el cuidado de la salud mental de los estudiantes y proporcionó herramientas para mejorar su bienestar emocional. Además, se incorporó un módulo adicional llamado HappylesPLUS, que brindó información específica sobre las ANS y promovió la búsqueda de ayuda profesional.

El estudio se llevó a cabo en escuelas secundarias, donde los estudiantes fueron divididos en grupos que recibieron el programa Happyles con o sin el módulo HappylesPLUS. Los datos se recopilaron a través de cuestionarios y entrevistas cualitativas, y se evaluaron los resultados en relación a las ANS, el malestar psicológico, las estrategias de regulación emocional, la búsqueda de ayuda y la desestigmatización.

Los hallazgos preliminares indicaron que la inclusión del módulo HappylesPLUS no tuvo efectos negativos en los estudiantes y se observó una disminución en la probabilidad de participación futura en las ANS en ambos grupos. Las entrevistas cualitativas revelaron que los estudiantes con experiencia en ANS percibieron beneficios directos del programa, como la comprensión de la importancia de hablar sobre sus sentimientos y la motivación para buscar ayuda profesional.

Por tanto, estos resultados resaltan la importancia de implementar programas escolares basados en evidencia, como Happyles y HappylesPLUS, para abordar las ANS y promover el bienestar emocional de los estudiantes durante la educación secundaria.

Estas intervenciones tempranas y personalizadas tienen como objetivo prevenir y tratar las conductas de autolesión, proporcionando a los jóvenes las herramientas necesarias para comprender y manejar sus emociones de manera saludable.

8. Entrevista al especialista Dr. Oriol Cabré Trias

En el siguiente apartado, nos complace presentar una entrevista con el distinguido especialista en salud mental, el Dr. Oriol Cabré Trias. A través de este encuentro, exploramos a fondo su profundo conocimiento y experiencia en los campos de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y las Autolesiones No Suicidas (ANS). El Dr. Cabré nos proporcionará una visión informada sobre la relación entre estos fenómenos, así como su enfoque profesional en los desafíos que afrontan las personas durante su proceso de tratamiento y recuperación.

8.1. Entrevista

¿Podría explicar brevemente la relación entre los TCA y los ANS? Bajo su opinión como profesional, ¿qué función diría que tienen las ANS en el TCA?

Ocasionalmente aunque las autolesiones son multifactoriales y aparecen en cantidad de enfermedades diferentes o trastornos mentales incluso en gente sana puede ocasionarse en un mayor o menor grado aunque fuera un rascado, aunque sea una autolesión que no parece una autolesión.

En TCA la prevalencia es muy elevada porque se puede considerar hasta síntoma del TCA. Especialmente en los grupos más categóricamente clasificados como bulimia o atracón, donde las características subyacentes que sabemos que están “debajo del iceberg”, son la impulsividad. Entonces claro la impulsividad como factor de riesgo a las autolesiones es muy elevada, sobretodo porque la autolesión produce una sensación de bienestar momentánea, se liberan endorfinas, es muy dopaminérgica, que puede ser comparable a la sensación de bienestar que le da a una persona con bulimia después de haber de haber hecho un atracón o un vómito.

El Dr. Oriol Cabré pone el ejemplo gráfico sobre la principal diferencia sintomática entre la Anorexia y la Bulimia. Poniendo la vista en su palma extendida, hace referencia a la bulimia, “todo entra todo sale”. Añade que esta muy relacionado con el Trastorno Límite

de la Personalidad (o rasgos), en cambio en Anorexia Nerviosa restringen más (a continuación cierra en un puño la palma de su mano), “nada entra, nada sale”. Es decir, no es solo una restricción alimentaria, también lo es a nivel emocional.

Al final un vómito también es una autolesión, puesto que no vomitas comida, vomitas emociones. Es común ver a pacientes con bulimia que son ingresadas en centros hospitalarios donde al no poder hacer síntoma debido a la contención, empiezan a autolesionarse. Aunque sea de forma “poco espectacular”, no deja de ser otra manera de manifestar la misma sintomatología pero no a través de una conducta alimentaria. Es por ello que la prevalencia en autolesiones y TCA es muy elevada, es común, y bajo mi experiencia profesional podría decir que hasta esperable. Si no permitimos hacer síntoma por un lado es muy probable que salga por otro.

Sin embargo, aunque se hace especial hincapié a la autolesión como síntoma especialmente ligado a la impulsividad en la bulimia y el atracón, también se podría ver autolesiones en anoréxicas restrictivas. Es una práctica poco frecuente pero no imposible, especialmente en momentos de franca desesperación.

