



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOLESIONES EN JÓVENES MEXICANOS UNIVERSITARIOS**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**EVERARDO CASTRO SILVA**

**DIRECTORA:**

**DRA. CORINA BENJET**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**COMITÉ:**

**DR. FRANCISCO LORENZO JUAREZ GARCÍA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DR. ALEJANDRA CRUZ VALENCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.**

**MARZO 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

A mi familia, que siempre me ha apoyado en los momentos difíciles y en mis logros

A mi madre, Luz María, que me ha apoyado incondicionalmente a lo largo de toda mi vida y siempre me ha alentado a ser feliz y mejorar.

A mi padre, Everardo, que me enseñó muchos de los valores que me guían en mi vida.

A mis hermanos Lizbeth y Eduardo, que hemos pasado muchos momentos juntos y que están siempre ahí para escucharme, quererme y ayudarme.

A Miguel Ángel, que en muchos momentos me ha escuchado y aconsejado para poder salir adelante en este viaje que es la vida.

A mi esposa Ana, que se ha convertido en parte fundamental de mi vida, cuyo apoyo, escucha y amor me ayudan a ser más feliz.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me dio la oportunidad para desarrollarme académica y profesionalmente.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría, y especialmente a la doctora Corina Benjet, por formarme como investigador en el área de la salud mental.

A CONACYT, al ayudarme a cursar un doctorado de excelencia, y apoyarme durante cuatro años para terminarlo.

A los miembros de mi comité: Dr. Francisco Juárez, Dr. Samuel Jurado, Dra. Emilia Lucio y Dra. Alejandra Valencia, por sus consejos para poder terminar mi investigación doctoral.

A mis amigos, que han estado en momentos importantes de estos últimos cuatro años: Pepe, Eva, Nuyud, Armando, Magno, Seynabu, Chela, Donna, Ulises, Daniel Larotta, MaryLucy, Gabriela, Verónica, Karina y Luis Miguel.

## Contenido

Contenido .....	3
Resumen .....	7
Summary.....	9
Capítulo 1. Definición de las Autolesiones No Suicidas. ....	11
Capítulo 2. Teorías para explicar las autolesiones no suicidas .....	19
2.1 Teoría de regulación del afecto relacionada con Terapia Dialéctica del Comportamiento.....	19
2.2. Modelo de Evitación Experiencial (MEE) .....	23
2.3. Teoría de las Cuatro Funciones de las Autolesiones no Suicidas.....	26
2.4. Modelo Interpersonal.....	31
2.4. Reflexión sobre los modelos teóricos .....	33
Capítulo 3. Epidemiología de las autolesiones no suicidas y psicopatología asociada.....	38
3.1. Prevalencia y edad de inicio .....	38
3.2. Frecuencias, duración, y métodos de las autolesiones sin intención suicida .....	40
3.3. Psicopatología asociada.....	41
3.4. Factores de riesgo y predictores .....	46
3.6. Las autolesiones sin intención suicida y la regulación emocional .....	60
3.7. Las Relaciones Familiares y Autolesiones Sin Intención Suicida.....	63
Capítulo 4. México y las Autolesiones sin intención suicida .....	64
Capítulo 5. Características psicológicas y sociales de la población universitaria entre los a 26 años.....	67
Capítulo 6. Modelo integrativo .....	71
Método .....	75
Planteamiento del problema y preguntas de investigación. ....	75
Modelo de relación de variables de la investigación .....	76
Objetivos .....	78
Objetivo General.....	78
Objetivos Específicos.....	78
Hipótesis.....	79

Fase I .....	80
Muestra .....	80
Instrumentos.....	80
Procedimiento.....	83
Análisis .....	84
Fase II .....	84
Muestra .....	85
Instrumentos.....	86
Procedimiento.....	87
Análisis Fase I .....	88
Consideraciones éticas.....	89
Descripción de la muestra del estudio piloto .....	90
Propiedades Psicométricas del ISAS y validación en población mexicana .....	91
Propiedades descriptivas de los instrumentos.....	99
Resultados Fase II.....	101
Descripción de la muestra de la Fase II.....	101
Características de las ANS en la Fase II .....	102
Funciones de las ANS.....	105
Información complementaria de las ANS.....	115
Discusión .....	118
Magnitud del problema de las ANS .....	119
El papel del sexo en las ANS .....	121
Las funciones de autolesionarse .....	123
Las diferencias entre quienes autolesionan de manera experimental y recurrente .....	124
Características psicológicas y percepción de crianza relacionadas con las ANS .....	126
Validación del ISAS para medir las ANS en población universitaria mexicana .....	127
Percepción de necesidad, utilización de servicios, conocimiento de personas que autolesionan e intentos de suicidio relacionados con las ANS .....	129
Implicaciones políticas y recomendaciones para investigaciones futuras .....	131
Limitaciones .....	132
Aportaciones y conclusiones .....	133
Bibliografía.....	134

## Tablas

Tabla 1. Diferencias entre intentos de suicidio y ANS. ....	45
Tabla 2. Esquemas para la Neurobiología de las ANS y las suposiciones asociadas (Osuch & Payne, 2009).....	48
Tabla 3. Posibles Vías Subyacentes a Asociaciones Observadas entre Maltrato Infantil y Autolesiones No Suicidas (Yates, 2009) .....	54
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra del estudio piloto, 2013-2014. ....	90
Tabla 5. Análisis de discriminación de los reactivos.....	92
Tabla 6. Factores del factorial exploratorio. ....	93
Tabla 7. Descripción de las siete funciones de ANS. ....	96
Tabla 8. Las siete funciones del ISAS, adaptación mexicana. ....	98
Tabla 9. Análisis descriptivo de los instrumentos y su consistencia interna. ....	99
Tabla 10. Características sociodemográficas de la muestra 2014.....	102
Tabla 11. Frecuencias de ANS en el total de la muestra y por sexo. ....	104
Tabla 12. Diferencias por sexo en las funciones de las ANS mediante el rango. ....	106
Tabla 13. Diferencias en el rango de las funciones entre de autolesiones experimentales y recurrentes.....	108
Tabla 14. Correlaciones entre la frecuencia, años y el número de métodos de las ANS y las variables psicológicas. ....	110
Tabla 16. Resultados de la regresión lineal multinomial para evaluar la probabilidad de presentar ANS experimentales y recurrentes presentando altos niveles en depresión, ansiedad, impulsividad, regulación emocional y estilos parentales. ....	114
Tabla 17. Percepción de la necesidad de ayuda, búsqueda de ayuda y hospitalización de las personas que se autolesionan de manera experimental, recurrente y todos los que se autolesionan. ....	116
Tabla 18. Pensamientos autolesivos, conocidos que se autolesionan, e intentos de suicidio.....	117

## Figuras

Figura 1. Clasificación de los Pensamientos y Comportamientos Autolesivos (Nock y Favazza, 2009) .....	14
Figura 2. La Relación entre la Desregulación Emocional y el Comportamiento Límite (Linehan, 1993).....	22
Figura 3. Proceso de Evitación de las Emociones Negativas en las Autolesiones (Champan, 2009).....	25
Figura 4. Modelo de Cuatro Funciones de las ANS (Nock & Cha, 2009).....	27
Figura 5. Modelo psicológico del desarrollo y mantenimiento de las autolesiones no suicidas (Nock y Cha, 2009) .....	30
Figura 6. Modelo Biológico de las autolesiones no suicidas (Sher y Stanley, 2009).....	50
Figura 7. Modelo propuesto para las autolesiones no suicidas .....	72
Figura 8. Factores de riesgo en las autolesiones no suicidas .....	76
Figura 9. Modelo de las 7 funciones de las ANS.....	95

## Resumen

Las autolesiones sin intención suicida son un problema de salud pública tanto por el daño físico que pueden causar como por el malestar psicológico que generan o reflejan. Las autolesiones no suicidas se refieren al acto de lastimar directa y deliberada el cuerpo sin una intención suicida y para propósitos no validados socialmente como el cortarse, quemarse o golpearse en el propio cuerpo. El objetivo de la presente investigación es conocer el fenómeno de las autolesiones en México ya que se conoce poco sobre su distribución y sus características en población mexicana. Esta investigación examinó la prevalencia de las autolesiones sin intención suicida (ANS) (frecuencia, métodos, edades, distribución por sexo), sus correlaciones con variables psicológicas como síntomas psiquiátricos (ansiedad generalizada, sintomatología depresiva), impulsividad, regulación emocional y estilos parentales, y las diferencias entre personas con autolesiones sin intención suicida (experimental y recurrente) y sin autolesiones, con respecto a estas variables psicológicas. Los participantes fueron adultos jóvenes, de edades entre 17 a 26 años de ambos sexos, con escolaridad a nivel licenciatura, de universidades públicas y privadas del Distrito Federal. La investigación se dividió en dos fases: la primera fue el piloteo del Inventory of Statements About Self Injury (ISAS) (Klonsky & Glenn, 2009), en una muestra de 600 estudiantes universitarios; la segunda etapa consistió en la aplicación del ISAS y las escalas complementarias de Impulsividad Plutchick (1996) (Páez et al., 1996), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Gratz & Roemer, 2004), traducida al español (Hervás & Jodar, 2008), el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (Aguilar & Aguilar, 2013; Aguilar-Villalobos, Valencia-Cruz, & Sarmiento-Silva, 2007), la CES-D (Escala de

Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) (Radloff, 1997), y el Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) en una muestra representativa de 1600 estudiantes de la UNAM, campus CU. Las propiedades psicométricas del ISAS mostraron que es un instrumento adecuado para la medición de las ANS en población universitaria mexicana, al medir once conductas autolesivas y siete funciones para lesionarse. Se encontró la prevalencia de ANS del 45.1% a lo largo de la vida y del 6.1% durante los últimos 12 meses. El 78.5% inició las ANS durante la adolescencia. No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de autolesiones. Las personas con ANS recurrentes presentaron niveles significativamente más altos de sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad y dificultades de regulación emocional respecto a quienes no presentaron autolesiones, además de percibir a sus padres como autoritarios y negligentes. Las personas con ANS presentaron de tres a doce veces mayor riesgo de presentar intentos de suicidio respecto a las personas sin autolesiones. Las ANS son una problemática oculta que se encuentra presente en porcentajes significativos de la población universitaria, y que requiere una mayor sensibilización por parte de las autoridades para su prevención y tratamiento.

## Summary

Non-Suicidal Self-Injuries (NSSI) are a public health problem because of the physical damage they can cause, as well as the psychological distress they generate or reflect. Non-suicidal self-injuries refer to the act of directly and deliberately hurting the body without a suicidal intention for purposes not validated socially as cutting, burning or striking in one's body. The objective of the present investigation is to know the phenomenon of NSSI in Mexico, since little is known about its distribution and its characteristics in Mexican population. This study examined the prevalence of NSSI (frequency, methods, ages, sex distribution), correlations with psychological variables such as psychiatric symptoms (generalized anxiety, depressive symptomatology), impulsivity, emotional regulation, and parenting styles, also the differences between individuals with NSSI (experimental and recurrent) and without self-injuries with respect to these psychological variables. The participants were young adults, aged between 17 and 26 years of both genders, with undergraduate education in public and private universities of Mexico City. The research was divided into two phases: the first was the piloting of the Inventory of Statements About Self Injury (ISAS) (Klonsky & Glenn, 2009), in a sample of 600 university students; The second stage consisted of the application of ISAS and the complementary scales of Impulsivity Plutchick (1996) (Paez et al., 1996), the Emotional Regulation Difficulty Scale (Gratz & Roemer, 2004), translated into Spanish (Hervás & Jodar, 2008), the Parental Authority Patterns Questionnaire (Aguilar & Aguilar, 2013, Aguilar-Villalobos, Valencia-Cruz, & Sarmiento-Silva, 2007), CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) Radloff, 1997), and the Generalized

Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) in a representative sample of 1,600 students of the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad Universitaria campus. The psychometric properties of ISAS showed that it is an adequate instrument for the measurement of NSSI in the college population, measuring eleven self-injurious behaviors and seven functions for self-injury. The prevalence of NSSI was found to be 45.1% throughout life and 6.1% during the last 12 months. 78.5% initiated NSSI during adolescence. There were no significant differences between men and women regarding the prevalence of NSSI. People with recurrent NSSI had significantly higher levels of depressive symptomatology, generalized anxiety, impulsivity and emotional regulation difficulties than those who did not show NSSI, as well as perceiving their parents as authoritarian and negligent. People with NSSI were three to twelve times more likely to have attempted suicide than people without NSSI. The NSSI is a hidden problem that is present in significant percentages of the university population, and that requires to raise awareness among the authorities for its prevention and treatment.

## **Capítulo 1. Definición de las Autolesiones No Suicidas.**

Las autolesiones no suicidas pueden ser definidas como el acto de lastimar directa y deliberadamente el tejido del propio cuerpo sin una intención suicida y para propósitos no validados socialmente, y que se realiza de diferentes maneras como el cortarse, quemarse, rascarse o golpearse en el propio cuerpo (Klonsky, 2007; Muehlencamp, 2005; Nock & Prinstein, 2004; Wilkinson & Goodyear, 2011). Las ANS son directas ya que el resultado final de la autolesión ocurre sin pasos intermedios, como el cortarse con una navaja o quemarse con un cigarro, a diferencia de fumar un cigarro o tomar medicamentos para tener una sobredosis, que son comportamientos que llevan a resultados negativos y daño físico, pero que no son considerados autolesiones no suicidas. Son deliberadas, ya que el sujeto se trata de lastimarse, a diferencia de un accidente. Las regiones más comunes para autolesionarse son los brazos, piernas, pecho y otras áreas de la parte frontal (Csorba et al., 2009; Muehlencamp, 2005; Sornberger, Heath, Toste, & Mclouth, 2012; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Williams & Hasking, 2010).

Existen varios términos que se han utilizado para designar a las autolesiones no suicidas, como automutilación (Favazza, 1996; Favazza & Rosenthal, 1993; Nock & Prinstein, 2004), la definición de mutilar (cortar una parte del miembro) sugiere un daño severo y permanente que no es necesariamente característico de este comportamiento. Otros términos, como *auto daño deliberado* y *parasuicidio* (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Ogundipe, 1999) son bastante generales, y aunque claramente indican la naturaleza deliberada de la autolesión, estos términos no expresan la naturaleza no suicida del comportamiento (Nock &

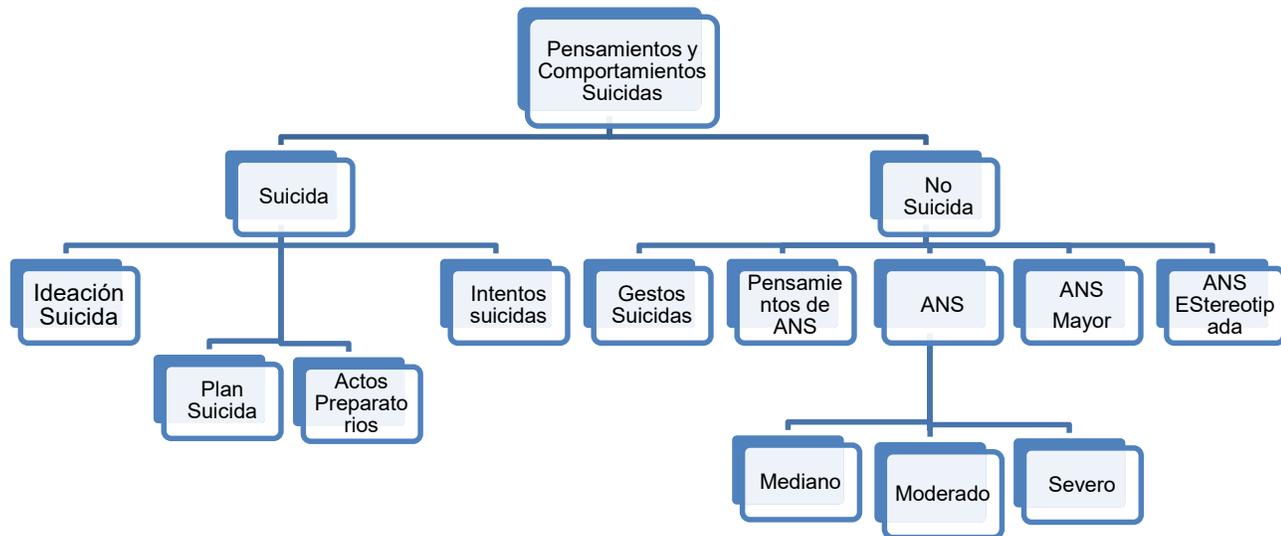
Favazza, 2009). Las dos definiciones actualmente más usadas por los investigadores son *autolesiones no suicidas* y *auto daño* (Borschmann, Hogg, Phillips, & Moran, 2012; Glenn & Klonsky, 2011; Gratz K. , 2003; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012; Tuisku et al., 2009; Yates, Luthar, & Tracy, 2008). En el caso de *auto daño* se incluyen una amplia gama de comportamientos autolesivos, como el cortarse, el auto envenenarse, y el abuso de sustancias psicoactivas y alcohol para dañarse a sí mismos, por lo cual el acto de auto dañarse, puede ser desde un intento suicida hasta quemarse con cigarrillos, y dependiendo del estudio (Nixon & Heath, 2009) se incluyen tanto autolesiones que sean con intención suicida y sin intención suicida (Bilén et al., 2013; Greydanus & Shek, 2009; Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002; Madge et al., 2011; Sinclair & Green, 2005) y en otros se especifica que sólo son autolesiones sin intención suicida (Brody & Carson, 2012; Brown, 2009; Sim, Zeman, Cassano, & Friedrich, 2009; Straiton, Roen, Dieserud, & Hjelmeland, 2013). Para el presente estudio se utilizarán las denominadas *autolesiones sin intención suicida o autolesiones no suicidas* (ANS).

Existen algunos comportamientos sancionados o aceptados culturalmente que causan la modificación o destrucción del tejido del cuerpo, como el tatuarse o los *piercings* en diferentes culturas en el mundo. Estos comportamientos no se consideran desviados o que requieran una intervención psicológica, y por ende no entran en la definición de ANS (Nock & Favazza, 2009). La modificación corporal y las ANS son similares en su propósito en común (exceptuando los casos en donde existe retraso mental severo y en algunas enfermedades como Lesch-Nylan) que es servir como un intento de corregir o prevenir condiciones de inestabilidad

patológica que amenazan la comunidad, al individuo o a ambos. Otro uso que tienen las modificaciones rituales son los ritos de pasaje, en donde para poder hacer la transición de ser niños a adultos, y que acepten los nuevos roles sociales y responsabilidades de la adultez, el adolescente debe pasar por una modificación corporal, como la escarificación o el tatuaje. La cada vez más extensa aceptación de tatuajes y piercings en las sociedades occidentales son realizadas generalmente para promover la belleza y magnificar la sexualidad, la pertenencia a un grupo específico, expresar rebelión o copiar el comportamiento de atletas, cantantes o actores que tienen tatuajes o piercings. La aceptación social cada vez mayor de las ANS se puede evidenciar en el incremento de sitios de internet y chats enfocados a la modificación corporal y comportamientos como el cortarse (Favazza, 2009).

Las ANS forman parte de un conjunto de comportamientos denominados *comportamientos y pensamientos autolesivos (CPA)* (SITB en inglés), término que se utiliza para designar una amplia gama de comportamientos o ideas que las personas tienen respecto a lesionarse (Nock & Favazza, 2009). Un sistema de clasificación de las CPA, se presenta en la figura 1.

Figura 1. Clasificación de los Pensamientos y Comportamientos Autolesivos (Nock y Favazza, 2009)



En esta clasificación la primera distinción mayor es entre los *comportamientos y pensamientos suicidas*, en los cuales existe una intención de morir, y los CPA *no suicidas*, entre las que se encuentran las autolesiones no suicidas, en las cuales no hay intención de morir (Nock & Favazza, 2009). Las autolesiones suicidas son conductas de un mayor riesgo y letalidad, y la muerte es más probable en estos incidentes. Las autolesiones suicidas se dividen en:

- *ideación suicida* (pensamientos de realizar conductas para intentar acabar con su propia vida)
- *plan suicida* (formulación de un método específico para morir)
- *actos preparatorios* se refieren a los actos que un individuo lleva a cabo para realizar un intento de suicidio (como comprar un arma de fuego) pero que evita realizar los comportamientos lesivos finalmente.

- un *intento de suicidio* (realización de un comportamiento en el cual hay un intento de morir)

Por otra parte, las CPA no suicidas se dividen en:

- *Amenazas o gestos suicidas* son actos o declaraciones que llevan a otras personas a creer que el sujeto se quiere matar cuando en realidad no tienen intención de hacerlo
- *Pensamientos sobre autolesiones no suicidas* se refiere a cuando las personas piensan acerca de realizar ANS.

Los estudios sobre autolesiones no suicidas generalmente se enfocan en sujetos con un desarrollo normal, no psicóticos (Bresin, Sand, & Gordon, 2013; Glenn, Blumenthal, Klonsky, & Hajcak, 2007; Hankin & Abela, 2011). Sin embargo, existen dos subtipos adicionales de ANS que también se han estudiado. Las *autolesiones no suicidas estereotipadas* se refieren a las autolesiones que ocurren casi exclusivamente en individuos con discapacidades en su desarrollo o con desordenes neuropsiquiátricos como el síndrome de Tourette o de Lesch-Nyhan, presentándose entre el 10% y 20% en esta población (Luiselli, 2009).

Las *autolesiones no suicidas mayores* son aquellas que se realizan con una baja frecuencia (en ocasiones una sola vez), generalmente con un implemento y que causa una lesión física severa, como una enucleación de ojo o castración. Generalmente las ANS mayores ocurren entre la población con trastornos psicóticos o en el contexto de una intoxicación alcohólica. También las ANS propiamente pueden dividirse en superficiales (poca frecuencia, lesiones de poca gravedad),

moderadas (gravedad moderada, como requerir tratamiento médico), y severa (alta frecuencia y lesiones severas, como aquellas causando cicatrices o desfiguraciones permanentes) (Nock & Favazza, 2009).

Algunos estudios sugieren que hasta un 50% ó 75% de aquellas personas con una historia de ANS realizan un intento de suicidio en algún momento, y aunque no es el mismo fenómeno, están relacionados, resaltando la importancia de estudiar las ANS en gran detalle (Nock et al, 2006). Además, se ha reportado que en adolescentes internados con ANS en los 12 meses previos, hasta un 70% reportaron por lo menos un intento de suicidio en su vida (Nock et al., 2006).

Estudios muestran que las tasas de las ANS son mucho más altas en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores (Swannell et al., 2014). También algunos estudios muestran mayores tasas en mujeres, aunque el comportamiento es más común de lo que se pensaba antes en hombres (Rodham & Hawton, 2009). Respecto a las tasas de autolesiones, se han expresado preocupaciones acerca de generalizar resultados de investigaciones basadas en muestras clínicas, ya que en estudios realizados en comunidades revelaron que solo el 6.3% de los que se auto cortaban (con intento o no de suicidio) se presentaban a un hospital general a reportarlo. Independientemente de la edad en que comienzan las conductas autolesivas, después de un episodio de autolesión, la repetición del comportamiento es común (Rodham & Hawton, 2009). Es necesario realizar estudios longitudinales para poder identificar no solamente los correlatos de las ANS, sino también las posibles causas, y poder identificar porque algunos individuos realizan autolesiones no suicidas de manera repetida, mientras que

para otros es más bien una forma de corta duración de hacer frente a sus problemas.

Actualmente las autolesiones sin intención suicida no son consideradas un diagnóstico independiente sino que forman parte de un solo síntoma denominado *automutilación* para el trastorno límite de la personalidad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (APA, 2013), aunque varios autores (Muehlencamp, 2005; Shaffer & Jacobson, 2009; Wilkinson & Goodyear, 2011) proponían su inclusión como un diagnóstico independiente en el DSM 5. Aunque finalmente no se incluyó como un trastorno, se incluyó en la categoría de posibles trastornos a investigar. El nombre del posible trastorno es autolesiones no suicidas con los siguientes criterios (APA, 2013):

- En el último año, durante 5 días o más, el individuo se ha autolesionado sin la intención de suicidarse y con la expectativa de causar daño a su cuerpo.
- Es un acto que no es socialmente aceptado
- La autolesión está relacionada con sentimientos como depresión, tensión o enojo.
- Con la idea de obtener un alivio temporal a sentimientos o pensamientos negativos
- El acto de autolesionarse puede provocar una angustia significativa al individuo en su vida cotidiana.
- El individuo experimenta sentimientos negativos antes de realizar las autolesiones

- Antes de realizar las lesiones, en individuo esta preocupado por la realización del acto
- El individuo piensa mucho en autolesionarse aunque no realice al acto
- La autolesión no se realiza durante episodios psicóticos, ,delirium, o intoxicación de sustancias

Los individuos que se autolesionan tienden a ser rechazados por aquellos que no tienen estas conductas, en parte por las fuertes reacciones emocionales que se presentan en los observadores. Estas reacciones se pueden relacionar con la resistencia a ser lastimados que la mayor parte de los individuos presentan, además de que produce disgusto no solo hacia las heridas, sino a la persona que se las realiza. La fuerza de la reacción emocional que provoca en familiares, amigos e incluso en los profesionales de la salud que trabajan con autolesiones no debería ser minimizada, ya que generalmente estas reacciones tienden a ser negativas (Tantam & Huband, 2009).

Respecto a las comparaciones entre las autolesiones sin intención suicida y las conductas suicidas, específicamente los intentos suicidas, la principal diferencia que se ha postulado es con respecto a la función que tienen, ya que en los intentos suicidas el objetivo es terminar con la vida de la persona, mientras que las autolesiones sin intención suicida son utilizadas para manejar, evitar o regular un afecto estresante o emoción negativa, y mediante el acto de autolesionarse sentirse aliviado, aunque sea momentáneamente, además de que los sujetos que presentan autolesiones sin intención suicida reportan menores niveles de ideación suicida,

gestos suicidas y repulsión hacia la vida que aquellos con intentos suicidas (Andover, Morris, Wren, & Bruzzese, 2012; Chapman et al., 2006; Cloutier et al., 2009; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Kleindienst et al., 2008; Wilkinson & Goodyear, 2011).

A continuación se describen las diferentes teorías que se han ido desarrollando para tratar de dar una explicación a las autolesiones sin intención suicida.

## **Capítulo 2. Teorías para explicar las autolesiones no suicidas**

### **2.1 Teoría de regulación del afecto relacionada con Terapia Dialéctica del Comportamiento**

Linehan (1993) desarrolló una teoría de la regulación del afecto como parte de su trabajo en pacientes con trastorno límite de la personalidad, que forma la base de la *terapia dialéctica del comportamiento* y cuyos elementos han sido retomados por investigadores de las autolesiones sin intención suicida (Bureau et al., 2010; Gratz K. , 2003; Hasking et al., 2010; Klonsky, 2007; Sarno, Madeddu, & Gratz, 2010; Williams & Hasking, 2010) para tratar de explicar la función de las autolesiones no suicidas como una estrategia no adaptativa de regulación emocional. Linehan (1993) explica que el trastorno límite de la personalidad es básicamente una disfunción del sistema de regulación emocional, y que resulta de irregularidades biológicas combinadas con ciertos ambientes disfuncionales, así como de su interacción en el tiempo (Linehan, 1993). Las características asociadas con el trastorno límite de la personalidad, como inestabilidad emocional, problemas

con la ira, relaciones inestables, entre otras, son consecuencias de esta desregulación emocional. Ambientes familiares con invalidación durante la infancia contribuyen al desarrollo de la desregulación emocional, ya que fallan en enseñar como regular la agitación emocional, como tolerar el estrés emocional y como confiar en sus propias respuestas emocionales. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad (y aquellos que presentan autolesiones sin intención suicida) son *vulnerables emocionalmente* además de tener déficits en sus habilidades de *regulación emocional*.

La vulnerabilidad emocional (Linehan, 1993) se compone de tres elementos:

a) *Alta sensibilidad a la estimulación emocional*, que significa que el individuo reacciona rápidamente y tiene un bajo umbral para una reacción emocional; esto es que no se necesita mucho para provocar una reacción emocional.

