

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

A primera vista: Automutilación y su relación con la percepción de otros para buscar ayuda psicológica en adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador

Thalia Piedad Bravo Rueda

Psicología

Trabajo de integración curricular presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 11 de diciembre de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**A primera vista: Automutilación y su relación con la percepción de otros
para buscar ayuda psicológica en adolescentes y adultos jóvenes en
Ecuador**

Thalia Piedad Bravo Rueda

Calificación:

/

Nombre del profesor, Título académico

Esteban Utreras, Ph. D.

Firma del profesor:

Quito, 11 de diciembre de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Thalia Piedad Bravo Rueda

Código:

00132697

Cédula de Identidad:

1150246211

Lugar y fecha:

Quito, 11 de diciembre de 2019

RESUMEN

La automutilación es una problemática de salud pública con altos índices de prevalencia e incidencia en Ecuador y a nivel mundial. Pero con poca investigación alrededor de los motivos que provocan que los individuos no busquen ayuda. Además, está asociada a diversas causas etiológicas o factores de riesgo. Sin embargo, el acceso a servicios de salud es limitado ya sea por la estigmatización o por la falta de búsqueda de ayuda profesional. De ahí que, uno de los puntos claves para la búsqueda de ayuda sea el apoyo social percibido. Por ello, esta investigación se centra en explorar la experiencia de quienes se autolesionan frente a las reacciones o percepciones de la primera que ve sus automutilaciones, de esta forma se pretende averiguar si existe una relación entre las percepciones y la búsqueda de ayuda profesional.

Palabras clave: automutilación, autolesión, búsqueda de ayuda, percepción, reacción.

ABSTRACT

Self – injury is a public health problem with high prevalence and incidence rates in Ecuador and worldwide. But, with little research around the reasons that cause individuals to do not seek help. Also, it is associated with various etiological causes or risk factors. However, access to health services is limited either by stigmatization or lack of seeking professional help. Hence, one of the key points for seeking help is perceived social support. For this reason, this research focuses on exploring the experience of those who self – harm in the face of the reactions or perceptions of the first person who sees their self – injuries, to find out whether there is a relationship between perceptions and seeking professional help.

Keywords: self – injury, self – harm, seeking professional help, perception, reaction.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

A PRIMERA VISTA: AUTOMUTILACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE OTROS PARA BUSCAR AYUDA PSICOLÓGICA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES EN ECUADOR.....	8
INTRODUCCIÓN	8
Definición de automutilación.	8
Definición de Percepción.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
Pregunta de Investigación.....	15
Objetivos.....	15
Objetivo General.	15
Objetivos Específicos.....	15
JUSTIFICACIÓN.	15
DESARROLLO DEL TEMA	17
Automutilación: DSM y CIE 10.....	17
Etiología: Perspectivas y teorías acerca de las causas de la automutilación.	18
Teoría del apego.....	19
Abuso y maltrato en la infancia.	22
Desregulación emocional.....	24
Impulsividad.	26
Tipos de automutilación.	28
Epidemiología: Prevalencia e incidencia.....	29
Diferencias de género en la automutilación.	31
Características de la automutilación.	32
Psicofisiología de la automutilación.....	34
Neuroanatomía.....	34
Genética.	37
Neurotransmisores.	39
Funciones psicológicas de la automutilación.	43
Regulación emocional.....	43
Autocastigo.	45
Reducción del dolor.....	47
Funciones Sociales.....	49
Comorbilidad.....	50
Factores de Riesgo.....	52
Contagio social /Aprendizaje social.....	54
Autocastigo.	55
Acoso escolar o bullying.....	56
Consecuencias de la automutilación.....	57

Suicidio.....	58
Tratamientos para la autolesión.....	60
Tratamiento psicológico.....	60
Tratamiento Farmacológico.....	61
Definición de adolescencia y adultez temprana.....	62
Percepción.....	64
Percepciones acerca de la automutilación.....	66
Relación entre la percepción y la automutilación.....	67
DISEÑO Y METODOLOGÍA	74
Diseño.....	74
Muestra.....	75
Instrumentos o materiales.....	78
Instrumentos de filtro.....	79
Entrevista de profundización.....	80
Procedimiento de recolección de datos.....	82
Análisis de datos.....	84
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	87
CONCLUSIONES.....	89
Fortalezas y limitaciones de la propuesta de investigación.....	89
Recomendaciones para futuros estudios.....	92
REFERENCIAS.....	95
ANEXO A: ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS (EPCA): SECCIÓN AUTOLESIONES.....	131
ANEXO B: CUESTIONARIO DE AUTOLESIONISMO EN ESPAÑOL	135
ANEXO C: ENTREVISTA: EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN CONDUCTAS DE AUTOMUTILACIÓN	137
ANEXO D: EMAIL PARA EL ACCESO A PARTICIPANTES ADULTOS JÓVENES EN CONTEXTOS UNIVERSITARIOS.....	140
ANEXO E: DATOS DEMOGRÁFICOS.....	141
ANEXO F: CONSENTIMIENTO INFORMADO	142
ANEXO G: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES.....	145

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

A PRIMERA VISTA: AUTOMUTILACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE OTROS PARA BUSCAR AYUDA PSICOLÓGICA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES EN ECUADOR

Introducción

Definición de automutilación.

A lo largo de la historia existen comportamientos que han atraído el interés tanto de la filosofía como de la ciencia. Entre ellos están los comportamientos autolesivos dirigidos a infligir dolor en el individuo por sí mismo. En términos generales, los comportamientos autolesivos también referidos como automutilación pueden englobar un sinnúmero de conductas. No obstante, en el campo de la psicología la automutilación es definida como la “destrucción directa y deliberada del tejido corporal en ausencia de ideación suicida” (Nock, 2010). De hecho, estos comportamientos son considerados contrarios al impulso innato por la supervivencia del ser humano, desde la perspectiva existencialista y filosófica (Nock, 2010), esto debido a que se cree que todos los animales poseen un impulso natural para sobrevivir o adaptarse a lo largo del tiempo (Nock, 2010). A pesar de eso, las conductas de automutilación cumplen funciones biopsicosociales a nivel de regulación emocional, reducción de sentimientos de ira, autoestimulación, reducción del dolor, liberación de opioides endógenos (Nock, 2010; Franklin, et al., 2012; Bresin & Gordon, 2013) y funciones sociales como un medio para obtener atención o para comunicar sentimientos y emociones (Nock, 2010).

En adición a esto, en el análisis de los factores asociados al tema, el trabajo de investigadores y académicos se ha visto obstruido por la falta de consenso en cuanto a

terminología se refiere. Esto quiere decir que las definiciones y términos pueden variar según el enfoque del investigador y el tipo de investigación. Por ejemplo, además del término automutilación, se ha propuesto *Non – suicidal self injury (NSSI)* para definir a los daños del tejido corporal autoinflingidos de manera deliberada, sin intención suicida y para propósitos social y culturalmente no sancionados (International Society for the Study of Self – Injury, 2018). Según esta definición se excluye los daños accidentales resultado de deportes extremos, comportamientos riesgosos y comportamientos que no involucran heridas como resultado directo e inmediato (International Society for the Study of Self – Injury, 2018). También se plantea que las conductas de NSSI están separadas de los pensamientos o conductas suicidas y de los comportamientos que involucren daño físico, pero que son aceptados por la cultura o son parte de rituales culturales o espirituales, como es el caso de los tatuajes (International Society for the Study of Self – Injury, 2018). Asimismo, se ha planteado el uso del vocablo conductas parasuicidas para definir a los comportamientos autolesivos que involucran automutilaciones con intenciones suicidas sin el resultado mortal (Nock, 2010). Esto sugiere que en la literatura las definiciones y términos acuñados por los autores varían según la época de publicación y el avance en la comprensión de lo que el fenómeno en cuestión involucra.

Entonces, la distinción entre autolesión y NSSI está dada principalmente porque la primera, por definición, es una versión más amplia de las conductas autolíticas que incluye comportamientos letales y no letales, mientras que la segunda es más específica en cuanto a letalidad concentrándose solamente en el conjunto de comportamientos no letales (International Society for the Study of Self – Injury, 2018). A pesar de eso, los límites en la terminología relacionada a la automutilación aún son difusos, por ello y para los propósitos de esta investigación se usa las definiciones descritas de manera indiferente ya que las autolesiones pueden derivar eventualmente en conductas letales por el nivel de daño causado

en el individuo, sin ser necesariamente el propósito inicial. Aunque, en los criterios de inclusión para la muestra se establece cierta diferencia entre quienes se autolesionan sin un fin letal y quienes lo hacen con el objetivo de morir.

Definición de Percepción.

Al igual que la automutilación, la percepción puede tener diferentes matices dependiendo del enfoque. Para la Real Academia Española (RAE) una de las definiciones es “sentimiento interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” (2014). Esto implica que para percibir algo debe existir un estímulo que active las respuestas sensoriales. A partir de esto, en el campo de la psicología se pueden identificar varios tipos de percepción, tales como: social, emocional y cognitiva por mencionar algunos de ellos. En este caso, los tipos más relevantes son la percepción social y emocional. La percepción emocional es definida como la detección de expresiones o estados emocionales en uno mismo y en otros (Whittle, Simmons & Allen, 2017). Mientras que, la percepción social mide la comprensión de la comunicación social incluyendo el reconocimiento del afecto facial, nombres, reconocimiento afectivo de la prosodia y de las expresiones faciales, al mismo tiempo que mide el reconocimiento afectivo de la prosodia en la interacción entre personas (Drozdick, Holdnack, Weiss, & Zhou, 2013).

Es decir, la percepción social está orientada a la forma en que interpreta un individuo las expresiones faciales y su forma de actuar en la interacción con otros. Además, la percepción social se refiere a cómo perciben los individuos a otras personas, siendo central para entender, etiquetar o categorizar el comportamiento, como normal o anormal (Harvey & Omarzu, 1998). Incluso, se ha propuesto que la percepción social es esencial para la cognición social, porque pone al sujeto que mira en contacto con información sobre los estados mentales de sus semejantes (Smortchkova, 2017). En otras palabras, la percepción

social interviene en la creación de juicios acerca de otras personas y del individuo mismo, lo que generalmente resulta en una actitud o reacción hacia algo o alguien.

Por ende, la percepción y la automutilación están relacionadas desde la influencia bilateral que ejerce cada una sobre la otra. En otras palabras, la percepción como resultado de la observación de conductas autolesivas influye en el pensamiento de quien las realiza y a su vez puede generar una reacción positiva o negativa en quien las observa (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). Incluso en el proceso terapéutico la idea creada por el paciente acerca de la percepción del terapeuta frente a ciertas conductas puede dar como resultado una ruptura o mejoría en la relación o alianza terapéutica (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). Algo similar ocurre en otras interacciones donde una persona observa las autolesiones de alguien con estos patrones de comportamiento. Dando como resultado juicios que son interpretados por el individuo con automutilaciones y que influyen en su comportamiento posterior.

Planteamiento del problema

Los comportamientos autolesivos han cobrado relevancia en el ámbito de la salud mental en las últimas décadas debido al aumento de los índices de prevalencia de estos comportamientos, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, es decir individuos entre 14 y 25 años. Para el 2005 se registró una prevalencia del 5 al 9% en adolescentes de países occidentales (Skegg, 2005). Sin embargo, para el 2012 la automutilación o autolesión se convirtió junto al suicidio en la segunda causa de muerte en personas jóvenes a nivel mundial (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). De hecho, evidencia empírica sugiere que en Europa los índices de Autolesiones No – Suicidas (NSSI, *Non – Suicidal Self – Injury*) y autolesiones deliberadas (DSH, *Deliberate Self – Harm*) alcanzan porcentajes de prevalencia entre 18 y 16% respectivamente (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Peor aún, la automutilación se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo para el

suicidio (McMahon, et al., 2014). No obstante, la búsqueda de ayuda profesional para este tipo de comportamiento aún es reducida ya que gran porcentaje de quienes realizan conductas autolesivas no acuden a los servicios de salud (McMahon, et al., 2014), lo que limita la investigación acerca de la prevalencia, factores de riesgo, comorbilidad y desarrollo de nuevas técnicas o herramientas para el tratamiento y prevención de la automutilación.