Pregunté para concluir en el tema sobre su función si entonces podríamos decir que la autolesión tenía principalmente el objetivo de regular las emociones más que de castigar, y el doctor nos explicó que se presentan las dos. En algunas ocasiones se presenta como forma de canalizar el malestar, es decir una regulación maladaptativa, y otras veces, sobretodo en anorexia más que en bulimia, entra culpa vergüenza, miedo, sobre todo muchísimo miedo, y a veces puede ser una forma de castigarse. “No merezco estar así” “no merezco estar bien”. “Necesito mutilarme de alguna manera para poder sentir”, es una idea de autoflagelación dentro del ascetismo típico de la anorexia nerviosa. A más a más hay un aparte mutilante que forma una manera de forzar a tener el cuerpo que el trastorno marca. Es importante fijarse en el tipo de autolesión, una cosa es cortarse las muñecas de forma superficial y otra es por ejemplo cortarse la barriga, lo que para ellas suponen que es la grasa que les sobra. Erróneamente este acto se considera una autolesión cuando realmente es “el extremo más bárbaro de una enfermedad horrible”. Aunque aparece más en anorexia, también se presenta en dismorfofobia.

¿Qué tratamientos terapéuticos se han utilizado para abordar los TCA y los ANS?
¿Cómo varían los tratamientos según la persona y la gravedad del trastorno?

Hay como 3 pasos importantes que se han de accionar. El primer paso es parar la autolesión. Esto implica muchas veces ingreso hospitalario, vigilancia continuada, retirar todo aquello con lo que uno se puede autolesionar por supuesto, y restringir mucho movimiento y capacidad de libre albedrío y decisión puesto que la tentación está ahí, y puede repetirse. Pero esto no sirve de mucho, esto simplemente es contener. El segundo paso a nivel terapéutico consiste en indagar...Hacer una línea de vida, profundizar para poder encontrar la función de la autolesión. No solo indagar en la frecuencia, si no en el por qué de la acción, qué perpetúa este síntoma, qué utilidad tiene. Si esta acción se perpetúa en el tiempo, incluso llegando a ser adictiva, es sinónimo de que hay una funcionalidad. Pese a que las autolesiones tengan una identidad nosológica propia dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - V, se ha de buscar qué hay detrás...¿Impulsividad? Vale, pero está más relacionada con un Trastorno de Personalidad Límite o un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista...¿Qué hay detrás?. Este sería el tercer paso, tratar de encontrar el trastorno mental o la enfermedad mental o la disfunción que predispone a esto.

Una autolesión para mi es bastante útil el diagrama:

1. Factores que predisponen: Como pueden ser enfermedades y/o alteraciones en el neurodesarrollo
2. Factores que precipitan: Por ejemplo una negativa a salir de permiso o un desengaño amoroso
3. Factores que perpetúan: Mantienen el síntoma a lo largo del tiempo, no de forma muy ocasional, sino una conducta de repetición. Esta es la que se ha de trabajar especialmente.

¿Cuáles son algunos de los desafíos comunes que enfrentan las personas con TCA y ALNS en el proceso de tratamiento? ¿Cómo se pueden abordar estos desafíos?

El Trastorno de Conducta Alimentaria es complejo de por sí. Como anécdota, el Dr. Oriol Cabré nos comenta que un compañero suyo de profesión le solicitó un “caso sencillo” y él no pudo facilitarle ninguno puesto que todos tienen su complejidad puesto que forma parte de la comorbilidad habitual del TCA. Quizá el caso más puro y simple tiene el mejor pronóstico, que no aquellos donde la sintomatología alimentaria se cronifica y las autolesiones es un método que a veces se puede alargar mucho.

Otro reto que se presenta es daber diferenciar muy bien entre lo que es un intento de suicidio y una autolesion no suicida. Una persona puede ingresar con unos cortes en las muñecas pudiendo interpretar como una autolesión y en verdad ser un intento de suicido sin éxito ya sea por falta de destreza o ignorancia. De la misma forma podría pasar al contrario, una ingesta de medicamentos como podría ser el paracetamol, potencialmente letal, y realmente lo que buscaba era autolesionarse o evadirse, una acción hecha con alta rescatabilidad (en casa o acompañado, o incluso avisó). En el suicidio es poco frecuente un aviso de rescate. La persona que quiere morir avisa de otra forma. Se ha de diferenciar muy bien de qué estamos hablando para poder hacer el abordaje adecuado, pese que puedan solaparse puesto que como ya se sabe la persona que se autolesiona mucho es factor de riesgo para suicidarse.