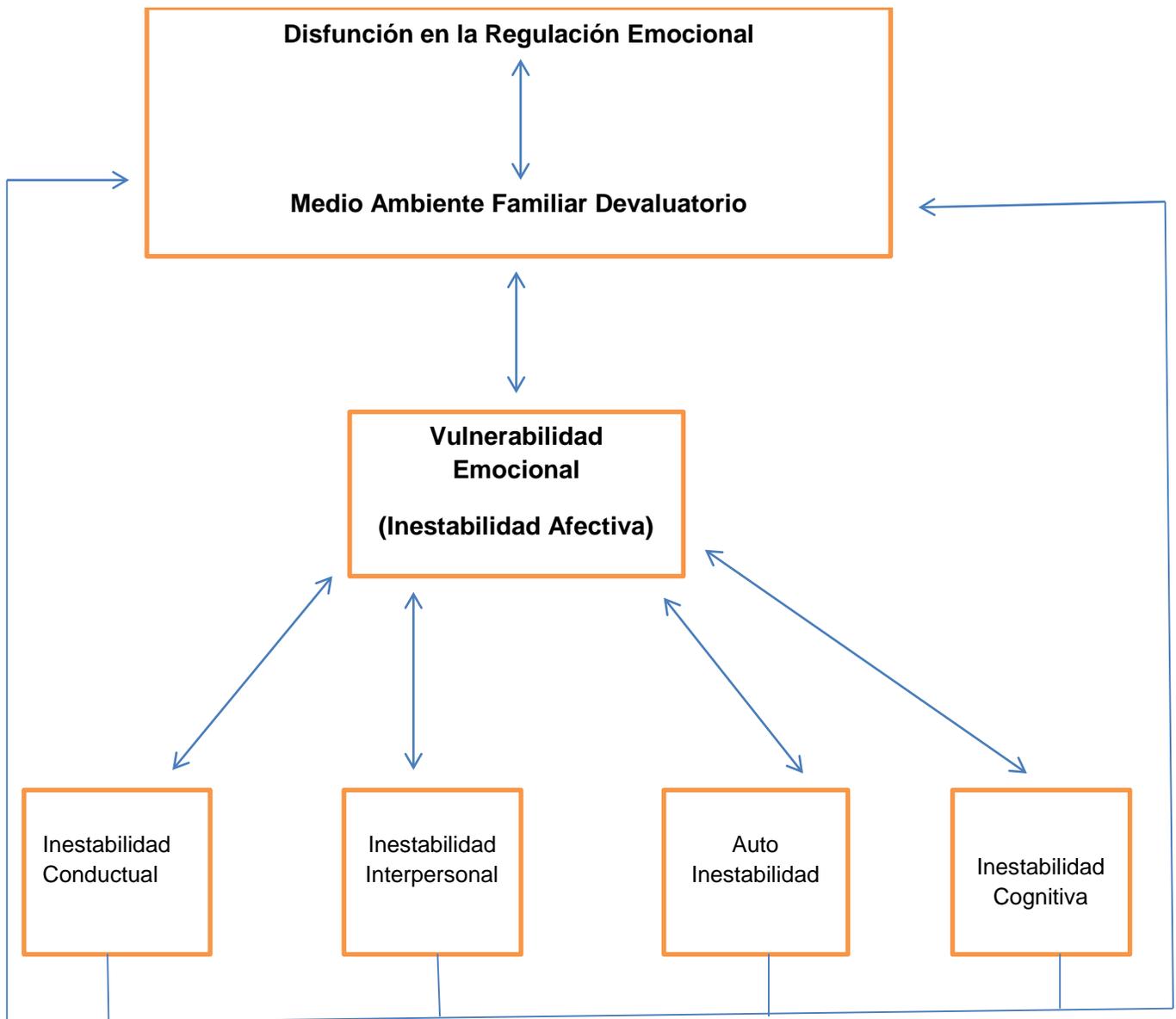
b) *Intensidad emocional*, que significa que las reacciones emocionales son extremas; lo que podría provocar el que una pequeña vergüenza cause una profunda humillación.

c) *Un retorno lento a la línea base emocional*, esto significa que las reacciones emocionales son duraderas; el estado de ánimo tiende a mantenerse y afectar a un número de procesos cognitivos.

La regulación emocional (Linehan, 1993) por otra parte se compone de dos estrategias. Primero el individuo debe de aprender a experimentar y clasificar las emociones que está experimentando. En segundo, el individuo debe de aprender a reducir emocionalmente los estímulos que aumentan las emociones negativas. Cuando una emoción intensa se presenta, el individuo debe de ser capaz de inhibir

o bloquear los pensamientos, imágenes, acciones que se presentan posteriormente y que modifican su estado de ánimo. Por otra parte, la inhibición constante de emociones negativas incrementa la evasión emocional, la cual impide aprender sobre la emoción original y como tolerar las emociones negativas. Para tener una regulación emocional adecuada, el individuo debe ser capaz de cambiar o modular las emociones (sin inhibir constantemente) mediante la utilización de diferentes estrategias como son: el cambiar los comportamientos vinculados a las emociones negativas, el aprender a relajarse, o controlar la atención como una manera de regular el contacto con los estímulos emocionales, al enfocar la atención hacia un estímulo positivo. Las personas que tienen trastorno límite de la personalidad y aquellos con autolesiones sin intención suicida presentan dificultades en la regulación emocional, y utilizan comportamientos impulsivos y desadaptados como las autolesiones para solucionar problemas de afecto negativo intensos, que son experimentados como dolorosos, incontrolables y desbordantes. Las autolesiones son una manera de cambiar de estado de ánimo, de regular el afecto, además de que pueden ser una forma de conseguir ayuda del medio ambiente, y esta ayuda puede ser efectiva en reducir el dolor emocional. A continuación se presenta un esquema (véase figura 2) en el que Linehan (1993) sintetiza la relación entre la desregulación emocional y el comportamiento límite.

Figura 2. La Relación entre la Desregulación Emocional y el Comportamiento Límite (Linehan, 1993)



La vulnerabilidad emocional (inestabilidad conductual, inestabilidad interpersonal, auto inestabilidad e inestabilidad cognitiva) en interacción con el medio ambiente devaluatorio favorecen en el individuo la disfunción en la regulación emocional, y la aparición de comportamientos poco adaptativos (como las autolesiones) para regular los afectos intensos derivados de los déficits en la regulación emocional.

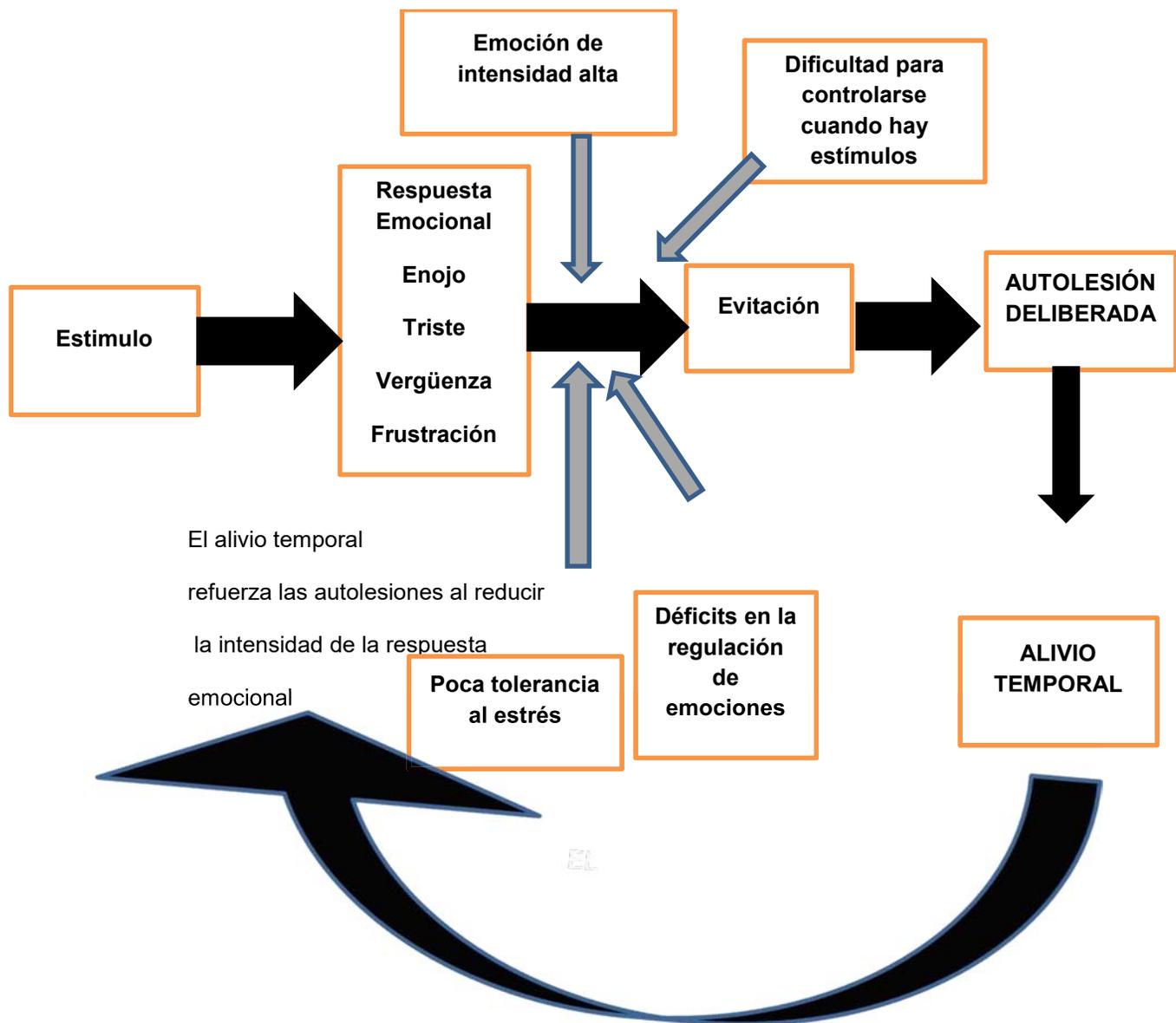
La teoría de Linehan (1993) es relevante para el estudio de las autolesiones sin intención suicida por la alta comorbilidad de sujetos con trastorno límite de la personalidad y de autolesiones sin intención suicida, además de las dificultades para la regulación emocional que se reportan en la población con autolesiones (Glenn & Klonsky, 2011; Low, Jones, & Duggan, 2001; Nock et al., 2006; Kleindienst et al., 2008; Chapman, Specht, & Cellucci, 2005; Walsh, 2007).

## **2.2. Modelo de Evitación Experiencial (MEE)**

Chapman y colegas (2006) proponen una teoría basada en evidencia para explicar los factores que controlan las autolesiones sin intención suicida, denominado el Modelo de Evitación Experiencial (MEE), en el cual se propone que las autolesiones sin intención suicida son básicamente mantenidas por reforzamiento negativo, como una manera de evitar experiencias emocionales no deseadas (Chapman et al., 2006). En este modelo, al presentarse un estímulo que provoca una respuesta emocional como enojo, vergüenza, tristeza o frustración, el sujeto experimenta la urgencia de escapar del desagradable estado de agitación, ya que al tener déficits en habilidades de regulación emocional, poca tolerancia al estrés y una alta intensidad emocional, realiza las autolesiones sin intención suicida, las cuales reducen o eliminan la agitación emocional, reforzando negativamente las autolesiones sin intención suicida (Chapman et al., 2006). En este ciclo, el reforzamiento negativo repetido refuerza la asociación entre las emociones desagradables de agitación y las autolesiones sin intención suicida, volviéndose las ANS una respuesta automática de escape. Algunos de los mecanismos potenciales

que se sugieren por los cuales las autolesiones sin intención suicida pueden proveer de un escape de la agitación emocional son: la liberación de opioides endógenos, distraer al sujeto de una agitación emocional no deseada, o servir como una función de auto castigo que reduce la agitación. Esta teoría ha sido utilizada por algunos investigadores para analizar el fenómeno de las autolesiones sin intención suicida, en adolescentes y personas con trastorno límite de la personalidad principalmente (Gratz & Gunderson, 2006; Jutengren, Kerr, & Stattin, 2011; Hulbert & Thomas, 2010). El modelo que Evitación Experiencial se esquematiza a continuación (véase figura 3).

Figura 3. Proceso de Evitación de las Emociones Negativas en las Autolesiones (Champan, 2009)



Ante la presentación de un estímulo o situación estresante, la persona experimenta emociones (tristeza, enojo) que se magnifican por una serie de déficits emocionales (poca tolerancia al estrés, emoción de intensidad alta) ante los cuales busca escapar mediante la utilización de las autolesiones no suicidas. Al proporcionar esta conducta un alivio temporal o reducción de la tensión, el comportamiento es reforzado negativamente, y el ciclo se repite.

### 2.3. Teoría de las Cuatro Funciones de las Autolesiones no Suicidas

La Teoría de las Cuatro Funciones de las autolesiones sin intención suicida (Nock & Prinstein, 2004) sugiere que para entenderlas es necesario utilizar una aproximación funcional en donde se clasifique y se traten los comportamientos de acuerdo a los procesos funcionales que producen y mantienen estos comportamientos. De acuerdo a esta teoría, las autolesiones sin intención suicida son mantenidas por reforzamiento social (interpersonal) y automático (intrapersonal). Nock y Prinstein (2004) proponen que existen cuatro funciones primarias de las autolesiones sin intención suicida divididas en dos dimensiones dicotómicas: *eventos* que son *automáticos* versus *sociales* y *reforzamientos* que son *positivos* (seguidos por la presentación de un estímulo favorable) versus *negativos* (seguidos por eliminación de un estímulo adverso). En el caso del *refuerzo automático negativo* (RAN), este se refiere al uso que el sujeto hace de las autolesiones sin intención suicida para lograr la reducción de la tensión u otros estados negativos. En el *reforzamiento automático positivo* (RAP) el sujeto realiza autolesiones sin intención suicida para obtener un estado fisiológico deseado, como el sentir dolor, para generar una emoción. En el caso de las funciones de reforzamientos social, se refieren al uso de autolesiones sin intención suicida para modificar el ambiente social del sujeto. El *reforzamiento social negativo* (RSN) se refiere al uso por parte del sujeto de las autolesiones sin intención suicida para escapar de demandas interpersonales de realizar tareas, como evitar castigos de otras personas. Finalmente el *reforzamiento social positivo* (RSP) involucra obtener la atención de otras personas mediante las autolesiones sin intención suicida. Las

cuatro funciones postuladas por Nock y Prinstein (2004) han sido utilizadas para analizar las razones que grupos de adolescentes y adultos jóvenes dan para autolesionarse, tipos de estrés relacionados con estas funciones como la depresión y la victimización entre pares, así como la relación que las funciones intrapersonales e interpersonales tienen con el inicio y mantenimiento de las autolesiones sin intención suicida (Hilt, Nolen-Hoeksema, & Cha, 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2013; Nock & Prinstein, 2005; Walsh, 2007). El modelo se presenta esquemáticamente en la figura 4 (Nock & Cha, 2009).

*Figura 4. Modelo de Cuatro Funciones de las ANS (Nock & Cha, 2009)*

		Reforzamiento Positivo (RP)	Reforzamiento Negativo (RN)
Automático (A)		RAP	RAN
Social (S)		RSP	RSN

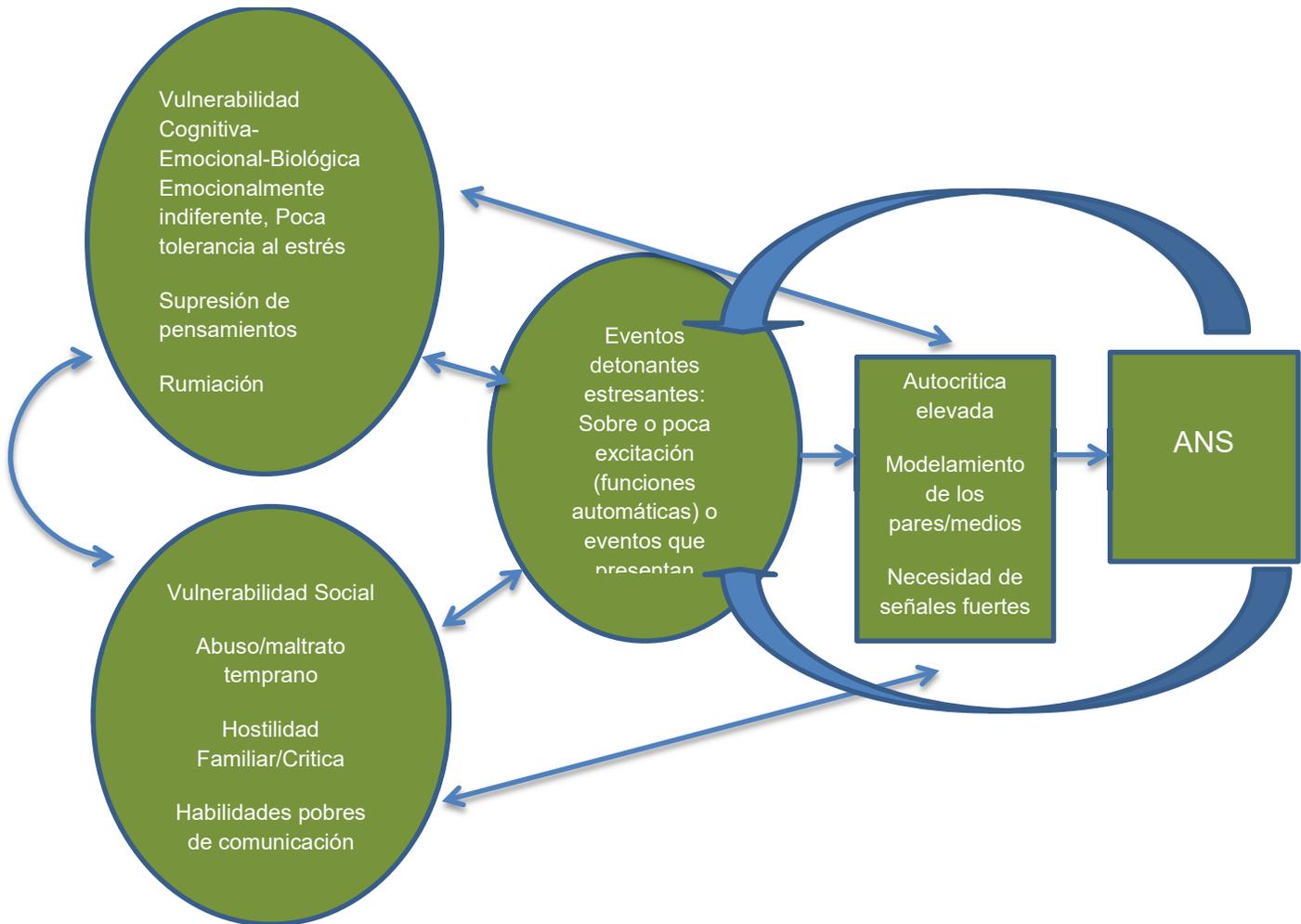
Un punto a considerar es que los motivos de un individuo para autolesionarse pueden variar con el tiempo, y que las funciones para las cuales realiza las ANS cambien en el transcurso de realizar las conductas. Además, es bastante probable que las ANS sean un comportamiento que sirva a múltiples funciones

simultáneamente para un mismo individuo (Lloyd-Richardson, Nock, & Prinstein, 2009). Una razón por la cual las personas realizan las ANS es que es una estrategia efectiva, y accesible (aunque desadaptativa) de regular las experiencias cognitivas y emocionales. Además, las ANS parecen trabajar rápidamente, ya que las lesiones traen cambios inmediatos en la atención y la agitación física, y efectiva, ya que como todo lo que se necesita es el cuerpo, se puede realizar en cualquier momento (Nock & Cha, 2009).

Otra razón para seleccionar las ANS sobre otros comportamientos, es que si la finalidad de realizar las autolesiones es comunicarse o influenciar el comportamiento de otros, entonces el realizar las ANS es más probable que logre estos objetivos que otros comportamientos menos severos. La razón de esto se encuentra articulada por el trabajo en la comunicación animal, que muestra que los comportamientos que vienen con un costo para el emisor (el organismo realizando el comportamiento) es más probable que sean creídos (sean considerados más honestos), de otra manera no se realizarían porque no traerían ningún beneficio para el emisor (Nock & Cha, 2009). Similarmente, las ANS son por definición unos comportamientos dañinos que vienen con costo físico y a menudo social para aquellos que se autolesionan, y por eso proveen una señal aguda que es más probable de ser escuchada y tomada seriamente por otros a causa de estos costos. Es posible que las ANS sean seleccionadas como una manera de comunicarse con otros cuando comportamientos menos extremos hayan fallado en comunicarse, y entonces las personas “se gradúan” en el uso de las ANS (Nock & Cha, 2009).

Es probable que el modelamiento del comportamiento de otros juegue un papel importante para realizar las ANS. Dos candidatos proveen modelos para realizar ANS: los medios de comunicación y los pares (Nock & Cha, 2009). Un estudio preguntó a adolescentes con una historia reciente de ANS de donde habían aprendido el comportamiento, y la respuesta más frecuente fue de pares (38%) (Deliberto & Nock, 2008); sin embargo, muchos también reportaron haber aprendido de los medios de comunicación (13%) como las televisión, las revistas y las películas. Un factor psicológico importante es si la persona se identifica con las ANS o cree que son un comportamiento favorable en el cual involucrarse (Nock & Cha, 2009). Consistente con esto, un estudio (Nock & Banaji, 2007) usando un test basado en tiempos de respuesta reveló que los individuos que se autolesionan tienen creencias más favorables acerca de las ANS y se identifican con el comportamiento significativamente más que los que no se autolesionan. Es necesario probar modelos nuevos de las ANS, que tomen en cuenta múltiples factores que pueden contribuir e influir en la aparición de las ANS (Nock & Cha, 2009). Un modelo como esta puede ser el de la figura 5.

Figura 5. Modelo psicológico del desarrollo y mantenimiento de las autolesiones no suicidas (Nock y Cha, 2009)



Factores tempranos tanto cognitivo-emocional-biológicos como medioambientales pueden operar para predisponer a ciertos individuos para experimentar sobreexcitación o baja excitación en respuesta a eventos estresantes o una falta de habilidades sociales para comunicarse o resolver problemas requeridas para responder adaptativamente a eventos estresantes. Estos factores a su vez tendrían un efecto sobre otros factores predisponentes como una elevada

autocrítica, además de incrementar las probabilidades de que se utilicen las ANS para regular los eventos estresantes.

#### **2.4. Modelo Interpersonal.**

Existe un creciente consenso de que la regulación emocional es la motivación primaria para las ANS, la mayoría de los teóricos concuerdan que las ANS son comportamientos sobre determinados, y que sirven a diferentes funciones y reflejan varios déficits. Investigaciones han revelado que individuos que realizan ANS reportan dificultades interpersonales sustanciales previas. La mayoría de estos hallazgos señalan dificultades específicamente en el contexto familiar, y varios estudios señalan que los adultos que realizan ANS reportan historias de maltrato físico, sexual o emocional, aunque la pregunta se mantiene, de si el maltrato infantil es un factor de riesgo único para las ANS en particular o un predictor general de psicopatología. *Teóricos del apego* sugieren que experiencias interpersonales desadaptativas en la infancia temprana dejan al individuo con una capacidad disminuida de experiencias interpersonales de apoyo o habilidades maduras de regulación emocional para el desarrollo posterior. Por otra parte los *teóricos del esquema* han sugerido que las creencias básicas respecto al aislamiento social y la alienación pueden ser un factor único de riesgo para las ANS (Prinstein et al., 2009).

Parece que estresores interpersonales preceden a la realización de autolesiones no suicidas. Los factores precipitantes pueden incluir una soledad intensa, rechazo interpersonal o una pérdida, o un conflicto reciente con un familiar,

pareja romántica, o una figura de autoridad. Prinstein et al. (2009) sugieren que las ANS, y otras formas de autolesión como los comportamientos suicidas, son el resultado de las capacidades disminuidas en el individuo para generar estrategias de comportamientos adaptativos en respuesta a situaciones estresantes. Se especula que algunos individuos pueden volverse hiper-exitados en respuesta a estímulos estresantes, y este estado compromete las habilidades de resolución de problemas, quizás incluso en individuos que serían capaces de demostrar habilidades adaptativas en un estado menos excitado (Prinstein et al., 2009).

*Los modelos funcionales* de las autolesiones tienen varias premisas. La primera es que existen múltiples estados psicológicos o creencias que pueden motivar o reforzar las autolesiones. La segunda es que es probable que exista variabilidad intra-individual en las funciones de las ANS; funciones dispares pueden motivar la realización de diferentes comportamientos de ANS (cortarse, quemarse), a través de episodios o en diferentes puntos del desarrollo. Tercera, las ANS comparten equivalencia funcional con otras manifestaciones de psicopatología, en otra palabras, las ANS sirvan a las mismas funciones que otros síntomas psicológicos y no constituyen un trastorno único que no está relacionado a psicopatología preexistente. Algunas de las funciones interpersonales de las ANS pueden servir al menos inicialmente como una forma de comunicación, como una estrategia para expresar enojo, venganza o buscar apoyo (Hilt, Nolen-Hoeksema, & Cha, 2008; Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012; Muehlenkamp et al., 2013; Prinstein et al., 2009).

Existe una substancial acumulación de evidencia que sugiere que las ANS son un comportamiento sujeto a la influencia de pares, particularmente en

adolescentes. Los teóricos sugieren que la asociación entre los adolescentes y los comportamientos de riesgo de sus pares es a través de dos procesos de homofilia. Primero los adolescentes es más probable que se afilien con otros que tienen actitudes similares y realizan comportamientos similares (referido como *efectos seleccionados*). Segundo, la exposición a los comportamientos de los pares está asociada con un incremento en el comportamiento del propio adolescente con el tiempo (*efectos socializadores*). Si los adolescentes creen que sus amigos más cercanos o pares con alto estatus avalan las ANS como un comportamiento apropiado y adaptativo, es muy posible que imiten el comportamiento, especialmente en una manera que sea observable entre aquellos que lo aprueben (Prinstein et al., 2009). Desde esta perspectiva, parecería que las ANS no son un trastorno separado, sino que son una manifestación de muchas posibles alteraciones y un comportamiento que es perpetuado por otros diagnósticos conocidos.

#### **2.4. Reflexión sobre los modelos teóricos**

Para los propósitos de esta investigación, se utilizarán elementos de las teorías de Linehan (1993), Chapman et al (2006) y de Nock y Prinstein (2004), ya que tienen muchos puntos en común pero ninguna explica en su totalidad a las autolesiones sin intención suicida. Los puntos en común que los tres modelos tienen es que las autolesiones son vistas como una estrategia para manejar, escapar o regular emociones o situaciones estresantes que los sujetos no pueden enfrentar mediante estrategias adaptativas. También que las conductas autolesivas son reforzadas por los resultados que se obtienen al realizar estos actos. Finalmente

que los sujetos tienen déficits en sus habilidades de regulación emocional. En el caso del cuarto modelo, el Interpersonal, lo vemos como un desarrollo a mayor profundidad de las funciones interpersonales que se encuentran presentes en el Modelo de las Cuatro Funciones, pero haciendo énfasis en la importancia de estudiar y analizar con mayor detalle la dimensión interpersonal de las ANS, entre ellas como una forma de comunicación, auxilio y solicitud de apoyo, ya que muchas investigaciones se han enfocado a las funciones intrapersonales. Por otra parte, la evidencia empírica para cada uno de estos modelos varía. El Modelo de Cuatro Funciones de las Autolesiones de Nock y Prinstein ha recibido soporte empírico por parte de varios estudios como el de Hilt, Nolen-Hoeksema y Cha (2008) en donde analizaron en un grupo de adolescentes femeninas encontrando que los síntomas depresivos se encontraban relacionados con realizar autolesiones no suicidas por funciones de regulación emocional, mientras que la victimización entre pares estaba asociada con realizar las autolesiones por reforzamiento social. En el caso de Lloyd-Richardson et al. (2007) las personas con autolesiones avalaron tanto razones de reforzamiento automático y de reforzamiento social para lastimarse. Muehlenkamp et al. (2012) informaron que los jóvenes suscribieron un mayor número de razones interpersonales para iniciar las autolesiones no suicidas que para repetir el comportamiento. Finalmente Nock y Prinstein (2005) examinaron en una muestra de adolescentes psiquiátricos las funciones para autolesionarse, encontrando que realizaban estas conductas tanto por funciones automáticas como de reforzamiento social.

El Modelo de Evitación Experiencial de Chapman y cols. (2006) se ha usado para desarrollar una intervención grupal en pacientes con trastorno límite para influir en la regulación emocional, encontrándose que la intervención tenía efectos positivos sobre la evitación experiencial, además de las ANS y de la regulación emocional, después de 14 semanas de intervención (Gratz & Gunderson, 2006). Hulbert y Thomas (2010) investigaron la contribución de evitación experiencial en la predicción de la frecuencia y letalidad en las autolesiones no suicidas en un grupo de pacientes con trastorno límites no suicidas, encontrando un soporte parcial del modelo que las motivaciones relacionadas con alivio de emociones negativas predecían la frecuencia de autolesiones no suicidas, y que características evitativas de la personalidad predecían un patrón más frecuente de autolesiones no suicidas. Finalmente, Chapman y cols. (2005) analizaron el papel mediador de la evitación experiencial entre el trastorno límite y las autolesiones no suicidas en prisioneras femeninas, encontrando que aunque la evitación experiencial no tenía un papel mediador, una de las conductas de la experiencia evitativa, la supresión de pensamientos, estaba relacionada con la frecuencia de las autolesiones.