En Latinoamérica la información en relación con la automutilación es escasa (Silva Thyssen & van Camp, 2014). Sin embargo, los pocos estudios realizados en esta población indican que los pacientes en lugar de buscar ayuda profesional consultan a amigos, familia o miembros del clero, en la mayoría de los casos (Silva Thyssen & van Camp, 2014). A su vez, cuando las conductas autolesivas son descubiertas por un miembro de la familia se mantienen en secreto, lo que podría ser el resultado de los fuertes lazos con la familia y religión presentes en gran parte de la cultura latina (Silva Thyssen & van Camp, 2014). Tal es el caso de Ecuador donde la mayor parte de la información acerca de los comportamientos automutilantes se encuentra en trabajos de titulación enfocados a pequeñas poblaciones. Por ejemplo, Luzuriaga (2016) en estudio realizado en un colegio en la ciudad de Cuenca, encontró una prevalencia de conductas de automutilación de 26% en un grupo de estudiantes formado por 224 integrantes con una edad promedio de 13.8 años, siendo el método más utilizado los cortes en la piel o *cutting*. De igual manera, otros estudios muestran una prevalencia de 16% en una muestra de 528 niños entre 11 y 16 años, donde la función principal de las conductas era la regulación emocional (Coloma & Guanga, 2017). Un estudio más reciente encontró una prevalencia de 30, 89% en una muestra de 437 estudiantes entre 15 y 19 años (Bernal & Cabrera, 2018), lo que indica tendencia creciente de la prevalencia de NSSI.

Como resultado, la automutilación se ha convertido en un problema de salud pública capturando la atención de investigadores y profesionales de la salud mental quienes buscan

descifrar los mecanismos subyacentes a las conductas automutilantes. A pesar de eso, las estadísticas obtenidas hasta el momento son basadas en poblaciones clínicas, es decir existen una serie de individuos quienes practican conductas autolesivas y no han buscado la ayuda necesaria. Siendo un indicador de la existencia de variables no explícitas que influyen en la decisión de buscar o no ayuda profesional. Entre los factores implícitos e involucrados en la decisión de buscar ayuda profesional se encuentra la estigmatización que rodea a las conductas automutilantes, siendo estas en su mayoría comportamientos escondidos para los familiares y pares (Long, Manktelow, & Tracey, 2013). Asimismo, se ha identificado que entre las barreras para buscar ayuda están la percepción y minimización de la seriedad de la conducta, por ejemplo, el miedo a ser etiquetados como buscadores de atención, sentimientos de vergüenza o humillación y miedo a ser calificados como “locos” (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008).

También, se ha encontrado que los profesionales de la salud mental; psiquiatras y médicos, poseen niveles bajos de entendimiento acerca de la automutilación, comparados a individuos con conductas autolesivas, psicólogos o trabajadores sociales (Long, Manktelow, & Tracey, 2013). Esto indica una problemática asociada a la forma en que perciben las conductas automutilantes gran parte de los profesionales de la salud, creando de alguna manera barreras para considerar a los médicos como una fuente de ayuda, desde la perspectiva de un individuo con conductas autolesivas. De igual manera, sesgos en la percepción dan como resultado que tanto la comunicación como la calidad de la atención disminuya influenciando también en la percepción de los individuos que buscan ayuda (Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009). Del mismo modo, diversos autores sugieren que quienes recurren a servicios de salud como consecuencia de una conducta automutilante; una actitud o reacción producto de percepciones positivas o negativas puede tener un impacto en

su decisión de seguir o buscar ayuda psicológica, mantener las conductas o en la autocategorización del sí mismo, es decir la autopercepción.

Paralelamente, se ha investigado acerca de la relación entre quien descubre las autolesiones ya sea familiares o pares y la búsqueda de ayuda. Estos hallazgos señalan que los comportamientos automutilantes revelados a familiares están relacionados a mayores índices de ayuda informal, mejoras en los mecanismos de afrontamiento y reducción de suicidios; mientras que las conductas reveladas a pares pueden reducir la percepción de apoyo social e incentivar las autolesiones en otros (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). En los establecimientos educativos, las reacciones por parte de los profesores, como consecuencia de la percepción acerca de la automutilación, varían según su conocimiento del tema. Sin embargo, se ha encontrado que en su mayoría perciben estas conductas como “horrorizantes”, aunque también es común que los docentes expresen no tener las herramientas necesarias para lidiar con este tipo de cuestiones (Heath, Toste, & Beettam, 2006).

De ahí, surge la interrogante de cuánto afecta la percepción de la primera persona que observa las autolesiones de un individuo y su decisión para buscar ayuda enfocándose en la cultura ecuatoriana, donde la investigación alrededor de la automutilación es casi inexistente. Aun cuando, las conductas autolesivas son comunes en adolescentes y adultos jóvenes. Por ende, tomando en cuenta que el concepto de automutilación engloba conductas tales como; cortes, quemaduras, golpes, incluyendo golpes a la cabeza, interferencia con el proceso de cicatrización, arrancarse el cabello (tricotilomanía), arañarse y fracturas de huesos autoinflingidos (Walsh, 2012), para esta investigación solo se contempla la evaluación de los métodos de automutilación más comunes, es decir; cortes, quemaduras y golpes.

Objetivos y pregunta de Investigación

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la experiencia de una persona con comportamientos automutilantes frente a la reacción/percepción positiva o negativa de la primera persona que observa sus autolesiones y hasta qué punto influye esta percepción en la decisión de buscar ayuda psicológica?

Objetivos.

Los objetivos de la presente propuesta de investigación son:

Objetivo General.

Conocer la experiencia de un individuo con conductas automutilantes frente a la percepción de la persona que observa las autolesiones.

Objetivos Específicos.

- Conocer cómo la percepción/reacción positiva o negativa influye en la decisión de buscar servicios de salud mental.
- Establecer una relación entre la percepción de las conductas automutilantes y la búsqueda de ayuda profesional.
- Entender cómo percibe el individuo con comportamientos automutilantes las percepciones/reacciones de otros frente a las autolesiones.
- Ofrecer alternativas de apoyo para las personas que presentan conductas autolesivas.

Justificación.

Considerando la prevalencia de autolesiones en la población y su incidencia en jóvenes entre 14 y 25 años, así como su relación con el suicidio la investigación en este tema

es esencial ya que ofrece una alternativa para la comprensión fenomenológica de la automutilación. Adicionalmente, los estudios orientados a evaluar la influencia de las reacciones/percepciones de pares, familiares y profesionales de la salud mental frente a autolesiones son escasos tanto en Ecuador como en la comunidad científica en general. Puesto que gran parte de la investigación se ha centrado en la etiología, prevalencia y mecanismos subyacentes de la automutilación.

Entonces, esta investigación permite considerar variables que pueden pasar desapercibidas al momento de evaluar las barreras en la búsqueda de ayuda profesional. En el contexto ecuatoriano es útil para comprender la forma en la cual son procesados los diferentes tipos de percepciones/reacciones por las personas con conductas automutilantes. Esto se traduce en un aumento significativo en los índices de acceso a servicios de salud mental. Es decir, mientras más conciencia exista acerca de cuán importante es para una persona la reacción de sus pares, mayores son las alternativas y pautas a tomar en cuenta al momento de atender y prestar ayuda a personas con estos comportamientos. Logrando de esta forma aumentar los niveles de acceso a servicios de salud mental.

Por otro lado, para los profesionales de la salud mental y de la salud en general, conocer acerca de la influencia de las actitudes o reacciones producto de la percepción acerca de la automutilación significa una mejora tanto en su entrenamiento como en los niveles de contratransferencia para con los pacientes. Obteniendo mayores beneficios aquellos terapeutas que inician en la práctica de este tipo de problemática. Esto significa, mayores herramientas para tratar la automutilación y mejoras en la relación terapéutica, así como en la comunicación interdisciplinaria de los diferentes servicios de salud.

Desarrollo del tema

Automutilación: DSM y CIE 10.

En el área de psicología y psiquiatría, el “Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM)” es el más usado para el diagnóstico de trastornos mentales, mientras que en el área de la salud se usa la “Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE)”, este último incluye tanto la clasificación de enfermedades mentales como de otras áreas de la salud. De ahí que, a causa de los altos índices de prevalencia presentados por las conductas autolesivas en la población general, especialmente adolescentes y adultos jóvenes, el Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales en su quinta edición ha colocado el diagnóstico *Nonsuicidal Self – Injury* en el apartado de condiciones para futuros estudios (American Psychiatric Association, 2013). Los criterios sugeridos para su diagnóstico están enmarcados en un tiempo de duración de al menos un año, conductas autolesivas como medio para reducir tensión, ansiedad o en consecuencia con funciones de autorregulación emocional, al mismo tiempo plantea un diagnóstico diferencial con el trastorno borderline de la personalidad, trastorno de la conducta suicida, tricotilomanía, autolesiones estereotipadas y excoriación (American Psychiatric Association, 2013). En contraste, el manual de diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud ha dedicado la sección denominada Autolesiones Intencionales (Intentional self – harm) con los códigos X71 al X83, los cuales incluyen diagnósticos para autolesiones producto de ahogamiento e inmersión intencional, por disparo de armas, materiales explosivos, humo, fuego, vapor de agua, vapores calientes y objetos calientes, objetos cortopunzantes, objetos sin filo, saltar de un lugar alto o saltar delante de vehículos (Organización Mundial de la Salud, 2015). Los dos manuales poseen categorías relacionadas a la automutilación, si bien el DSM – 5 presenta criterios que describen con mayor exactitud

NSSI, CIE 10 ofrece mayor rango de conductas. El problema radica en que, a pesar de la existencia de estas categorías, en la práctica estos diagnósticos no son utilizados ya que aún se considera a las autolesiones como un síntoma de otros trastornos, más que un diagnóstico per se (Groschwitz & Plener, 2012).

Etiología: Perspectivas y teorías acerca de las causas de la automutilación.

Las causas de los comportamientos autolesivos o automutilación no son claras aún, a pesar del creciente interés en esta problemática. Se han propuesto diferentes teorías que abarcan numerosos enfoques como un intento de entender las razones por las cuales un individuo se inflige dolor. Las investigaciones desarrolladas desde estudios de caso hasta estudios a gran escala han propuesto algunos modelos. Por ejemplo, los primeros modelos indican que las automutilaciones son el resultado de un intento por establecer límites entre el “yo” y los “otros” (Suyemoto, 1998), una forma de reemplazar el suicidio (Firestone & Seiden, 1990; Suyemoto, 1998), para detener u obtener episodios de disociación (Herpertz, 1995; Himber, 1994; Miller, & Bashkin, 1974), controlar la sexualidad (Friedman, Glasser, Laufer, Laufer, & Wohl, 1972; Suyemoto, 1998), externalizar y/o controlar emociones de castigo ya sea hacia sí mismo o como una forma de protección a otros (Friedman, Glasser, Laufer, Laufer, & Wohl, 1972; Herpertz, 1995; Himber, 1994). Con el paso del tiempo la carencia de evidencia empírica en estos modelos ha llevado al desarrollo de nuevas perspectivas y abandono de las previas (Bentley, Nock, & Barlow, 2014).

Por consiguiente, se establece *The Four Function Model of Self – Injury (FFM)*, un modelo que más allá de explicar las causas intenta entender los mecanismos inherentes al mantenimiento de estas conductas, entonces plantea que las autolesiones se mantienen debido a cuatro dimensiones las cuales son mutuamente excluyentes: negativo o positivo y automático o social (Nock, 2009, 2010; Nock & Prinstein, 2004). A su vez, las dimensiones

comprenden reforzamiento automático negativo, reforzamiento automático positivo, reforzamiento social negativo y reforzamiento social positivo. La primera dimensión establece que las automutilaciones tienen la función de reducir estados afectivos o cognitivos aversivos, la segunda señala que NSSI sirve para generar sentimientos positivos o estimulación, la tercera por su parte indica que la automutilación facilita el escape de situaciones sociales o elimina demandas interpersonales, por ejemplo detiene el bullying o las peleas entre los padres, mientras que la última se centra en las automutilaciones como un medio para obtener atención, acceso a recursos o como un comportamiento que promueve la búsqueda de ayuda (Bentley, Nock, & Barlow, 2014). FFM representa un modelo genérico que resume las diferentes perspectivas acerca de la automutilación, por lo que a continuación se revisará con más detalle algunos enfoques los cuales incluyen teorías y modelos explicativos actuales asociados a la etiología de la automutilación, y posteriormente los factores o elementos que ayudan a la permanencia de NSSI.