El Dr. Cabré nos comenta que hay una teoría de la cual personalmente no comparte pero entiende que otros profesionales sí, la cual sigue la teoría de la economicidad, y existen centros que toleran la autolesión, de la misma forma que se hace en las narcosalas. Con aquellos pacientes que llevan muchos años recurriendo a la autolesión se generan pactos en el cual se tolera la autolesión cada cierto tiempo antes de que se le pueda escapar de las manos y escale a un acto suicida.

¿Ha notado un aumento en la cantidad de personas que buscan tratamiento para TCA y/o ALNS en los últimos años? ¿Por qué cree que ha habido un aumento en la prevalencia de estos trastornos? ¿Considera que hay una diferencia significativa entre sexos?

Sí y no. Es decir, lo que observábamos más en adultas, adultas jóvenes, es como un fenómeno más social que psicológico/psiquiátrico. La pubertad ahora se acelera, empieza más pronto, alrededor de los 10-12 años, por ende la adolescencia es más

corta. Pasan de púberes a adultos jóvenes en un periodo muy corto de tiempo. Antes la etapa de la adolescencia empezaba a los 13-14 años y acababa a los 18-19 años. Actualmente tenemos chicas que a los 12 ya con la menarquia, habitualmente ya pasan a ser adolescentes y a los 14 se comportan como adultas. Tienen tatuajes, salen de noche... Y ahí es donde vemos que el tema de la autolesión se ha disparado un poco.

En cuanto a la correlación del aumento de autolesiones no suicidas y la pandemia, no puede atribuirse esta como un factor directo pero sí como un factor precipitante. La pandemia no ha causado estragos, pero "lo ha disparado" un poco más de lo que podría ser esperable, de la misma forma que se han disparado los trastornos de conducta alimentaria, las adicciones, los trastornos de ansiedad, etc.

Es sorprendente cuando el Doctor nos explica que bajo su criterio profesional no detecta una diferencia entre sexos en las autolesiones en sí, sino en el tipo/metodología. Se observan "clásicos" como cortes y arañazos que se producen en ambos sexos, aunque siempre un poco más en el ámbito femenino. En hombres, las autolesiones son de carácter más impulsivo. Son autolesiones menos premeditadas, mezcladas con consumos de tóxicos. En las mujeres estas autolesiones no son tan impulsivas pero el desbordamiento emocional es mayor. Aunque podría decirse que actualmente los resultados estadísticos están más igualados.

¿Qué recomendaciones tendría para alguien que sospecha que podría estar lidiando con ANS? ¿Cómo pueden buscar ayuda y apoyo?

Sin dudar el Dr. Cabre Trias nos habló de la importancia de pedir ayuda, ser poco juzgadores. Hay muchos padres que acuden a centros porque sus hijos se han autolesionado asociandolo de forma automática con un intento de suicidio. Hay que investigar antes de juzgar. Aunque lo peor para el Dr. Cabré es todo lo contrario, no prestarle atención o quitarle importancia. Pese a que puedan aparecer "retos" en internet como el de la ballena azul, no deja de ser algo serio que necesita ser escuchado.

En conclusión cualquier tipo de autolesión es una manifestación de un profundo malestar y necesita ser atendido, sin exageraciones ni subestimaciones.

¿Cuál ha sido su experiencia trabajando con personas que han superado con éxito un TCA y ANS? ¿Cómo puede la recuperación de estos trastornos verse y sentirse?

Ante todo el Dr. Cabré manifestaba la sensación de gratificación que se siente al poder ver a un paciente que ha podido liberarse de la esclavitud de las autolesiones, las cuales no dejan de tener un patrón similar al de las adicciones.

El Dr. Cabré lo expresa así: *“Una paciente podrá pensar que tiene mil problemas, que aún no está curada o bien pero ya no se autolesiona, se empodera, siente cierta normalidad en ella misma...empieza a recuperar su vida. Y claro esto se agradece un montón.”*

La conversación con el Dr. Oriol Cabré Trias se presenta como un eslabón valioso que refuerza la interrelación entre el programa preventivo "Sanando Cicatrices," dirigido a enfrentar las Autolesiones No Suicidas (ANS) en individuos con Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), y el enfoque central del Trabajo de Fin de Grado (TFG) bajo el título "Autolesiones No Suicidas en Pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria."