Con respecto a la teoría de Linehan (1993), diferentes investigaciones han retomado elementos de la misma, como es la desregulación emocional o déficits de regulación y las dificultades para lidiar apropiadamente con los problemas, como en el caso de Hasking y cols. (2010) que encontraron que la regulación emocional tiene un papel moderador entre las autolesiones y la personalidad, mientras que Klonsky (2007) en un análisis de estudios menciona que la función de la regulación del afecto que teoriza Linehan es reportada en 18 estudios y en muestras de

personas sin trastorno límite. Otro elemento estudiado es la importancia de un ambiente familiar devaluatorio en el desarrollo de las dificultades de regulación emocional y las autolesiones. Bureau y cols. (2010) encontraron que en la relación padres e hijos, el miedo y la alineación predecían la aparición de autolesiones. En el plano terapéutico, la terapia dialéctica del comportamiento desarrollada por Linehan (1993) a partir de su teoría, ha sido reportada como el tratamiento que actualmente parece tener mejores resultados para las autolesiones no suicidas por otros estudios (Linehan et al., 2006; Robins & Chapman, 2004).

Con respecto a las fortalezas y debilidades de cada modelo, el Modelo de Cuatro Funciones de las Autolesiones de Nock y Prinstein abarca tanto funciones interpersonales como intrapersonales, ampliando la investigación sobre autolesiones no suicidas no solamente al área de la regulación emocional sino también señalando el papel que el reforzamiento social tiene en el mantenimiento de la conducta. Al describir y analizar los reforzamientos positivos y negativos de las autolesiones no suicidas, el modelo muestra que el panorama de las autolesiones es más complejo, ya que las motivaciones de las personas varían y no son un grupo homogéneo con respecto a por qué manifiestan esta conducta. Otra fortaleza que este modelo tiene es que ha sido utilizado para analizar a poblaciones de adolescentes y jóvenes que no necesariamente presentan rasgos o trastornos de la personalidad límite, teniendo una muestra variada. Una posible debilidad de este modelo es que aunque describe una amplia gama de funciones para autolesionarse, tanto intra como interpersonales, no han logrado hasta el momento dar una explicación comprensiva de por qué se origina el fenómeno de

las autolesiones, sino que el énfasis se ha puesto en describir las funciones que esta conducta tiene y como se mantiene.

El Modelo de Evitación Experiencial de Chapman y cols. (2006), explica en detalle la importancia que las dificultades en el manejo de emociones negativas tienen en el desarrollo de las autolesiones, como una estrategia evitativa para no enfrentar esas emociones, además de describir los posibles mecanismos por los cuales las autolesiones proveen de un alivio temporal ante el estrés que experimenta la persona. Una de las limitaciones de este modelo es que las investigaciones que lo han utilizado, por lo menos las revisadas hasta el momento, se han enfocado en poblaciones con trastorno límite de la personalidad, por lo que su aplicación a otras poblaciones es necesaria para poder valorar si es posible generalizar sus postulados.

Finalmente, la Teoría de la Regulación del afecto de Linehan ha sido un referente teórico de muchas de las investigaciones revisadas, aunque no retomen todos sus postulados. Específicamente, la importancia de la desregulación emocional en la aparición y desarrollo de las autolesiones no suicidas ha sido retomada por diversos autores como un elemento fundamental en el análisis de las autolesiones, y en menor medida el señalar la influencia de una familia devaluatoria en el sujeto para presentar esta conducta. Una de las ponderaciones con respecto a este modelo es que fue desarrollado para el estudio y tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, y que aunque un porcentaje significativo de las personas que presentan autolesiones no suicidas tienen rasgos o trastorno límite de la conducta, la población de autolesiones es diversa en los diagnósticos que

presentan, y no necesariamente comparten las características para las cuales se desarrolló el modelo teórico.

En una de las siguientes secciones de este trabajo propondremos un esquema tentativo de lo que consideramos necesitaría contener una teoría integradora de las autolesiones sin intención suicida. A continuación procederemos a hacer la descripción de las prevalencias, métodos de autolesiones, datos demográficos y trastornos co-ocurrentes.

### **Capítulo 3. Epidemiología de las autolesiones no suicidas y psicopatología asociada**

#### **3.1. Prevalencia y edad de inicio**

En la población en general, en Estados Unidos, los porcentajes de las autolesiones sin intención suicida o auto daño van del 2% al 6% (Briere & Gil, 1998; Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009; Klonsky, 2011; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003). En el caso de adolescentes y adultos jóvenes universitarios los porcentajes van del 9% hasta el 46% en países como Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, China, Estados Unidos, Finlandia, Japón, Hungría, Noruega y Suecia (Brown, 2009; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Muehlenkamp, Williams, Gutiérrez & Claes, 2009; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Jutengren et al., 2011; Madge et al., 2008; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Yates, Luthar, & Tracy, 2008; You, Leung & Fu, 2011), siendo estos grupos de edad los más estudiados con respecto a las autolesiones sin intención suicida. Por ejemplo, en un estudio realizado entre estudiantes pertenecientes a las

universidades de Cornell y Princeton, un 17% de los casi 3000 estudiantes hombres y mujeres elegidos al azar reportaron haberse infligido ANS (Plante, 2007). Dependiendo de las conductas consideradas, como rascarse, cortarse o usar limpiador en la piel, las prevalencias pueden variar de 27.7% a 46.5% en un mismo estudio, o el método utilizado para recolectar la información, ya que en una muestra de 440 estudiantes se obtuvo una prevalencia de 21.2 % de autolesiones intencionalmente, mientras que en un seguimiento solo un 13.9% correspondía a la definición de autolesiones, por lo que es importante tomar en cuenta las conductas o métodos incluidos dentro de los estudios de autolesiones no suicidas (Heath, Schaub, Holly, & Nixon, 2009).

La edad de inicio promedio en las autolesiones sin intención suicida es aproximadamente entre los 12 y 18 años (Brown, 2009; Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011; Csorba et al., 2009; Klonsky, 2011; Swannell et al., 2012; Taylor, Peterson & Fischer, 2012; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006).

Con respecto a diferencias por sexo, algunos estudios han encontrado diferencias significativas al observar que un número mayor de mujeres presentan autolesiones con o sin intención suicida (De Leo & Heller, 2004; Duffy, 2009; Yates, Luthar & Tracy, 2008; Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Sornberger, Heath, Toste & Mclouth, 2012; Muehlenkamp et al., 2012) mientras que otros estudios no han encontrado diferencias significativas (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Lloyd-Richardson et al., 2007; Sarno, Madeddu, & Gratz, 2010; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Williams & Hasking, 2010) en prevalencias por sexo. Un aspecto relevante a tomar en cuenta es que la mayoría de los estudios en

escenarios clínicos tienen un mayor número de mujeres que hombres, en parte porque probablemente las mujeres son más propensas a buscar ayuda psicológica que los hombres, y porque muchos de los estudios clínicos incluyen las sobredosis o consumo excesivo de medicamentos sin intención suicida, comportamientos que se encuentran principalmente en poblaciones femeninas. Esto a su vez puede llevar a conclusiones acerca de la frecuencia, tipo y funciones de las ANS desde una perspectiva básicamente femenina (Heath et al., 2009).

### **3.2. Frecuencias, duración, y métodos de las autolesiones sin intención suicida**

Con respecto a la frecuencia de las ocasiones en que se autolesionan, las ocasiones van de una hasta más de 100, con una media de entre cinco a 20 ocasiones (Bjarehed, Wangby-Lundh, & Lundh, 2012; Duggan, Toste, & Heath, 2013; Gratz & Gunderson, 2006; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012). El tiempo de duración de las conductas autolesivas va de uno a seis años, siendo entre 2 y 4 años el tiempo promedio en la mayoría de los casos (Duggan et al., 2013; Glenn & Klonsky, 2010; Hoff & Muehlenkamp, 2009; Muehlenkamp, Peat, Claes, & Smits, 2012). El número de métodos utilizados van de uno a seis por persona, y los métodos más frecuentes son el cortarse partes del cuerpo (muñecas, piernas y brazos), golpearse en el cuerpo y cara, quemarse, morderse, rascarse hasta sangrar, morderse el cuerpo, y enterrarse objetos puntiagudos en el cuerpo, siendo generalmente las cortadas el método más utilizado, pero existiendo variaciones de acuerdo a la población, ya que hay grupos en donde el golpearse en el cuerpo, morderse y rascarse hasta sangrar son más frecuentes que el cortarse (Andrews, Graham, Hasking, & Page, 2013; Csorba et

al., 2009; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Hilt et al., 2008; Hoff & Muehlenkamp, 2009; Muehlenkamp et al., 2013; Muehlenkamp, Kerr, Bradley, & Adams, 2010; Selby, Connel, & Joiner, 2010; Sim et al., 2009; Sinclair & Green, 2005; Yates, Luthar, & Tracy, 2008). En una revisión de la literatura sobre diferencias por sexo en formas de autolesionarse Heath et al. (2009) encontraron que en las mujeres es más probable que se corten, y los hombres que se auto peguen. De manera general, los métodos de las ANS no causan un daño que ponga en riesgo la vida del individuo, a diferencia de los métodos utilizados en intentos de suicidio, pero en ocasiones es posible que los individuos se lastimen más severamente de lo planeado, lastimándose permanentemente nervios de manos o brazos, o provocándose la muerte (Juhnke, Granello, & Granello, 2011).

Los estudios antes mencionados han sido descrito en su mayoría en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes a nivel universitario, de países como Estados Unidos, Reino Unido, Hungría, Suecia, Australia o Canadá, siendo los estudios en poblaciones latinoamericanas, y especialmente mexicana (Marín, Robles, González-Forteza, & Andrade, 2012; Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013) escasos hasta el momento en la literatura encontrada.

### **3.3. Psicopatología asociada**

La co-ocurrencia se refiere a la identificación de dos o más condiciones psiquiátricas simultáneas (diagnósticos, síntomas o trastornos), independientemente de que existan por razones válidas o creadas artificialmente. Por otra parte, comorbilidad es la co-existencia de dos o más enfermedades o trastornos distintos en el mismo individuo al mismo tiempo. En el caso de las

autolesiones no suicidas, tomando en cuenta el nivel de conocimiento que se tiene actualmente sobre estas conductas, se sugiere utilizar el término co-ocurrencia cuando se refiera a la presencia de autolesiones no suicidas y otras condiciones psiquiátricas o trastornos en el mismo individuo al mismo tiempo (Lofthouse, Muehlenkamp & Adler, 2009).

Por sus propias características las autolesiones sin intención suicida son un problema de salud pública, además de estar asociadas con diferentes trastornos mentales y problemáticas como depresión, ansiedad, estrés postraumático, maltrato infantil, trastornos de la personalidad especialmente el trastorno límite de la personalidad, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y conductas suicidas (Briere & Gil, 1998; Glassman et al., 2007; Klonsky & Olino, 2008; MacLaren & Best, 2010; Shenk, Noll & Cassarly, 2010; Solano et al., 2005). En un análisis de 16 investigaciones sobre autolesiones no suicidas con adolescentes realizadas principalmente en Estados Unidos y Canadá, en muestras de pacientes internados, se encontró que las ANS co-ocurrían frecuentemente con depresión, comportamientos suicidas, ansiedad y uso de sustancias, problemas de alimentación y hostilidad, mientras que en muestras comunitarias las ANS fueron asociados a los mismos factores exceptuando los trastornos de la alimentación (Lofthouse, Muehlenkamp, & Adler, 2009). En el caso de la depresión y ansiedad, numerosos estudios han analizado las correlaciones que tienen con las autolesiones sin intención suicida, ya que elevados niveles de ansiedad y depresión parecen estar relacionados con una severidad incrementada de autolesiones, además de que estados de ánimo negativos como tristeza, desesperanza o enojo son frecuentemente reportados como factores para autolesionarse para tratar de

regular emocionalmente esos estados (Brausch & Gutiérrez, 2010; Crowell et al., 2012; Giletta, Scholte, Engels, Ciairano & Prinstein, 2012; Gratz & Gunderson, 2006; Hawton et al., 2002; Hilt et al., 2008; Hoff & Muehlenkamp, 2009; Kleindienst et al., 2008; Madge et al., 2011; Moran et al., 2011; Taliaferro, Muehlenkamp, Borowsky, McMorris & Kugler, 2012).

La impulsividad también ha sido relacionada con las autolesiones sin intención suicida como un factor de riesgo ya que muchos sujetos reportan pasar poco tiempo entre que deciden autolesionarse y realizan la acción, menor premeditación en las acciones que van a tomar, además de que la impulsividad ha sido relacionada con una historia de mayor severidad de las autolesiones sin intención suicida y otras conductas de riesgo como trastornos de la conducta alimentaria o consumo de sustancias psicoactivas (Bresin et al., 2013; Claes et al., 2012; De Leo & Heller, 2004; Glenn & Klonsky, 2010; Greydanus & Shek, 2009; Madge et al., 2011; Nock & Prinstein, 2005; Paul et al., 2002; St Germain & Hooley, 2012).

Con respecto al trastorno límite de la personalidad y los trastornos de las conductas alimentarias (anorexia, bulimia, obesidad mórbida) se han realizado numerosos estudios para analizar la relación que tienen con las autolesiones sin intención suicida, encontrándose que hay una alta co-ocurrencia de estos trastornos con las autolesiones no suicidas entre el 14.5 % y 61%. Las personas que presentan tanto autolesiones sin intención suicida como trastorno límite de la personalidad o trastornos de la conducta alimentaria tienden a presentar mayor impulsividad, puntuaciones mayores en la severidad de su trastorno, mayor número de eventos traumáticos, problemas de regulación emocional, elevados niveles de

disociación, y mayores niveles de insatisfacción corporal y depresión que las personas que solo presentan trastorno límite o trastornos alimentarios sin autolesiones (Cerutti et al., 2011; Chapman, Specht & Cellucci, 2005; Claes et al., 2012; Claes et al., 2010; Ferrara, Terrinoni & Williams, 2012; Glenn & Klonsky, 2011; Haw, Hawton, Houston & Townsend, 2001; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Low, Jones, & Duggan, 2001; Muehlenkamp et al., 2009; Muehlenkamp et al., 2012; Ohmann & Popow, 2009; Paul et al., 2002; Solano et al., 2005; Svirko & Hawton, 2007; Zaki et al., 2013). En el caso de la anorexia nervosa y la bulimia, ambos desordenes pueden provocar un aislamiento social de sus pares en las personas que presentan estos trastornos, además de los efectos psicológicos que frecuentemente se presentan, como depresión, rumiación obsesiva acerca de la comida, dificultades para concentrarse, vergüenza, o miseria. Una manera frecuente de expresar sus dificultades emocionales es mediante las ANS, para castigarse, y tomar control de sus cuerpos. Respecto a las personas que presentan trastorno límite de la conducta, algunos de los principales síntomas de diagnóstico como “patrones de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen miedos de abandono, impulsividad” facilitan que el individuo presente ANS, además de ser el único trastorno que actualmente tiene como criterio diagnóstico las autolesiones (Plante, 2007).

Otro trastorno que también ha sido estudiado con relación a las autolesiones sin intención suicida es el consumo de sustancias, encontrándose que es factor de riesgo para presentar autolesiones sin intención suicida, que hay porcentajes elevados de co-ocurrencia entre ambas conductas (de 16.9% a 59.8%) y que el consumo de alcohol y otras drogas puede afectar la severidad de las autolesiones

sin intención suicida (MacLaren & Best, 2010; Alfonso & Kaur, 2012; Nock et al., 2006; Williams & Hasking, 2010) .

La relación entre autolesiones no suicidas y conductas suicidas ha sido estudiada para analizar si se trata de un mismo fenómeno o dos fenómenos distintos pero relacionados (Andover et al., 2012; Brown, Comtois & Linehan, 2002; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012). Algunas diferencias que se han encontrado entre el suicidio y las ANS (Lofthouse, Muehlenkamp & Adler, 2009) son:

*Tabla 1. Diferencias entre intentos de suicidio y ANS.*

Características	Suicidio	ANS
Demográfico	Hombres>Mujeres (consumado) Mujeres>Hombres (intentos)	Mujeres>Hombres (dependiendo la muestra)
Intención	Morir	Aliviar estrés emocional
Letalidad	Alta, requiere atención medica	Baja, rara vez requiere atención medica
Repetición	Infrecuente	Alta, de naturaleza crónica
Métodos	Frecuentemente un solo método	Métodos múltiples
Prevalencia	Baja	Alta
Desesperanza	Presente comúnmente	Infrecuente
Consecuencias Mentales	Exacerbación del dolor psicológico	Alivio del dolor psicológico

En general, las personas con autolesiones sin intención suicida comparten con aquellas personas con intentos suicidas problemáticas como depresión, desesperanza, abuso físico, impulsividad, ideación suicida, pero en niveles más bajos, además de que las personas con autolesiones no suicidas reportan actitudes menos negativas hacia la vida, mayor autoestima y apoyo parental, así como de un alivio momentáneo después de actos autolesivos sin intención suicida a diferencia

de los intentos de suicidio, que generalmente no presentan cambios de ánimo positivos. Las autolesiones no suicidas tienden a tener funciones intrapersonales, el utilizarse como un método de regulación emocional inadaptativo, para distraerse de una emoción o para expresar enojo contra la misma persona u otros, mientras que los intentos de suicidio tienden a tener funciones interpersonales como llamar la atención de una persona en específico. Los actos de autolesiones no suicidas tienden a predecir otras autolesiones no suicidas e intentos suicidas tanto transversal como longitudinalmente, pero hasta el momento no existe una sola teoría que pueda explicar los vínculos entre ambos fenómenos (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011; Bergen et al., 2012; Brausch & Gutiérrez, 2010; Chapman et al., 2006; Cloutier et al., 2009; Glenn & Klonsky, 2009; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Taliaferro et al., 2012; Wilkinson et al., 2011).

#### **3.4. Factores de riesgo y predictores**

En el estudio de las autolesiones no suicidas, se han analizado los posibles *factores de riesgo o vulnerabilidad* y los *factores predictores*. En el caso de los factores de riesgo, se han postulado factores genéticos (Nock, 2009), el maltrato infantil (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional) y la crítica familiar.

Actualmente existen varios estudios que exploran las posibles predisposiciones genéticas (Nock, 2009) que pueden tener las personas con autolesiones sin intención suicida, para tratar de explicar su alta reactividad emocional y cognitiva. La analgesia o mayor tolerancia al dolor es un dato reportado con respecto a las autolesiones sin intención suicida (Gratz et al., 2011; St. Germain

& Hooley, 2013; Weinberg & Klonsky, 2012) siendo reportados mayores umbrales de tolerancia al dolor en estas personas. Según Ballard, Bosk y Pao (2010) las vías neurológicas de regulación emocional y dolor podrían haber sido alteradas en los individuos con autolesiones sin intención suicida, especialmente los adolescentes, llevando al desarrollo de las conductas autolesivas en la etapa de la adolescencia, donde los cambios por el desarrollo del cerebro pueden llevar a un desregulación emocional y un pobre control de los impulsos. Otros investigadores (Bresin et al., 2013; Crowell et al., 2008; Plener, Bubalo, Fladung, Ludolph, & Lulé, 2012; Stanley et al., 2009) estudian el papel de los opioides endógenos en la regulación del afecto, estrés y el dolor, las deficiencias en el funcionamiento serotoninérgico, o los déficits en la regulación emocional por patrones neuronales alterados. Algunos de los aspectos de las ANS es probable que estén relacionados con ciertos neurotransmisores. Estos aspectos incluyen la impulsividad, síntomas de estado de ánimo, y la adicción. Los posibles neurotransmisores incluidos serían la serotonina, dopamina y opioides. En el caso de la serotonina, algunos comportamientos asociados con niveles bajos de serotonina incluyen intentos de suicidio. En el caso de la dopamina, se han observado comportamientos autolesivos en individuos con alteraciones en la dopamina en el cerebro como aquellos que presentan el trastorno de Lesch-Nyhan. Y en el caso de opioides endógenos, el desarrollo de ANS se sugiere por alteraciones en los circuitos de opioides que llevan a una adicción a la liberación de opioides endógenos mediante las autolesiones y a una tolerancia incrementada al dolor. En los esquemas neurobiológicos de las ANS, se parte de la suposición básica de que es un comportamiento que resulta de un grupo numeroso de eventos neurobiológicos

endógenos en respuesta a estímulos internos o externos precedentes. Los orígenes y secuencias que llevan a las ANS faltan de ser definidos (Osuch & Payne, 2009). A continuación se presentan cuatro esquemas (tabla 2) que se proponen para entender las ANS desde el punto de vista neurobiológico.

Tabla 2. Esquemas para la Neurobiología de las ANS y las suposiciones asociadas (Osuch & Payne, 2009).

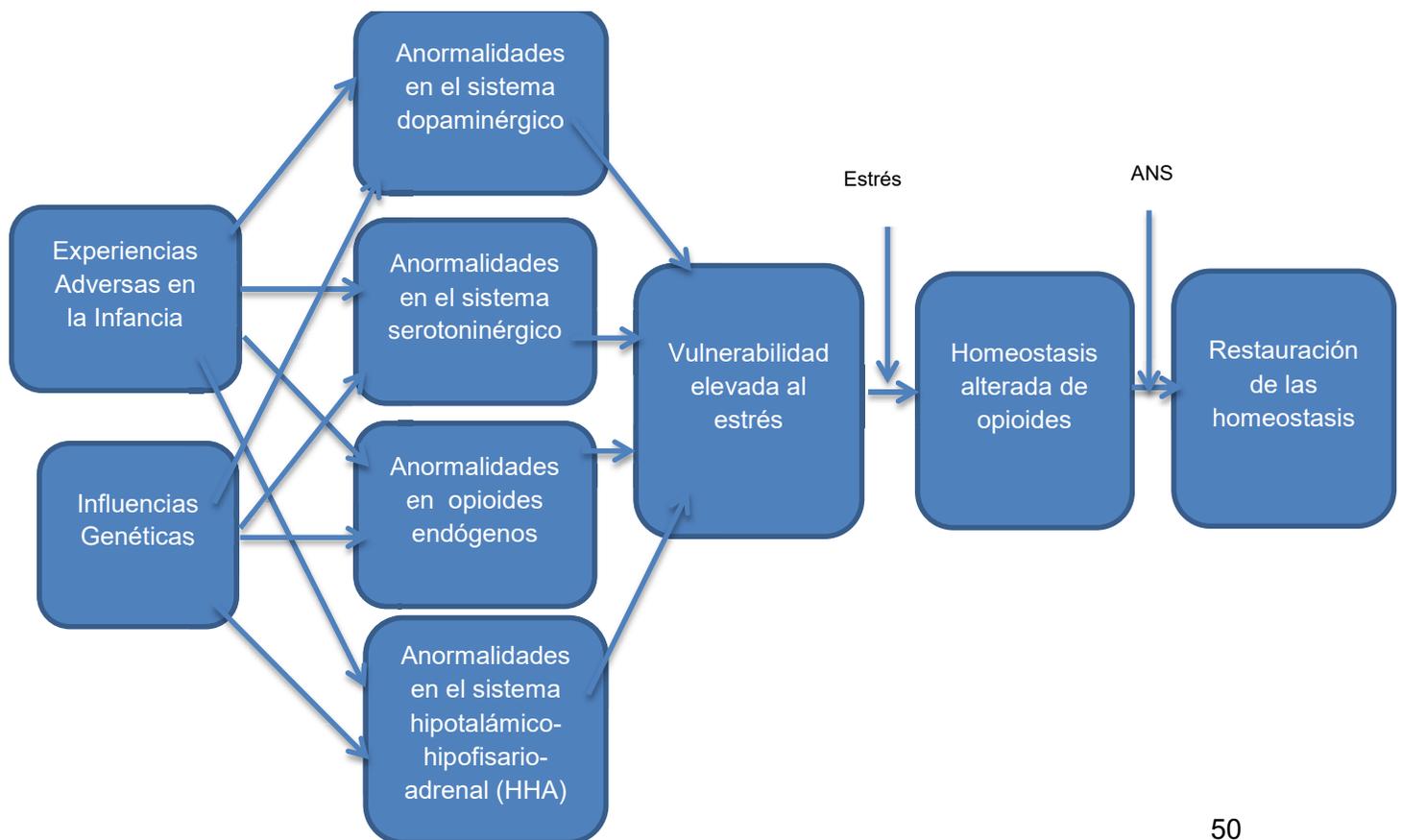
Esquema Neurobiológico	Suposición
Aprendizaje-Reforzamiento- Recompensa Exógena	La calidad de recompensa del reforzador es lo suficientemente grande para sobrepasar la cualidad aversiva de las ANS
Recompensas de la adicción- endógena	Cuando las ANS son repetidas por el individuo, puede ser asumido que activa un neurocircuito (P. ej., opioide o dopamina) de recompensa endógeno.
Experiencias sensoriales desordenados	Anormalidades táctiles o sensoriales como una percepción disminuida del dolor o sentimientos de disociación, pueden contribuir a las ANS.
Regulaciones de estado	Estados displacenteros (P. ej., miedo, soledad, sentimientos de vacío, disociación) están caracterizados por una alta probabilidad de que el individuo actúe

Esquema Neurobiológico	Suposición
	para tratar de alterar ese estado, en ocasiones muy efectivamente mediante las autolesiones.

Por otra parte, los opioides endógenos han sido implicados en la expresión de las ANS en muchos trastornos psiquiátricos y del desarrollo, incluido el trastorno límite de la personalidad, retraso mental y autismo. Evidencias de este rol está basado en a) el éxito parcial del tratamiento con antagonistas para aliviar las ANS, b) reportes de sensibilidad alterada durante episodios de ANS y c) descubrimientos de niveles alterados de opioides en individuos con ANS (Sher & Stanley, 2009). La deficiencia de los opioides podría resultar de un estrés y trauma crónicos durante la infancia, como abuso o negligencia. Hay una alta incidencia de traumas infantiles en aquellos que realizan ANS. Los eventos traumáticos podrían alterar los niveles fisiológicos de opioides o podrían crear un estado deficiente. Otra posibilidad es que hay una habituación a niveles elevados de opioides endógenos en la infancia causada por una exposición recurrente a un abuso sexual o físico. Cuando las ANS se presentan en el trastorno límite de la conducta son generalmente seguidas a una mejora del estado de ánimo, específicamente una disminución del afecto negativo, y un incremento del afecto positivo, sugiriendo que las autolesiones podrían actuar como un acto de auto curación mediante la restauración de afecto positivo, aunque sea brevemente (Sher & Stanley, 2009).

La desregulación en el neurotransmisor serotoninérgico ha sido propuesta de jugar un rol en la expresión de las ANS. Alteraciones en las funciones del sistema serotoninérgico han sido implicadas en la expresión de las ANS en monos Rhesus. En el caso del sistema dopaminérgico, reducciones en la dopamina de los ganglios basales ha sido propuesta de tener un rol en las expresiones de las ANS en individuos con trastornos del desarrollo y enfermedad de Lesch-Nyhan. El sistema de estrés hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) ha sido implicado en las ANS. Experiencias tempranas adversas y traumas de vida han sido vinculados a cambios duraderos en los sistemas de respuesta al estrés periféricos y centrales (Sher & Stanley, 2009). Un sistema de homeostasis de las autolesiones se propone en la figura 6.

*Figura 6. Modelo Biológico de las autolesiones no suicidas (Sher y Stanley, 2009)*



En este modelo, los individuos que se autolesionan pueden haber tenido niveles crónicamente bajos de opioides endógenos. Las autolesiones se pueden ver como un intento de restaurar los niveles de opioides endógenos a niveles normales. La deficiencia de opioides podría resultar de un severo y crónico trauma y estrés infantil, como el abuso, negligencia, y pérdida. Traumas severos podrían crear una deficiencia permanente o una habituación a niveles elevados de opioides endógenos. Por lo tanto, los pacientes con historias de abuso podrían requerir mayores niveles de endorfinas para poder enfrentar el estrés como adultos. La dimensión biológica añade un nuevo elemento de análisis en las autolesiones. Hasta el momento no se han encontrado estudios que evalúen la agregación familiar de las autolesiones no suicidas.