Teoría del apego.

La teoría del apego fue planteada por John Bowlby en 1969, a breves rasgos el autor sugiere que los niños privados de la madre (definida como la “figura de apego”) pueden tener problemas interpersonales en el futuro. Esta teoría se basa en la necesidad innata de monotropía; calidez y relación amorosa compartida con una sola persona (Bowlby, 1969). En adición a esto, su hipótesis señala que en los primeros 18 – 24 meses el apego es particularmente importante porque ayuda a la socialización, lo cual implica el aprendizaje de reglas sociales y maneras de interactuar con otros, además del lenguaje hablado y el uso del lenguaje corporal (Bowlby, 1969). Dentro de la teoría de Bowlby están los modelos de trabajo internos los cuales son definidos como una representación mental del apego del niño con su cuidador primario, modelos que posteriormente tendrán efectos en las relaciones

interpersonales que formen. De ahí que, el apego se clasifica como seguro o inseguro, siendo el primero un apego saludable y el segundo un apego patológico (Bowlby, 1969).

Estudios previos señalan que los niños con apego seguro en su primer año son más cooperativos y afectivos, menos agresivos y evitativos hacia sus madres y hacia otros familiares, posteriormente conforme continúa su desarrollo son más competentes y simpáticos en la interacción con pares, exploran con mayor interés, son más entusiastas, persistentes y dispuestos a pedir y aceptar la ayuda de sus madres (Ainsworth, 1979). Por el contrario, los niños con apego ansioso (inseguro) son evitativos, más agresivos, con poca aceptación a la frustración, menos persistentes y en general menos competentes (Ainsworth, 1979). Como resultado de estas investigaciones se ha planteado que la calidad del apego en la infancia, la ruptura de los lazos entre padres e hijos y las experiencias de separación, abandono o pérdida contribuyen en mayor o menor medida a las conductas autolesivas futuras (Walsh, 2006). Incluso, algunas investigaciones indican que la negligencia emocional por parte de la madre junto a un apego inseguro con el padre puede predecir significativamente conductas autolesivas (Gratz, 2006; Gratz, & Chapman, 2007). Adicionalmente, se ha demostrado que niños criados en un contexto de paternidad atípico generalmente desarrollan comportamientos de apego desorganizado marcados por signos de ansiedad y miedo hacia sus padres (van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans – Kranenburg, 1999), de manera similar los niños con apego desorganizado describen la relación con sus padres marcada por miedo, caos, violencia y ausencia de unión familiar (Solomon, George, & De Jong, 1995) dando como resultado el desarrollo de mecanismos de defensa desadaptativos tales como las autolesiones (Bureau, et al., 2010).

Por otro lado, y paralelo a la teoría del apego tradicional propuesta por Bowlby, existe la teoría del apego adulto (*Adult Attachment Theory*) la cual propone que los individuos poseen orientaciones características hacia los problemas relacionales, así como a los

problemas emocionales y conductuales (Hazan, & Shaver, 1987). Es decir, las reacciones o comportamientos de estos individuos están marcados por patrones previamente creados. Según esta teoría las orientaciones de apego nacen de representaciones mentales de las relaciones que han activado una respuesta de pérdida, separación, estrés o enfermedad (Hazan, & Shaver, 1987). Cada orientación incluye patrones cognitivos, emocionales y conductuales, de ahí que se considere como apego “seguro” a las orientaciones saludables que involucran comodidad tanto con la cercanía como con la autonomía, e “inseguro” al apego no saludable el cual está asociado con patologías (Bartholomew, & Horowitz, 1991; Hammen, et al., 1995). Desde esta perspectiva, los estudios realizados muestran que un apego ansioso – inseguro, el cual incluye miedo al abandono, está asociado a intentos de suicidio y NSSI (Gormley & McNiel, 2010). De igual manera los autores sugieren que a causa del apego ansioso, las personas perciben los sistemas de apoyo como inadecuados llegando a ser más vulnerables a síntomas depresivos y comportamientos riesgosos (Gormley & McNiel, 2010).

Simultáneamente, se ha encontrado que un apego seguro con la familia y los pares puede reducir la vulnerabilidad a conductas autolesivas al mismo tiempo que ayuda a la formación de la identidad (Gandhi, et al., 2016). Esto sugiere una relación entre el apego y el inicio de las conductas autolesivas, respaldada por un estudio realizado con 52 adolescentes entre 13 y 17 años con conductas autolesivas que encontró que aquellos con apego inseguro con la madre y con los pares tienen mayor probabilidad de repetir las conductas de autolesión (Glazebrook, Townsend, & Sayal, 2015), mientras que quienes poseen un apego seguro mostraron mejores resultados en habilidades de resolución de problemas y reportaron mayor recuperación en NSSI (Glazebrook, Townsend, & Sayal, 2015). Sin embargo, estas investigaciones no son concluyentes al establecer una relación causal entre el apego y la automutilación, por lo que parecería que el apego juega un rol esencial como un factor de

riesgo más que como una causa. Pero, sí sugieren la importancia de considerar factores como los estilos de apego en el tratamiento y etiología de las conductas de automutilación.

Abuso y maltrato en la infancia.

Uno de los factores con mayor investigación alrededor de las conductas de automutilación son el abuso físico, emocional y sexual durante la niñez a la par de la negligencia emocional por parte de los cuidadores primarios (Gratz, 2006). Términos englobados dentro del concepto de maltrato infantil el cual, según Radford, et al. (2011) es definido como cualquier trato inadecuado ya sea físico o emocional, abuso sexual o trato negligente que pueden resultar en daños a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño. A partir de esto, algunos autores han propuesto que el abuso, especialmente el abuso sexual durante la infancia puede llevar al desarrollo posterior de automutilación (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Uno de los estudios más relevantes que apoya esta premisa es el artículo denominado *Childhood Origins of Self – Destructive Behavior* desarrollado por Van der Kolk, Perry y Herman en 1991. Esta investigación señala que traumas de la infancia como abuso sexual y físico contribuyen al inicio de conductas automutilantes y unidos a la edad y naturaleza del abuso afectan el carácter y severidad de estos comportamientos. Romans, Martin, Anderson, Herbison, & Mullen (1995) por su parte mencionan que “el abuso sexual en la infancia está asociado con futuros incidentes de autolesión y puede ser un factor etiológico en su desarrollo” (p. 1336). De igual manera, Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, & Putnam (2003) señalan que “las autolesiones pueden no ser la respuesta directa del abuso sexual, sino de las experiencias disociativas que resultan de los esfuerzos para lidiar con el abuso” (p. 1466). Ahora bien, las conclusiones propuestas por los autores previamente mencionados no consideran otros factores ambientales o vulnerabilidades de los individuos para el inicio de NSSI. En virtud de estas contradicciones, un metaanálisis

realizado con la muestra de 45 investigaciones indica una relación pequeña (Coeficiente phi 0.23) entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de automutilaciones, es decir el abuso no explica más del 5% de la varianza en el desarrollo y mantenimiento de las autolesiones (Klonsky & Moyer, 2008). De igual forma, investigaciones más recientes señalan que la relación entre abuso sexual infantil y autolesiones es modesta (Klonsky & Muehlenkamp, 2007), según los investigadores el abuso sexual es considerado un factor de riesgo más que una causa directa (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Los estudios realizados en la última década indican que el abuso sexual experimentado antes de los 13 años aumenta la probabilidad de NSSI en 25%, comparado al bullying con un mayor porcentaje (30 – 67% Mossige, Huang, Straiton, & Roen, 2016). Por el contrario, el abuso físico por parte de los padres presenta una relación mucho más fuerte con la automutilación, siendo mayor el riesgo para aquellos adolescentes maltratados por padres y por otros individuos a la vez (Wan, Chen, Sun, & Tao, 2015). Pese a eso, en este caso los autores del último estudio también apuntan a que el abuso físico es un factor de riesgo más que un factor etiológico de la automutilación. Como resultado de estos hallazgos se han formulado nuevas asociaciones, las cuales mencionan que las relaciones interpersonales pueden influir en el involucramiento de los adolescentes en conductas autolesivas y de modo particular, las relaciones en el contexto familiar juegan un rol esencial en esta conexión más que el maltrato infantil en específico (Bureau, et al., 2010). Esto quiere decir que un ambiente familiar disfuncional tiene mayor grado de relación con NSSI que el abuso en sí mismo (Bureau, et al., 2010). Por ende, el apoyo es más extendido al modelo de la homeostasis que propone que la negligencia durante la infancia y vulnerabilidades genéticas conducen a niveles más bajos de opioides endógenos (Stanley, et al., 2010), lo que se traduce en una vulnerabilidad frente a las automutilaciones.

Desregulación emocional.

Otro de los factores relacionados a la etiología de la automutilación es la desregulación emocional. Cabe destacar que las emociones juegan un rol muy importante en los comportamientos y las conductas de los seres humanos. Además, poseen un rol causal en la organización y dirección en la cual los niños reaccionan frente a los eventos del ambiente, marcando un punto clave para el afrontamiento de eventos futuros en la adolescencia o adultez (Davies & Cummings, 1995). Entonces, desde una perspectiva funcional la inducción de emociones negativas en los niños puede aumentar la angustia y expectativas negativas a futuro, las cuales persistente a lo largo de los años hasta la adultez (Davies & Cummings, 1995). En consecuencia, el proceso de regulación emocional incluye la atenuación o desactivación de una emoción continúa, su amplificación, activación de una emoción deseada y el enmascaramiento de estados emocionales (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995).

En la automutilación se ha sugerido que la inhabilidad para regular los estados negativos conduce a conductas de autolesión como un mecanismo de afrontamiento o escape (Hasking, Whitlock, Voon, & Rose, 2017). Por ende, Klonsky & Muehlenkamp (2007) señalan que las autolesiones son una estrategia para aliviar emociones abrumadoras negativas e intensas, tales como ira, ansiedad y frustración las cuales tienden a estar presentes antes de la conducta de automutilación, comportamiento que es seguido por sentimientos de alivio y calma. A partir de esta hipótesis, Ross y Heath (2003) establecieron dos modelos generales que pretenden explicar los factores precipitantes de conductas autolesivas: el modelo de reducción de la ansiedad y el modelo de reducción de la hostilidad.

El primero explica que en la automutilación los individuos experimentan altos niveles de ansiedad frente a eventos estresantes y al no tener herramientas de afrontamiento adecuadas recurren a la automutilación como una forma de regular sus emociones, ya que estas conductas proveen un alivio inmediato retornando al individuo a un estado emocional

“normal” (Ross & Heath, 2003). En pro de esta premisa se ha comprobado que los individuos con NSSI presentan altos niveles de ansiedad (Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner, 2012), siendo la reducción de esta una de las principales funciones interpersonales de las conductas de automutilación (Klonsky & Glenn, 2009). Incluso, se ha encontrado mayores niveles de ansiedad en individuos que se cortan comparados a otros tipos de autolesiones (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, & Gibb, 2005), señalando una relación más fuerte entre la ansiedad y tipos específicos de automutilación. Aunque, en un grupo de setenta y cinco mujeres con un diagnóstico de BPD, historial de NSSI e intentos suicidas la mayor correlación se encontró entre ansiedad y suicidio, donde 91% de las participantes cumplía con los criterios diagnóstico para las dos condiciones (Brown, Comtois, & Linehan, 2002).

El segundo modelo, se deriva del anterior y establece que la hostilidad nace como una forma de catarsis con el objetivo de obtener un alivio emocional frente a situaciones estresantes que producen ansiedad (Ross & Heath, 2003). Según este modelo las autolesiones se dan como resultado de la inhabilidad para controlar los niveles de ansiedad, pero a su vez agrega que la incapacidad para expresar estados emocionales de ira y hostilidad son los hilos conductores que dan como resultado final las automutilaciones (Ross & Heath, 2003). Al respecto, Bennun (1984) señala que los sentimientos no expresados de hostilidad aumentan la tensión generando conductas de NSSI, esto significa traer sentimientos de alivio de la creciente tensión y ansiedad, al mismo tiempo que dirige la ira a una fuente aceptable, en este caso el “yo”. Sin embargo, tomando en cuenta que la ira está dirigida a otra fuente que no es el “yo”, se internaliza incluso llegando a ver al “yo” como malo y merecedor de castigo (Ross & Heath, 2003). De esta forma, los dos modelos integran el concepto de desregulación emocional, pero no logran explicar la totalidad del concepto y su influencia en las conductas de automutilación. Por consiguiente, la desregulación emocional puede estar atada a vulnerabilidades genéticas o neurológicas que provocan que un individuo tenga mayor riesgo

de involucrarse en conductas autolesivas (Maciejewski, et al., 2014), siendo la reducción de la ansiedad y hostilidad funciones de NSSI que actúan sobre su mantenimiento mas no factores etiológicos. Debido a esto, más información comparando etiología y función de estos modelos es necesaria en el campo.