8.2. Reflexiones

A través de la entrevista, se aporta una perspectiva enriquecedora al comprender cómo las ANS pueden servir como mecanismo de regulación emocional en aquellos afectados por TCA. Esto armoniza con el objetivo primordial de "Sanando Cicatrices," el cual aspira a promover habilidades de regulación emocional saludable y a proporcionar alternativas a las ANS como vía de alivio. En un sentido más amplio, esta perspectiva se alinea con el enfoque central del TFG, el cual se concentra en analizar la concurrencia específicamente de las ANS en pacientes con TCA.

La visión ofrecida por el Dr. Cabré sobre la relación entre ANS y factores de riesgo como la impulsividad, una característica común en individuos con TCA, refuerza la necesidad de un enfoque preventivo como el planteado por el programa "Sanando

Cicatrices." Este programa busca intervenir en estas dinámicas subyacentes a fin de reducir la prevalencia de las ANS.

La percepción del Dr. Cabré en cuanto a cómo las ANS pueden cumplir funciones tanto de regulación emocional como de autodesprecio proporciona una capa adicional de profundidad tanto a la propuesta del TFG como al programa de prevención. Esto enriquece la perspectiva del programa "Sanando Cicatrices" al considerar tanto las motivaciones personales como las interpersonales que se encuentran detrás de las ANS, tal como se plantea en el TFG.

En resumen, la conversación con el Dr. Oriol Cabré Trias desempeña un papel esencial al fortalecer la intersección entre el programa de prevención "Sanando Cicatrices" y el TFG centrado en "Autolesiones No Suicidas en Pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria." Las ideas compartidas por el Dr. Cabré enriquecen la comprensión de las motivaciones, los desafíos y las estrategias de abordaje de las ANS, lo cual consolida la importancia y relevancia tanto del programa como del trabajo de fin de grado.

9. Propuesta programa preventivo

La intersección entre los trastornos de conducta alimentaria y las autolesiones no suicidas representa un desafío significativo en la salud mental contemporánea. Los pacientes que luchan con trastornos de conducta alimentaria a menudo se encuentran atrapados en un ciclo complejo de angustia emocional y conductas autolesivas. En este contexto, surge el programa de prevención "Sanando Cicatrices", diseñado para abordar de manera integral esta problemática. A través de una combinación de enfoques terapéuticos, el programa se propone como una herramienta para prevenir las autolesiones no suicidas y fomentar el desarrollo de estrategias saludables de afrontamiento. Esta iniciativa se basa en el Modelo Integrador de Nock y se fundamenta en la terapia dialéctico-conductual de Linehan, aprovechando así tanto la comprensión de las motivaciones subyacentes como la construcción de habilidades psicosociales. El presente documento ofrece una visión detallada del programa "Sanando Cicatrices", desde su identificación hasta su metodología y objetivos, con el objetivo de contribuir a

un enfoque más eficaz y compasivo en la prevención de las autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de conducta alimentaria.

9.1. Identificación del programa

IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	
Nombre del programa	“Sanando cicatrices”
Problemas que prevenir	El programa de prevención tiene como objetivo abordar y prevenir las autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. Estas autolesiones son conductas autolesivas intencionales que pueden surgir como una forma de manejar la angustia emocional asociada con el trastorno. Al dirigirnos a la prevención, buscamos evitar que los pacientes recurran a estas conductas dañinas y fomentar estrategias de afrontamiento saludables.
Población a la que se dirige	La concurrencia entre las autolesiones no suicidas y los Trastornos de Conducta Alimentaria es cada vez más significativa. En los últimos años la literatura científica relacionada con este tema ha ido en aumento. Es por ello que este programa va dirigido a un grupo selectivo . Es decir, el programa está dirigido a pacientes que han sido diagnosticados con trastornos de conducta alimentaria, como anorexia nerviosa, bulimia o trastorno por atracón.
Tipo de prevención	Basándonos según el modelo, este programa se basa en dos tipos de prevención: Según el modelo de Gordon, el tipo de prevención es selectiva , puesto que como se ha especificado anteriormente, el proyecto está orientado a un grupo de población con mayor riesgo de cometer conductas autolíticas no suicidas (en este caso, pacientes con un diagnóstico de TCA). Debido al considerable aumento de las autolesiones no suicidas en