Referente al *maltrato infantil* y su relación con las autolesiones no suicidas, los estudios al respecto muestran resultados contradictorios, ya que varios investigadores refieren que el abuso sexual, abuso emocional y abuso físico tienen asociaciones fuertes con las autolesiones no suicidas, siendo estas mediadas por variables como la autocrítica, déficits en la regulación emocional, estrés postraumático, disociación, alexitimia y auto reproches (Glassman et al., 2007; Gunter et al., 2012; Kaess et al., 2013; Muehlenkamp et al., 2010; Shenk, Noll, & Cassarly, 2010; Swannell et al., 2012) mientras que otros (Klonsky & Moyer, 2008; Weismore & Esposito-Smythers, 2010) reportan que no hay relación entre el maltrato infantil y las autolesiones sin intención suicida, o esta relación es modesta,

aunque si hay una relación entre el asalto sexual y mayor número de distorsiones cognitivas y una evaluación propia más negativa.

De acuerdo con Yates (2009), las ANS han emergido como un punto final compartido de numerosas y estructuralmente variadas vías del desarrollo, muchas de las cuales se originan en experiencias adversas en la infancia. Experiencias infantiles de cuidadores maltratadores surgen constantemente como una poderosa condición inicial de caminos para las autolesiones con porcentajes del 79% de aquellos que se autolesionan reportando historias de abuso o negligencia en la infancia (Yates, 2009).

El maltrato infantil tiene una influencia negativa en los procesos de desarrollo a diferentes niveles, incluidos el sistema del yo (ej. imagen corporal, representación del yo, auto-reconocimiento), regulación del afecto y control de los impulsos (comportamiento hacia otros, disociación y memoria), patrones de relaciones (desconfianza, sensibilidad al rechazo) y neurofisiología (modulación de los sistemas simpáticos y parasimpáticos, estructura del cerebro) (Yates, 2009).

Se resumen a continuación tres vías entre el maltrato infantil y las ANS. Primero, un *camino representacional* puede llevar a los individuos hacia las ANS mediante representaciones internalizadas del yo como defectuoso, de otros como malévolos, y de las relaciones como peligrosas después de patrones recurrentes de transacciones negativas en el cuidado temprano. Segundo, el maltrato infantil, solo o junto con las vulnerabilidades representacionales, puede frustrar las capacidades emergentes del niño de procesar el afecto en las áreas de integración, simbolización, y reflexión. Esto en consecuencia, incrementa la probabilidad de un *camino regulatorio* para las ANS. Tercero, el maltrato puede iniciar alteraciones

neurobiológicas y cascadas fisiológicas que contribuyen a un *camino reactivo* hacia las ANS (Yates, 2009). Véase tabla 3.

*Tabla 3. Posibles Vías Subyacentes a Asociaciones Observadas entre Maltrato Infantil y Autolesiones No Suicidas (Yates, 2009)*

Vía del Desarrollo	Sistemas Básicos	Rol del Cuerpo
Representacional	Representaciones del Yo como defectuoso Representaciones de los otros como malévolos Representaciones de las Relaciones como peligrosas.	Sitio de castigo y/o relajación en lugar de las relaciones
Regulatorio	Integración frustrada del afecto y la cognición Simbolización reducida del afecto mediante el lenguaje Capacidad disminuida para reflejarse en estados de sentimientos del Yo y de los otros.	Medio para simbolizar afecto, particularmente en una forma impulsiva dada la reducción de la aportación cognitiva
Reactivo	Desregulación neurofisiológica en procesos endocrinos y bioquímicos subyacentes en regulación y reacción al estrés.	Herramienta para alterar la reactividad biológica y la excitación

*La vía representacional.* Sostiene que el maltrato causa o exagera las representaciones negativas del Yo, de los otros, y del Yo en relación con los otros, que en consecuencia, contribuye a la aparición de autolesiones no suicidas. En el contexto del maltrato, el niño enfrenta el conflicto entre internalizar la culpa por el

abuso, y por lo tanto tener una representación del yo como malo, o externalizar la culpa del abuso, y por lo tanto tener una representación de los otros como peligrosos y el yo como indigno de cuidado. *La vía regulatoria.* Las respuestas sensibles sensitivas y de contención del cuidador a las expresiones afectivas del niño le enseñan que esas emociones no van a sobrepasar o saturar a su padre (y por extensión al niño) y que el afecto será compartido, conocido y tolerado. En el caso de maltrato, una desviación ocurre tal que un proceso defensivo del afecto con una sofisticación incrementada ocurre en vez de que el proceso adaptativo que ocurre en el desarrollo normativo. En esta visión, las ANS constituyen una acción y una estrategia basada en el cuerpo para regular las emociones en la ausencia de capacidades adaptativas de integración, simbolización y reflexión. El maltrato puede alterar la progresión normativa del niño hacia el uso de símbolos, particularmente el lenguaje, para compartir experiencias emocionales con otros. En esta vía, el maltrato puede dejar al afecto que sea simbolizado a través del cuerpo en vez que sea mediante el lenguaje y las relaciones. *La vía Reactiva.* Experiencias adversas en el entorno de los cuidados pueden alterar sistemas básicos subyacentes a la reactividad fisiológica, activando o modificando sistemas biológicos que pueden contribuir a las autolesiones. Existe una creciente evidencia de que el maltrato influye en la estructura, organización y funciones de los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés. Sistemas como el eje Límbico-Hipotalámico-Adrenal-Pituitario, y el sistema simpático-norepinefrina-médula adrenal, sufren alteraciones significativas en el caso de maltrato infantil. Probablemente, el proceso reactivo contribuye a las ANS directamente a un nivel fisiológico, y de manera indirecta al incrementar estados subjetivos de estrés y

excitación que pueden, a su vez, magnificar las vías representacionales o regulatorias hacia las ANS. El maltrato introduce alteraciones en los procesos representacional, regulatorio y reactivo que definen caminos hacia las ANS (Yates, 2009).

Existen muchos factores de riesgo para las autolesiones sin intención suicida postulados por los investigadores, entre los que se encuentran un ambiente familiar devaluatorio, actitudes negativas hacia la vida, preocupación sobre el propio cuerpo, exposición a autolesiones por parte de pares, rumiación, perfeccionismo, desesperanza, alienación y falta de miedo (Andover et al., 2012; Bureau et al., 2010; Selby et al., 2010; Sim et al., 2009; Hoff & Muehlenkamp, 2009; Moya & Rayneet, 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Muehlenkamp et al., 2012) entre otros factores de riesgo.

Hawton, Saunders y O'Connor (2012) estudiaron factores de riesgo para autolesiones sin intención y suicidio en adolescentes, y entre los que encontraron están:

- a) Factores sociodemográficos y educacionales. El sexo (femenino para autolesiones no suicidas y masculino para suicidio), bajo nivel socioeconómico, orientación sexual lésbica, gay, bisexual o transgénero, y logros restringidos en el área académica.
- a) Eventos negativos de vida individuales y adversidad familiar. Separación de padres o divorcio, muerte de padres, experiencias adversas en la infancia, abuso sexual o físico, historia familiar de comportamiento suicida, acoso escolar, dificultades interpersonales.

- b) Factores psiquiátricos y psicológicos. Trastornos mentales, especialmente depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, abuso de alcohol y drogas, impulsividad, baja autoestima, y pocas habilidades de resolución de problemas.

Otros factores que influyen sobre las autolesiones no suicidas son el internet y los medios. Celebridades como la Princesa Diana, Johnny Depp, Angelina Jolie y Cristina Ricci han admitido públicamente que han realizado ANS y compartido información detallada acerca de cómo y porque funcionó para ellos. Aunque quizás no tenían la intención de promover las autolesiones, estas revelaciones de alto perfil sirven para la diseminación de ideas que en términos epidemiológicos sirven como vectores para el contagio (Whitlock, Purington, & Gershkovich, 2009). Aunque parte de la atención que los medios han dedicado al fenómeno de las autolesiones tiene el propósito de educar o de presentar personajes y situaciones ficticias, la red de información resultante puede resaltar a las ANS como una técnica de descarga emocional para individuos predispuestos al comportamiento, similar al patrón observado a la expansión de la anorexia nervosa en los 80s (Whitlock & Knox, 2009).

Estudios muestran que el uso de internet permite el desarrollo de vínculos positivos mediante la formación de lazos sociales para algunos individuos que encuentran difícil construirlos fuera de la red. Sin embargo, también sugieren que el uso de internet puede incrementar el aislamiento en la vida real, exponer y reforzar auto narrativas desadaptativas, o permitir el desarrollo de redes de individuos con agendas que son peligrosas para la sociedad. Virtualmente todos

los estudios de la relación entre los medios y la agresión, han encontrado relaciones fuertes y directas. Aunque sería ingenuo asumir que los medios causan los comportamientos agresivos, como las autolesiones, las investigaciones muestran en su mayoría que los medios juegan un rol importante en la diseminación de comportamientos nuevos, en normalizar comportamientos nuevos, y en la preparación de los espectadores en la adopción de comportamientos que nunca habrían considerado. Los foros en internet de autolesiones son numerosos, fácilmente accesibles, y muy visitados. En el año de 2005, se encontraron 406 en sitios de habla inglesa, y había más de 500 un año después (Whitlock et al., 2009). Se encontró que una vez en línea, los individuos buscan y proveen apoyo e información online. También intercambian y comparten estrategias para cesar el comportamiento, encontrar ayuda, evitar ser descubiertos, tratar heridas severas, e incluso en como lesionarse en maneras diferentes. El rol que tiene internet en las autolesiones es necesario que sea estudiada a mayor profundidad (Whitlock et al., 2009). La tecnología se ha vuelto un mediador o sustituto de las relaciones reales para toda una generación de jóvenes que evitan conflictos o sensaciones displacenteras simplemente desconectándose. Esto favorece carencias en habilidades para manejar la tolerancia a la frustración, los conflictos o la soledad (Plante, 2007).

Los episodios de contagio de autolesiones se han reportado en niños, adolescentes o jóvenes adultos que viven en escenarios institucionales o de tratamiento como orfanatos, pacientes hospitalizados, prisiones o escuelas. Algunos de los motivos que pueden influenciar el contagio social son: un deseo de reconocimiento, de cambiar el comportamiento de otros, un deseo de ser castigado,

competición entre pares, desinhibición al ver a otros realizar el comportamiento o competencia por los recursos de los cuidadores si son escasos (Walsh & Doerfler, 2009).

Por otra parte, en el caso de los factores que predigan las autolesiones sin intención suicida, de acuerdo con diferentes autores son: historia previa de autolesiones sin intención suicida y síntomas de trastorno límite, problemas en las relaciones, victimización entre pares, conductas impulsivas, rumiación y pérdida de miedo al dolor (Glenn & Klonsky, 2011; Jutengren et al., 2011; Selby et al., 2010; You et al., 2011; You & Leung, 2012).

### **3.5. Factores protectores**

Los factores protectores son aquellos que bajan la probabilidad de que un trastorno se presente. Los factores protectores se pueden ver como variables que incrementan la resiliencia del individuo frente a estresores medioambientales y factores de riesgo. El manejo eficaz de las emociones negativas o la expresión apropiada de emociones negativas, han sido sugeridos como un factor protector para las ANS. También el soporte familiar (especialmente de padres) y el social han sido asociados con un menor riesgo de presentar conductas autolesivas. Otros factores de protección son tener niveles bajos o inexistentes de tendencias suicidas, una creencia elevada en las posibilidades de la vida, sin uso de sustancias psicoactivas, y no ser una víctima de acoso escolar. Finalmente, acceso a espacios de interacción social que promuevan actividades saludables (como clubs

deportivos) así como recibir servicios de salud mental pueden ser de ayuda (Klonsky & Glenn, 2009; Juhnke et al., 2011; Moya & Rayneet, 2012).

### **3.6. Las autolesiones sin intención suicida y la regulación emocional**

La regulación emocional se puede describir como la capacidad de entender y estar consciente de las emociones que se experimentan, la aceptación de estas emociones, la habilidad de manejar comportamientos compulsivos cuando se experimentan emociones negativas, y la habilidad de usar estrategias apropiadas para flexibilizar las respuestas emocionales de acuerdo a las demandas de las situaciones. La falta de todas o algunas de estas habilidades indicarían dificultades de regulación emocional o desregulación emocional (Gratz & Roemer, 2004). Las autolesiones sin intención suicida y su relación con los déficits de regulación emocional han sido estudiadas tanto por los autores de las principales teorías sobre autolesiones (Linehan, 1993; Chapman et al., 2006; Nock & Prinstein, 2005) y por numerosos investigadores (Armey, Crowther & Miller, 2011; Claes et al., 2010; Chapman & Dixon-Gordon, 2007; Glenn, Blumenthal, Klonsky, & Hajcak, 2011; Hasking et al., 2010; In-Albon, Burli, Ruf, & Schmid, 2013; Klonsky, 2007; Klonsky, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp et al., 2013; Nock, 2009; Nock & Mendes, 2008; Selby et al., 2010; Sim et al., 2009; Taliaferro et al. 2012; Taylor, Peterson & Fischer, 2012; Weinberg & Klonsky, 2012; Williams & Hasking, 2010). Sintetizando la información de estos artículos se puede decir que las autolesiones sin intención suicida son una estrategia no adaptativa para evitar, manejar o intentar controlar emociones y estresores que la persona no puede manejar de otras maneras más adaptativas, ya sea por carencias de su propio

desarrollo o que la intensidad de la emoción rebasa sus capacidades. Antes de autolesionarse los estados de ánimo generalmente son negativos (enojo, tristeza, desesperanza, auto reproche) alcanzando su máxima intensidad en los momentos previos a la autolesión sin intención suicida, y disminuyendo o por lo menos no aumentando después del acto de autolesión. Por otro parte, generalmente las personas reportan un alivio o un estado de ánimo de valencia positiva después de la autolesión, aunque este alivio solo es temporal. La conducta se refuerza tanto por factores intrapersonales (el alivio, el control del momento en que se autolesiona) como por factores interpersonales (la atención recibida, compartir el acto con otra persona) los cuales variarían de importancia de acuerdo a las particularidades de la persona. El acto de autolesión no tiene el propósito de acabar con la vida de la persona, sino hacer frente o manejar una situación emocional para la que no hay otra respuesta. Resumiendo:

- Un afecto negativo agudo precede las autolesiones sin intención suicida.
- Las autolesiones sin intención suicida en su mayoría se realizan en un intento de aliviar afectos negativos.
- El afecto negativo disminuye y se presenta alivio después de las autolesiones sin intención suicida.
- El afecto negativo y la agitación se reducen después de la realización de sustitutos de las autolesiones sin intención suicida en estudios de laboratorios, además de que las personas con autolesiones tienden a presentar umbrales para el dolor más amplios que los que no se

autolesionan (Klonsky, 2007; Gratz et al., 2011; Nock & Mendes, 2008; Weinberg & Klonsky, 2012).

En una revisión de Gratz y Roemer (2004) sobre la conceptualización y teorización sobre la regulación y desregulación emocional, encontraron que la regulación emocional involucra más la modulación de las emociones experimentadas que la eliminación de la emoción. Esto tiene que ver con lo que otros investigadores (Gross & John, 2003) han descrito, que el suprimir la expresión de las emociones, o *supresión expresiva* incrementa la agitación fisiológica, incrementando los riesgos de desregulación emocional, al ser más difícil los niveles elevados de agitación. Gross (2002) reportó que tanto la revaloración cognitiva como la supresión expresiva disminuyeron la expresión de comportamientos de disgusto en una muestra de individuos, pero los que usaron la supresión mostraron grandes incrementos en la activación simpática, y no tuvo ningún efecto en la experiencia de malestar (Gross, 2002). La regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004) puede conceptualizarse como una habilidad que involucra las siguientes funciones:

- a) Entendimiento y conciencia de emociones
- b) Aceptación de las emociones
- c) Habilidad de controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo a las metas establecidas cuando se experimentan emociones negativas

- d) Habilidad para usar estrategias emocionales apropiadas de acuerdo a la situación y flexibilidad para modular las repuestas emocionales para poder lograr los objetivos y demandas situacionales

### **3.7. Las Relaciones Familiares y Autolesiones Sin Intención Suicida**

La influencia de la familia, especialmente los padres, en el desarrollo de las ANS ha sido investigada por diversas investigaciones. Linehan (1993) postula que las familias con ambientes devaluadores favorecen la desregulación emocional de los individuos, al fallar en enseñar cómo desarrollar tolerancia al estrés, regular la agitación emocional y confianza en las respuestas emocionales. Kaess et al. (2013) encontraron que la realización de ANS tenía alta asociación con varias experiencias adversas en la infancia, especialmente antipatía maternal y negligencia. Sim et al. (2009) investigaron si las respuestas de los padres a la expresividad emocional de sus hijos influenciaban su funcionamiento psicosocial, reportando que en el caso de las mujeres el clima familiar (familias devaluatorias) influenciaba la frecuencia de las autolesiones al afectar las habilidades de regulación emocional de los individuos. Finalmente, Crowell y cols. (2008) observaron que existían niveles más elevados de afecto negativo y niveles menores de afecto positivo y cohesión en las familias de personas que se autolesionaban.

Por lo anterior la relevancia de la familia y su influencia en la aparición de las ANS no puede ser minimizada. Dentro de las variables importantes a analizar en la familia, por su posible influencia en los adolescentes y jóvenes adultos, se encuentran los estilos parentales, que pueden ser definidos como las variaciones normales en los intentos que los padres realizan para controlar y socializar a sus

hijos (Darling & Steinberg, 1993) y que comprenden dos dimensiones, responsividad y exigencia, y se dividen en cuatro estilos: autorizativo (alto en ambas dimensiones), permisivo (alto en involucramiento y bajo en supervisión), autoritativo (bajo en involucramiento y alto en supervisión) y negligente (bajo en ambas dimensiones) (Aguilar-Villalobos et al., 2007). En una investigación realizada en estudiantes a nivel licenciatura en la Ciudad de México, se encontraron correlaciones significativas entre el estilo parental y los niveles de depresión y autoestima, siendo aquellos estudiantes con padres autoritarios y negligentes lo que presentaban niveles más elevados respecto a aquellos que describían a sus padres como autorizativos (Aguilar-Villalobos et al., 2007).

#### **Capítulo 4. México y las Autolesiones sin intención suicida**

Con respecto a México, hay pocas publicaciones específicas sobre las ANS mientras que hay bastante más sobre conductas suicidas en general. González-Forteza y cols. (2002) realizaron una investigación para ver la prevalencia del intento suicida en la Ciudad de México, por delegación, sexo, nivel educativo (secundaria, bachillerato o bachillerato técnico, tipo de escuela, frecuencia (número de ocasiones), principal motivo y método utilizado. Cuando se realizó la búsqueda, en inglés aparece como self harm (auto daño) enfocado más a la conducta autolesiva que puede ser suicida o no suicida dependiendo del estudio. Se utilizaron dos muestras de estudiantes: en 1997 fue de 10,173 estudiantes y para el 2000, de 10,578 (González-Forteza et al., 2002). En 1997, la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes en la Ciudad de México fue de 8.3% (N=849) y en 2000

se incrementó a 9.5% (N=1,009). En el mismo año de 1997, las siguientes fueron las delegaciones con las prevalencias más altas, mayores a la global en por lo menos una unidad porcentual (>9.3%): Cuauhtémoc, (11.3%), Tlalpan, (10.1%), Iztacalco, (9.9%) y Benito Juárez (9.6%), y en 2000 (por arriba de 10.5%) fueron: Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8%) y Cuauhtémoc (10.6%) (González-Forteza, y otros, 2002).

Esta problemática fue más frecuente en las mujeres (más de tres por cada varón). En el nivel de bachillerato, las prevalencias fueron mayores; hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos. Se encontró el siguiente perfil de las características del intento suicida en cuanto a: *Edad*: ocurrencia del único/último intento entre los 10 y 15 años; *recurrencia*: una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones, la proporción de uno por cada cinco obtenida en 1997, aumentó a uno de cada tres en 2000; *motivos*: un claro predominio en la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos); *métodos*: el más frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzocortante (frecuentemente, un *cutter* o un pedazo de vidrio); y *letalidad*: casi la tercera parte de los(as) estudiantes reportaron haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría. Esto indica que estas cifras incluyen ambas autolesiones con y sin intención suicida (González-Forteza et al., 2002).

Aunque interesantes, los datos anteriores se refieren más a la esfera de los intentos suicidas, aunque es de esperar que hay una comorbilidad y concurrencia con las autolesiones sin intento suicida. Otro estudio investigó las prevalencias de

intentos de suicidio o auto daño en el estado de Guanajuato, enfocado a las autolesiones suicidas (González-Forteza et al., 2005). Otros artículos en donde se mencionan las autolesiones (Quintanilla-Montolla, Valdez-Figueroa, Vega-Miranda, & Florez-Ramírez, 2006), que trata sobre estrategias de afrontamiento en pacientes con intento suicida, y que menciona las autolesiones no suicidas aunque el trabajo se enfoca a los intentos de suicidio en pacientes femeninas. Otro artículo que se encontró que habla de autolesiones como auto daño (deliberate self harm) es el de Marín, Robles, González-Forteza y Andrade (2012), en donde se hace la adaptación para la población mexicana de la escala de Gratz y Roemer, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS -por sus siglas en inglés). Encontró que la desregulación emocional está asociada con un número de patologías emocionales como las autolesiones, depresión y ansiedad entre otras (Marín et al., 2012).

Otra investigación sobre autolesiones la realizaron García-Mijares, Alejo-Galarza, Mayorga-Colunga, Guerrero-Herrera y Ramírez-García Luna (2015). En una muestra clínica de 106 adolescentes (11-17 años) encontraron que 74 pacientes tenían una historia de autolesiones, esto como parte de la validación al español del Self-Harm Questionnaire (García-Mijares et al., 2015). Finalmente, Ulloa Flores et al. (2013) realizaron una investigación con población clínica en un hospital psiquiátrico infantil con una muestra de 556 adolescentes de 12-17 años de edad, que se autolesionaron y que recibieron atención entre 2005 y 2011. Encontraron una mayor prevalencia de personas del sexo femenino, un bajo nivel socioeconómico, presencia de violencia intrafamiliar, y antecedentes de abuso sexual. Los diagnósticos co-ocurrentes más frecuentes fueron trastornos afectivos, trastornos de conducta y abuso de sustancias. Los métodos con mayor frecuencia

fueron los cortes superficiales en muñecas y antebrazos, seguidos de los golpes y rasguños. En cuanto a los motivos referidos estuvieron principalmente baja tolerancia a la frustración y manipulación (42.1%), relacionado con síntomas afectivos como tristeza o irritabilidad o “para sentir algo” (30.6%), y por ansiedad (19.1%). Respecto a la presencia de las conductas autolesivas, estas habían estado presentes por lo menos en los últimos 18.48 ( $\pm 16.8$ ) meses, siendo frecuente (cuatro o más veces por mes) en 43% de los casos. La información proporcionada presenta datos descriptivos sobre las autolesiones en el área hospitalaria, aunque en la definición que utilizan de autolesiones no se especifica si son autolesiones no suicidas o suicidas, ya que está basada en el auto daño (*self-harm -en inglés*) ya que varias de las conductas que incluyen, como ingesta de pastillas, saltar de lugares elevados, o morderse ya no se incluyen en las definiciones de autolesiones no suicidas (APA, 2013).

Analizando la información que se ha encontrado, existen datos nulos acerca de la prevalencia, características de las conductas y correlatos con otros trastornos y características psicológicas de las autolesiones sin intencionalidad suicida en la población universitaria mexicana, por lo que es pertinente realizar la investigación que estamos proponiendo.

## **Capítulo 5. Características psicológicas y sociales de la población universitaria entre los 17 a 26 años.**

En México la población universitaria es un grupo privilegiado de la población, ya que solo el 19.9% de los jóvenes tienen acceso a la educación superior (INEGI,

2014). La población universitaria varía con respecto a la edad que tienen los estudiantes, y el rango de edad que nos interesa estudiar en la presente investigación comprende entre los 17 a 26 años, y está compuesto por dos etapas del desarrollo diferentes, la adolescencia, 17-19 años, y la adultez temprana o juventud, 20-26 años aproximadamente (Felman, 2006).

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, y consiste en grandes cambios interrelacionados con todas las áreas del desarrollo. Existen cambios no sólo en las dimensiones físicas, sino también en las competencias cognitivas, sociales, la autonomía y la intimidad. Es una etapa en donde se presentan una serie de conductas de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de drogas o la actividad sexual. En general los adolescentes son saludables, aunque muchos reportan problemas de salud como dolores de estómago, jaquecas, sentimientos de cansancio, soledad y debilidad. Cognitivamente, los adolescentes entran el nivel más alto del desarrollo cognitivo, el de las operaciones formales, que es la capacidad para el pensamiento abstracto. Por otra parte, el pensamiento de los adolescentes presenta ciertas características de inmadurez como el de la oscilación entre el idealismo y el pensamiento crítico, tendencia a discutir, indecisión o la suposición de ser especiales e invulnerables. En el área psicosocial, la búsqueda de identidad, la orientación sexual, y las relaciones con la familia, los pares y la sociedad adulta adquieren relevancia para los adolescentes. También es una etapa en donde empieza la preparación vocacional y educativa para aquellos que pueden y deciden entrar a la universidad (Papalia, Olds & Felman , 2002).

Por otra parte la adultez temprana o juventud es un periodo en donde los individuos no son adolescentes, pero todavía no pueden considerarse adultos plenamente. La juventud es una etapa de exploración profesional, búsqueda de la identidad personal y la creación de compromisos. Algunos de los cambios en los roles que se esperan en esta etapa son la capacidad de votar, el terminar los estudios, comenzar a trabajar en un empleo y establecer un hogar independiente. Sin embargo estas metas son conquistadas en puntos muy diferentes por las personas entre los 20 y 30 años. El ingreso a la universidad es uno de los signos de entrada a la edad adulta. Los estudiantes universitarios tienden a estar entre los 18 y 25 años de edad. En general los jóvenes universitarios tienden a enfocarse a la solución de problemas, la autonomía y el pragmatismo, además de equilibrar las obligaciones familiares y laborales con los estudios universitarios. En el aspecto cognoscitivo, los jóvenes adultos tienden a tener una disminución significativa de la frecuencia que comenten actos temerarios como el conducir a alta velocidad, tener relaciones sexuales sin protección o realizar actos vandálicos, respecto a la etapa de la adolescencia. En general la salud de este grupo de edad es buena, aunque factores como el tabaquismo, el alcoholismo y la nutrición son factores que influyen sobre la salud del joven (Kail & Cavanaugh, 2011).

En México la población comprendida entre 15 y 29 años de edad son el 24.9% de la población total (INEGI, 2014). En los adolescentes y en los jóvenes de 20 a 24 años la población masculina es mayor a la femenina, con 106.8 y 102.8 hombres por cada cien mujeres, respectivamente; en el grupo de 25 a 29 esta relación se invierte (92.9) debido a la sobremortalidad masculina y a la migración

internacional que es predominantemente masculina y que empieza a ser notoria a partir de este grupo de edad. De acuerdo a datos del Censo de Población y vivienda (INEGI, 2010), el Distrito Federal concentra el 7.2% de la población de jóvenes en México. Con respecto al estado conyugal de la población joven, se observa que la mayoría se encuentra soltera, siendo el 61.1% de los jóvenes solteros. Con respecto a la educación, el porcentaje de personas entre los 15 y 29 años que tienen estudios universitarios es del 16.3 %, siendo un 15.5% de hombres y 17.1% de mujeres con nivel superior de educación. Referente a las ocupaciones, el 47.1% de los jóvenes trabaja y el 26.7% estudia, y el restante 26 por ciento no estudia ni trabaja. Entre los motivos que refieren para no continuar sus estudios universitarios, un 43% mencionó la necesidad de realizar una actividad remunerada para sostenerse o ayudar a su familia, mientras que un 24% comentó que “no le interesaba la universidad” (INEGI, 2010). Ambos motivos reflejan parte de la problemática de los jóvenes en México, como son la desigualdad económica y el desencanto de sectores por la educación superior. En el caso de los estudiantes universitarios, el 32% aparte de estudiar llevan a cabo alguna actividad laboral. Mientras que los estudiantes en universidades públicas el 64% lo hacen por necesidad, en 85% de los estudiantes en universidades privadas lo hacen para adquirir “experiencia laboral”. Respecto a la escolaridad de los padres de los universitarios, sólo el 26% de los padres de los estudiantes de escuelas públicas tiene una carrera universitaria, mientras que en escuelas privadas se llega al 70% (De Garay-Sánchez, 2003). La pobreza y la exclusión son condiciones a las que una mayoría de los jóvenes en México se tienen que enfrentar, ya que en un análisis realizado en 2009, solo un 10% de los jóvenes (17-30 años) en América Latina que

trabajaban tenían un empleo, seguridad médica y contratos estables de trabajo. Relacionado con esto, los jóvenes entre los 20-24 años de edad presentan lo que se ha denominado como el “síndrome de la autonomía postergada”, que se define como la dificultad de los jóvenes a independizarse, y que se manifiesta en que por un lado tienen la independencia respecto a áreas como su vida sexual, la entrada al trabajo, el noviazgo, pero carecen de los recursos materiales y los espacios físicos para desarrollar plenamente tal autonomía (Navarrete-López, 2001). Estas son algunas de las características generales de la población que nos interesa estudiar.