Impulsividad.

La impulsividad es considerada parte de los cinco rasgos de personalidad dominantes (Mullins-Sweatt, Lengel, & Grant, 2013). No obstante, este término abarca una variedad de características, como búsqueda de sensaciones, falta de planificación, búsqueda de novedad, falta de espera en la gratificación e inclinación a participar en actividades de alto riesgo (Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015). Asimismo, la impulsividad incluye la tendencia a actuar sin pensar (Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015), pero en las conceptualizaciones modernas del término se intenta integrar la diferentes definiciones y los aspectos que contempla. De ahí que, como parte de la investigación realizada en torno a este constructo, los investigadores han propuesto varias formas de operacionalizar esta variable. Una de las medidas desarrolladas para evaluar la impulsividad incluye lo que Barratt en el año 1993, definió como los tres factores centrales de la impulsividad: impulsividad motora (actuar sin pensar), impulsividad no planeada (falta de planificación a futuro, “enfocado en el presente”) e impulsividad atencional (toma de decisiones rápida, Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015). Sin embargo, los estudios realizados en laboratorio tienden a evaluar cinco dimensiones primarias de la impulsividad; inhibición de la respuesta preponderante (habilidad para suprimir una respuesta dominante), resistencia a la interferencia de un distractor (ej. dificultad para ignorar una distracción que interfiere con una tarea), resistencia a una interferencia proactiva (ej. dificultad para ignorar recuerdos intrusivos de información irrelevante que interfiere con la tarea), retraso de la respuesta (ej. dificultad para retrasar una

gratificación inmediata por una ganancia a largo plazo) y distorsiones en el tiempo transcurrido (ej. dificultad en determinar cuánto tiempo ha transcurrido, Dick, et al., 2010; Cyders, et al., 2007). Siendo así, la relación entre impulsividad y automutilación está marcada por los altos niveles de la segunda característica que poseen los individuos con autolesiones. Por ende, están motivados a actuar precipitadamente frente a emociones negativas debido a que la ganancia a corto plazo –regulación emocional– es mayor comparada a los beneficios a largo plazo, los cuales son menos importantes desde la perspectiva de estos individuos (Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015).

Desde este marco de referencia y considerando que la automutilación ha sido descrita como un trastorno del control de impulsos (Glenn & Klonsky, 2010), se ha demostrado que individuos con autolesiones se caracterizan por presentar mayor grado de urgencia (decisiones apresuradas frente a emociones negativas), falta de premeditación y búsqueda de sensación en la escala de comportamiento impulsivo UPPS comparados a personas sin NSSI, mientras que la falta de perseverancia predijo la frecuencia de autolesiones (Glenn & Klonsky, 2010). Además, la automutilación es reforzada creando un condicionamiento negativo debido a que provee alivio inmediato de la angustia, aumentando la probabilidad de repetir el comportamiento (Klonsky, 2007).

Las investigaciones sugieren que las diferentes características envueltas en la impulsividad pueden estar relacionadas en mayor o menor medida con comportamientos automutilantes, sugiriendo que aquellos individuos que actúan de manera precipitada sin planeación están en mayor riesgo de NSSI (Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015). Asimismo, quienes realizan comportamientos autolesivos poseen menores niveles de tolerancia a la angustia y de perseverancia, por lo que buscan evitar situaciones estresantes (Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015). Aunque, estudios similares reportan que la impulsividad es mayor cuando NSSI e intento de suicidio coexisten (Dougherty, et al., 2009). A pesar de ello,

la impulsividad se convierte en un factor de riesgo para las autolesiones ya que este método de reducción de tensión no necesita mayor planificación o preparación (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009) por ende, tiene mayor probabilidad de ser escogido por encima de otros mecanismos de defensa, tales como beber alcohol o fumar (Glenn & Klonsky, 2010; Hamza, Willoughby, & Heffer, 2015). Esto no quiere decir que ciertos rasgos de la personalidad asociados a la impulsividad, como es el caso del temperamento no influyan en la automutilación, pero al ser vulnerabilidades que se heredan mayor investigación es necesaria para establecer una conclusión científicamente válida.

Tipos de automutilación.

La automutilación engloba un amplio rango de conductas que pueden incluir o no intención suicida, por ello esta propuesta de investigación hace énfasis en los comportamientos sin intención suicida o NSSI. En vista de eso, los estudios de prevalencia señalan que las conductas de autolesión más comunes son los cortes en la piel (*skin – cutting*) con índices de preferencia entre el 70 y 90% (Klonsky, 2007), siendo las áreas más afectadas los brazos, manos, muñecas, piernas y abdomen (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Estos datos son consistentes con investigaciones recientes, como es el caso del estudio realizado en una población de 177 pacientes con trastornos alimenticios en donde los tipos de automutilación más frecuentes fueron cortes (*cutting*), rascarse de forma severa, seguidos por hematomas y quemaduras (Claes, Klonsky, Muehlenkamp, Kuppens, & Vandereycken, 2010). Mientras que en Suecia una muestra de 3097 adolescentes entre 15 y 17 años reportó mayor prevalencia de seis tipos de automutilación: golpearse, quemaduras, raspase o arañarse la piel (*scraped skin*), cortarse y arrancarse el cabello (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013). Nock (2009) incluso señala que se puede considerar NSSI a todos los comportamientos que son realizados intencionalmente y con el conocimiento de que

pueden o van a causar daño físico o psicológico. Aun así, se ha registrado que los métodos y tipos de automutilación pueden diferir dependiendo del género (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007), por lo que se explicará más adelante las diferencias de género en este tipo de conductas.

Epidemiología: Prevalencia e incidencia.

Se estima que la automutilación ocurre en aproximadamente 1 % al 4% de adultos en EE. UU siendo crónica y severa en más o menos 1% de la población en general (Briere & Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003). No obstante, estudios más recientes sugieren que las conductas autolesivas son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, en estas poblaciones las tasas de incidencia indican un aproximado de 15 a 20% (Klonsky, Victor, & Saffer, 2014; Ross & Heath, 2002). La prevalencia internacional a lo largo de la vida está en un rango de 17 a 18% para una incidencia de al menos un suceso de NSSI (Brown & Plener, 2017). Otros autores estiman índices de prevalencia incluso más altos indicando que las conductas de automutilación están presentes en aproximadamente 13 a 45% de la población normal (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009; Ross & Heath, 2002). Mientras que en muestras psiquiátricas de adolescentes los índices de prevalencia son mucho más altos; 60% con una incidencia de al menos un episodio de automutilación en toda la vida y 50% como comportamientos consecutivos (Kaess, et al., 2013). Sin embargo, según Zetterqvist (2015) solo el 1.5 a 6.7% de los adolescentes con autolesiones cumplen con los criterios diagnóstico del DSM – 5 (antes mencionados). Esto se traduce en un alto porcentaje de individuos con autolesiones que no reciben un diagnóstico específico para la condición.

Asimismo, mediante estudios longitudinales han localizado el pico más alto de prevalencia entre los 13 y 16 años, y declinando alrededor de los 18 años (Nock, Joiner Jr.,

Gordon, Lloyd – Richardson & Prinstein, 2006; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Moran, et al., 2012; Plener, Schumacher, Munz, & Groschwitz, 2015). Aunque, en los adolescentes con autolesiones consecuentes persiste un alto riesgo de continuar con estrategias de regulación emocional disfuncionales, incluso cuando la automutilación se ha detenido (Brown & Plener, 2017). Con todo, los datos de países como Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Australia, Alemania y Estados Unidos describen a la automutilación como una condición transcultural con índices similares tanto en culturas occidentales como orientales (Madge, et al., 2008; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009). A pesar de eso, investigaciones recientes señalan ciertas diferencias en países orientales, específicamente China, las cuales necesitan mayor atención e investigación (Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein, & Abela, 2015).

El segundo pico más alto es en estudiantes universitarios donde han identificado índices de prevalencia que bordean un porcentaje de 15.4 a 17% en individuos entre 18 y 24 años (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Toprak, Cetin, Guven, Can, & Demircan, 2011). En Ecuador la información de la prevalencia de automutilaciones es muy escasa, existen algunos estudios con muestras limitadas (como se mencionó anteriormente) que determinan una prevalencia alrededor del 16 y 30% (Luzuriaga 2016; Coloma & Guanga, 2017; Bernal & Cabrera, 2018). Sin embargo, las investigaciones que recogen esta información presentan sesgos o limitaciones en cuanto al procesamiento, recolección de datos y tamaño de las muestras. Además, se han concentrado en adolescentes, por lo que índices de prevalencia en adultos jóvenes no existen. De igual manera, datos oficiales ya sea de organizaciones públicas o privadas son inexistentes, por ende, la importancia de estudios actualizados en el área.

Diferencias de género en la automutilación.

Los estudios son inconsistentes en torno a las diferencias de género en automutilación, algunos señalan mayor prevalencia de mujeres con índices de 2:1, y otros no encuentran diferencias significativas (Madge, et al., 2008; Bresin & Schoenleber, 2015). De hecho, en países orientales como China los hallazgos muestran índices inversos (Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein, & Abela, 2015). En adición a esto, algunas investigaciones de manera resumida señalan que las conductas de autolesión, sus características y el grado de daño producto de estas varía según el género de los individuos (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). Por ejemplo, se ha encontrado evidencia que sustenta la idea de que los hombres tienden a lastimarse de formas más severas en comparación a las mujeres (Hawton, 2000; Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010). Presentan menor preocupación frente a la “desfiguración corporal” resultado de las autolesiones (Hawton, 2000). No obstante, las autolesiones tales como rascarse, moretones, cortes (cutting) y morderse son mayores en mujeres que en hombres (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). En el caso de las quemaduras no se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). Aunque, otro estudio reportó a las quemaduras como el método más usado por los hombres junto a los golpes (Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010). En relación con la frecuencia no se reportan diferencias significativas en la comparación de géneros, pero los hombres informaron sentir dolor más intenso en comparación a las mujeres (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007).

Un aspecto característico y que captura la atención es el cuidado de las herramientas usadas para las autolesiones, puesto que al parecer las mujeres son más cuidadosas de mantenerlas en un lugar secreto (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). A pesar de eso, planeación previa a las conductas autolesivas no muestra diferencias de género significativas, pues tanto hombres como mujeres reportan que nunca o rara vez planean la conducta con

anticipación (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). Una diferencia importante es el inicio de NSSI, siendo en mujeres más temprano (11.57 años) comparado a hombres (13.83 años, Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010), pero la probabilidad de cronicidad es mayor en hombres según se ha evaluado en muestras de adolescentes con conductas de automutilación (Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein, & Abela, 2015).

Las funciones de la automutilación de hombres vs mujeres muestran resultados divididos. Por ejemplo, se ha propuesto que las normas de masculinidad pueden tener un rol importante en el involucramiento de hombres en NSSI y los métodos que usan (Green, Kearns, Ledoux, Addis, & Marx, 2018). En adición a esto, ciertos factores de riesgo presentan mayor alineación a diferencias de género, este es el caso del abuso sexual el cual presenta mayor conexión con el involucramiento de NSSI y tendencias suicidas en mujeres (Power, Gobeil, Beaudette, Ritchie, Brown, & Smith, 2016). También, se ha identificado que en los hombres es más probable encontrar funciones sociales o de expresión de la ira, mientras que en las mujeres regulación emocional o control de la ira (Laye – Gindhu & Schonert – Reichl, 2005; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). En conclusión, las diferencias de género están presentes en la automutilación presentando elementos desiguales en mayor o menor medida.

Características de la automutilación.