	<p>pacientes con TCA, sería muy difícil encontrar un público que nunca hayan llevado algún tipo de conducta autolítica (sumado a la gran variedad de su expresión), por tanto según el modelo de Caplan, el tipo de prevención es secundaria. El programa está dirigido a pacientes con desórdenes alimentarios que usan las autolesiones como herramienta de gestión/regulación emocional.</p>
<p>Base teórica del programa</p>	<p>El programa se fundamenta en el Modelo Integrador de Nock y utiliza la terapia dialéctico-conductual de Linehan como base teórica. Mediante la combinación de estrategias terapéuticas, regulación emocional y desarrollo de habilidades psicosociales, el programa busca prevenir las autolesiones en pacientes con trastornos de conducta alimentaria, abordando tanto las motivaciones intrapersonales como las interpersonales y promoviendo un entorno de apoyo tanto para los participantes como para sus padres o familiares.</p>

9.1.1. Descripción del programa

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	
<p>METAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Promover el desarrollo de habilidades de regulación emocional para reducir la necesidad de recurrir a las autolesiones como forma de alivio emocional (motivación intrapersonal). → Fomentar la identificación y el manejo saludable de las emociones negativas, ofreciendo estrategias alternativas de afrontamiento que no involucren autolesiones (motivación intrapersonal). → Mejorar la comunicación interpersonal y las habilidades de expresión emocional adecuada, facilitando formas efectivas de

	<p>relacionarse con los demás y de buscar apoyo (motivación interpersonal).</p> <ul style="list-style-type: none"> → Promover el desarrollo de relaciones interpersonales saludables y de apoyo, para satisfacer las necesidades de atención y conexión social sin recurrir a las autolesiones (motivación interpersonal). → Fomentar la identificación y el manejo de conflictos interpersonales de manera constructiva, evitando el uso de autolesiones como una forma de evitar o expresar conflictos (motivación interpersonal). → Mejorar la autoestima y el autoconcepto de los participantes, fortaleciendo su sentido de valía personal y reduciendo la necesidad de buscar validación externa a través de las autolesiones (motivación interpersonal). → Promover la conciencia de las consecuencias negativas y los riesgos asociados con las autolesiones, tanto a nivel intrapersonal como interpersonal, para aumentar la motivación para buscar alternativas saludables de afrontamiento. → Fomentar la participación activa de los padres u otros miembros de la familia en el proceso de prevención, brindándoles herramientas y apoyo para comprender y abordar las motivaciones interpersonales e intrapersonales que puedan estar presentes en el comportamiento de autolesión. → Proporcionar un ambiente seguro y de confianza donde los participantes se sientan cómodos para expresar sus emociones y compartir sus experiencias, facilitando así el proceso de comprensión y cambio.
<p>OBJETIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Adquirir conocimiento sobre los trastornos de conducta alimentaria, incluyendo sus causas, síntomas y consecuencias para la salud física y emocional.

	<ul style="list-style-type: none"> → Comprender las motivaciones intrapersonales e interpersonales que pueden llevar a las autolesiones en el contexto de los trastornos de conducta alimentaria. → Conocer estrategias de regulación emocional y alternativas saludables de afrontamiento para manejar el malestar emocional sin recurrir a las autolesiones. → Desarrollar habilidades de comunicación efectiva y expresión emocional adecuada para mejorar las relaciones interpersonales. → Fortalecer el autoconcepto y la autoestima como factores protectores frente a las autolesiones. → Identificar y comprender las consecuencias negativas y los riesgos asociados con las autolesiones en el contexto de los trastornos de conducta alimentaria. → Aprender estrategias para manejar los conflictos interpersonales de manera constructiva y saludable. → Reconocer la importancia del apoyo de la familia y buscar recursos de apoyo adecuados. → Desarrollar habilidades de autogestión y autocuidado para enfrentar el estrés y la ansiedad en la vida cotidiana. → Interiorizar técnicas de gestión de la ansiedad y el estrés para evitar recurrir a las autolesiones como mecanismo de autorregulación.
DISEÑO	<p>“<i>Sanando cicatrices</i>”, al tratarse de un <u>programa selectivo</u>, debe ser más largo e intensivo, y ha de incluir actividades específicamente dirigidas a reducir los riesgos que hayamos identificado y a reforzar los factores de protección que pudieran estar presentes.</p>
RECURSOS NECESARIOS	<ul style="list-style-type: none"> → Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Psicólogos clínicos especializados en trastornos de conducta alimentaria y autolesiones no suicidas. ◆ Terapeutas especializados en terapia