## **Capítulo 6. Modelo integrativo**

Con base a la literatura revisada hasta el momento, a continuación se expondrá mediante un esquema un modelo de las autolesiones sin intención suicida respecto a las relaciones entre las variables que hemos mencionado en esta revisión (véase figura 7).

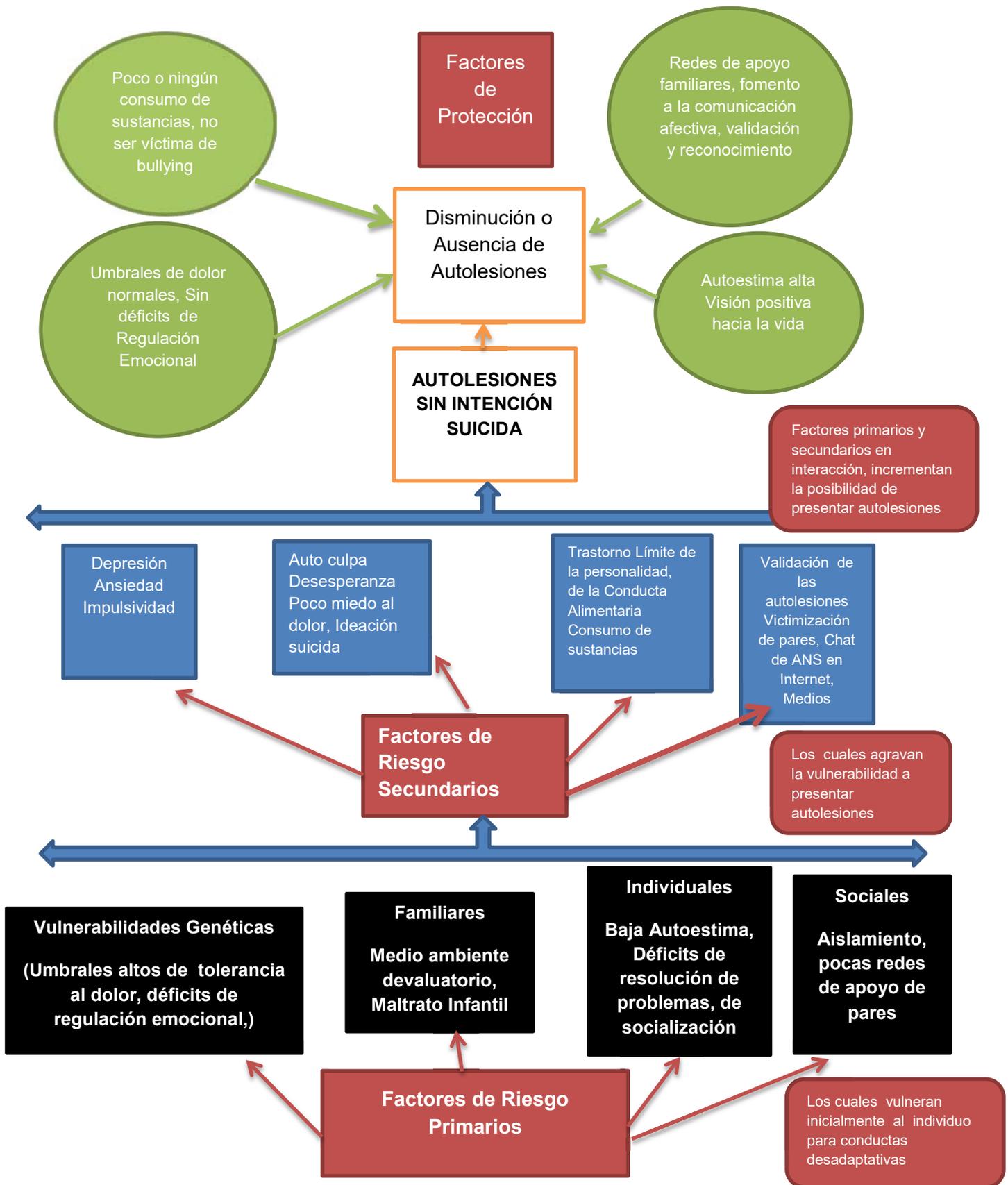


Figura 7. Modelo propuesto para las autolesiones no suicidas

Los factores de riesgo primarios son aquellos que aparecen durante la infancia del sujeto, y que en su conjunto dificultan que el sujeto pueda desarrollar comportamientos adaptativos para hacer frente a las exigencias de su medio ambiente, sea el estrés, el manejo de emociones o las presiones de los pares. Estos factores interactúan con los factores de riesgo del desarrollo, que son aquellos que aparecen posteriormente durante el desarrollo del sujeto, principalmente durante la adolescencia, y que agravan las condiciones de vulnerabilidad preexistentes. Estos dos tipos de factores de riesgo, al presentarse tanto en mayor número como en intensidad en el sujeto, van a favorecer la aparición de las autolesiones no suicidas, siendo los factores de protección, los que disminuirán o eliminarán la influencia de los factores de riesgo en la persona. A mayor intensidad y número de factores de riesgo primarios y secundarios, y menor número de factores de protección y menor su intensidad, mayor probabilidad de que aparezcan las conductas autolesivas. Existen diferentes combinaciones de factores de riesgo que pueden presentarse en las personas, lo cual explica la heterogeneidad de subgrupos de sujetos que presentan autolesiones no suicidas.

Tomando en cuenta la revisión bibliográfica hecha con respecto a los factores de riesgo y los factores protectores realizada hasta el momento, se escogieron como los factores para analizar a la depresión, ansiedad, impulsividad y regulación emocional al ser los factores más estudiados con relación a las autolesiones no suicidas, ser considerados por numerosos autores como importantes para poder entender las autolesiones (Chapman & Dixon-Gordon, 2007; Claes et al., 2012; Fliege et al., 2009; Giletta et al., 2012; Greydanus & Shek, 2009; Hoff & Muehlencamp, 2009; Nock & Mendes, 2008; Sinclair & Green, 2005; St Germain &

Hooley, 2012; Taliaferro et al., 2012; Weinberg & Klonsky, 2012) y porque suponemos en base a la revisión que se encuentran presentes en la mayor parte de la población que se autolesiona. Con respecto a los estilos parentales, consideramos que la revisión que hemos llevado a cabo acerca de la influencia de la familia, respecto a los vínculos entre los padres, el maltrato infantil y la negligencia, (Crowell et al., 2008; Glassman et al., 2007; Kaess et al., 2013; Sim et al., 2009; Yates, 2009) además de la relación de ciertos estilos parentales con la depresión y autoestima (Aguilar-Villalobos et al., 2007), que es necesario explorar posibles relaciones entre los estilos parentales y las autolesiones.

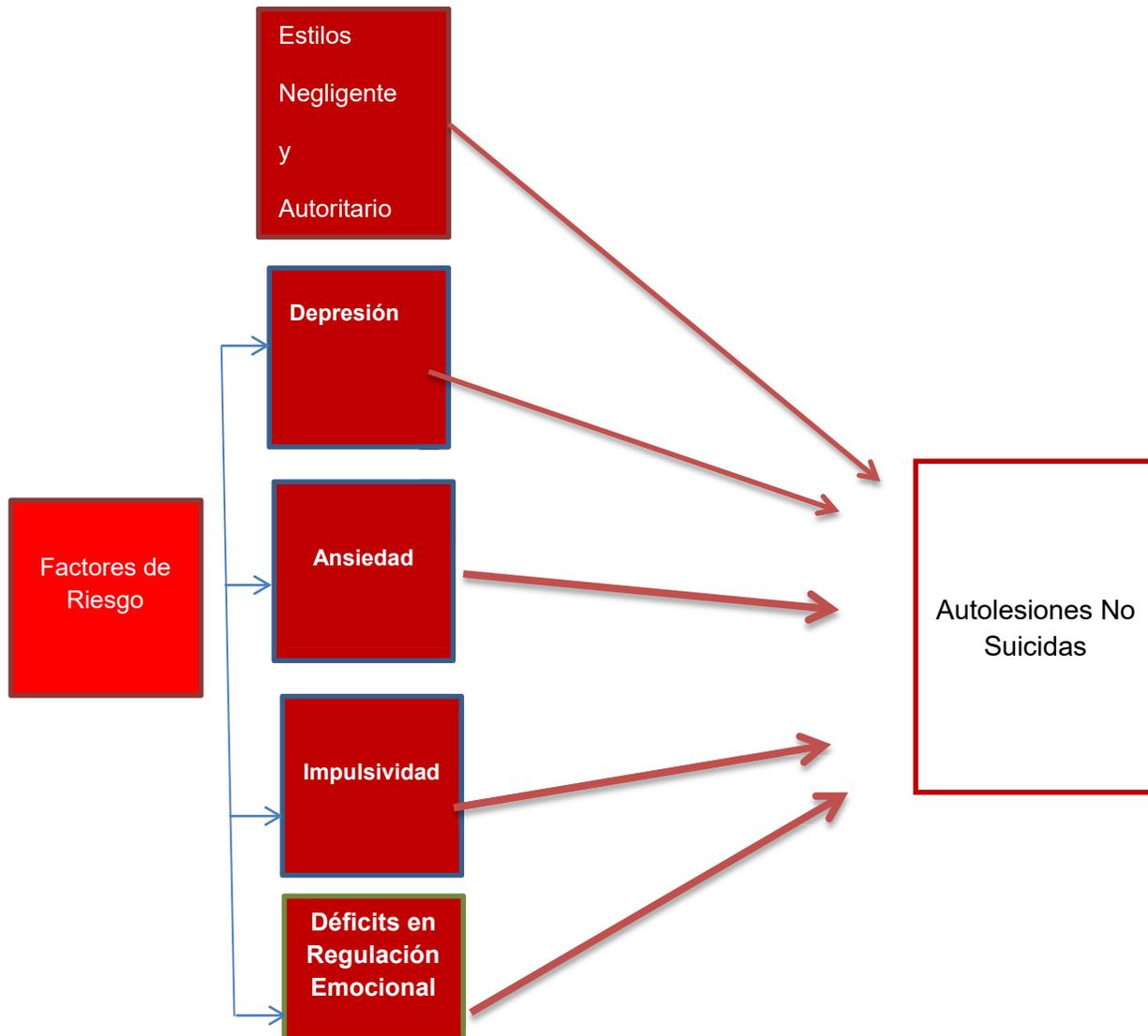
## **Método**

### **Planteamiento del problema y preguntas de investigación.**

Las autolesiones sin intención suicida tienen diversas consecuencias negativas para la salud de la persona, entre las que se encuentran el evocar sentimientos de culpa y vergüenza hacia sí mismo, provocar rechazo de sus pares y conmoción de sus padres, además de que las lesiones puede conllevar a infecciones y cicatrices (Wilkinson & Goodyear, 2011). Son un problema de salud pública tanto por sus propias características como por la asociación que tienen con diferentes trastornos mentales como la ansiedad, depresión, trastornos límite de la personalidad, trastornos de las conductas alimentarias, consumo de drogas y suicidio, así como por la población que se ve afectada por esta conducta, adolescentes y adultos jóvenes principalmente. La población que se autolesiona a nivel universitario es una población oculta y particularmente vulnerable, ya que a diferencia de la secundaria o preparatoria, el involucramiento de la familia en la universidad es mínimo, y se espera del universitario que se haga cargo de sus problemáticas, incluidas las psicológicas, siendo reportado que la mayoría de los universitarios que se autolesionan no buscan ayuda para enfrentar este comportamiento (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). Tomando en cuenta lo anterior, en este estudio se describieron y analizaron la epidemiología de las autolesiones en una muestra de la población universitaria en el Distrito Federal. Se indagó sobre la prevalencia, frecuencia, tipo y número de métodos utilizados en la conducta de autolesiones sin intención suicida, y niveles de sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad, estilos parentales y regulación

emocional en este grupo de personas. A continuación se esquematiza el modelo de relación entre las variables de estudio a partir de los modelos revisados. Véase Figura 8.

### Modelo de relación de variables de la investigación



*Figura 8. Factores de riesgo en las autolesiones no suicidas*

En este modelo se observan los factores de riesgo propuestos que influyen en la presencia o no y la frecuencia de las autolesiones no suicidas (depresión,

ansiedad, impulsividad, desregulación emocional y estilos parentales negligente y autoritario).

La investigación se desarrolló en dos fases; la primera fase fue la validación del Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) de Klonsky y Glenn (2009b) para la población mexicana y el piloteo de todas las escalas para determinar si los instrumentos fueron adecuados para analizar las variables de interés, y apropiados para su inclusión en la segunda fase de la investigación (Klonsky & Glenn, 2009). La segunda fase fue la caracterización de las conductas autolesivas no suicidas en la población universitaria, la relación de las ANS con los factores de riesgo y la comparación entre aquellos que no presentaron autolesiones no suicidas, aquellos que presentaron autolesiones no suicidas de manera experimental (de uno a cuatro episodios) o aquellos que las presentaron de manera recurrente (de cinco episodios en adelante). Esta clasificación está basada en la de Sarno et al. (2010), ya que aunque diversos autores (Andover et al., 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004) separan a la población con y sin autolesiones de diversas maneras y esta clasificación nos pareció la más adecuada para nuestro estudio. Para los propósitos de esta investigación, los intentos suicidas, aunque se indagan en una sección de la ISAS, no son la parte central del análisis.

Con base a la revisión bibliográfica hecha y los modelos propuestos, nuestras preguntas de investigación son: ¿Quiénes son las personas que reportan autolesiones sin intención suicida en una muestra de la población universitaria de la Ciudad de México, qué motivos expresan para realizarlas, y cómo se caracterizan estas conductas en términos de frecuencia, severidad, duración y métodos?

¿Cuál es la relación de las autolesiones sin intención suicida con la depresión, la ansiedad generalizada, la impulsividad, la desregulación emocional y estilos parentales?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer las características de la población universitaria que se autolesiona sin intención suicida, motivos que expresan para realizarlas, y las características de estas conductas en términos de la prevalencia, frecuencia, duración, métodos, y correlatos psicológicos como depresión, ansiedad, impulsividad, desregulación emocional y estilos parentales en una muestra de la población universitaria de la Ciudad de México.

### **Objetivos Específicos**

#### ***Fase 1: Estudio piloto y de validación***

1. Determinar la validez y confiabilidad del *Inventory of Statements About Self Injury (ISAS)*, adaptación mexicana.

#### ***Fase 2: Estudio principal***

2. Descripción de la muestra universitaria mexicana que presenta autolesiones sin intención suicida en términos de prevalencias por sexo, edad, tiempo de autolesionarse, tipo y número de métodos utilizados, así como motivos que dan para autolesionarse.

3. Comparar en términos de las variables de estudio (sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad, desregulación emocional y estilos

parentales) a los sujetos que autolesionan sin intenciones suicida tanto experimentales como recurrentes, y aquellos que no presentan ningún tipo de autolesión en una muestra de población universitaria.

### **Hipótesis**

1. La prevalencia de autolesiones no suicidas no diferirá significativamente con respecto a sexos.
2. Hay diferencias por sexo con respecto al tipo de método utilizado para autolesionarse.
3. Hay una correlación positiva entre frecuencia, tiempo y número de métodos de ANS y los niveles de sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad y la desregulación emocional.
4. Las personas con autolesiones no suicidas tienen mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiedad, impulsividad y desregulación emocional que las personas sin autolesiones no suicidas.
5. Las personas con autolesiones no suicidas tienden a percibir a sus padres como negligentes o autoritarios en mayor frecuencia que las personas sin autolesiones.
6. Las personas con episodios recurrentes de autolesiones no suicidas tienen mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiedad impulsividad, y desregulación emocional respecto a las personas con episodios experimentales.

## **Fase I**

La escala de autolesiones no suicidas ISAS se piloteó con una muestra de estudiantes universitarios que pertenecían a universidades privadas y a universidades públicas del área metropolitana de la Ciudad de México. También se aplicaron las escalas de depresión, ansiedad, impulsividad, regulación emocional y autoeficacia para analizar las correlaciones que tengan con las autolesiones no suicidas y su posible inclusión en la segunda fase.

### **Muestra**

#### ***Tipo de muestra***

Muestreo no probabilístico, de conveniencia

#### ***Criterios de Inclusión***

Hombres y mujeres de entre 17 y 26 años de edad.

Que inician una carrera en el nivel licenciatura

Que estén inscritos y asistan a clases en su carrera

Que den su consentimiento informado

#### ***Criterios de Exclusión***

Que la persona sea incapaz de leer las instrucciones de las escalas por alguna enfermedad

### **Instrumentos**

La medición de las ANS se llevó a cabo en base a los reactivos de dos instrumentos que miden autolesiones utilizados en población anglosajona, el Inventory of Statements About Self Injury (ISAS) de Klonsky y Glenn (2009) y el Deliberate Self Harm Inventory (DSHI) (Gratz, 2001). Se utilizaron los reactivos

correspondientes a las conductas autolesivas del DSHI, modificando el formato de respuesta para resumirlo y hacerlo de fácil comprensión, utilizando las 16 preguntas correspondientes a conductas autolesivas descritas en el instrumento original. En el caso del (*DSHI*) el alfa reportado es de .82. Con respecto al ISAS, la sección de motivaciones consiste en 39 reactivos divididos en 13 funciones. La relevancia de cada función es medida en una escala tipo Likert de tres puntos: 0, 1 o 2 en cada reactivo. En el instrumento original las 13 funciones fueron agrupadas en dos factores: interpersonal e intrapersonal, ambos con buena consistencia interna ( $\alpha=0.88$  y  $0.80$ , respectivamente). Para adaptar el instrumento a México, la escala fue traducida del inglés al español por dos psicólogos bilingües, uno hablante nativo del español y otro hablante nativo del inglés con un consenso alcanzado para posibles discrepancias en las traducciones.

#### ***Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)***

Los síntomas depresivos fueron medidos con el CES-D, el cual evalúa la sintomatología durante la última semana (Radloff, 1997). El CES-D consiste en 20 reactivos en una escala de cuatro puntos tipo Likert que miden el número de días en que el síntoma estuvo presente: 0, 1-2, 3-4 ó 5-7 días. En México, esta escala ha sido usada de manera extendida en investigaciones con adolescentes y adultos, mostrando una adecuada confiabilidad (alfas de Cronbach de .79 a .86) y validez concurrente (Benjet et al., 1999; González-Forteza, Wagner-Echeagaray, & Jiménez-Tapia, 2012). En este estudio el alfa de Cronbach fue de .89.

### ***Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7)***

El GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) se empleó para medir la ansiedad generalizada en las dos semanas previas. Es una escala tipo Likert de siete puntos con cuatro opciones de respuesta: nunca, algunos días, la mitad de los días, y casi todos los días. Los alfas de Cronbach reportados en población española fueron de .93 y una fuerte validez de criterio y constructo (García-Campayo et al., 2010). En este estudio el alfa de Cronbach fue .86.

### ***Escala de Impulsividad de Plutchick***

La impulsividad fue medida con la Escala de Impulsividad de Plutchik (Plutchik & van Praag, 1989). Este cuestionario de 13 reactivos mide la impulsividad en una escala tipo Likert de cuatro puntos (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente). En México esta escala ha sido utilizada en poblaciones clínicas con autolesiones, donde alfas de .66 y una adecuada validez de escala fueron reportadas (Páez et al., 1996). El alfa de Cronbach en nuestra muestra fue de .82.

### ***La Escala de Autoeficacia de Bäßler y Schwarzer***

La Escala de Autoeficacia de Bäßler y Schwarzer (1996) es una adaptación española de la escala de autoeficacia general de Schwarzer y Jerusalem (1995). Esta consiste en 10 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (incorrecto, apenas cierto, más bien cierto, cierto). Esta se ha utilizado en población hispana para medir autoeficacia en países como Argentina y Costa Rica. Los bajos niveles de autoeficacia en esta escala han sido relacionados con depresión y ansiedad (Schwarzer et al., 1997). El alfa de Cronbach en esta muestra fue de .84.

## ***Cuestionario de Regulación Emocional de Gross y John***

El Cuestionario de Regulación Emocional de Gross y John (2003) contiene 10 reactivos tipo Likert de siete opciones, que van desde 1 (fuertemente en desacuerdo) a 7 (fuertemente de acuerdo), con dos subescalas que miden dos aspectos de la regulación emocional: reevaluación cognitiva, que es una forma de cambio cognitivo que involucra cambiar la percepción que se tiene sobre una situación para cambiar su impacto emocional; y supresión expresiva, que consiste en inhibir la expresión que una conducta que expresa una emoción. Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez, & Garrosa (2006) lo tradujeron y adaptaron al español (Gross & John, 2003) mientras que en otro estudio la escala ha sido validada en una muestra de 720 participantes españoles (Cabello-González, Ruiz-aranda, Salguero, & Castillo-Gualda, 2009). El análisis psicométrico de la escala ha proporcionado datos a favor de una estructura factorial formada por dos dimensiones y de su fiabilidad. Asimismo, los índices de validez convergente y discriminante del instrumento resultaron aceptables. Los valores alfa de Cronbach para reevaluación cognitiva fueron .79 y para supresión expresiva fueron de .71 en esta muestra.

### **Procedimiento**

#### ***Fase 1***

Se acudió a universidades públicas y privadas para obtener el permiso para aplicar en grupos de estudiantes de licenciatura de diferentes carreras las escalas escogidas, en horarios de clases. Al inicio de la aplicación se les explicó a los sujetos los objetivos de la aplicación, el tiempo promedio para contestarlo, la importancia

de su participación y el respeto por el anonimato en la aplicación de las escalas. Después se pasó la carta de consentimiento informado, el ISAS y las escalas de ansiedad, depresión, impulsividad, regulación y autoeficacia.

Durante la aplicación el investigador y un ayudante estuvieron en el salón de clases para responder las dudas y preguntas que pudieran surgir durante la aplicación. Al terminar la aplicación se dio las gracias al grupo por su participación y se proporcionó información sobre servicios a los que puedan acudir los alumnos en caso de necesitar ayuda psicológica.

### **Análisis**

Para evaluar la validez de constructo de las conductas autolesivas se realizó un análisis factorial, primero exploratorio y luego confirmatorio, de los reactivos de la sección de motivos para autolesionarse. Para medir la confiabilidad interna se utilizó el alfa de Cronbach. También se reporta la confiabilidad de las otras escalas aplicadas, ya que aunque no se realizó una validación de estas escalas, se considera necesario analizar cómo se comportan en nuestra muestra. Se presentan también resultados de los análisis datos de las autolesiones no suicidas en la población universitaria del piloteo.

### **Fase II**

Se procedió a aplicar la escala de autolesiones no suicidas y escalas de sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad, regulación emocional y autoeficacia en una muestra de la población universitaria de la UNAM, campus CU, que pertenezcan a los primeros dos semestres de diferentes carreras

de las cuatro áreas del conocimiento: Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud, Ciencias Físico - Matemáticas y de las Ingenierías, Ciencias Sociales y Humanidades y de las Artes.

Tomando como referencia las categorías sugeridas por Sarno et al (2010) se dividió a la población a estudiar en tres grupos:

1. Sin historia de autolesiones no suicidas (ANS)
2. Con menos de cinco episodios de ANS en su vida (experimentales)
3. Con cinco o más episodios de ANS en su vida (recurrentes)

### **Muestra**

#### ***Tipo de muestra***

Muestreo de conveniencia, estratificado y por racimos

#### ***Criterios de Inclusión***

Hombres y mujeres de entre 17 y 26 años de edad.

Que tengan nivel escolar de licenciatura

Que estén cursando su carrera en los primeros dos semestres.

Que estén inscritos y asistan a alguna de las carreras de las cuatro áreas del conocimiento en CU.

Que den su consentimiento informado.

#### ***Criterios de Exclusión***

Que la persona sea incapaz de leer las instrucciones de las escalas por alguna enfermedad

## **Instrumentos**

Se utilizaron los mismos instrumentos descritos en la fase I, con excepción de La Escala de Autoeficacia de Bäßler y Schwarzer (1996) y El Cuestionario de Regulación Emocional de Gross y John, en base a los resultados obtenidos en la primera fase (véase Resultados Preliminares Fase I) y se aplicaron dos instrumentos nuevos: la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional de Gratz & Roemer (2004), traducida por Hervás y Jódar (2008), el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental de Aguilar Villalobos, Valencia Cruz y Sarmiento Silva (2007).

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional de Gratz & Roemer (2004), traducida por Hervás y Jódar (2008) y validado en España, es un instrumento diseñado para medir la desregulación emocional del individuo en cinco áreas diferentes: Descontrol, Rechazo, Indiferencia, Desatención y Confusión. Consiste en 28 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Ha sido validado en México en adolescentes por Marín Tejeda y cols. (2012), mostrando buenas características psicométricas tanto de consistencia interna como de validez concurrente. En nuestra muestra, las cinco subescalas mostraron índices de confiabilidad del .78 al .90.

El Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental, de Aguilar Villalobos, Valencia Cruz y Sarmiento Silva (2007) es una escala tipo Likert que está integrada por 26 aseveraciones que describen actitudes y conductas características de cuatro estilos de parentalidad (autorizativo, permisivo, autoritario y negligente), con cuatro niveles de respuesta que van de completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo. Se debe señalar que por la manera en que los reactivos del cuestionario de autoridad parental están estructurados, los puntaje bajos indican un alto nivel del

estilo, es decir, que un puntaje bajo en un estilo indica que se percibe al padre o madre como poseedor de las características de ese estilo. Se ha aplicado en México a estudiantes de bachillerato y licenciatura, obteniéndose índices de confiabilidad, validez y consistencia interna adecuados.

## **Procedimiento**

### ***Fase II***

Se realizó un estimado por facultad del número de alumnos y grupos por semestre que hay por carrera, con el objetivo de hacer la estimación de la muestra que es necesario recolectar para que sea una muestra representativa de la población universitaria de CU. Se utilizaron ponderadores para mayor precisión en los cálculos estadísticos y se ajustaron de acuerdo a la población de CU, de acuerdo a los últimos datos obtenidos proporcionados por la misma universidad de su alumnado.

Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se utilizó el muestreo por conveniencia, tratando de mantener la representación tanto por carrera y facultad, para agrupar a la población universitaria de las 13 facultades, divididas en cuatro áreas del conocimiento: Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud, Ciencias Físico - Matemáticas y de las Ingenierías, Ciencias Sociales y Humanidades y de las Artes. Después se eligió una muestra dentro de cada facultad. No fue posible seleccionar aleatoriamente los grupos a los que se aplicaron las escalas.

Se acudió a UNAM, Campus CU para la aplicación del cuestionario compuesto por las escalas de autolesiones no suicidas, de sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad, desregulación emocional y estilos parentales en las carreras y grupos seleccionados, en horarios de clases. Al inicio

de la aplicación se les explicó a los sujetos los objetivos de la aplicación, el tiempo promedio para contestarlo, la importancia de su participación y el respeto por el anonimato en la aplicación de las escalas. Después se pasó la carta de consentimiento informado, junto con el ISAS, y las escalas de ansiedad generalizada, sintomatología depresiva, impulsividad, desregulación emocional y estilos parentales.

Durante la aplicación el investigador y generalmente un ayudante estuvieron en el salón de clases para responder las dudas y preguntas que pudieron surgir durante la aplicación. Al terminar se dieron las gracias al grupo por su participación y se proporcionó información sobre servicios a los que podían acudir los alumnos en caso de necesitar ayuda psicológica.

### **Análisis Fase**

Los análisis fueron realizados en el programa estadístico SPSS versión 22 (SPSS Inc, Chicago, IL). En primer lugar se realizaron análisis descriptivos de la muestra para cada tipo de ANS y para ver la historia de autolesiones durante toda la vida y durante el último año. Las diferencias por sexo de realizar un tipo de conducta específica de ANS fueron evaluadas mediante el análisis de Chi cuadrada. Los participantes se dividieron en sin autolesiones, experimentales y recurrentes. En segundo lugar, se realizó un ANOVA para analizar las diferencias entre los grupos de los no se autolesionan, los experimentales y los recurrentes respecto a las variables psicológicas de sintomatología depresiva, ansiedad generalizada, impulsividad, estilos parentales y desregulación emocional. La interacción entre sexo y los grupos de ANS fue evaluada para cada variable psicológica. Cuando los

efectos resultaron significativos, comparaciones post hoc se realizaron para determinar las diferencias entre los grupos. En tercer lugar se llevó a cabo una regresión lineal multivariada para estimar la probabilidad de presentar autolesiones según la presencia de ciertas características clínicas, utilizando un punto de corte en la desviación típica de las variables psicológicas. Finalmente se realizaron chi cuadradas para determinar las diferencias en la percepción de necesidad y búsqueda de ayuda para las conductas autolesivas entre los grupos de ANS experimentales y recurrentes.