Diferenciar entre los diferentes tipos de automutilación puede resultar extremadamente complejo incluso para los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de estos comportamientos. Sin embargo, existen diferencias significativas en cuanto a las automutilaciones sin intención suicida (para los propósitos de esta investigación) o con intención suicida. Estas características están determinadas por tres aspectos esenciales: el propósito, la repetición y la letalidad como lo resume Maciejewski, et al. (2014). En el caso

de NSSI el propósito no es morir, sino cumplir con funciones de regulación emocional, reducción de estados emocionales negativos, etc. (Nock, 2010; Muehlenkamp & Gutiérrez, 2004), siendo la principal característica de la automutilación. Adicionalmente, la automutilación es un comportamiento repetitivo y frecuente (Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd – Richardson, & Prinstein, 2006; Andover, & Gibb, 2010), es decir que se realiza más de una vez en un periodo de tiempo corto. Las conductas de NSSI también se caracterizan por no ser letales y utilizar métodos de relativamente poca letalidad como cortes o quemaduras en la piel (Andover & Gibb, 2010), aunque evidencia empírica señala que existe una fuerte correlación entre automutilación e intentos de suicidio, pues la primera aumenta las probabilidades de cometer suicidio (Asarnow, et al., 2011).

En resumen, la automutilación se caracteriza por presentar conductas no letales, frecuentes y con el propósito de causar daño físico o psicológico. Cabe mencionar, ciertos detalles particulares de la frecuencia, puesto que en la población general según reportan las investigaciones los individuos se involucran en menos de 10 episodios de autolesión, comparados a poblaciones psiquiátricas donde los pacientes reportan 50 o más episodios de NSSI, solo en el último año (Nock, 2010). Otro aspecto importante que distingue a quienes realizan automutilación es que generalmente los pensamientos autolesivos vienen cuando están solos y experimentan pensamientos o sentimientos negativos (malos recuerdos, enojo, odio a sí mismo o entumecimiento) frente a eventos estresantes (Nock, 2010). Y en el caso de los adolescentes en conjunto con las ideas de autolesiones están pensamientos de consumo de alcohol o drogas, aunque de ellos menos del 5% reporta uso de sustancias (Nock, 2010). De esta forma, la automutilación presenta particularidades que permiten identificar a individuos con la problemática o en su defecto sirven de guía para la evaluación de estos casos.

Psicofisiología de la automutilación.

La automutilación presenta alteraciones en los procesos biológicos, debido a esto los indicadores psicofisiológicos se han usado como un método más exacto para el estudio de los estos comportamientos. Diversos autores señalan alteraciones a nivel neurobiológico, neuroanatómico y variaciones genéticas entre los individuos con NSSI, que al interactuar con factores ambientales establecen posibles vías etiológicas de la problemática, cada uno de estos aspectos se analizará de manera resumida en las siguientes secciones.

Neuroanatomía.

Las conductas autolesivas se presentan en momentos estresantes para el individuo y tomando en cuenta que el eje del HPA (Hipotálamo, Pituitaria y Adrenales) controla el estrés en nuestro organismo, algunos autores han encontrado un patrón alterado en la regulación de este. Tal es el caso de estudios usando el cortisol de cabello y saliva donde no se han encontrado diferencias en los niveles de cortisol, pero si han notado la existencia de mayores niveles de corticoides al despertar (Reichl, C., et al. 2016). Además, se ha identificado alteraciones en la retroalimentación negativa del eje del HPA, esto mediante el uso de *dexamethasone suppression test* (Beauchaine, Crowell, & Hsiao, 2015). En adolescentes los niveles de cortisol poseen una respuesta reducida en el *Trial social stress test* sugiriendo una hiposensibilidad del eje del HPA frente a situaciones estresantes (Kaess, et al., 2012). Resultados parecidos, se han localizado en experimentos de laboratorio con monos Rhesus quienes al ser expuestos a situaciones estresantes mostraron niveles elevados de cortisol en la saliva, serum y cabello junto con un incremento en las conductas autolesivas, en este caso morderse, (Davenport, Lutz, Tiefenbacher, Novak, & Meyer, 2008).

En investigaciones más rigurosas, el proceso neurológico del sistema del eje HPA se ha estudiado mediante el uso de imagen por resonancia magnética funcional (fMRI)

encontrando diferencias en el procesamiento de la exclusión social en pacientes con depresión y conductas de automutilación comparados a pacientes con depresión mayor, pero sin NSSI o controles (Groschwitz, Plener, Groen, Bonenberger, & Abler, 2016). Según el análisis presentado, en los pacientes con automutilación las diferencias estaban localizadas en la corteza medial prefrontal (mPFC) y en la corteza prefrontal ventrolateral (VLPFC). La corteza medial prefrontal se relaciona con el proceso de autorreferencia, evaluación de estados negativos y mentalización (Domsalla, Koppe, Niedtfeld, Vollstädt – Klein, Schmahl, Bohus, & Lis, 2014), mientras que VLPFC está relacionada con el procesamiento de experiencias negativas como la exclusión social y reducción en la activación de áreas relacionadas con el dolor y afecto (DeWall, Masten, Powell, Combs, Schurtz, & Eisenberger, 2012). En consecuencia, la activación o desactivación de estas áreas provoca que los adolescentes con automutilaciones sean más afectados por la exclusión social, reportando mayores esfuerzos en su procesamiento los cuales resultan inefectivos causando sentimientos de impotencia (Groschwitz, Plener, Groen, Bonenberger, & Abler, 2016). Además, la activación de la mPFC sugiere que los adolescentes poseen una tendencia a pensar en mayor cantidad acerca de por qué son rechazados evaluando la exclusión social como algo negativo (Groschwitz, Plener, Groen, Bonenberger, & Abler, 2016).

Paralelamente, ciertos indicadores biológicos señalan alteraciones en otras estructuras cerebrales. Por ejemplo, estudios realizados en adolescentes han encontrado que los individuos con conductas de automutilación presentan mayor activación en la amígdala al realizar tareas que involucran regulación emocional frente a estímulos negativos (Davis, et al., 2014). Así como mayor actividad de la corteza cingulada posterior y en áreas prefrontales motoras, específicamente BA8 y BA6 en personas con un diagnóstico de depresión y autolesiones comparadas a quienes solo tenían un diagnóstico de depresión (Davis, et al., 2014). Según Quevedo, Martin, Scott, Smyda, & Pfeifer (2016) esto podría sugerir mayor

esfuerzo cognitivo para la regulación emocional. Del mismo modo, se ha ubicado una hiperactivación de la amígdala bilateral, hipocampo, corteza cingulada anterior (ACC) y cerebelo, áreas relacionadas con la regulación emocional frente a la hiperactivación del sistema límbico (Plener, Bubalo, Fladung, Ludolph, & Lulé, 2012). No obstante, la investigación realizada por Plener y colegas tiene algunas limitaciones como el tamaño de la muestra, el cual es reducido y por ende los resultados pueden presentar errores al no ser representativos de la población.

Respecto a la autopercepción en NSSI se ha encontrado variaciones aun cuando los procesos neurológicos inherentes a este mecanismo cognitivo todavía no son claros. Sin embargo, en un intento por descifrar las áreas del cerebro involucradas en la autopercepción se ha definido que este proceso incluye estructuras de la línea media cortical anterior y posterior (*Anterior and posterior cortical midline structures, CMS*), incluyendo la corteza anterior cingulada (ACC) rostral y perigenual, la corteza posterior cingulada (PCC), la corteza precunes y media, específicamente la corteza media BA10 (Ichikawa, et al., 2011; Kircher, et al., 2000). El área de la corteza anterior cingulada se encarga del monitoreo de conflictos, procesamiento y prevención de errores y sus subestructuras están conectadas con la identificación de conflictos afectivos o distractores emocionales, así como con el reconocimiento de emociones en el rostro (Egner, Etkin, Gale, & Hirsch, 2008; Ochsner, Hughes, Robertson, Cooper, & Gabriel, 2009). El área dorsal de la anterior cingulada se ha relacionada con el rechazo social o evaluación negativa (Rotge, et al., 2015) y también con el procesamiento de información autorreferencial (Jankowski, Moore, Merchant, Kahn, & Pfeifer, 2014). En NSSI se ha sugerido que adultos con este tipo de conductas muestran mayor activación en la corteza cingulada prefrontal (Davis, et al., 2014). Resultados similares señalan que los individuos con NSSI reportan mayores niveles de activación límbica durante el autoprocesamiento, desde la perspectiva de la madre relacionado a la falta de apoyo y

mayor activación de CMS frente a las perspectivas de los pares, señalando una tendencia a centrarse en los recuerdos autobiográficos por parte de estos individuos (Quevedo, Martin, Scott, Smyda, & Pfeifer, 2016).

También, se ha identificado que las conexiones entre áreas de la corteza cerebral son diferentes en adolescentes con autolesiones, este es el caso de la conectividad entre la amígdala y la corteza cingulada anterior, la corteza subcallosa y el giro paracingulado, estructuras que presentan reducciones anatómicas en comparación a controles (Santamarina – Pérez, et al, 2019). Además, existe una conexión reducida entre la corteza prefrontal medial (mPFC), el giro pre – central y post – central y la ínsula izquierda (Santamarina – Pérez, et al., 2019). Resultados similares se han obtenido en individuos con BPD y automutilaciones, quienes fueron sometidos a estudios de resonancia magnética funcional mientras realizaban tareas de juego. Encontrando un aumento en la actividad de la corteza orbitofrontal después de una recompensa inesperada sugiriendo alteraciones en los sistemas de recompensa (Vega, et al., 2018), asociados a la liberación de dopamina. Desde esta perspectiva, los resultados más recientes han ubicado mayor actividad en las estructuras del putamen bilateral, indicando una sensibilidad neurológica aumentada a la recompensa asociada con los pensamientos de NSSI en la adolescencia temprana (Poon, Thompson, Forbes, & Chaplin, 2019). Y tanto los sistemas de recompensa como las estructuras del putamen se han asociado con conductas adictivas, también presentes en automutilación, las cuales junto a la liberación de opioides endógenos señalan una posible conexión con la cualidad adictiva de NSSI (Groschwitz & Plener, 2012).

Genética.

En cuanto a la genética relacionada con los comportamientos de autolesión sin intención suicida, los estudios hacen énfasis en su relación con el suicidio, donde se ha

localizados factores genéticos que explican la varianza de estos comportamientos entre un 43 y 56% (Fu, 2002). No obstante, los resultados en NSSI muestran inconsistencias en cuanto a sus conclusiones, algunos señalan que los pensamientos de NSSI son hereditarios en alrededor de 36%, pero los actos propiamente dichos no lo son (Jang, Livesley, Vernon, & Jackson, 1996). Un amplio estudio realizado con 10 678 gemelos monocigóticos y dicigóticos con un rango de edad entre 19 y 75 años en Australia exploró la relación entre automutilaciones y factores genéticos. Los datos obtenidos explican que tanto las automutilaciones sin intención suicida como los intentos de suicidio presentan mayores correlaciones en gemelos monocigóticos, lo que indica mayor influencia genética (Maciejewski, et al., 2014). Mientras que, los resultados finales señalan una explicación de la variabilidad dada por factores genéticos del 76% en el caso de los hombres y 62% en las mujeres (Maciejewski, et al., 2014) sugiriendo que la etiología de las automutilaciones es explicada por el ambiente en solamente un rango de 24 a 38%.

Las vulnerabilidades biológicas a su vez están sujetas a modificaciones genéticas presentes en personas con autolesiones, como es el caso del gen que codifica el transportador de serotonina. En relación con esto, Hankin, Barrocas, Young, Haberstick y Smolen (2015), mediante el uso de una muestra de 300 individuos con una edad media de 12 años concluyeron que quienes poseen al menos un alelo más corto del transportador de serotonina (5-HTTLPR) en el gen SLC6A4 tienen mayores probabilidades de automutilarse frente a estresores ambientales. Esto indica una susceptibilidad biológica que al interactuar con la exposición a factores altamente estresantes puede resultar en conductas autolesivas como un medio para reducir el estrés. Sin embargo, estos hallazgos no están exentos de críticas, las cuales se centran en la sobreposición de síntomas, es decir el gen transportador de serotonina también presenta una correlación fuerte con los síntomas del trastorno de personalidad limítrofe, del cual la automutilación es un criterio diagnóstico (Hankin, et al., 2011). Al igual

que su palpable relación con la ansiedad, depresión y los procesos de regulación emocional (Hariri & Holmes, 2006).