	<p>dialéctico-conductual u otros enfoques terapéuticos eficaces para el tratamiento de las autolesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Personal de apoyo administrativo para la gestión y coordinación del programa. <p>→ Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Materiales educativos y de apoyo, como folletos informativos, hojas de ejercicios, recursos audiovisuales y material didáctico relevante sobre autolesiones no suicidas y trastornos de conducta alimentaria. ◆ Espacio físico adecuado y seguro para llevar a cabo sesiones terapéuticas grupales, que permita la privacidad y confidencialidad necesaria. <p>→ Recursos financieros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Financiamiento para cubrir los honorarios de los profesionales involucrados en el programa. ◆ Alquiler de espacios adecuados para las sesiones terapéuticas. ◆ Adquisición de materiales educativos y de apoyo. ◆ Promoción y difusión del programa. ◆ Posible financiamiento de subvenciones o colaboraciones con instituciones o entidades que respalden la prevención de autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de conducta alimentaria.
<p>ELEMENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Se prevé lograr los objetivos del programa en doce meses, con una asistencia de una vez cada dos semanas. → El plan está enfocado a un grupo selectivo de personas, en este caso, pacientes diagnosticados de TCA con ANS → El objetivo deberá evitar cualquier ANS y aprender a gestionar situaciones estresantes precursoras a la autolesión.
<p>ESTRUCTURA</p>	<p>El programa va a estar dividido en doce meses de duración, una sesión cada dos semanas.</p>

→ **Fase 1: Evaluación Inicial y Psicoeducación (Meses 1-2)**

- ◆ Evaluación inicial: Se llevará a cabo una evaluación inicial exhaustiva que incluirá cuestionarios estandarizados para evaluar las motivaciones interpersonales e intrapersonales relacionadas con las autolesiones no suicidas en el contexto de los trastornos de conducta alimentaria.
- ◆ Sesiones de psicoeducación: Durante 4 sesiones informativas, se proporcionará a los participantes información detallada sobre los trastornos de conducta alimentaria, las autolesiones no suicidas y la relación entre ellos. Se discutirán los factores de riesgo, las motivaciones y las consecuencias de las autolesiones, así como las estrategias de regulación emocional y afrontamiento saludable.

→ **Fase 2: Terapia Dialéctico-Conductual y Participación Familiar (Meses 3-10)**

- ◆ Sesiones grupales de terapia dialéctico-conductual (TDC): Durante 8 meses, se llevarán a cabo 2 sesiones mensuales de terapia TDC en formato grupal. Estas sesiones se centrarán en el aprendizaje y la práctica de habilidades específicas de la TDC
 - Habilidades básicas de conciencia
 - Habilidades de eficiencia interpersonal
 - Habilidades de regulación de las emociones
 - Habilidades de tolerancia al malestar
- ◆ Sesiones de participación familiar: Una vez al mes, se llevarán a cabo sesiones grupales con la participación de las familias de los participantes. Estas sesiones se centrarán en la psicoeducación de los padres sobre los trastornos de conducta alimentaria y las autolesiones no suicidas, así como en el desarrollo de habilidades de

	<p>apoyo emocional, comunicación efectiva y resolución de conflictos en el contexto familiar.</p> <p>→ Fase 3: Seguimiento, Evaluación Final y Consolidación (Meses 11-12)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sesiones grupales de seguimiento: Durante los últimos 2 meses del programa, se llevarán a cabo sesiones grupales de seguimiento para revisar y consolidar las habilidades aprendidas. Se fomentará el intercambio de experiencias entre los participantes y se proporcionará apoyo mutuo en la implementación de estrategias de afrontamiento saludable. ◆ Evaluación final: Al finalizar el programa de prevención, se realizará una evaluación final para medir los cambios en las autolesiones no suicidas, la regulación emocional, las habilidades de comunicación y el funcionamiento familiar. Se utilizarán cuestionarios y medidas estandarizadas para evaluar los resultados del programa y compararlos con la evaluación inicial.
--	---

9.1.2. Evaluación del programa

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	
HIPÓTESIS	Si se implementa el programa "Sanando cicatrices", se observará una disminución en las autolesiones no suicidas y una mejora en la regulación emocional y la participación de los padres en el proceso de recuperación.
METODOLOGÍA	Se formará un grupo de participantes diagnosticados con trastornos de conducta alimentaria y concurrencia de autolesiones no suicidas. Se aplicará el programa y se llevará a cabo una evaluación pre y post-intervención para medir los cambios en

	<p>las autolesiones, la regulación emocional y la participación de los padres. Se utilizarán medidas estandarizadas y cuestionarios validados para evaluar los resultados del programa. Además, se realizará un seguimiento para evaluar el mantenimiento de los resultados obtenidos.</p>
--	---

10. Conclusión

En conclusión, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y las autolesiones no suicidas (ANS) son problemáticas cada vez más relevantes en el ámbito de la salud mental. La alta concurrencia entre ambos trastornos, especialmente en mujeres jóvenes, plantea importantes desafíos en su abordaje terapéutico. Las ANS cumplen diversas funciones, como la regulación emocional, el castigo y la comunicación del malestar emocional, y están estrechamente relacionadas con los TCA.