### **Consideraciones éticas**

A todos los sujetos se les invitó a participar de forma voluntaria garantizando el anonimato de sus respuestas. Antes de la aplicación del instrumento se les explicó las condiciones del estudio, y se les informó que tenían la libertad de participar o no en la investigación, así como retirarse en el momento que quisieran. También se les informó sobre la naturaleza del estudio, sus objetivos y las condiciones de confidencialidad, participación y posibilidades de retiró voluntario. Se les dejó información de servicios que atienden a problemas de salud mental. La presente investigación no viola los principios éticos de investigación científica en humanos.

## Resultados Fase I

### Descripción de la muestra del estudio piloto

La muestra de 564 estudiantes universitarios se describe en la Tabla 4. Hubo mayor número de mujeres (74.1%), la mayoría fueron estudiantes de psicología (85.6%) y se concentraron en el rango entre los 20 y 26 años de edad (56.4%).

*Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra del estudio piloto, 2013-2014.*

	n	%
Sexo		
Femenino	432	74.1
Masculino	132	22.6
Edad (años)		
17-19	254	43.6
20-26	329	56.4
Área de estudio		
Psicología	499	85.6
Pedagogía	37	6.3
Medicina	33	5.7
Enfermería	14	2.4

### **Propiedades Psicométricas del ISAS y validación en población mexicana**

Se llevaron a cabo diferentes análisis para realizar la validación. En primer lugar, se realizó un análisis de discriminación de reactivos, para ver la sensibilidad del instrumento para diferenciar entre puntuaciones altas y bajas en cada reactivo. Los resultados mostraron que había una buena discriminación en los 39 reactivos de la escala ISAS. A continuación en la Tabla 5 se presenta los datos de la capacidad discriminativa de cada reactivo.

Tabla 5. Análisis de discriminación de los reactivos

	Prueba T para la Igualdad de Medias.		
	t	Gf	Sig. (bilateral)
x1 tranquilizándome a mí mismo	-10.315	206.105	.000
x2 poniendo distancia entre otros y yo	-11.556	130.365	.000
x3 castigándome	-10.515	131.557	.000
x4 dándome una razón para cuidarme	-8.118	148.240	.000
x5 dolor para dejar de ser indiferente	-13.033	126.951	.000
x6 evitando impulso de suicidio	-10.781	125.871	.000
x7 generar emoción fuerte	-10.791	163.667	.000
x8 crear vínculos con amigos	-5.386	161.072	.000
x9 dejando que otros conozcan mi dolor emocional	-9.069	121.206	.000
x10 viendo si aguanto dolor	-7.745	186.552	.000
x11 marca física de que me siento terrible	-8.654	135.776	.000
x12 queriendo vengar a alguien	-9.607	127.166	.000
x13 asegurándome que soy autosuficiente	9.307	119.908	.000
x14 liberando presión emocional	18.668	184.582	.000
x15 demostrar que soy diferente a otros	-8.991	118.000	.000
x16 expresando enojo a mí mismo por ser inútil	-13.718	126.548	.000
x17 más fácil ocuparme que de mi estrés emocional	12.949	140.019	.000
x18 tratando de sentir algo	-11.879	123.789	.000
x19 respondiendo a pensamientos suicidas	-10.158	125.851	.000
x20 divirtiéndome haciendo algo extremo	-5.225	159.065	.000
x21 intentando ser aceptado por otros	-4.115	144.933	.000
x22 buscando ayuda	-8.709	117.000	.000
x23 demostrando que soy fuerte o rudo	-7.449	142.543	.000
X24 probándome que mi dolor emocional es real	-9.939	128.173	.000
x25 obteniendo venganza contra otros	-7.743	121.332	.000
	9.283	116.000	.000
x26 demostrando que no necesito de otros para ayuda			
x27 reduciendo ansiedad, frustración	-16.302	203.257	.000
x28 estableciendo una barrera entre yo y otros	-9.359	118.847	.000
x29 reaccionando por sentirme infeliz	-12.886	123.876	.000
x30 enfocarme en atender mis heridas	-6.233	124.222	.000
x31 asegurarme que aun sigo vivo	-9.760	118.906	.000
x32 poniendo un alto a pensamientos suicidas	-9.243	115.000	.000
x33 probando mis límites	-7.319	116.000	.000
x34 creando un signo de amistad con otros	-4.097	160.718	.000
x35 evitando que una persona me abandone	-7.534	116.000	.000
x36 probándome que puedo aguantar el dolor físico	-10.276	124.132	.000
x37 dándole un significado a mi dolor emocional	-12.487	119.032	.000
x38 tratando de lastimar a una persona cercana	-6.380	116.000	.000
X39 estableciendo que soy independiente	-6.755	123.574	.000

Posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio utilizando la rotación varimax, resultando en nueve factores con un valor eigen encima de uno, con una varianza explicada de 51.1%. Siete reactivos con una carga de menos del 0.40 fueron eliminados, dejando ocho factores que explicaban el 52.4% de la varianza total. Los reactivos eliminados se muestran en la tabla 6 en negritas.

Tabla 6. Factores del factorial exploratorio.

	1	2	3	4	5	6	7	8
x25 obteniendo venganza contra otros	.797							
x12 queriendo vengar a alguien	.659							
x38 tratando de lastimar a una persona cercana	.631							
x26 demostrando que no necesito de otros para ayuda	.530							
x28 estableciendo una barrera entre yo y otros	.432							
<b>*x35 evitando que una persona me abandone</b>								
<b>*x22 buscando ayuda</b>								
x27 reduciendo ansiedad, frustración	.794							
x14 liberando presión emocional	.691							
x29 reaccionando por sentirme infeliz	.518							
x16 expresando enojo a mí mismo por ser inútil	.506							
x1 tranquilizándome a mí mismo	.491							
x17 más fácil ocuparme que de mi estrés emocional	.484							
<b>*x3 castigándome</b>								
x36 probándome que puedo aguantar el dolor físico			.708					
x33 probando mis límites			.623					
x20 divirtiéndome haciendo algo extremo			.569					
x23 demostrando que soy fuerte o rudo			.555					
x10 viendo si aguanto dolor			.531					
<b>*x7 generar emoción fuerte</b>								
<b>-x30 enfocarme en atender mis heridas</b>								
x39 estableciendo que soy independiente				.640				
x13 asegurándome que soy autosuficiente				.620				
x4 dándome una razón para cuidarme				.532				
x15 demostrar que soy diferente a otros				.440				
<b>x2 poniendo distancia entre otros y yo</b>								
x24 probándome que mi dolor emocional es real					.609			
x11 marca física de que me siento terrible					.588			
x37 dándole un significado a mi dolor emocional					.512			
<b>*x9 dejando que otros conozcan mi dolor emocional</b>								
x19 respondiendo a pensamientos suicidas						.785		
x32 poniendo un alto a pensamientos suicidas						.658		
x6 evitando impulso de suicidio						.653		
x8 crear vínculos con amigos							.871	
x34 creando un signo de amistad con otros							.555	
x21 intentando ser aceptado por otros							.460	
x18 tratando de sentir algo								.790
x5 dolor para dejar de ser indiferente								.472
x31 asegurarme que aún sigo vivo								.442

Con estos factores se realizó un análisis factorial confirmatorio y el modelo se muestra en la figura 9. Este modelo final se compuso de 26 reactivos, y mostró un ajuste aceptable. Tomando en cuenta el tamaño de la muestra, se obtuvo una Chi-normada con valor de (2.895). Los otros índices mostraron un aceptable ajuste

del modelo: **GFI**: .879, **AGFI**: .845, **NFI Delta1**: .842, **IFI Delta2**:.891, **TLI rho2**:870,  
**CFI**: .890, **PNFI**: .713, y **RMSEA**: .066.

Figura 9. Modelo de las 7 funciones de las ANS.

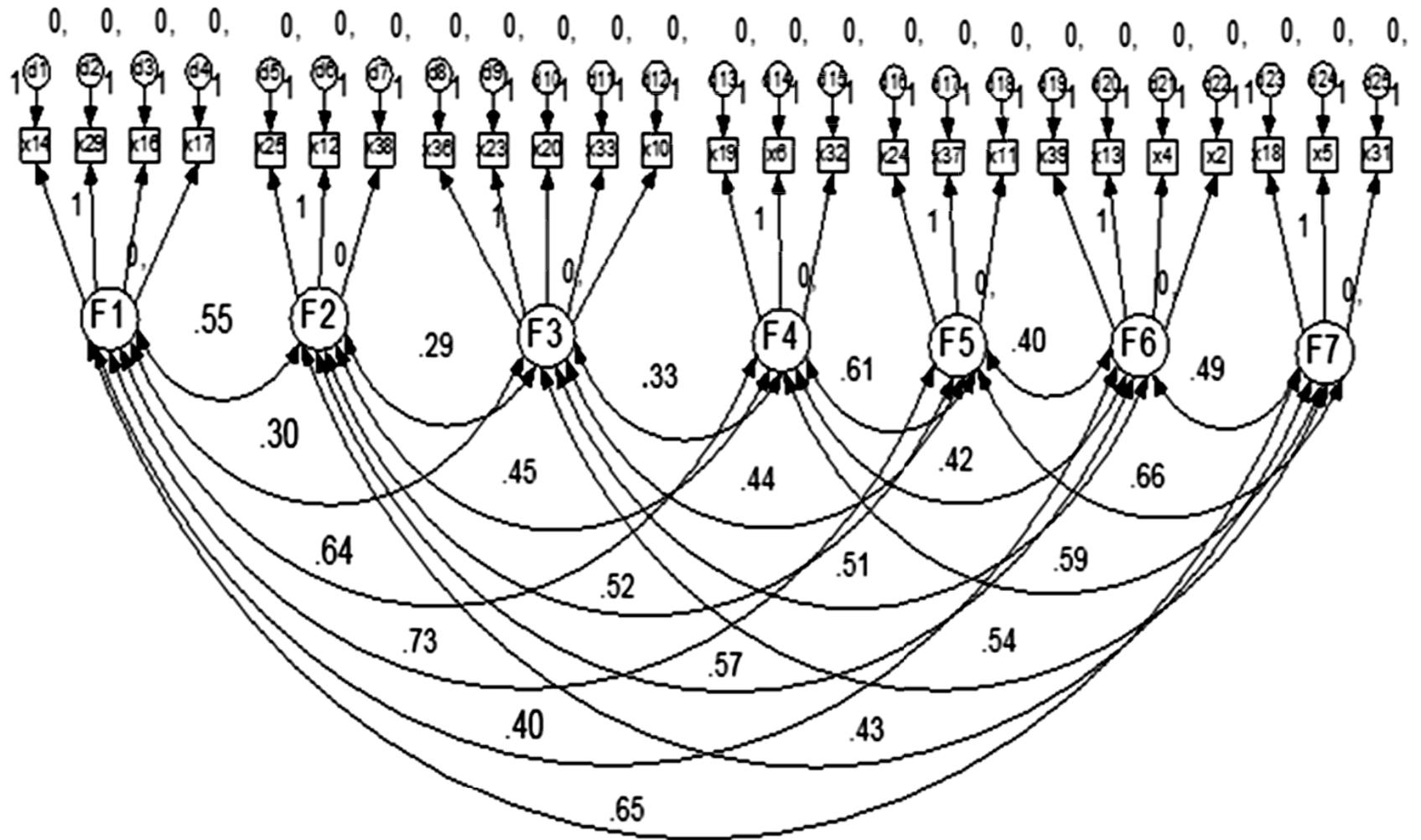


Tabla 7. Descripción de las siete funciones de ANS.

Función 1 Auto- regulación	Función 2 Venganza	Función 3 Búsqueda de Sensaciones/Fortaleza	Función 4 Evitando el Suicidio	Función 5 Manifestando Angustia	Función 6 Autodominio	Función 7 Embotamiento
14. Liberando presión emocional	25. Obteniendo venganza contra otros	36. Probándome que puedo aguantar el dolor físico	19. Respondiendo a pensamientos suicidas sin intentar suicidarme	24. Probándome que mi dolor emocional es real	39. estableciendo que soy independiente	18. Tratando de sentir algo
29. Reaccionando por sentirme infeliz o disgustado conmigo mismo	12. Vengándome de alguien	23. Demostrando que soy fuerte o rudo	6. Evitando el impulso de suicidio	37. Dándole un significado a mi dolor emocional	13. asegurándome que soy autosuficiente	5. Causándome dolor para dejar de ser indiferente
16. Expresando enojo a mí mismo por ser inútil	38. Tratando de lastimar a alguien cercano	20. Divirtiéndome a mí o a otros hacienda algo extremo	32. Poniendo un alto a pensamiento suicidas	11. Creando una marca física de que me siento terrible	4. dándome una razón para cuidarme	31. Asegurándome de que aún sigo vivo
17. Haciéndome una herida que es más fácil ocuparme que mi estrés emocional		33. Probando mis limites haciendo algo extremo			15. demostrando que soy diferente a otros	
		10. Viendo si aguanto el dolor				

Esta tabla describe cada función de ANS mostrada en la figura 9.

Las distribución de los factores fue diferente al instrumento original en inglés, ya que en el estudio de Klonsky y Glenn (2009) las funciones se agruparon en dos grandes factores (interpersonales e intrapersonales) que contenían reactivos de las 13 funciones descritas teóricamente, mientras que en la versión mexicana se agruparon en siete factores, por lo cual se renombró en varios casos las funciones de las ANS de manera que describieran mejor la función (ver la Tabla 7): Función 1 (auto-regulación), Función 2 (venganza), Función 3 (búsqueda de sensaciones/fortaleza), Función 4 (evitando el suicidio), Función 5 (manifestando angustia), Función 6 (autodominio) y Función 7 (embotamiento). La estructura final de las funciones del ISAS se muestra en la tabla 9. Los pesos factoriales de cada reactivo fueron superiores a 0.40, como puede apreciarse en los valores indicados en las flechas, las cuales conectan al factor con el reactivo. La consistencia interna de cada factor fue mayor a 0.71 (Tabla 8).

*Tabla 8. Las siete funciones del ISAS, adaptación mexicana.*

Reactivos	Factor 1 Búsqueda de Sensaciones/ Fortaleza	Factor 2 Auto- regulación	Factor 3 Evitando el Suicidio	Factor 4 Venganza	Factor 5 Autodominio	Factor 6 Manifestando Angustia	Factor 7 Embotamiento
20 Divirtiéndome a mi haciendo algo extremo	.746						
36 Probándome que puedo aguantar el dolor físico	.699						
23 Demostrando que soy fuerte o rudo	.665						
33 Probando mis límites	.639						
10 Viendo si aguanto dolor	.590						
16 expresando enojo a mí mismo por ser inútil		.769					
29 Reaccionando por sentirme infeliz conmigo mismo		.729					
14 liberando presión emocional		.659					
17 Haciéndome una herida que es más fácil ocuparme que de mi estrés emocional		.540					
6 Evitando el impulso de suicidio			.797				
32 poniendo un alto a pensamientos suicidas			.775				
19 respondiendo a pensamientos suicidas sin intentar suicidarme			.769				
25 Obteniendo venganza contra otros				.824			
38 Tratando de lastimar a una persona cercana				.761			
12 Queriendo vengarme de alguien				.746			
4 Dándome una razón para cuidarme					.755		
13 Asegurándome que soy autosuficiente					.749		
39 Estableciendo que soy independiente					.704		
15 Demostrando que soy diferente a otros					.515		
24 Probándome que mi dolor emocional es real						.748	
11 Creando una marca física de que me siento terrible						.709	
37 Dándole un significado a mi dolor emocional						.618	
18 Tratando de sentir algo							.754
5 Causándome dolor para dejar de ser indiferente							.727
31 Asegurarme que aún sigo vivo							.636
Valores propios	7.49	2.42	1.88	1.41	1.14	1.09	1.06
Porcentaje de Varianza Explicada	29.98	9.70	7.53	5.65	4.57	4.37	4.25
Total de Varianza Explicada							66.08
Alfa de Cronbach	.76	.76	.82	.80	.72	.78	.75

## Propiedades descriptivas de los instrumentos

En la tabla 9 se presentan primero la consistencia interna de los instrumentos adicionales aplicados durante la Fase I. Como se puede observar, todos los instrumentos presentaron aceptables o buenas confiabilidades, tanto las reportadas como en la aplicación.

*Tabla 9. Análisis descriptivo de los instrumentos y su consistencia interna.*

Instrumento	Numero de reactivos	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica.	Alfa de Cronbach Reportada	Alfa de Cronbach En la aplicación
La CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) Radloff (1977).	20	.00	54.00	15.19	10.23	.83	.90
La Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) de Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe (2006)	7	.00	21.00	7.00	5.01	.92	.87
La Escala de Impulsividad de Plutchick,(1996)	15	2.00	35.00	14.85	5.76	.66	.79
El Cuestionario de Regulación Emocional de Gross y John (2003) Revaloración Cognitiva	6	6.00	42.00	27.52	7.27	.77	.78
El Cuestionario de Regulación Emocional de Gross y John (2003) Supresión Expresiva	4	4.00	28.00	12.90	5.23	.73	.71

Instrumento	Numero de reactivos	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica.	Alfa de Cronbach Reportada	Alfa de Cronbach En la aplicación
La Escala de Autoeficacia de Bäßler y Schwarzer (1996)	10	17.00	40.00	32.00	5.44	.80	.84

## **Resultados Fase II**

### **Descripción de la muestra de la Fase II**

En la tabla 10 se presentan los datos de la muestra del estudio principal. Aunque no se pudo lograr el objetivo de que la muestra fuera al azar, en la medida de lo posible se trató de que fuera una muestra diversa en la cual estuvieran representadas las diferentes facultades y carreras de C.U.

*Tabla 10. Características sociodemográficas de la muestra 2014.*

	n	%
Sexo		
Femenino	864	52.7
Masculino	763	46.9
Edad (años)		
17-19	727	44.5
20-26	870	53.2
27 +	35	2.1
Semestre		
1-2	785	49.4
3-4	339	21.3
5-6	237	15.3
7-8	205	12.9
9-12	22	1.4
Turno		
Matutino	1114	68
Vespertino	210	12.8
Mixto	293	17.9
Facultad		
Psicología	57	3.5
Derecho	127	7.8
Trabajo Social	53	3.2
Química	173	10.6
Ciencias Políticas y	73	4.5
Sociales		
Ciencias	153	9.3
Contaduría y Administración	245	15
Economía	96	5.9
Arquitectura	92	5.6
Filosofía y Letras	119	7.3
Ingeniería	254	15.5
Medicina	104	6.4
Odontología	33	2
Medicina Veterinaria y Zoológica	58	3.5

### **Características de las ANS en la Fase II**

El 6.1% de la muestra se ha autolesionado por lo menos una vez durante los últimos 12 meses y el 45.1% de la muestra se ha autolesionado alguna vez en la

vida, 29.2% de manera experimental y 15.9% de forma recurrente. En la Tabla 11 se muestran de todos aquellos que se autolesionan los porcentajes y las frecuencias de hombres y mujeres por cada conducta autolesiva. No se encontraron diferencias por sexo en haber realizado alguna vez ANS, pero en varios comportamientos autolesivos hubo diferencias significativas: mayor número de mujeres reportaron cortarse ( $\chi^2=24.87$ ;  $p<.000$ ), tallarse palabras en la piel ( $\chi^2=32.36$ ;  $p<.000$ ), rascarse hasta sangrar ( $\chi^2=10.97$ ;  $p<.001$ ), tallarse dibujos en la piel ( $\chi^2=13.93$ ;  $p<.000$ ) y morderse ( $\chi^2=14.82$ ;  $p<.000$ ) respecto a los hombres, mientras que en el caso de quemarse con encendedor ( $\chi^2=5.24$ ;  $p<.022$ ) y quemarse con cigarros ( $\chi^2=11.04$ ;  $p<.001$ ) los hombres reportaron con mayor frecuencia estos comportamientos. El cortarse en brazos y piernas es la conducta más común. Un 33.6% de las personas que se autolesionan utilizó una conducta para lesionarse, 38% utilizaron de dos a tres conductas, y un 28.5% utilizó cuatro o más conductas autolesivas para lastimarse.

*Tabla 11. Frecuencias de cada ANS por sexo entre los que se autolesionan.*

	Mujeres (n) %	Hombres (n) %	$\chi^2$	<i>p</i>
Cortarse	(180) 65	(97) 35	<b>24.87</b>	<b>.000</b>
Tallar palabras en la piel	(151) 69.3	(67) 30.7	<b>32.36</b>	<b>.000</b>
Rascarse hasta sangrar	(144) 60.8	(93) 39.2	<b>10.97</b>	<b>.001</b>
Golpearse a sí mismo	(129) 51.4	(122) 48.6	.195	.659
Clavarse objetos filosos en la piel	(130) 55.6	(104) 44.4	2.88	.089
Tallarse dibujos en la piel	(123) 63.4	(71) 36.6	<b>13.93</b>	<b>.000</b>
Golpearse la cabeza	(74) 48.7	(78) 51.3	.105	.746
Interferir con la curación de heridas	(86) 58.5	(61) 41.5	<b>4.25</b>	<b>.039</b>
Quemarse con encendedor o cerillos	(56) 40.3	(83) 59.7	<b>5.24</b>	<b>.022</b>
Morderse	(98) 65.8	(51) 34.2	<b>14.82</b>	<b>.000</b>
Quemarse con cigarrillos	(28) 32.2	(59) 67.8	<b>11.04</b>	<b>.001</b>
Sin autolesiones	(453) 28	(434) 26.9	3.88	.143
Experimentales (1-4 veces)	(263) 16.3	(209) 12.9		
Recurrentes (>4 veces)	(145) 9	(112) 6.9		

La edad media de inicio de las ANS es de 13.06 años (DE = 3.45); el 16.8% inició en la infancia (menor a 11 años de edad), el 78.5% inició en la adolescencia (entre los 11 y 17 años) y 6.7% con inicio en la adultez (18 años o más). Entre aquellos que se autolesionan la media de tiempo que llevan realizando estas conductas es de 2.46 años (DE = 2.94); 12.4% lo hicieron menos de un año, el 45.4% durante un año, 26% de dos a cuatro años, y el 16.3% durante cinco o más años. Este rango va desde menos de un año (0 años) hasta 20 años.

### **Funciones de las ANS**

Después de ver las diferencias respecto a conductas autolesivas se realizó un análisis de comparación entre grupos para ver si existían diferencias respecto a las motivaciones o funciones que tanto hombres y mujeres reportaban respecto a porqué se autolesionan. La tabla 12 muestra los resultados obtenidos mediante una U de Mann-Whitney debido a la distribución no normal de las motivaciones.

Tabla 12. Diferencias por sexo en las funciones de las ANS mediante el rango.

	Mujeres		Hombres		Puntuación Z	p
	Rango Promedio	Orden del Rango	Rango Promedio	Orden del Rango		
<b>Función 1</b> Auto-regulación	116.24	2	104.55	6	-1.37	.168
<b>Función 2</b> Venganza	116.16	4	107.96	5	-1.28	.199
<b>Función 3</b> Búsqueda de Sensaciones/ Fortaleza	106.30	7	120.04	1	-1.73	.083
<b>Función 4</b> Evitando el Suicidio	119.13	1	103.39	7	-2.13	.033
<b>Función 5</b> Manifestando Angustia	114.23	5	110.36	2	-.49	.620
<b>Función 6</b> Autodominio	113.56	6	110.05	4	-.46	.642
<b>Función 7</b> Embotamiento	116.19	3	110.23	3	-.73	.462

Se encontraron diferencias significativas de sexo sólo en una función, evitando el suicidio, en donde las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres. Considerando el orden de importancia de las funciones tomando en cuenta como fueron ordenados por hombres y mujeres se observa que la función número uno para las mujeres fue evitando el suicidio, seguida por autorregulación, embotamiento y venganza, las tres con puntuaciones muy similares entre sí. Los hombres por su parte presentaron a búsqueda de sensaciones/fortaleza como su primera función, seguida de manifestando angustia, embotamiento y autodominio.

También se realizaron los mismos análisis por grupo de autolesión (experimentales versus recurrentes), para ver posibles diferencias respecto a las funciones (Tabla 13). Se encontraron diferencias significativas por grupo de autolesión en todas las funciones excepto en búsqueda de sensaciones/fortaleza. En todas las demás funciones, el grupo de recurrentes (5 o más autolesiones) presentaron puntuaciones más altas que los experimentales. Respecto al orden de importancia de las funciones por grupo, los experimentales posicionaron a la búsqueda de sensaciones/fortaleza como su primera función, seguida de venganza y autodominio. En el caso de los recurrentes el orden fue embotamiento, seguido de manifestando angustia y auto-regulación.

Tabla 13. Diferencias en el rango de las funciones entre de autolesiones experimentales y recurrentes.

	Experimentales		Recurrentes		Puntuación Z	Sig. Bilateral
	Rango Promedio	Orden del Rango	Rango Promedio	Orden del Rango		
<b>Función 1</b> Auto-regulación	84.88	6	121.96	3	-4.06	.000
<b>Función 2</b> Venganza	100.11	2	117.33	5	-2.48	.013
<b>Función 3</b> Búsqueda de Sensaciones/Fortaleza	101.64	1	116.64	7	-1.77	.076
<b>Función 4</b> Evitando el Suicidio	93.24	4	119.12	4	-3.39	.001
<b>Función 5</b> Manifestando Angustia	89.12	5	122.47	2	-3.98	.000
<b>Función 6</b> Autodominio	98.53	3	117.23	6	-2.30	.021
<b>Función 7</b> Embotamiento	83.54	7	126.58	1	-4.95	.000

Posteriormente se realizó una correlación de Spearman para analizar si existía una correlación positiva entre la frecuencia de autolesiones tomando en cuenta el grupo de autolesiones (sin autolesiones, experimental y recurrente), los años que se han autolesionado y el número de métodos que utilizan para lesionarse, respecto a las variables psicológicas de depresión, ansiedad, impulsividad y las dimensiones de la regulación emocional (recriminación, control, concentración, identificación de emociones y confusión de emociones). Véase tabla 14.

Tabla 14. Correlaciones entre la frecuencia, años y el número de métodos de las ANS y las variables psicológicas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	GA	AA	MA	DEPR	ANS	IMP	RGREC	RGCONT	RGCONC	RGINDE	RGCONF
<b>1 GA</b>	1	.25**	.97**	.28**	.24**	.29**	.26**	.23**	.21**	-.20**	.20**
<b>2 AA</b>		1	.23**	.19**	.23**	.05	.09	.17**	.12	-.14*	.09
<b>3 MA</b>			1	.28**	.25**	.30**	.27**	.23**	.21**	-.21**	.22**

\*\* Correlaciones significantes a .01

\* Correlaciones significantes a .05

1	Grupos de Autolesiones	6	Impulsividad	11	Regulación Emocional Confusión Emociones
2	Años de Autolesionarse	7	Regulación Emocional Recriminación		
3	Métodos para Autolesionarse	8	Regulación Emocional Control		
4	Depresión.	9	Regulación Emocional Concentración		
5	Ansiedad	10	Regulación Emocional Identificar Emociones		

Como se puede ver en la tabla, existen correlaciones positivas aunque bajas entre frecuencia, tiempo y métodos y las variables psicológicas, exceptuando la dimensión identificar emociones, ya que esta dimensión se enfoca a la capacidad de identificar correctamente las emociones que la persona está sintiendo.

Otro elemento que también era de nuestro interés era analizar si las diferentes variables psicológicas como depresión, ansiedad, impulsividad, de regulación emocional (recriminación, perder el control, concentración, identificar emociones y confusión de emociones), y estilos parentales (autoritativo, permisivo, autoritario y negligente) cambiaban significativamente de acuerdo a la pertenencia al grupo de autolesión (sin autolesión, experimental y recurrente) y su interacción con el sexo. Se realizó una ANOVA de dos vías para este efecto, y los resultados se presentan en la tabla 15.

Tabla 15. Diferencias psicológicas por sexo y grupo de autolesión, resultados de ANOVA.