En adición al gen de la serotonina, se ha planteado que el gen triptófano hidroxilasa (TPH) está asociado las autolesiones (Pooley, Houston, Hawton, & Harrison, 2003). Incluso, se ha localizado mayor presencia del alelo A779 del gen TPH en personas con conductas de autoenvenenamiento, parte de la automutilación, pero esta indagación no encontró correlación entre automutilación y los polimorfismos de la serotonina ni del gen de monoamina oxidasa A (MAOA, Pooley, Houston, Hawton, & Harrison, 2003). En cambio, otros investigadores difieren en el alelo del TPH proponiendo que la mayor correlación está entre TPH y conductas suicidas relacionadas por el polimorfismo A218C (Bellivier, Chaste, & Malafosse, 2004). También se ha sugerido que tanto el gen receptor de serotonina como el gen TPH están relacionados a la impulsividad heredada en hombres, rasgo enlazado con NSSI (Evans, et al., 2000). Otro gen que se ha propuesto es el alelo T de la proteína Guanina β 3 (GN β 3), encargado de la transcripción de la proteína guanina alfa (Joyce, et al., 2006). Los resultados señalan que el alelo T de la proteína GN β 3 está asociado significativamente con la automutilación junto al abuso sexual infantil y BPD en pacientes con un diagnóstico de depresión (Joyce, et al., 2006). Recapitulando, existen varios genes y polimorfismos asociados a las conductas de automutilación, pero debido a la complejidad que representa identificar un gen en particular se necesita mayor investigación que provea aclaraciones respecto a la influencia genética en estos comportamientos.

Neurotransmisores.

Es común encontrar trastornos mentales con alteraciones a nivel de neurotransmisores de hecho, la automutilación no es la excepción. Por ende, diversos autores han señalado anomalías tanto a nivel neuroanatómico como neurológico (neurotransmisores) en las

conductas de autolesión. Entre las alteraciones en los neurotransmisores destacan los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y de opioides (Stanley, et al., 2010). Los sistemas serotoninérgicos en particular han sido vastamente estudiados para establecer una posible relación con las automutilaciones. Se ha observado alteraciones en el sistema serotoninérgico de personas con conductas suicidas en estudios post mortem señalando la existencia de menor cantidad de transportadores de serotonina presináptica en el hipotálamo, corteza occipital, tronco encefálico y corteza prefrontal (Mann, 2003). En la corteza prefrontal estos déficits se localizan en la corteza prefrontal ventral la cual está encargada de la inhibición conductual y cognitiva, por lo que daños esta estructura significan desinhibición de comportamientos creando mayor riesgo suicida o actitudes agresivas (Mann, 2003).

Además, las desregulaciones en el sistema serotoninérgico también son observables en patologías comórbidas con NSSI como depresión, impulsividad y suicidio (Mann, Brent, & Arango, 2001). Resultados consistentes con estas investigaciones exhiben niveles de serotonina (5 – HT) más bajos en individuos con automutilaciones, los cuales en conjunto con menores niveles de afecto positivo y más afecto negativo por parte de los familiares de los individuos con NSSI explican en un 88% la varianza de la ocurrencia de eventos de autolesión en adolescentes (Crowell, Beauchaine, McCauley, Smith, Vasilev, & Stevens, 2008). Aunque, estudios en primates con conductas de automutilación han reportado alteraciones en el funcionamiento del sistema serotoninérgico, pero no en los niveles de serotonina (Tiefenbacher, Novak, Lutz, Meyer, 2005).

En el caso del sistema dopaminérgico los estudios varían constantemente en cuanto a sus hallazgos. Incluso los análisis realizados se enfocan en su mayoría en muestras de individuos con trastornos de neurodesarrollo (King, Cromwell, Lee, Behrstock, Schmanke, & Maidment, 1998). A pesar de ello, las investigaciones realizadas con muestras no – humanas apuntan hacia un rol esencial de la dopamina (DA) en los comportamientos autolesivos. A

modo de ejemplo, se encuentran los estudios de Kasim & Jinnah (2003) y Mori, Ito, Kita, & Sawaguchi (2004). El primero menciona que las conductas de automutilación incrementan cuando se administra drogas que aumenta la concentración de dopamina sináptica estimulando la liberación de DA, y disminuyen cuando se suministra metanfetaminas que debilitan las reservas vesiculares de dopamina (Kasim & Jinnah, 2003). Datos similares son reportados por el otro grupo de investigadores, ellos sugieren que los receptores antagonistas de DA atenúan los efectos de las metanfetaminas que producen que las ratas se muerdan, destacando el papel de los receptores D1 y D2 relacionados a la activación motora (Mori, Ito, Kita, & Sawaguchi, 2004).

El vínculo entre los sistemas dopaminérgicos, la motivación y la automutilación como una conducta adictiva igualmente presenta discrepancias en cuanto a la operacionalización de variables y las conclusiones obtenidas. Ahora bien, la literatura destaca el papel de la DA en los comportamientos dirigidos a metas, los mecanismos de condicionamiento operante y el mantenimiento de hábitos (Wise, 2004). Del mismo modo, en automutilación se registra la existencia de características adictivas similares a las producidas por drogas. Los estudios que apoyan esta hipótesis señalan indicios de urgencia por autolesionarse casi diariamente en alrededor del 78.6% y semanalmente en 83.3% de adolescentes con conductas de NSSI, a esto se suma los reportes de individuos quienes manifiestan “no poder controlar el impulso” para lesionarse y el aumento de la frecuencia y severidad con el objetivo de obtener el mismo efecto, similar a la tolerancia producida por sustancias adictivas (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). La diferencia es que el ansia o *carving* por las drogas parece estar más acentuada en consumidores que en individuos con NSSI, y en el caso de automutiladores se especula que las conductas son mantenidas en su mayoría debido al reforzamiento negativo más que en el placer o alivio (reforzamiento positivo), producto de las autolesiones (Victor, Glenn, & Klonsky, 2012).

Por último, los comportamientos de automutilación se han asociado a la producción de opioides endógenos (*endogenous opioid peptides*) o endorfinas. Estos neurotransmisores están implicados en la regulación de la percepción del dolor, comportamientos sociales y emocionales, y a la actividad motora (Glofer Klinger, Dawson, & Renner, 2003). En la automutilación una baja en la producción de opioides también se ha relacionado con las cualidades adictivas de esta (Groschwitz & Plener, 2012). Incluso, se ha demostrado que existe una concentración alterada de *met – enkephalin* en la sangre de personas con autolesiones consecutivas comparadas a controles (Coid, Allolio, & Rees, 1983). Este opioide tiene efectos analgésicos en humanos y animales (Jiang, et al., 2015). De manera similar, Stanley y colaboradores (2010) encontraron niveles más bajos de *betaendorfinas* y *met – enkephalin* en el líquido cerebro espinal (CSF). Debido a esto se ha señalado que los opioides endógenos poseen un rol principal en el umbral del dolor y en la percepción del mismo y su deficiencia significa menor percepción del dolor (Urban, & Gebhart, 1999; Sher & Stanley, 2008). A su vez, esto podría explicar la necesidad de “sentir dolor” o “alivio de la tensión emocional” expresada por quienes realizan autolesiones deliberadas (Kemperman, Russ, & Shearin, 1997).

A la liberación de opioides endógenos se une la hipótesis de la analgesia resultado de los mismos. Esta hipótesis plantea que los individuos con automutilación expresan sentir poco dolor o nada (Nock & Prinstein, 2005) indicando niveles más bajos de dolor y un umbral más alto. Al respecto, los hallazgos de Schmahl, et al. (2006), que indican menor sensibilidad al dolor en individuos con un diagnóstico de BPD y autolesiones comparados a controles. Entonces, el mecanismo por el cual los individuos con NSSI obtiene analgesia es mediante la liberación de opioides durante las automutilaciones, siguiendo un proceso determinado por una línea base de opioides endógenos más baja de lo normal, posteriormente las autolesiones producen liberación de endógenos y el ciclo termina con la regulación

emocional, reducción del dolor emocional y por ende analgesia (Bresin & Gordon, 2013; Kirtley, O'Carroll, & O'Connor, 2015). De hecho, en pacientes con un historial de automutilación se ha evidenciado mejoras con el uso de tratamientos que incluyen antagonistas de opioides, produciendo una disminución de la conducta (Sher & Stanley, 2008). Estos hallazgos implican no sólo un rol en el mantenimiento e involucramiento de las conductas, sino también opciones para el tratamiento.

Funciones psicológicas de la automutilación.

El mantenimiento de conductas que implican hacerse daño a sí mismo incluye la interacción de variables genéticas, neurobiológicas, neuroanatómicas y ambientales (como se explica en secciones previas). Por ende, la investigación también intenta descifrar las funciones que cumple la automutilación en la vida de quienes la practican. Diversas hipótesis bordean el tema, una de las más extendidas es la regulación emocional (autorregulación) en conjunto con el autocastigo, reducción del dolor emocional y funciones sociales. De esta forma, una serie de eventos y estudios de investigación demuestran en mayor o menor medida su relación con persistencia de las conductas autolesivas. Cada uno de estos factores se explican de manera resumida a continuación.

Regulación emocional.

Una de sus principales funciones de NSSI es reducir estados negativos como un mecanismo de regulación emocional (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Esto se debe al pobre desarrollo de habilidades de regulación emocional producto de problemas en las relaciones con los cuidadores primarios (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009). De ahí que, déficits en el desarrollo de herramientas o mecanismo saludables para la regulación emocional tienen un rol fundamental en el desarrollo de NSSI. Es así como las conductas de autolesión siguen un patrón de regulación emocional marcado por la existencia de un afecto negativo, el cual se

reduce al presentarse una sensación de alivio inmediatamente después de la autolesión (Klonsky, 2007). Entonces, una de las razones fundamentales para autolesionarse es el deseo de aliviar el afecto negativo (Klonsky, 2007), en otras palabras, la búsqueda de un método que le permita al individuo autorregularse.

Una investigación realizada con un grupo de 177 pacientes con trastornos alimenticios reporta que una de las razones más frecuentes para automutilarse es “evitar o suprimir sentimientos negativos”, acción asociada directamente con la regulación emocional (Claes, Klonsky, Muehlenkamp, Kuppens, & Vandereycken, 2010). Según los autores, quienes se autolesionan expresan una diferencia entre los estados previos y posteriores a la automutilación, es decir pasan de sentir ansiedad a sentir alivio (Claes, Klonsky, Muehlenkamp, Kuppens, & Vandereycken, 2010). En otras poblaciones de estudio los resultados son similares. Tal es el caso del metaanálisis realizado por Klonsky (2007) cuyos resultados son consistente con la literatura, señalando a la regulación emocional como una función prominente en muestras psiquiátricas y no psiquiátricas. Incluso, en muestras que incluyen participantes con BPD los resultados siguen la tendencia indicando que la mayoría de los individuos se autolesionan como una forma de reducir la tensión o estados negativos agrupados bajo la etiqueta de “alivio emocional” (Brown, Comtois, & Linehan, 2002). Simultáneamente, expresiones como “me calma”, “me siento mejor”, “la ansiedad se reduce” y “mis niveles de estrés disminuyen” son frases comúnmente reportadas después de experimentar un episodio de autolesión (Klonsky, 2009). Esto se comprobó mediante el estudio de 39 adultos jóvenes con un historial de autolesiones, quienes además de expresar estas premisas, mencionaron que dentro de las principales razones para automutilarse estaban frases como “liberar la presión emocional” (85%), seguida del “control de emociones” (59%) y “deshacerse de emociones intolerables” (56%, Klonsky, 2009).

Por ende, se ha sugerido que durante una conducta de autolesión se genera un afecto positivo que reduce al negativo, como un medio para regular los estados negativos (Bentley, Nock, & Barlow, 2014). En otras palabras, las autolesiones alivian los sentimientos negativos. Marsha Linehan (1993a) explica la teoría general de la regulación emocional en NSSI como un proceso que comienza con un ambiente invalidante, el cual provee pocas o nulas estrategias para manejar estados emocionales negativos provocando que quienes se desarrollan en estos ambientes y poseen vulnerabilidades biológicas asociadas con rasgos de inestabilidad emocional tengan menor probabilidad de manejar de forma adecuada sus estados emocionales, dando como resultado el involucramiento en NSSI como un estrategia para autorregularse. Resumiendo, la evidencia empírica alrededor de la regulación emocional como una de las funciones esenciales de la automutilación posee un consenso relativamente general con varias investigaciones que corroboran esta hipótesis, incluso en el desarrollo de nuevas medidas psicométricas, como lo mencionan Kumar, Pepe y Steer (2004).