El tratamiento de los TCA y las ANS requiere una evaluación exhaustiva que considere la presencia de ideas suicidas, trastornos mentales comórbidos y factores externos que influyen en las ANS. La psicoterapia, en particular enfoques como la terapia dialéctico-conductual y la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado ser eficaz en la reducción de las ANS y la promoción de una imagen corporal positiva. Además, el tratamiento farmacológico puede ser utilizado como parte de un enfoque terapéutico multimodal, aunque se requiere más investigación en este ámbito.

El abordaje de los TCA y las ANS debe adaptarse a la gravedad del trastorno y a las características individuales de cada paciente, desde medidas de contención y seguridad hasta intervenciones terapéuticas que exploran la función subyacente de las ANS. Sin embargo, se enfrentan desafíos como la diferenciación entre intentos de suicidio y autolesiones no suicidas, la presencia de comorbilidad y la necesidad de abordar factores de riesgo individuales, sociales y culturales.

La pandemia ha exacerbado estos problemas, lo que resalta la importancia de buscar ayuda y apoyo sin juzgar a quienes los necesiten. La recuperación de los TCA y las ANS puede ser un proceso empoderador, en el que se recupera la propia vida y se logra liberarse de las autolesiones. Aunque requiere tiempo, paciencia y apoyo, es posible alcanzar una vida saludable y satisfactoria.

En definitiva, el estudio de la concurrencia entre los TCA y las ANS es esencial para comprender mejor su naturaleza y ofrecer tratamientos efectivos. Se necesita una mayor conciencia y educación sobre estos trastornos, así como una atención adecuada y compasiva por parte de los profesionales de la salud mental. La prevención, la detección temprana y la intervención precoz son clave para mejorar los resultados terapéuticos y promover la salud mental en aquellos que se enfrentan a estos desafíos.

Por este motivo, se ha concebido el programa "Sanando Cicatrices", cuyo propósito es enriquecer la calidad de vida de aquellos que enfrentan tanto los trastornos de conducta alimentaria (TCA) como las autolesiones no suicidas (ANS). Este programa no solamente proporciona estrategias para abordar estas situaciones de manera saludable, sino que también puede influir en la forma en que se encara el tratamiento y la predicción de tales conductas en individuos con TCA evaluando no sólo aquellas motivaciones preexistentes en la literatura científica, sino también aquellas que puedan emerger durante el curso del programa, las cuales proporcionan una comprensión más rica de las dinámicas emocionales subyacentes. Esto no solo informa las estrategias de afrontamiento personalizadas, sino que también contribuye a una mayor adaptabilidad en el proceso terapéutico.

Adicionalmente, la integración de la participación familiar en el programa mejora la conciencia no solo sobre las ANS, sino también sobre los TCA en sí, y ello fortalece el apoyo emocional y crea un entorno que fomenta el cambio positivo. La familia pues, especialmente en casos de familias disfuncionales, deja de ser un factor de riesgo y se convierte en un factor protector esencial en este proceso, lo que puede influir directamente en la prevención de recaídas y en la promoción de resultados sostenibles.

11. Bibliografía

Ahn, J., Lee, J. P., & Jung, Y. (2021). Identifying Predictors of Non-Suicidal Self-Injuries in Individuals with Eating Disorders. *Yonsei Medical Journal*, 62(2), 159. <https://doi.org/10.3349/ymj.2021.62.2.159>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569-575.

Baetens, I., Decruy, C., Vatandoost, S., Vanderhaegen, B., & Kiekens, G. (2020). School-based prevention targeting non-suicidal self-injury: a pilot study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 437.

Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, de Leon J. (2016). The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 1(7).

Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioid dysregulation in nonsuicidal self-injury: a pilot study. *Journal of personality disorders*, 27(1), 55-66.

Bühren, K. (2014). Association between suicidality and impulsivity in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 333-345.

Castro Morales, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4), 226-235.

Claes, L., & Muehlenkamp, J. (2014). Non-suicidal self-injury and eating disorders: Dimensions of personality and emotion regulation. *Psychiatry research*, 215(1), 11-16.

Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, R., Carulla-Roig, M., Matalí-Costa, J. L., & Dolz-Abadia, M. (2017). Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas Esp Psiquiatr*, 45(4), 157-66.