Variable	Sin ANS		Experimental (1-4 ocasiones)		Recurrentes (> 4 ocasiones)		ANOVA de dos vías				
	Hombre M (DE)	Mujer M (DE)	Hombre M (DE)	Mujer M (DE)	Hombre M (DE)	Mujer M (DE)	Grupo F (gl) p	Sexo F (gl) p	Interacción F (gl) p		
Depresión	11.0 (8.2)	12.2 (8.6)	13.0 (8.2)	14.9 (9.1)	17.5 (9.3)	21.7 (11.9)	80.0 (2) .00	23. (1) .00	2.8 (2) .06		
Ansiedad	5.0 (4.3)	5.4 (3.9)	5.5 (3.8)	6.5 (4.6)	7.6 (4.8)	9.6 (5.0)	59.0 (2) .00	21.0 (1) .00	3.6 (2) .02		
Impulsividad	12.3 (5.4)	11.8 (5.3)	13.5 (4.9)	13.9 (5.3)	16.9 (5.4)	17.6 (6.4)	90.0 (2) .00	10.2 (1) .34	1.67 (2) .18		
Recriminación	11.2 (5.4)	11.8 (5.7)	12.5 (5.8)	12.8 (5.9)	15.8 (7.1)	17.3 (7.7)	66.6 (2) .00	5.26 (1) .02	.77 (2) .46		
Perder el Control	9.6 (4.2)	9.2 (4.0)	10.4 (4.2)	9.7 (3.8)	12.7 (5.3)	14.0 (6.6)	73.2 (2) .00	.03 (1) .86	4.3 (2) .01		
Concentración	8.9 (3.9)	8.7 (4.0)	9.6 (4.0)	9.7 (4.0)	11.8 (4.4)	11.8 (4.8)	49.2 (2) .00	.00 (1) .96	.11 (2) .89		
Identificar Emociones	19.1 (4.2)	19.4 (4.0)	17.8 (3.9)	18.0 (4.2)	17.5 (4.7)	16.7 (4.5)	33.7 (2) .00	.23 (1) .63	1.4 (2) .23		
Confusión Emociones	5.1 (2.4)	5.5 (2.4)	5.9 (2.6)	6.1 (2.5)	6.9 (3.0)	6.9 (3.0)	38.8 (2) .00	2.7 (1) .09	.38 (2) .67		
Autorizativo Padre	16.9 (5.4)	17.5 (5.8)	18.1 (5.7)	19.0 (5.4)	19.8 (6.1)	20.1 (5.8)	22.2 (2) .00	2.9 (1) .08	.19 (2) .82		
Permisivo Padre	12.2 (2.9)	12.6 (3.2)	12.5 (3.2)	12.6 (3.6)	12.7 (3.3)	13.3 (3.5)	3.0 (2) .04	2.8 (1) .09	.49 (2) .61		
Autoritario Padre	26.0 (5.2)	27.2 (5.2)	25.0 (5.3)	26.5 (5.7)	24.5 (4.9)	25.6 (6.0)	7.1 (2) .00	11.9 (1) .00	.00 (2) .99		
Negligente Padre	24.1 (4.3)	24.2 (4.3)	23.3 (4.3)	23.4 (4.3)	21.1 (5.0)	22.2 (4.9)	26.0 (2) .00	2.8 (1) .09	1.1 (2) .31		
Autorizativo Madre	15.9 (4.8)	15.9 (4.9)	17.0 (4.8)	17.4 (5.0)	18.5 (5.7)	18.3 (5.9)	26.6 (2) .00	.07 (1) .78	.43 (2) .64		
Permisivo Madre	11.8 (2.9)	12.2 (2.9)	12.5 (2.8)	12.5 (3.3)	12.4 (3.4)	13.2 (3.7)	8.7 (2) .00	5.2 (1) .00	1.9 (2) .14		
Autoritario Madre	26.5 (4.9)	27.1 (4.9)	25.6 (5.1)	26.1 (5.5)	25.0 (4.9)	24.9 (5.8)	13.8 (2) .00	1.0 (1) .30	.60 (2) .54		
Negligente Madre	25.1 (3.3)	25.6 (3.2)	24.5 (3.6)	24.9 (3.2)	22.9 (4.0)	24.1 (4.1)	26.0 (2) .00	11.5 (1) .00	1.2 (2) .28		

Como se puede ver en la tabla 15, las diferencias por grupo de autolesión fueron significativas en todas las variables. Las diferencias más significativas se presentaron entre los recurrentes y los que no se autolesionan, con puntuaciones más elevadas los primeros en depresión, ansiedad, impulsividad, recriminación, perder el control, problemas de concentración, confusión de emociones, y niveles más bajos de identificación de emociones. Los recurrentes tendieron a percibir a sus padres más autoritarios y negligentes respecto a los que no se autolesionan, y menos autorizativos y permisivos. Las interacciones entre grupo y sexo solo fueron significativas respecto a dos variables: ansiedad y perder el control, donde las puntuaciones de las mujeres recurrentes fueron mayores que las de los hombres recurrentes. Se realizaron pruebas post hoc para estas dos variables, para ver donde recaía la diferencia de la interacción. En el caso de la ansiedad, las diferencias significativas ( $\text{sig} < .001$ ) con puntuaciones más elevadas las presentan los hombres solo en el caso del grupo de autolesiones de los recurrentes, mientras que no existen diferencias significativas en los otros dos grupos. En el caso de la función de la regulaciones emocional pérdida del control las diferencias significativas ( $\text{sig} < .000$ ) de puntuaciones elevadas las presentan la mujeres respecto a los hombres solo en el caso de del grupo de autolesiones de los recurrentes, mientras que no existen diferencias significativas en los otros dos grupos.

Posteriormente realizamos un regresión logística multinomial para analizar la probabilidad de pertenecer a uno de los dos grupos que se autolesionan

(experimentales y recurrentes) tomando en cuenta el nivel de depresión, ansiedad, impulsividad, regulación emocional (recriminación, perder el control, concentración, identificar emociones y confusión de emociones) y los estilos parentales maternal y paternal (autorizativo, permisivo, autoritario y negligente). Véase tabla 16.

Tabla 166. Resultados de la regresión lineal multinomial para evaluar la probabilidad de presentar ANS experimentales y recurrentes presentando altos niveles en depresión, ansiedad, impulsividad, regulación emocional y estilos parentales.

Variables	ANS Experimentales			ANS Recurrentes		
	RM	95% IC	p	RM	95% IC	p
<b>Depresión</b>	1.29	.59-2.81	.51	1.60	.653-3.96	.30
<b>Ansiedad</b>	1.36	.53-3.47	.52	<b>3.44</b>	<b>1.35-8.74</b>	<b>.00</b>
<b>Impulsividad</b>	1.60	.74-3.43	.22	<b>2.77</b>	<b>1.16-6.59</b>	<b>.02</b>
<b>Recriminación</b>	.97	.45-2.09	.94	1.57	.67-3.69	.29
<b>Perder el Control</b>	.79	.35-1.77	.57	1.01	.40-2.50	.98
<b>Concentración</b>	1.05	.51-2.18	.87	1.15	.50-2.64	.72
<b>Identificar Emociones</b>	.68	.33-1.37	.28	.58	.26-1.32	.20
<b>Confusión con Emociones</b>	1.24	.57-2.50	.61	.77	.33-1.79	.54
<b>Estilo Paterno</b>	1.06	.47-2.39	.87	1.68	.67-4.21	.26
<b>Etilo Materno</b>	.63	.28-1.43	.27	.74	.29-1.85	.52

RM = Razón de momios; 95% IC = 95% Intervalo de Confianza.

Las personas sin autolesiones fueron el grupo de comparación para la razón de momios (RM). Quienes presentaron niveles elevados de sintomatología ansiosa tuvieron 3.4 veces mayor probabilidad de autolesionarse de manera recurrente (95% CI= 1.35 – 8.74). Aquellos con alta impulsividad tienen 2.7 mayor probabilidad de lesionarse recurrentemente (95% CI= 1.16 – 6.59). No se hallaron asociaciones en el caso de las demás variables psicológicas.

### **Información complementaria de las ANS**

Finalmente, se presentan dos tablas complementarias a los objetivos iniciales, la primera realizado en la primera fase, que se refiere a percepción de necesidad de recibir ayuda por parte de las personas que se autolesionan de manera experimental y recurrente, la búsqueda de esta ayuda y si requirieron hospitalización a causa de sus lesiones (tabla 17). Como se observa en la tabla, hay mayor percepción de necesidad de ayuda psicológica o psiquiátrica y mayor búsqueda de servicios en aquellos con ANS recurrentes en comparación con ANS experimentales.

Tabla 177. Percepción de la necesidad de ayuda, búsqueda de ayuda y hospitalización de las personas que se autolesionan de manera experimental, recurrente y todos los que se autolesionan.

Nivel de ayuda	Todos los que se lesionan		Experimental		Recurrente		$\chi^2$	<i>p</i>
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Percepción de necesidad de ayuda psicológica o psiquiátrica	(81)	28.6	(16)	14.4	(65)	37.7	<b>23.6</b>	<b>.00</b>
Buscó ayuda psicológica o psiquiátrica	(72)	25.2	(17)	16.6	(55)	31.7	<b>11.46</b>	<b>.00</b>
Requirió ser hospitalizado o recibir ayuda médica.	(21)	7.3	(5)	4.5	(16)	9.1	4.73	.09

En la tabla 18 se presenta el porcentaje que ha pensado en autolesionarse (sin importar si lo han hecho o no), el porcentaje que conoce personas que se han autolesionado, y el porcentaje que ha tratado suicidarse, esto en los tres grupos de autolesiones, sin autolesión, experimental y recurrente. Aun en el grupo sin autolesiones, el 19 % ha pensado en autolesionarse. Hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto tener conocidos que se han autolesionado y de haber tratado de suicidarse, en ambos casos los recurrentes con mayores proporciones y aquellos sin ANS con menores proporciones.

Tabla 18. Pensamientos autolesivos, conocidos que se autolesionan, e intentos de suicidio.

	Sin Autolesiones		Experimental		Recurrentes		$\chi^2$	<i>p</i>
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
¿Has pensado en autolesionarte?	(58)	19.0	NA		NA			
¿Tienes conocidos que se han autolesionado?	(504)	48.05	(356)	33.97	(191)	18.2	<b>164.2</b>	<b>.00</b>
¿Alguna vez has tratado de suicidarte?	(17)	16.8	(26)	25.75	(58)	57.5	<b>147.1</b>	<b>.00</b>

## Discusión

Esta investigación tiene como objetivo principal la descripción de las características de las autolesiones no suicidas en la población universitaria de la Ciudad de México, tanto en términos de frecuencias, años de realizar estas conductas, métodos para lesionarse, motivos o funciones que expresan para autolesionarse, y la relación que estas conductas pueden tener con otros correlatos psicológicos, como la depresión, ansiedad, impulsividad, regulación emocional, y estilos parentales. Todo esto con el objetivo de analizar si estas conductas están presentes en números significativos en esta población y si pueden constituir un problema de salud pública que requiera una atención y tratamiento por parte de las autoridades de salud del país.

Encontramos seis hallazgos principales y novedosos; primero la magnitud del problema en universitarios de la Ciudad de México es elevada y aunque inicia principalmente en la adolescencia persiste en la edad universitaria; segundo, no es un problema que se presenta principalmente en mujeres aunque sí hay diferencias de sexo en algunas de las conductas específicas y en la importancia de las motivaciones para autolesionarse; tercero, hay múltiples motivos o funciones de las ANS; cuarto, hay diferencias importantes entre quienes autolesionan de manera experimental y recurrente; quinto, variables psicológicas como sintomatología, regulación emocional y percepción de crianza están relacionados con las ANS; y último, el instrumento aplicado tiene características psicométricas adecuadas para

su uso en población universitaria mexicana. A continuación se profundiza en cada uno de estos hallazgos y cómo se relaciona con la literatura existente.

### **Magnitud del problema de las ANS**

Los hallazgos de la presente investigación sugieren que las ANS son una problemática presente en la población universitaria en porcentajes significativos, con un 44.7% de haberse autolesionado una o más ocasiones en la vida, y un 6.1% que se han autolesionado por lo menos un día durante el último año. Comparando nuestros resultados con los obtenidos en otras muestras internacionales en universitarios, los porcentajes para alguna vez en la vida de la muestra son elevados, ya que en otras muestras los porcentajes van del 9% al 39.5 % alguna vez en la vida (Hamza, Willoughby & Good, 2013; Martin et al., 2016). Respecto a los porcentajes durante los últimos seis o doce meses, los porcentajes de otros estudios internacionales varían del 6.9% al 13.9% (Eichen et al., 2016; Whitlock et al., 2013; Yurkowski et al., 2015). Por ende, nuestros datos se encuentran dentro de los rangos internacionales en general, aunque elevadas para alguna vez en la vida y bajas para los últimos 12 meses.

Los porcentajes de autolesiones en estudiantes universitarios son más elevados que en los adultos jóvenes en general, ya que en muestras generales de jóvenes adultos los porcentajes van del 2.7% al 13.4% (Christoffersen, Mohl, DePanfilis & Vammen, 2015; Swannell et al., 2014). Necesitamos mayor información sobre las causas de porque en estudiantes universitarios los porcentajes son más elevados en general, y en particular en México.

Los estudios que existen en población mexicana son de adolescentes, donde en población clínica una muestra de 106 adolescentes con trastornos afectivos o del comportamiento, 74 presentaron autolesiones (García-Mijares et al., 2015), o de nivel preparatoria (González-Forteza, Alvarez-Ruiz, Saldaña-Hernández, Carreño-García, Chávez-Hernández y Pérez-Hernández, 2005) donde de 2530 estudiantes, 10.7% de las mujeres y el 3.1% de los hombres presentaron algún tipo de autolesión. Son pocos estudios, y ninguno sobre población universitaria. La problemática de las ANS se ve agravada por la falta de información y sensibilización en general en nuestro país, y en las universidades en particular, son una problemática oculta, dado que la mayoría de las personas que la presentan no acuden a buscar ayuda profesional por estas conductas (Whitlock et al., 2006).

También hay que tomar en cuenta de que aunque muchos de los que se autolesionan lo hacen durante un año o menos, hay porcentajes importantes que lo continúan durante varios años. Además de que el dejar de autolesionarse no implica necesariamente que las personas hayan resuelto las problemáticas que pueden estar afectando o provocando las conductas autolesivas. Esto es particularmente importante, ya que las ANS son una `problemática compleja, que se relaciona con muchos factores, entre los cuales se encuentran mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiedad, impulsividad, problemas de regulación emocional como recriminación, problemas de control, concentración y confusión de emociones, además de bajos niveles de autoeficacia e identificación de emociones respecto a aquellas personas que no se autolesionan. Por lo anterior, la cesación de las conductas autolesivas involucra muchos factores que interactúan entre sí, y que si

no se resuelven o se tratan de manera satisfactoria, una posibilidad podría ser que se sustituyan las conductas autolesivas por otro tipo de comportamientos dañinos para la personas como abuso de sustancias o problemas de las conductas alimentarias.

### **El papel del sexo en las ANS**

Otro elemento importante de la presente investigación fue evaluar si existían diferencias por sexo respecto a las ANS. Existen varios artículos al respecto en otras muestras. Andover, Primack, Gibb y Pepper (2010) reportaron que no encontraron diferencias por sexo respecto al número de episodios de ANS durante la vida, historia de intentos de suicidio o de reportes por los propios sujetos sobre el dolor físico por las autolesiones, pero que las mujeres declararon una edad de inicio más temprana, lesiones medicas más severas y episodios más graves que los hombres. Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein y Abela (2015) por su parte señalan que en el caso de las mujeres es más probable que las ANS se conviertan en conductas crónicas respecto a los hombres. Van Camp, Desmet y Verhaeghe (2011) encontraron que el cortarse era utilizado por el doble de mujeres respecto a los hombres, que la conducta de golpear las paredes era más prevalente en los hombres, quemarse era un método utilizado por las mujeres y que morderse era una conducta utilizada también por los hombres y no exclusiva de las mujeres. Finalmente, en un meta-análisis realizado por Bresin y Schoenleber (2015) encontraron que las mujeres eran más propensas a reportar una historia de ANS respecto a los hombres, tendían a realizar un poco más autolesiones que los

hombres, a presentarse en mayores números en poblaciones clínicas que los hombres, y a utilizar con mayor frecuencia métodos que involucraban sangre como cortarse y rascarse. En la muestra del presente estudio, los porcentajes son similares para hombres y mujeres. Existen diferentes razones por las cuales las mujeres pueden estar sobrerrepresentadas en muestras clínicas (Heath, Schaub, Holly, & Nixon, 2009) entre ellas el hecho de que es posible que para recibir ayuda profesional sean las mujeres quienes acudan en mayores porcentajes que los hombres. Esto es relevante desde el punto de vista no solo de futuras investigaciones, sino también en el área clínica, ya que se corre el riesgo de ignorar o minimizar a todo un segmento de la población (los hombres) que también presentan conductas autolesivas, pero que no están asociados comúnmente con este tipo de conductas, y por lo tanto, es menos probable que reciban la atención adecuada. Respecto a las conductas para autolesionarse, hay variedad de métodos que las personas con ANS utilizan para lastimarse, los cuales varían de letalidad, aunque en general las mujeres tienen utilizar métodos que involucran usar objetos filosos para lastimar su piel, sea cortándose, tallándose dibujos o palabras, o clavárselos en la piel, mientras que los hombres tienden a quemarse o golpearse, además de cortarse. Esto puede ser relevante en el área de detección de estas conductas, ya que el tipo de lesiones (cicatrices, quemaduras o moretones) podrían variar de acuerdo al sexo, lo cual puede ser de utilidad para los profesionales de la salud encargados de trabajar con esta población a la hora de observar o hacer preguntas al respecto.

## **Las funciones de autolesionarse**

Otra percepción que comúnmente tiene la población en general, y en cierta medida también algunos profesionales en nuestro país, es que las autolesiones son un intento por parte de la persona que las realiza de incrementar la atención hacia su persona, o manipular los vínculos con las personas de su círculo social o familiar. Existen numerosos estudios que han analizado las diferentes funciones que las ANS tienen para la población que las lleva a cabo. Sadeh et al., (2014) reportan que adolescentes y jóvenes adultos de una clínica refieren diferentes funciones del ISAS (Klonsky & Glenn, 2009) para autolesionarse, donde las funciones intrapersonales (regulación de afecto, castigarse a sí mismo) eran referidas con mayor frecuencia que las interpersonales (vincularse con pares, establecer autonomía). Lloyd-Richarson, Perrine, Dierker y Kelley (2007) mencionana que las razones más comunes para las ANS en su muestra son “para tratar de lograr una reacción de alguien”, “obtener control de una situación” y “parar sentimientos negativos”. Turner, Champan y Layden (2012) encontraron que diferentes funciones de las ANS estaban asociadas a vulnerabilidades sociales y emocionales. Por ejemplo, la regulación emocional se asociaba con una mayor intensidad emocional, supresión emocional y acceso limitado a estrategias de regulación emocional, mientras que la función de autocastigo estaba asociada con mayor intensidad emocional y supresión expresiva. Muehlenkamp, Brausch, Quigley y Whitlock (2012) encontraron que las funciones interpersonales eran manifestadas como las causas para iniciar las ANS, no así para mantener estas conductas. Por otra parte, Saraff

y Pepper (2014) encontraron que las funciones intrapersonales tenían un papel en la frecuencia a lo largo de la vida y la variedad de métodos para las ANS respecto a las funciones interpersonales. Finalmente, Zetterqvist, Lundh, Dahlström y Svedin (2013) reportaron que utilizando el modelo de las cuatro funciones las ANS de Nock y Prinstein (2004) que los factores reportados con mayor frecuencia era el reforzamiento automático negativo y el reforzamiento automático positivo en una muestra con adolescentes.

Respecto a nuestra investigación, por lo que hemos podido analizar, las ANS no son un intento de llamar la atención, o una forma de manipular a las personas cercanas a quien se autolesiona. Existen una multiplicidad de motivaciones o funciones que la persona puede tener para lesionarse, algunas interpersonales, otras intrapersonales. La mayor parte de los que refieren autolesionarse dan múltiples motivos para hacerlo. Las principales motivaciones varían de acuerdo al sexo, pero el evitar suicidarse, manifestar un embotamiento emocional o el manifestar físicamente la angustia que sienten las personas son funciones frecuentes, que no están relacionadas con manipular el vínculo con otra persona. Otras funciones como la venganza o el buscar experimentar sensaciones y demostrar su fortaleza si se relacionan con los vínculos con otras personas, pero no de una manera tan simplista que la percepción general podría sugerir.

### **Las diferencias entre quienes autolesionan de manera experimental y recurrente**

Respecto a la importancia de la frecuencia de ANS a lo largo de la vida y sus posibles implicaciones para las personas que se autolesionan, Whitlock y cols.

(2012) encontraron que dos predictores de intentos suicidas eran 20 o más ocasiones de ANS y una historia de tratamientos mentales. Hamza y cols. (2012) reportan que en varias investigaciones una mayor frecuencia de ANS predecía una mayor frecuencia de intentos de suicidio, lo que sugiere que las personas que realizan ANS con mayor frecuencia reportan mayor número de intentos de suicidio que aquellos que los hacen de manera infrecuente o en pocas ocasiones. Brausch y Boone (2015) dividieron su muestra en cinco grupos (sin autolesión, una ocasión, de 2 a 3 ocasiones, 4 a 5 ocasiones, y 6 o más) y encontraron que los intentos de suicidio se incrementaban con el aumento de la frecuencia de ANS, y que el grupo de seis o más autolesiones presentaba mayor uso de sustancias y trastornos de la alimentación que los otros grupos (Brausch & Boone, 2015). Por lo anterior, consideramos que la división entre dos grupos de autolesiones, experimentales y recurrentes tiene una fundamentación basada en evidencia.

De hecho las motivaciones para autolesionarse en nuestro estudio difieren de acuerdo al grupo de autolesión al que se pertenezca (experimental o recurrente), lo cual tiene implicaciones clínicas para su intervención y tratamiento. En el grupo experimental las funciones interpersonales tienen mayor relevancia, mientras que en el grupo recurrente, las funciones intrapersonales tienen las correlaciones más altas. La importancia de habilidades de socialización y de vinculación en los primeros, y la regulación de las emociones y resolución de conflictos en los segundos podría ser parte de las estrategias a desarrollar. Las estrategias deberán variar no solo tomando en cuenta las diferencias funciones referidas mencionadas

por los grupos de personas que se autolesionan, sino también tomando en cuenta las otras variables psicológicas estudiadas. De acuerdo a nuestros resultados, las personas que se autolesionan de forma recurrente (5 o más ocasiones) tienden a tener mayores niveles de depresión, ansiedad, impulsividad, problemas de regulación emocional que aquellos que se lesionan de manera experimental (1 a 4 ocasiones) y que aquellos que no se autolesionan. En el caso de los experimentales, sus diferencias respecto a los que no se lesionan son menores o inexistentes, siendo las correlaciones de depresión las más significativas. Esto pone en relieve la dificultad de poder separar aquellos que no se lesionan de los que lo hacen de manera experimental, y que en situaciones de vulnerabilidad emocional, un número importante de personas sin una psicopatología evidente o pronunciada pueden manifestar conductas autolesivas.

### **Características psicológicas y percepción de crianza relacionadas con las ANS**

Respecto a posibles variables que consideramos pudieran tener una influencia para la presentación de las ANS, la percepción de crianza era una de nuestras variables de estudio, tomando en cuenta de que otras investigaciones (Crowell et al., 2008; Kaess et al., 2013) han señalado la relevancia de las interacciones entre las madres y sus hijos, o las afectaciones por la negligencia o maltrato infantil. En esta muestra, aquellas personas que se autolesionan tienden a percibir con mayor frecuencia a sus padres como autoritarios o negligentes respecto a los que no se autolesionan. Esto puede estar relacionado con la importancia de los problemas familiares y de vinculación que pueden existir en las personas que se autolesionan o con trastornos

límite de la conducta (Linehan, 1993). En el caso de las ANS, hay muchas investigaciones que muestran las asociaciones y co-ocurrencias de toda una serie de trastornos y problemáticas mentales de aquellos que se autolesionan respecto a aquellos que no presentan autolesiones, presentando niveles más elevados de depresión, ansiedad, impulsividad y problemas de regulación emocional, entre otros (Brausch & Gutiérrez, 2010; Bresin, Carter, & Gordon, 2013; Gratz & Roemer, 2004; Klonsky , 2011; Moran et al., 2011; Muehlenkamp & Brausch, 2011). La co-ocurrencia de todas estas problemáticas con las ANS parece estar influenciada en parte por las dificultades en el manejo de los afectos negativos, pero otras causas, entre ellas las influencias biológicas o problemáticas infantiles como abuso, por mencionar algunas, no pueden descartarse (Gratz et al., 2011; Klonsky, 2007; Plener et al., 2012; Sher, & Stanley, 2009; Yates, 2009).

### **Validación del ISAS para medir las ANS en población universitaria mexicana**

Se obtuvo una escala con características adecuadas para detectar las ANS en población universitaria mexicana. Consideramos que para el rango de edad entre los 17-30 años en población general podría también ser adecuada su aplicación. Los adolescentes también son una población en la que podría ser adecuada su aplicación, pero tendrían que validarse primero en estos grupos para verificarlo. Esta escala en su conjunto permite indagar la frecuencia, métodos, años y motivaciones para autolesionarse, además de datos complementarios de interés como hospitalizaciones, conocidos que se autolesionaron o intentos de suicidio, que en su conjunto proporcionan información relevante tanto para los investigadores

como para los profesionales de la salud, médicos y psicólogos. La aplicación de la esta escala es rápida (15 minutos aproximadamente) y por lo tanto práctica.

Respecto a la versión en inglés hay diferencias importantes, ya que hubo un número importante de reactivos que se eliminaron, y la estructura factorial es diferente, ya que mientras que en inglés quedaron las funciones divididas en dos grandes factores (intrapersonales e interpersonales) y en la adaptación al español quedaron siete factores. Las razones para estas discrepancias pueden ser múltiples y las enumeraremos a continuación. Primero, el tipo de análisis que llevamos a cabo para validar el instrumento fue diferente, ya que en la versión original los reactivos se agruparon previamente en 13 subescalas (o funciones) con las cuales se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio, mientras que en la versión en español los 39 reactivos fueron analizados en el factorial exploratorio sin agruparlos previamente, para poder observar cómo se agrupaban libremente. Nosotros llevamos a cabo un análisis factorial confirmatorio, el cual en el estudio original no se realizó. Otro elemento a considerar es que al traducir y adaptar un instrumento de otro idioma y cultura, siempre existe la posibilidad de que no queden los mismos factores. Consideramos que la manera en como la población estudiantil mexicana conceptualiza las motivaciones o funciones para autolesionarse respecto a sus contrapartes angloparlantes es diferente, y que la importancia de ciertas funciones varia, como en el caso de la regulación del afecto, que en nuestra muestra se acabaron eliminando la mayor parte de sus reactivos, quedando conformada otra función que denominamos auto regulación, y que en otros casos, algunas funciones

que teóricamente en Estados Unidos o Canadá pueden definirse claramente de manera diferenciada, como búsqueda de sensaciones o fortaleza, en México son percibidas como una sola función. Los resultados de la conformación del instrumento fueron sorprendidos para nosotros, y consideramos que son necesarias más investigaciones en otras muestras para poder ver si estas funciones mantienen su relevancia. Tomando en cuenta las siete funciones resultantes (auto-regulación, venganza, búsqueda de sensaciones/fortaleza, evitando el suicidio, manifestando angustia, autodomínio y embotamiento) consideramos que sería fundamental investigar a profundidad cuales son las funciones importantes para los mexicanos para las ANS, y si hay otras funciones que no están contempladas en la presente investigación.

#### **Percepción de necesidad, utilización de servicios, conocimiento de personas que autolesionan e intentos de suicidio relacionados con las ANS**

Entre los elementos adicionales a considerar en el análisis de las autolesiones, se encuentran los porcentajes de personas que se autolesionan que acuden a buscar ayuda profesional por este tipo de conductas, el cual es bajo y ha sido descrito en otras investigaciones (Whitlock et al., 2006). Un elemento importante desde nuestro punto de vista que agrava la problemática de las ANS es que un elevado número de personas que se autolesionan, 70%, conocen por lo menos a otra persona que también lo hace, por lo que esta problemática es conocida por los estudiantes, pero no por las autoridades. Incluso un 50% de los

que no se autolesionan conocen a alguien que lo hace, y esa información no parece llegar a las autoridades o profesionales.

Un elemento a considerar, que ha sido descrito por otras investigaciones es el fenómeno de contagio social de las ANS. Prinstein, Heilbron, Guerry, Franklin, Rancourt, Simon y Spirito (2010) encontraron en un estudio longitudinal con adolescentes que los efectos de la socialización con los pares y su influencia para las autolesiones y el estado de ánimo depresivo se confirmaban en el caso de las mujeres pero no en el caso de los hombres. Por otra parte, Jarvi, Jackson, Swenson y Crawford (2013) revisaron la literatura sobre el fenómeno de contagio en adolescentes y jóvenes adultos, y encontraron que el modelamiento social de las ANS incrementa el riesgo de iniciar las conductas autolesivas, en individuos con determinadas características individuales y/o psiquiátricas. Finalmente Muehlenkamp, Hoff, Licht, Azure y Hasenzahl (2008) utilizando una base de datos de archivos de 1965 estudiantes universitarios encontraron que la exposición a ANS y/o intentos de suicidio por parte de pares hacia más probable que la persona realizara estas conductas respecto a aquellas personas que no estaban expuestas a estos comportamientos. Tomando en cuenta esta información, es posible que se dé un fenómeno de contagio entre estudiantes universitarios, en donde la exposición a las ANS puede crear grupos de personas que se autolesionan (aunque cada quien lo haga individualmente) y que sea más probable que en un futuro se autolesionen aquellos que no lo han hecho hasta el momento.