Autocastigo.

De manera simultánea a la regulación emocional obtenida como resultado de las autolesiones, las conductas autolesivas también proveen un medio de autocastigo por lo que se percibe como “mal hecho”, el odio en general o por el autodesprecio (Nock, 2010). Los estudios sugieren que la automutilación como autocastigo es una de las razones primarias para involucrarse en este tipo de comportamientos (Nock & Prinstein, 2004), mientras que el odio y la ira a sí mismo son reportados como pensamientos o sentimientos que preceden cerca de la mitad de los episodios de autolesiones (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009). Además, los individuos con un historial de automutilación tienen niveles más altos de autocrítica comparados a controles (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007). Resultados congruentes con esta investigación, destacan al autocastigo como la segunda función más

común de la automutilación, precedida únicamente por la regulación emocional (Brown, Comtois, & Linehan, 2002), presentándose en más del 50% de los casos (Edmondson, Brennan, & House, 2016).

Paralelamente, los individuos que practican NSSI con motivaciones dirigidas al autocastigo o ira autodirigida, presentan conductas de autolesión que tienden a ser experimentadas como familiares, egosintónicas o calmantes frente a situaciones que les producen angustia (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Estas características van de la mano con la invalidación previa durante las etapas del desarrollo, siendo el castigo o la invalidación de sus estados emocionales la consecuencia de este aprendizaje (Linehan, 1993a). En estudios recientes, se ha establecido una conexión entre el autocastigo y la reducción del dolor como funciones de NSSI, denotando que el dolor mejora el estado de ánimo en personas que ejercen autolesiones como un medio de autocastigo (Fox, Toole, Franklin, & Hooley, 2017), debido a los altos niveles de criticismo en conjunto con creencias erradas de que merecen el dolor (Hooley & St. Germain, 2014). Un indicio de esta hipótesis es el alto índice de correlación entre autocrítica y la probabilidad de involucrarse en NSSI, dado que la autocrítica se asocia con un aumento en la voluntad para soportar el dolor por periodos de tiempo más largos (Hooley & St. Germain, 2014).

Sin embargo, no se ha encontrado una asociación entre autocrítica y el umbral del dolor o su tolerancia, pero sí una correlación positiva entre la frecuencia de las automutilaciones y los niveles de autocrítica presentados por los individuos con autolesiones (Fox, Toole, Franklin, & Hooley, 2017). A pesar de eso, las conductas de automutilación también han sido interpretadas como una forma de desfiguración o autodestrucción (Briere & Gil, 1998). Por ende, los diversos formatos que pueden adquirir la necesidad de autocastigo como una función de NSSI lleva a establecer diferentes planes de tratamiento según la función y forma que posea.

Reducción del dolor.

Los mecanismos biológicos a nivel de neurotransmisores relacionados al dolor y la automutilación ya han sido explicados previamente, por lo que esta sección se concentra en las alteraciones del umbral y percepción del dolor en individuos con NSSI. Respecto a esto, diversos autores señalan que las experiencias negativas en la infancia llevan a la adquisición de mecanismos de defensa que incluyen el dolor físico como un medio para lograr el procesamiento de las emociones, lo que influye en la percepción del dolor (Bentley, Nock, & Barlow, 2014). A su vez, se ha estudiado la relación entre la percepción del dolor y la desregulación emocional demostrando que la desregulación emocional influye en la tolerancia del dolor, pero no en el umbral o intensidad de este (Franklin, Aaron, Arthur, Shorkey, & Prinstein, 2012). Bentley, Nock, & Barlow (2014), proponen que existe una compensación entre el dolor físico y el dolor emocional, puesto que el primero reduce el dolor emocional durante los episodios de autolesión. De hecho, evidencia de estudios realizados en laboratorio indica que el mecanismo subyacente de esta compensación es diferente a una distracción entre los estímulos (Nock, 2010; Franklin, Lee, Hanna, & Prinstein, 2013; Franklin, et al., 2013).

Adicionalmente, la desregulación emocional se relaciona con la tolerancia al dolor debido a la coocurrencia de desregulación emocional y disminución en la percepción del dolor (Franklin, Aaron, Arthur, Shorkey, & Prinstein, 2012). Dicho de otra forma, a mayor desregulación emocional, mayor tolerancia al dolor. Sin embargo, también se ha identificado diferencias entre los estímulos que producen alteraciones en la percepción del dolor, por ende, se ha propuesto que los factores estresores conectados a la desregulación emocional juegan un rol importante en la disminución de la percepción del mismo, más que la desregulación per se (Franklin, Aaron, Arthur, Shorkey, & Prinstein, 2012). En consecuencia, el alivio del dolor durante NSSI se da tanto para reforzamiento positivo como negativo

(Franklin, et al., 2013). Es decir, podemos encontrar alteraciones en la percepción del dolor cuando la automutilación cumple con funciones de regulación emocional (quita una emoción o estado negativo), al mismo tiempo que influye en el reforzamiento positivo, determinado por la sensación de alivio generada después del acto.

Continuando con las alteraciones en la percepción del dolor, existe una tendencia a centrar la investigación en muestras de pacientes con un diagnóstico de BPD y NSSI, tal es el caso de una investigación realizada con 94 adolescentes de género femenino entre 10.1 y 14.8 años de las cuales un 36.2% presentaron conductas de autolesión en el año anterior, de este porcentaje 94% reportaron no sentir dolor al autolesionarse y 6% mencionaron sentir dolor intenso (Hilt, Cha, & Nolen – Hoeksema, 2008). Del mismo modo, el umbral de dolor se localiza en 90.60 segundos, período más alto comparado a individuos sin NSSI (86s) manteniendo el estímulo hasta por 8 minutos, posteriormente los mismos individuos reportaron que el dolor fue leve o moderado (Fox, Toole, Franklin, & Hooley, 2017). También, se ha encontrado evidencia para un mecanismo de desviación de la atención subyacente al efecto del dolor en trastorno borderline de la personalidad (Niedtfeld, Schulze, Kirsch, Herpertz, Bohus, & Schmahl, 2010).

Finalmente, la percepción y umbral del dolor tienen una estrecha relación con la liberación de opioides endógenos, los cuales proveen al individuo un efecto de analgesia frente a cortes, laceraciones, golpes o quemaduras. Pero, St. Germain y Hooley (2013) señalan que la percepción anormal del dolor no está relacionada con métodos específicos de automutilación, sino con factores ambientales, la función que desempeña o factores biológicos como la liberación de neurotransmisores. Concluyendo, las alteraciones en la percepción dolor y umbral de respuesta son el resultado de la interacción de varios factores que agrupados influyen en la percepción del estímulo.

Funciones Sociales.

Los diferentes métodos utilizados para automutilarse poseen funciones sociales subyacentes que pueden pasar desapercibidas (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). Estas, funciones abarcan un amplio rango de actitudes o expresiones realizadas con un objetivo propio. Por ejemplo, comportamientos visibles como cortes (*cutting*) o quemaduras tienden a generarse como una forma de comunicar la necesidad de mayor atención, comparadas a conductas menos severas como rascarse la piel que reciben menos atención e incluso no son percibidas cuando se realizan en frente de otros (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). Como resultado de esto, la atención y la comunicación de una emoción o estado de ánimo son definidas como funciones sociales de la automutilación (Bresin, Sand, & Gordon, 2013).

Nock propone que las autolesiones no suicidas cumplen con funciones sociales adicionales a las funciones fisiológicas y psicológicas (2008). Este modelo se basa en la evidencia propuesta en investigaciones previas, como la realizada por Brown, Comtois y Linehan (2002) en donde se encontró que 63% de un grupo de mujeres con un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad realizaban conductas autolesivas con el objetivo de expresar enojo. Otros estudios realizados con muestras de 108 y 89 participantes respectivamente encontraron que dentro del primer grupo entre el 6 – 24% de los individuos realizaban conductas autolesivas con funciones sociales, mientras que en el segundo grupo quienes reportaron conductas autolesivas con una función social también presentaban altos niveles perfeccionismo como rasgo de la personalidad (Nock & Prinstein, 2004, 2005). Adicionalmente, la automutilación es influenciada por las actitudes de los pares de ahí que las funciones sociales que desempeña son el resultado de las razones y los factores que llevaron al individuo a involucrarse en este tipo de comportamientos (Heath, Ross, Toste, Charlebois, & Nedecheva, 2009). Por ejemplo, si un individuo percibe o piensa que uno de sus pares

obtiene atención como producto de las autolesiones existe la probabilidad de que se vincule a estas conductas en un intento de obtener un resultado similar.

No obstante, existen estudios que contradicen la idea de autolesionarse como una forma de obtener atención o expresarse. Entre estas investigaciones se encuentra un estudio realizado con una muestra de pacientes con trastornos alimenticios, los resultados obtenidos sugieren que las funciones sociales reportadas por las participantes, tales como “obtener atención de otros” o “mostrar a otros cuan fuerte soy” fueron raramente indicadas como una de las razones del involucramiento de conductas automutilantes (Claes, Klonsky, Muehlenkamp, Kuppens, & Vandereycken, 2010). Esto quiere decir que las funciones sociales de las autolesiones contribuyen al mantenimiento o realización de las conductas de NSSI en menor grado de lo que se pensaba. Además, es importante recalcar que las autolesiones cumplen más de una función, siendo unas más o menos predominantes sobre las otras, por lo que la separación en los constructos puede resultar difícil. Más aún, si tomamos en cuenta las diferentes etiologías, factores de riesgo e interacciones que se puede obtener al mezclar todos los elementos relacionados a la automutilación.

Comorbilidad.

La automutilación ha sido considerada como un síntoma o criterio diagnóstico de algunos trastornos, así como el trastorno borderline de la personalidad. Sin embargo, también es un diagnóstico y una conducta que se puede encontrar comórbida con otros trastornos. De hecho, la presencia de psicopatología eleva la probabilidad de comportamientos y pensamientos de autolesión, al mismo tiempo que se cree que la frecuencia de las autolesiones está relacionada de manera positiva con la severidad de los síntomas patológicos tanto en hombres como en mujeres (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007; Kessler, Borges, & Walters, 1999). De hecho, pacientes adolescentes con patología psiquiátrica

presentan una probabilidad del 40 al 80% de lesionarse a sí mismos (Darche, 1990; Nock, & Prinstein, 2005). Aunque, esta probabilidad varía dependiendo de factores como el tipo y severidad del trastorno (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010).

Asimismo, se ha encontrado mayor correlación con trastornos específicos como el trastorno borderline de la personalidad, en donde aproximadamente 70 a 75% de pacientes con BPD (por sus siglas en inglés, *Borderline Personality Disorder*) realizan NSSI (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar, & Davies, 1985 – 1986; Linehan, 1993b). Además, la automutilación está dentro del conjunto de nueve síntomas descritos en los criterios diagnóstico de BPD en el DSM – 5 (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010). Al mismo tiempo se ha vinculado las conductas de automutilación con funciones de regulación emocional (Brown, Comtois, & Linehan, 2002); y reducción de síntomas disociativos, también presentados como un síntoma de BPD (Kemperman, Russ, & Shearin, 1997). La comorbilidad también es alta entre NSSI y pacientes con trastornos de la personalidad como el esquizotípico, dependiente y evitativo, que a su vez reportan niveles altos de ansiedad y depresión (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003)

Incluso, existe altos niveles de comorbilidad entre conductas automutilantes y trastornos o episodios de disociación, los últimos son comunes en BPD y trastornos de estrés postraumático (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010). Por lo que se considera que la prevalencia de las conductas autolesivas en individuos con trastornos disociativos bordea el 69% (Briere, & Gil, 1998). Mientras que, en trastornos de la conducta alimentaria; las tasas de prevalencia indican porcentajes de 26 – 55% para Bulimia nerviosa, 27% – 61% para Anorexia Nerviosa del subtipo atracón – purga y 13% – 42% para el subtipo restrictivo (Mitchell, Boutacoff, Hatsukami, Pyle, & Eckert, 1986; Welch, & Fairburn, 1996; Wiederman, & Pryor, 1996; Favaro, & Santonastaso, 2000; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2001 – 2003; Paul, Schroeter, Dahme, & Nutzinger, 2002).