Fenning, S. (2016). Understanding the function of nonsuicidal self-injury: The development and psychometric evaluation of the four-function model. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global database. (UMI No. 10243772)

Gonzales, A. H., & Bergstrom, L. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(2), 124-130.

Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2009). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of mental health counseling*, 31(2), 137-156.

Hernández Ramos, L. (2019). Autolesiones no autolíticas en trastornos de la conducta alimentaria.

Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020). Nonsuicidal self-injury: diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 101-112.

Ibáñez ÁF, Costa MV, Sánchez C. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento.

Jiménez, M. G., Ortiz, S. H., Tejedor, M. N. M., Rodríguez, M. E. P., Bernal, M. G., & Marcos, A. P. (2017). Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(90), 5.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.

Kiekens, G., & Claes, L. (2020). Non-suicidal self-injury and eating disordered behaviors: an update on what we do and do not know. *Current psychiatry reports*, 22, 1-11.

Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). Non-suicidal self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1081-1093. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>

Klonsky, E. D. (2009). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 263-276.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215-219.

Klonsky, E. D., & 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(1), 22-27.

Klonsky, E. D., & Victor, S. E. (2018). Emotion regulation scale for nonsuicidal self-injury (ERS-NSI): Initial development and validation. *Psychological assessment*, 30(7), 949-963.

Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111-122.

Lázaro, L., Calvo, R., Font, E., Rivas, M., Castro-Fornieles, J., & Toro, J. (2021). Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence, features, and predisposing factors. A 2-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 155-163.

Mavroveli, S., Buzzeo, J., & Schlotz, W. (2019). When social support is not enough: Trauma exposure, PTSD and eating disorder symptoms in female survivors of childhood abuse

Mayes, S. D. (2014). The relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 3(1), 1-7.

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Leichtweis, R. N., & Hinshaw, S. P. (2019). The role of impulsivity in the relationship between emotion regulation and nonsuicidal self-injury. *Journal of adolescence*, 72, 55-63.

Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose–response meta-analysis. *Psychol Med*, 47(8), 1402-1416.

Muehlenkamp, J. J., Suzuki, T., Brausch, A. M., & Peyerl, N. (2019). Behavioral functions underlying NSSI and eating disorder behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1219-1232.

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological assessment*, 19(3), 309-317.

Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72.

Peebles, R., Wilson, J. L., Litt, I. F., Hardy, K. K., Lock, J. D., & Mann, J. R. (2011). Disordered eating in adolescent males with type 1 diabetes mellitus: A controlled study. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 563-569.

Polo Morales, M. (2021). Desregulación comportamental en pacientes con trastornos de personalidad grave: un análisis desde el modelo de cascadas emocionales (Master's thesis).

Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., ... & Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 10(1), 1-9.

Pritchard, M., Cox, J., & Mackenzie, C. (2021). Addictive qualities of self-harm? A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3)

Racine, S. E., Wildes, J. E., & Coffey, K. A. (2015). Examining negative affect and eating disorder behavior in women with comorbid personality disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 780-784.

Reas, D. L., Wisting, L., & Lindvall Dahlgren, C. (2023). Co-occurrence of nonsuicidal self-injury and eating disorder pathology in adolescents. *International journal of eating disorders*, 56(2), 439-445.

Romero, M. C. G. (2022). Conductas autolesivas no suicidas. en las especialidades médicas.

Ross, S. (2009). The relationship between childhood sexual abuse and adult self-harm and suicidal behavior: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 33(5), 289-306.

Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., & Klinkowski, N. (2008). Leibliche Selbstkonzeptstörungen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa [Bodily self-concept disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58(11), 418-424.

Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner Jr, T. E. (2015). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 6(1), 102-112.

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 521-526. 10.1097/YCO.0b013e328365a24f

Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y, Mann JJ. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 134-140

Svirko, E. (2014). Nonsuicidal self-injury: Prevalence, correlates, and prospective predictors in adolescence. (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global database. (UMI No. 3583706)

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714-723.

The Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. (s. f.). <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/about-self-injury.html>

Varela-Besteiro, J., Rodríguez-Cano, T., Jiménez-Murcia, S., Ribasés, M., Gratacòs, M., Cuquerella, À., ... & Fernández-Aranda, F. (2017). Suicidal ideation in adolescents with eating disorders: prevalence and correlates in a clinical sample. *Journal of adolescence*, 57, 21-27.

Wildes, J. E., & Emery, R. E. (2001). A risk-taking model of eating disorders among female college athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(1), 115-130.