Parece que es más frecuente que este tipo de conductas sean conocidas por amigos o compañeros de universidad, y esta información al no llegar a las autoridades o profesionales hace que su tratamiento e intervención se dificulten aún más. Las ANS por sí mismas tienen consecuencias negativas en las personas que las realizan, además de las asociaciones que tienen con otras conductas de una mayor letalidad. Como hemos mencionado anteriormente, aunque las autolesiones no suicidas no son el mismo fenómeno como los intentos de suicidio (Andover et al., 2012; Hamza et al., 2012), encontramos en este estudio que porcentajes significativos de personas que se autolesionan han intentado suicidarse. Comparadas con aquellos que no presentan ningún tipo de autolesión, los experimentales tienen casi tres veces mayor probabilidad de intentar suicidarse, mientras que los recurrentes presentan 12 veces mayor probabilidad de tener un intento de suicidio.

### **Implicaciones políticas y recomendaciones para investigaciones futuras**

Tomando en cuenta el conjunto de resultados obtenidos en la investigación, consideramos que es fundamental seguir realizando investigaciones sobre las ANS en población mexicana, no solo en estudiantes universitarios, pero en adolescentes, profesionales jóvenes, población rural, niños, y en poblaciones clínicas de personas con trastornos mentales como abuso de sustancias, trastorno límite de la personalidad o trastornos de la conducta alimentaria. Es una problemática que no recibe la atención suficiente y adecuada por parte de las autoridades de salud de nuestro país ni de la sociedad en su conjunto, especialmente en comparación con

otros países. Hay un rezago en México respecto a las actividades preventivas y de tratamiento que se implementan en otras países para disminuir la incidencia de estas problemáticas.

Entre las sugerencias para futuras investigaciones consideramos que el poder aplicar en otras muestras universitarias sería deseable, tanto públicas y privadas, de diferentes partes de la república. También en ambientes clínicos para ver la comorbilidad que con otro tipo de trastornos pudieran tener las ANS. Estudios longitudinales, especialmente de la secundaria a la preparatoria o la universidad serían deseables para recolectar mayor información. También sería necesario desarrollar programas de prevención para sensibilizar a la población en general sobre las ANS. Es fundamental que en México se empiece a hablar, estudiar y tratar las ANS como el problema de salud pública que ya son en la actualidad.

### **Limitaciones**

La presente investigación tiene un número de limitaciones a tomar en cuenta. Por diversas circunstancias administrativas no fue posible obtener una muestra representativa de la población universitaria, por lo cual los resultados no pueden generalizarse a otras muestras. Aunque el instrumento resultante de las adaptación del ISAS y del DSHI presenta características aceptables para identificar estas conductas, sería deseable desarrollar un instrumento específico para poblaciones mexicana y latinoamericana, sobre todo teniendo en cuenta las diferencias que se encontraron en la importancia de las diferentes funciones para autolesionarse respecto a la población anglosajona. No fue posible por limitaciones de tiempo en

las aplicaciones incluir un mayor número de instrumentos para poder medir algunas de las otras variables psicológicas que podrían ser relevantes, como el trastorno límite de la personalidad.

### **Aportaciones y conclusiones**

A pesar de lo anterior, consideramos que la presente investigación es una valiosa contribución al entendimiento de las ANS en México. Es la primera investigación en este tema en el país que sepamos que realiza en población universitaria y uno de las pocas investigaciones que actualmente existen en población mexicana sobre el tema de las autolesiones, ya que como mencionamos anteriormente, las otras investigaciones encontrada en población mexicana están enfocadas al grupo de los adolescentes. La muestra aunque no es representativa de toda la población universitaria, si es diversa, ya que incluye a personas no solo del área de psicología, lo cual es común en numerosas investigaciones y artículos, por la accesibilidad y disponibilidad, sino de diversas carreras como medicina, derecho, ingeniería o arquitectura. Esta investigación también pone en relieve la importancia de investigar en la población universitaria, ya que es un grupo que no se asocia comúnmente en nuestro país con las ANS, a diferencia de los adolescentes. Aunque claramente la mayoría de estos comportamientos inician durante la adolescencia, y los porcentajes son mayores en esta etapa (Swannell et al., 2014) la población universitaria que presenta esta problemática es significativa.

## Bibliografía

- Aguilar, J., & Aguilar, A. (2013). Validez de constructo de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1228-1237.
- Aguilar-Villalobos, J., Valencia-Cruz, A., & Sarmiento-Silva, C. (2007). Impacto de los Estilos Parentales sobre el Ajuste Personal, Escolar y Social entre Estudiantes de Bachillerato. En A. Valencia-Cruz, *Relaciones Familiares y Ajuste Personal, Escolar y Social en la Adolescencia. Investigaciones entre Estudiantes de Escuelas Públicas* (págs. 17-35). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alfonso, M. L., & Kaur, R. (Nov de 2012). Self-injury among early adolescents: identifying segments protected and at risk. *Journal of School Health*, 82(12), 537-547.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(11), 1-7.
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (Jan de 2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(1), 79-88.
- Andrews, T., Graham, M., Hasking, P., & Page, A. (2013). Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 40-6.
- APA. (1 de Junio de 2013). *American Psychiatric Association*. Obtenido de The diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed): [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
- Armey, M. F., Crowther, J. H., & Miller, I. W. (Dec de 2011). Changes in Ecological Momentary Assessment Reported Affect Associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy*, 42(4), 579-588.
- BaBler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: a web-survey. *Archives of Suicide Research*, 15, 56-67.

- Ballard, E., Bosk, A., & Pao, M. (Apr de 2010). Invited commentary: understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self injury. *Journal of Youth and Adolescents*, 39(4), 327-334.
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. (Feb de 2015). Nonsuicidal self-injury in adolescence: longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 369-380.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanila, G., Hernández-Roque, A., & Chartt-Leon, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en pre-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., & Kapur, N. (Feb de 2012). How do methods of non-fatal self-harm relate to eventual suicide? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 526-533.
- Bilén, K., Ponzer, S., Ottosson, C., Castrén, M., Owe-Larsson B, Ekdahl, K., & Pettersson, H. (Jul de 2013). Can repetition of deliberate self-harm be predicted? A prospective multicenter study validating clinical decision rules. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 253-258.
- Bjarehed, J., Wangby-Lundh, M., & Lundh, L. (Dec de 2012). Non suicidal self-injury in a community sample of adolescents: subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence*, 22(4), 678-693.
- Borschmann, R., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (Apr de 2012). Measuring self-harm in adults: a systematic review. *European Psychiatry*, 27(3), 176-180.
- Brausch, A. M., & Boone, S. D. (Oct de 2015). Frequency of nonsuicidal self-injury in adolescents: differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 612-622.
- Brausch, A., & Gutiérrez, P. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, 39, 233-242.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (Jun de 2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.
- Bresin, K., Carter, D. L., & Gordon, K. H. (28 de Feb de 2013). The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: a daily diary study. *Psychiatry Research*, 205(3), 227-231.
- Bresin, K., Sand, E., & Gordon, K. H. (2013). Non-suicidal self-harm from the observer perspective: a vignette study. *Archives of Suicide Research*, 17(3), 185-195.

- Briere, J., & Gil, E. (Oct de 1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brody, S., & Carson, C. M. (2012). Brief report: self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Schotish adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 35, 765-767.
- Brown , S. (2009). Personality and non-suicidal deliberate self-harm: trait differences among a non-clinical population. *Psychiatry Research*, 169, 28-32.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan , M. M. (2002). Reasons for suicide attemps and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Bureau, J. F., Freynet, N., Martin, J., Poirier, A. A., Lafontaine, M. F., & Clotier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth & Adolescence*, 39, 484-494.
- Cabello-González, R., Ruiz-aranda, D., Salguero, J. M., & Castillo-Gualda, R. (2009). Avances en el estudio de la inteligencia emocional. *I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*. México.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates od deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 337-347.
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. (Oct de 2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving th puzzle of deliberate self-harms:The experiential avoidance model. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 371-394.
- Chapman, A., & Dixon-Gordon, K. (Oct de 2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.
- Chapman, A., Specht, M., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 388-399.
- Christoffersen, M. N., Mohl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury-Does social support make a difference?: An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44, 106-116.

- Claes, L., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Casanueva, F., de la Torre, R., Fernández-Real, J., . . . Granero, R. (2012). Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions. *Personality and Individual Differences, 54*, 137-140.
- Claes, L., Klonsky, E., Muehlenkamp, J., Kuppens, P., & Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry, 51*, 386-392.
- Cloutier, P., Nixon, M., Martin, J., Kennedy, A., & Muehlenkamp, J. (2009). Characteristics and co-occurrence of Adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in Pediatric Emergency Crisis Services. *Journal of Youth Adolescence, 39*, 259-269.
- Crowell, S. E., Bauchaine, T. P., McCauley, E., Vasiley, C. A., Stevens, A. L., & Smith, C. J. (2008). Parent-Child interactions, Peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescent. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 15-21.
- Crowell, S., Beauchaine, T., Hsiao, R., Vasiley, C., Yaptangco, M., Linehan, M., & McCauley, E. (2012). Differentiating adolescent self-injury from adolescent depression: possible implications for borderline personality development. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 45-57.
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., & Páli, E. (22 de Jan de 2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(5), 309-320.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative. *Psychological Bulletin, 113*(3), 487-496.
- De Garay-Sánchez, A. (2003). Una mirada a los jóvenes universitarios mexicanos. En J. Pérez-Islas, M. Valdez-González, M. Gauthier, & P.-L. Gravel, *Nuevas miradas sobre los jóvenes* (págs. 45-55). México-Quebec: Instituto Mexicano de la Juventud.
- De Leo, D., & Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *MJA, 181*(3), 140-144.
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 12*(3), 219-231.
- Duffy, D. (Jul de 2009). Self-injury. *Psychiatry, 8*(7), 237-340.
- Duggan, J., Toste, J., & Heath, N. (30 de Apr de 2013). An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: the

- mediating influence of emotions dysregulation. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 256-264.
- Eichen, D. M., Kass, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., Gibbs, E., Trocker, M., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (30 de Jan de 2016). Non-suicidal self-injury and suicidal ideation in relation to eating and general psychopathology among college-age women. *Psychiatry Research*, 235, 77-82.
- Favazza, A. (2009). A cultural understanding of nonsuicidal self-injury. En M. Nock , *Understanding non suicidal self-injury, origins, assessment, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-mutilation and body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A., & Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital Community Psychiatry*, 44(2), 134-140.
- Felman, R. (2006). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En R. Felman, *Desarrollo psicológico a través de la vida* (págs. 388-421). Edo. de México: Prentice Hall, Inc.
- Ferrara, M., Terrinoni, A., & Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitudes toward death. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(12), 1-8.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (Jun de 2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Páramo-Pérez, M., López-Gómez, V., . . . Rejas, J. (Jan de 2010). Cultural adaptation into spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8.
- García-Mijares, J. F., Alejo-Galarza, G. J., Mayorga-Colunga, S. R., Guerrero-Herrera, L. F., & Ramírez-García, L. (2015). Validación al español del Self Harm Questionnaire para la detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*, 38(4), 287-292.
- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (15 de May de 2012). Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 66-72.

- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (May de 2012). Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research, 197*(1-2), 66-72.
- Glassman, L. H., Weierich, M., Hooley, J., Deliberto, T., & Nock, M. (2007). Child maltreatment non-suicidal self-injury and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2483-2490.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality & Individual Differences, 46*, 25-29.
- Glenn, C. R., Blumenthal, T. D., Klonsky, D. E., & Hajcak, G. (2011). Emotional reactivity in nonsuicidal self-injury: divergence between self-report and startle measures. *International Journal of Psychophysiology, 80*, 166-170.
- Glenn, C. R., Blumenthal, T., Klonsky, E. D., & Hajcak, G. (2007). Emotional reactivity nonsuicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and therapy, 45*, 2483-2490.
- Glenn, C., & Klonsky, D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 466-473.
- Glenn, C., & Klonsky, E. (2011). Prospective prediction of non-suicidal self-injury: a 1 year longitudinal study in young adults. *Behavior Therapy, 42*, 751-762.
- González-Forteza, C., Alvarez-Ruiz, M., Saldaña-Hernández, A., Carreño-García, S., Chávez-Hernández, A. M., & Pérez-Hernández, R. (2005). Relevance of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico. *Social Behavior and Personality, 33*(8), 777-792.
- González-Forteza, C., Villatoro-Velazquez, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bemúdez, P., & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental, 25*(6), 1-12.
- González-Forteza, C., Wagner-Echeagaray, F. A., & Jiménez-Tapia, A. (Enero-Febrero de 2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental, 35*(1), 13-20.
- Gratz, K. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205.
- Gratz, K. L. (Dec de 2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 253-263.

- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an acceptance based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*, 25-35.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (March de 2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and initial validation of Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Hepworth, C., Tull, M. T., Paulson, A., Clarke, S., Remington, B., & Lejuez, C. W. (2011). An experimental investigation of emotional willingness and physical pain tolerance in deliberate self-harm: the moderating role of interpersonal distress. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 63-74.
- Greydanus, D. E., & Shek, D. (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio Journal of Medicine, 58*(3), 144-151.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., Philibert, R. A., & Hollenbeck, N. (2012). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice, 39*, 238-245.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and integrated model. *Clinical Psychology Review, 32*, 482-495.
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Good, M. (2013). A preliminary examination of the specificity of the functions of nonsuicidal self-injury among a sample of university students. *Psychiatric Research, 205*(1-2), 172-175.
- Hankin, B., & Abela, J. R. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2 1/2 year longitudinal study. *Psychiatric Research, 186*, 65-70.
- Hasking, P. A., Coric, S. J., Swannell, S., Martin, G., Thompson, H. K., & Frost, A. D. (2010). Brief report: emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury. *Journal of Adolescence, 33*, 767-773.

- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 48-54.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (23 de Nov de 2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ*, *325*(7374), 1207-1211.
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, *379*, 2373-2382.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. (2009). Self-injury today. Review of populations and clinical studies in adolescents. En M. Nixon, & N. Heath, *Self-injury in Youth. The essential guide to assessment and intervention* (págs. 9-27). Washington, DC: Taylor Francis Group.
- Hervás, G., & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, *19*(2), 139-156.
- Hilt, L. M., Nolen-Hoeksema, S., & Cha, C. B. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *76*(1), 63-71.
- Hoff, E., & Muehlencamp, J. (2009). Nonsuicidal self-injury in College Students: the role of perfectionism and rumination. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *39*(6), 576-587.
- Hulbert, C., & Thomas, R. (2010). Predicting self-injury in BPD: an investigation of the experiential avoidance model. *Journal of Personality Disorders*, *24*(5), 651-663.
- In-Albon, T., Burli, M., Ruf, C., & Schmid, M. (20 de Feb de 2013). Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and Adolescent Psychiatry*, *7*(1), 5.
- INEGI. (1 de Junio de 2010). *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. Obtenido de Censo de Población y Vivienda: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (1 de Junio de 2014). *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. Obtenido de Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *17*(1), 1-19.
- Juhnke, G. A., Granello, D., & Granello, P. (2011). Working with students who engage in nonsuicidal self-inflicted injury. En G. Juhnke, D. Granello, & P. Granello, *Suicide, self-injury and violence in the schools* (págs. 85-108). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

- Jutengren, G., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: a two-wave longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 49*, 249-264.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bigulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research, 206*, 265-272.
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2011). *Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital* (5ª Ed ed.). México: CENGAGE Learning.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludascher, P., Limberger, M. F., Kuekele, K., Ebner-Priemer, U., . . . Schmahl, C. (March de 2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *The journal of nervous and mental disease, 196*(3), 230-236.
- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 226-239*.
- Klonsky, D. E., & 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 Psychopathological Behavior Assessment, 31*, 215-219.
- Klonsky, D. E., & Glenn, C. R. (2009). Psychosocial risk protective factors. En M. Nixon, & N. L. Heath, *Self-injury in Youth. The essential guide to assessment and intervention* (págs. 45-57). United States of America: Taylor & Francis Group.
- Klonsky, D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*, 166-170.
- Klonsky, David; Olino, Thomas. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 76*(1), 22-27.
- Klonsky, E. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine, 41*(9), 1981-1986.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (Aug de 2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1501-1508.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. (Oct de 2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447-457.

- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (Mar de 2012). Non-suicidal self-injury, youth and the Internet: what mental health professionals need to know. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(1), 1-9.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (Jul de 2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Lloyd-Richardson, E., Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2009). Functions of adolescent nonsuicidal self-injury. En M. K. Nixon, & N. L. Heath, *Self-injury* (págs. 29-41). New York: Taylor & Francis.
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Lofthouse, N., Muehlenkamp, J. J., & Adler, R. (2009). Nonsuicidal self-injury and co-occurrence. En M. Nixon, & N. Heath, *Self-injury in Youth. The essential guide to assessment and intervention* (págs. 59-78). United States of America: Taylor & Francis.
- Low, G., Jones, D., & Duggan, C. (2001). *The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: a pilot study in a high security hospital* (Vol. 29). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Luiselli, J. K. (2009). Media, The Internet and nonsuicidal self-injury. En M. Nock, *Understanding non suicidal self injury, origins, assesment, and treatment* (págs. 157-173). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2010). Nonsuicidal self-injury, potentially addictive behaviors and the five factor model in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 49, 521-525.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., Jan de Wilde, E., . . . Arensman, E. (2011). Psychological Characteristics, stressful life events and deliberate self-harm findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508.

- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 49*(6), 667-677.
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala "Dificultades en la regulación emocional" en Español (EDRS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 35*, 521-526.
- Marín, M., Robles-García, R., González-Forteza, C., & Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-S) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 35*, 521-526.
- Martin, J., Bureau, J.-F., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (Jun de 2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence, 49*, 170-180.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J., & Patton, G. (2011). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population based cohort study. *Lancet, 379*, 236-243.
- Moya, A. L., & Rayneet, K. (2012). Self-injury among early adolescents: identifying segments protected and at risk. *Journal of School Health, 82*(12), 537-747.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2011). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescents, 35*, 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (30 de Mar de 2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 6*(10), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., & Mitchell, J. E. (Jan de 2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research & Therapy, 47*(1), 83-87.
- Muehlenkamp, J. J., Hoff, E. R., Licht, J. G., & Hasaenzahl, S. J. (Dec de 2008). Rates of non-suicidal self-injury: a cross-sectional analysis of exposure. *Current Psychology, 27*(4), 234-241.

- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Adams, L. M. (Apr de 2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 258-263.
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Adams, L. M. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 258-263.
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., & Smits, D. (Ag de 2012). Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 42(4), 416-425.
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutiérrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-clinical self-injury in High School students across five years. *Archives of Suicide Research*, 13, 317-329.
- Muehlenkamp, J., & Gutierrez, P. (Spring de 2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-threatening behavior*, 34(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (Feb de 2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67-80.
- Navarrete-López, E. L. (2001). *Juventud y trabajo: un reto para principios de siglo*. México: El Colegio Mexiquense.
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2009). Introduction to nonsuicidal self-injury in adolescents. En M. K. Nixon, & N. Heath, *Self-injury in youth, The essential Guide to Assessment and Intervention* (págs. 1-6). New York: Taylor & Francis Group.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- Nock, M., & Mendes, W. B. (2008). Psychological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28-38.
- Nock, M. (1 de Apr de 2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(5), 140-146.

- Nock, M., & Cha, C. (2009). Psychological models of nonsuicidal self-injury. En M. Nock, *Understanding non suicidal self-injury, origins, assessment and treatment* (págs. 65-77). Washington, D.C.: American Psychological Association, APA.
- Nock, M., & Favazza, A. (2009). Nonsuicidal Self-Injury: definition and classification. En M. K. Nock, *Understanding non suicidal self-injury, origins, assessment and treatment* (págs. 9-18). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relations to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock, M; Banaji, M. (2007). Prediction of Suicide Ideation and Attempts among adolescents using a brief performance-based test. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 707-715.
- Ogundipe, L. (July de 1999). Suicide attempts 'V' deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 175(1), 90.
- Ohmann, S., & Popow, C. (2009). Self-injurious behaviour in adolescent girls with eating disorders. En S. Ohman, & C. Popow, *Relevant topics in eating disorders* (págs. 1-31). Austria: Medical University of Vienna.
- Osuch, E. A., & Payne, G. W. (2009). Neurobiological perspectives on self-injury. En M. K. Nixon, & N. L. Heath, *Self-injury in Youth* (págs. 79-100). Washintong, DC: Taylor & Francis Group.
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Ariza, A. P., Soto, H. O., & Nicolini, H. (1996). Estudio de la validez al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchick. *Salud Mental*, 19, 10-12.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Felman , R. D. (2002). Adolescencia. En D. Papalia, S. W. Olds, & R. D. Felman, *Desarrollo humano* (págs. 424-465). México: McGraw-Hill.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., Nutzinger, D., & Detley, O. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journa of Psychiatry*, 159, 408-411.
- Plante, L. (2007). Special Populations, special concerns: teenagers most at risk. En L. Plante, *Bleeding to ease the pain, cutting, self-injury and the adolescent search for self* (págs. 15-25). United States of America: PRAEGER.
- Plener, P. L., Bubalo, N., Fladung, A. K., Ludolph, A. G., & Lulé , D. (2012). Prone to excitement: adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203, 146-152.

- Plutchik, R., & van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *13*, 23-24.
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B., & Rancourt, D. (2009). Interpersonal models of nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock, *Understanding non suicidal self-injury, origins, assessment and treatment* (págs. 79-98). Washinton, DC: American Psychological Association.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (Jul de 2010). Peer influence and nonsuicidal self-injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(5), 669-682.
- Quintanilla-Montolla, R., Valdez-Figueroa, I., Vega-Miranda, J. C., & Florez-Ramírez, L. H. (Jul-Dic de 2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psycología y Salud*, *16*(2), 139-147.
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (Feb de 2004). Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, *18*(1), 73-89.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. En M. Nock, *Understanding non suicidal self-injury, origins, assesment, and treatment* (págs. 37-61). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de regulación emocional. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross y John, 2003)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNiel, D. E., . . . Yaeger, A. M. (15 de May de 2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Research*, *216*(2), 217-222.
- Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K. L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, *25*, 136-145.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. En J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and control beliefs* (págs. 35-37). United Kindom: NFER-NELSON.

- Schwarzer, R., BaBler, J., Kwiatek, P., Schroder, K., & Zhang, J. K. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the german, spanish, and chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology*, *46*(1), 69-88.
- Selby, E. A., Connel, L. D., & Joiner Jr, T. E. (2010). The pernicious blend of rumiation and fearlessness in non-suicidal self-injury. *Cognitive Therapy Research*, *34*, 421-428.
- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). *Proposal to DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSSI) as a DSM-V Disorder*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2015, de American Psychiatric Association: [www.dsm5.org/proposed%20revisión%20Attac](http://www.dsm5.org/proposed%20revisión%20Attac)
- Shenk, C., Noll, J., & Cassarly, J. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth & Adolescence*, *39*, 335-342.
- Sher, L., & Stanley, B. (2009). Biological models of non-suicidal self-injury. En M. K. Nock, *Understanding non suicidal self-injury. Origins, assessment, and treatment* (págs. 99-115). United States of America: American Psychological Association.
- Sim, L., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, *19*(1), 75-91.
- Sinclair, J., & Green, J. (May de 2005). Understanding resolution of deliberate self-harm\_ qualitative interview study of patients's experiences. *BMJ*, *330*, 1-5.
- Solano, R., Fernández-Aranda, F., Aitken, A., López, C., & Vallejo, J. (Jan-Feb de 2005). Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *13*(1), 3-10.
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & Mclouth, R. (Jun de 2012). Nonsuicidal Selfinjury and gender: patterns of prevalence, methods, and localitons among adolescents. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *42*(3), 266-278.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Internal Medicina*, *166*(10), 1092-1097.
- St Germain, S., & Hooley, J. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 78-84.
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (Aug de 2013). Aberrant pain perception direct and indirect non-suicidal self-injury: an empirical test of Joiner's interpersonal theory. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 694-701.

- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y., & Mann, J. J. (2009). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, *124*, 134-140.
- Straiton, M., Roen, K., Dieserud, G., & Hjelmeland, H. (2013). Pushing the Boundaries: understanding self-harm in a non-clinical population. *Archives of Psychiatric Nursing*, *27*, 78-83.
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: extent and nature of the associations. *Suicide & Life-threatening Behaviour*, *37*(4), 409-421.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples\_ systematic meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-threatening Behavior*, *44*(3), 273-303.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (Jul-Ag de 2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child, Abuse & Neglect*, *36*(7), 572-584.
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Academic Pediatrics*, *12*(3), 205-213.
- Tantam, D., & Huband, N. (2009). Summary and Conclusions. En D. Tantam , & N. Huband, *Understanding repeated self-injury. A multidisciplinary approach* (págs. 191-208). Palgrave Macmillan.
- Taylor, J., Peterson, C., & Fischer, S. (2012). Motivations for self.injury, affect, and impulsivity: a comparison of individuals with current self-injury to individuals with a history of self-injury. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *42*(6), 602-613.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Kiviruusu, O., Karlsson, L., Ruuttu, T., & Marttunen, M. (2009). Factors associated with deliberate self-harm behavior among depressed adolescent outpatients. *Journal of Adolescence*, *32*, 1125-1136.
- Turner, B. J., Chapman, A. L., & Layden, B. K. (Feb de 2012). Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-injury: associations with emotional and social functioning. *Suicide Life-Threatening Behavior*, *42*(1), 36-55.
- Ulloa, R. E., Contreras, C., Paniagua, K., & Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, *36*, 417-420.

- Van Camp, I., Desmet, M., & Verhaeghe, P. (2011). Gender differences in non-suicidal self-injury: are they on the verge of leveling off? *International Proceedings of Economics Development & Research*, 23, 28.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: a practical guide . *Journal of Clinical Psychology: in session*, 63(11), 1057-1068.
- Walsh, B., & Doerfler, L. A. (2009). Residential treatment of self-injury. En M. K. Nock, *Understanding non-suicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Weinberg, A., & Klonsky, D. E. (Jun de 2012). The effect of self-injury on acute negative arousal: a laboratory simulation. *Motivation & Emotion*, 36(2), 242-254.
- Weismore, J., & Esposito-Smythers, C. (2010). The role of cognitive distortion in the relationship between abuse, assault, and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth & Adolescence*, 39, 281-290.
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2009). Intervention and prevention in the community. En M. Nixon, & N. Heath, *Self-injury in youth. The essentials guide to assessment and intervention* (págs. 79-110). Washinton, DC: Taylor & Francis Group.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (June de 2006). Self-injurious behaviors in a College Population . *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. (Apr de 2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 486-492.
- Whitlock, J., Purington, A., & Gershkovich, M. (2009). Media, the Internet and nonsuicidal self-injury. En M. Nock, *Understanding non-suicidal self-injury. Origins, assessment, and treatment* (págs. 139-155). United States of America: American Psychological Association.
- Wilkinson, P., & Goodyear, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 103-108.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts , C., Dubicka, B., & Goodyear, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168, 295-501.
- Williams , F., & Hasking, P. (Mar de 2010). Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 11(1), 33-41.

- Yates, T. M. (2009). Development pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock, *Understanding non suicidal self-injury. Origins, assessment, and treatment* (págs. 117-137). United States of America: American Psychological Association.
- Yates, T. M., Luthar, S. S., & Tracy, A. J. (2008). nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 52-62.
- You, J., & Leung, F. (Apr de 2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a 2 year follow-up study. *Journal of Adolescence, 35*(2), 389-395.
- You, J., Leung, F., & Fu, K. (2011). Exploring the reciprocal relationships between nonsuicidal self-injury, negative emotions and relationship problems in Chinese adolescents: a longitudinal cross-lag study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(5), 829-836.
- Yurkowski, K., Martin, J., Levesque, C., Bureau, J.-F., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (30 de Ag de 2015). Emotion dysregulation mediates the influence of relationship difficulties on non-suicidal self-injury behavior in young adults. *Psychiatry Research, 228*(3), 871-878.
- Zaki, L. F., Coifman, K. G., Rafaeli, E., Berenson, K. R., & Downey, G. (Sep de 2013). Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder. *Behaviour Therapy, 44*(3), 529-540.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlstrom, O., & Svedin, C. G. (Jul de 2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(5), 759-773.