Otro de los trastornos en los que se encuentra altos índices de automutilación es en el Trastorno de Depresión Mayor, en donde cerca del 41.6% de adolescentes con autolesiones cumplen con los criterios necesarios para un trastorno de Depresión Mayor (Nock, Joiner Jr., Gordon, Lloyd – Richardson, & Prinstein, 2006), y 15.2% cumple los criterios para distimia o trastorno depresivo recurrente (Nock, & Kessler, 2006). Peor aún, se ha encontrado que la presencia de un trastorno del estado de ánimo puede predecir un historial de conductas autolesivas posterior (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008). En el trastorno por dependencia de alcohol alrededor de un cuarto a un tercio de la población tienen un historial de conductas de automutilación (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010). Como resultado, en los últimos años se ha sugerido la implementación de un diagnóstico de NSSI. Sin embargo, como podemos evidenciar en la literatura, las investigaciones indican que el aislamiento de un diagnóstico específico para automutilación puede ser complejo debido a los altos índices de comorbilidad con otros trastornos.

Factores de Riesgo.

Las investigaciones orientadas a explicar el por qué las personas optan por autolesionarse como un mecanismo de defensa no está bien definida aún. Pero, se ha sugerido un modelo que propone que algunas personas poseen factores de vulnerabilidad intra e interpersonales, los cuales limitan su habilidad para responder de una manera adecuada a eventos desafiantes o estresantes y aumentan la probabilidad de usar automutilaciones u otros comportamientos mal adaptativos para regular sus estados afectivos o experiencias conductuales (Nock, 2010). A breves rasgos, el autor propone que quienes emplean autolesiones como una forma de reducir experiencias cognitivas o afectivas aversivas, pueden poseer una predisposición a responder a eventos estresantes o desafiantes con hiperactivación afectiva o fisiológica y con altos niveles de pensamientos negativos, lo que conlleva a bajos

niveles de tolerancia la angustia (Nock, 2010). Además, este modelo propone que las vulnerabilidades incluyen predisposiciones genéticas, neurobiológicas, ambientales, maltrato infantil, hiperactivación física, déficit en las habilidades de comunicación y crítica de los padres (Nock, 2010).

Estudios realizados en laboratorio concluyen que las personas con un historial de automutilación muestran vulnerabilidades intrapersonales caracterizadas por altos niveles de ansiedad fisiológica en respuesta a tareas frustrantes o eventos estresantes (Nock & Mendes, 2008; Nock, Wedig, Holmberg, & Hooley, 2008), esfuerzo para suprimir pensamientos y sentimientos aversivos (Najmi, Wegner, & Nock, 2007), y pobres habilidades para tolerar experiencias angustiantes (Nock & Mendes, 2008). Por otro lado, se plantea que vulnerabilidades interpersonales como lenguaje, comunicación y deficiencia en las habilidades de solución de problemas pueden estar relacionadas a conductas de autolesión (Hilt, Cha, & Nolen – Hoeksema, 2008; Nock & Mendes, 2008; Photos & Nock, 2006), siendo estos déficits los que llevan a la consecución de las automutilaciones como una forma de expresión. Adicionalmente, Nock (2010) propone que estos factores de riesgo o vulnerabilidades están asociados a la interacción entre factores ambientales y genéticos previamente establecidos, y que su relación involucra otras conductas desadaptativas como el consumo de alcohol y drogas.

En general se estima que problemas de la vida diaria pueden ser factores de riesgo en personas con vulnerabilidades para involucrarse en conductas de peligro como NSSI. Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en varias instituciones de Inglaterra, entre los años 2000 y 2010 logró recabar información de una muestra con 22 772 individuos entre 16 y 67 años de edad, señala que los principales problemas relacionados a las conductas autolesivas están marcados por dificultades en: relaciones de pareja (47.7%), relaciones con la familia (26.8%), relaciones interpersonales (10%), empleo/estudio (18.9), economía (15.6%),

vivienda (13.3%), problemas legales (4.7%), salud física (11.4%), salud mental (22.5%), duelo (9.4%) y consecuencias de abuso (7.8%, Townsend, et al., 2016). También se consideran factores de riesgo, características como ser mujer, caucásico/a y ser bisexual (Gollust, Eisenberg, & Golberstein, 2008). En definitiva, conforme aumenta el número de factores de riesgo presentado por cada individuo mayores son las probabilidades de involucramiento en NSSI, este es el caso de las mujeres para quienes, según un estudio, tener cinco o más factores de riesgo eleva las probabilidades de automutilaciones en 37 veces (Bedi, Muller, & Classen, 2014). A pesar de eso, existen factores de riesgo específicos para la automutilación, tales como el contagio social, autocastigo y acoso escolar. Los cuales se desarrollan a continuación.

Contagio social /Aprendizaje social.

En un nivel básico de interacción con pares muchos de los comportamientos adquiridos a lo largo de la vida se basan en la observación, este aprendizaje puede ser tanto de conductas saludables como de comportamientos que son considerados patológicos (Nock, 2010). Partiendo de esto, el contagio social en el contexto de NSSI se refiere a la presencia de conductas de automutilación en “al menos dos personas en el mismo grupo en un periodo de tiempo de 24 horas” (Rosen & Walsh, 1989) o en “subgrupos estadísticamente significativos dentro de un mismo grupo” (Walsh & Rosen 1985). La evidencia empírica sugiere que el contagio social de NSSI se ha observado en grupos de pacientes internos en unidades (Matthews, 1968; Nock & Prinstein, 2005), prisiones (Rada, & James, 1982), grupos de casas, escuelas de educación especial (Rosen & Walsh, 1989; Walsh & Rosen, 1985), comunidades de adolescentes (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009; Prinstein, Heilbron, Guerry, Franklin, Rancourt, et al., 2010), adultos jóvenes (Yates, Carlson, & Egeland, 2008) y estudiantes universitarios (Heath, Ross, Toste, Charlebois, & Nedecheva, 2009;

Muehlenkamp, Hoff, Licht, Azure, & Hasenzahl, 2008). Este contagio se origina a partir de la influencia del comportamiento de los pares, por eso las redes sociales también forman parte de este modelo, ya que proveen infinitas formas de esparcir la información acerca de las autolesiones aumentando la incidencia y prevalencia de estos comportamientos (Nock, 2010).

De hecho, los estudios realizados con la participación de estudiantes universitarios señalan que conocer o saber de alguien que realiza NSSI aumenta las probabilidades de involucrarse en autolesiones (Muehlenkamp, Hoff, Licht, Azure, & Hasenzahl, 2008). Pero, la relación no solo se establece con personas cercanas, sino que conocer o saber de alguien que se autolesiona por medio de redes sociales como YouTube tiene un impacto en las probabilidades de implicarse en conductas dañinas (Lewis, Heath, St Denis, & Noble, 2011), este efecto se debe a la “normalización” de las conductas producto de la publicación periódica de imágenes o videos relacionados con el tema. Los datos son congruentes con investigaciones que demuestran una correlación entre la incidencia y los factores de transmisión social (Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006; Purington & Whitlock, 2010; Zhu, et al., 2016). Por lo tanto, la influencia social tiene un rol fundamental en las autolesiones y sus consecuencias.

Autocastigo.

Si bien es cierto, el autocastigo es una teoría que intenta explicar la causa por la que los individuos se sienten atraídos a realizar conductas de automutilación, también se ha propuesto como un factor de riesgo. Dentro del autocastigo se encuentran estilos cognitivos autopunitivos o autocríticos que emergen como producto de la depresión y/o puede ser el resultado de abusos anteriores o críticas de pares o familiares, dando como resultado que la persona aprenda a responder a los fracasos percibidos con autocrítica y “auto abuso” en la forma de autolesiones (Nock, 2010). Incluso, la evidencia plantea que la asociación entre la

crítica de los padres y la automutilación es más fuerte entre quienes poseen un estilo cognitivo autocrítico (Wedig & Nock, 2007). De este modo, autocastigo, autocrítica y autodesprecio son conceptos interrelacionados, aunque pueden ser muy complejos de ahí que se necesita mayor investigación alrededor de ellos (Nock, 2010). Además, en el caso del autocastigo como se revisó anteriormente también tiene un rol en las funciones de la automutilación por lo que se requiere investigaciones que permitan diferencias entre su papel como función o factor de riesgo.

Acoso escolar o bullying.

Según la investigación de varios autores, el bullying proveniente de los pares tiene mayores efectos en la ideación suicida y conductas de automutilación comparado al abuso sexual o violencia física (Mossige, Huang, Straiton, & Roen, 2016). Este es el caso de los resultados obtenidos en la investigación realizada por Mossige, Huang, Straiton, & Roen (2016), quienes indican que el abuso verbal por pares aumenta las posibilidades de NSSI en 67%, mientras que el abuso físico en 30%. Estos datos contrastan con la idea del abuso sexual como uno de los factores de riesgo más prominente, mostrando que las posibilidades de automutilación son más bajas en abuso sexual experimentado antes de los 13, puesto que aumenta la probabilidad de automutilación en 25% y después de los 13 en 21% (Mossige, Huang, Straiton, & Roen, 2016). Adicionalmente, los resultados son consistentes con investigaciones longitudinales las cuales han demostrado que existe un aumento en el riesgo de autolesión en adultos jóvenes quienes han sido víctimas de bullying proveniente de sus pares, independientemente de la existencia de maltrato físico (Lereya, Copeland, Costello, & Wolke, 2015). El índice de incremento en las conductas autolesivas bordea índice de 11.75 (Jantzer, Haffner, Parzer, Resch, & Kaess, 2015), es decir quienes son víctimas de bullying tienen 11.75 veces más probabilidades de sumergirse en la automutilación.

Datos parecidos se obtuvieron en un metaanálisis que compara estudios de comunidades de personas que se autolesionan y aquellos que no lo hacen, los resultados indican una correlación positiva entre el rechazo de los pares y la automutilación (van Geel, Goemans, & Vedder, 2015). Asimismo, otro estudio señala que el aumento de las probabilidades de involucrarse en conductas suicidas es independiente del rol que cumple el individuo, es decir víctima, victimario o ambos (Esposito, Bacchini, & Affuso, 2019). Sin embargo, la relación del bullying no se limita a las autolesiones, sino que también se ha considerado un factor de riesgo para otros trastornos, especialmente trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión (Claes, Luyckx, Baetens, Van de Ven, & Witteman, 2015). Aunque, estos efectos podrían ser mediados por el apoyo paternal que reciben los niños y adolescentes víctimas de acoso escolar o rechazo por parte de sus pares. En relación con los padres como un factor de protección, Jantzer, Haffner, Parzer, Resch y Kaess (2015) señalan que el monitoreo de los padres puede desempeñar un efecto positivo en comportamientos suicidas de quienes sufren bullying ocasional, pero no en bullying repetitivo. Para NSSI el mismo estudio no reporta diferencias significativas en cuanto a la monitorización por parte de los padres. Por último, en lo que concierne a los tipos de automutilación los estudios recientes muestran que no hay diferencias significativas entre el tipo de bullying (social, verbal o físico) y el aumento de NSSI (Jantzer, Haffner, Parzer, Resch, & Kaess, 2015).

Consecuencias de la automutilación.

Como es de conocimiento general los resultados de las autolesiones deliberadas más comunes son las cicatrices producto de los cortes, quemaduras, laceraciones, etc. No obstante, en el extremo de las consecuencias de NSSI está el suicidio, por ello en esta sección se tratará de definir la relación existente entre automutilación y suicidio mediante el uso de datos provenientes de estudios previos.

Suicidio.

Los porcentajes de automutilación reflejados en poblaciones de adolescentes son abrumadores, su mayor prevalencia se da específicamente en pacientes psiquiátricos con un diagnóstico de depresión, en donde se ha demostrado que existe una correlación directa entre depresión y suicidio. A partir de esto, se describe a las autolesiones como un predictor de intentos de suicidio en adolescentes con depresión (Asarnow, et al., 2011). Además, la información científica indica que los adolescentes con un historial de NSSI e intentos de suicidio también reportan niveles altos de ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos, conflictos familiares y tienen mayor probabilidad de que haber sido víctimas de abuso físico o sexual (Asarnow, et al., 2011). No obstante, gran parte de la investigación señala a la automutilación como el principal factor de riesgo para el suicidio (McMahon, et al., 2014). Con relación a este tema McMahon et al. (2014), señalan que:

El índice anual de suicidio es de 10/100 000, es decir seis veces más en hombres que en mujeres, mientras que los índices de incidencia anual de autolesiones en hospitales fueron de 344/100 000, casi dos veces más en mujeres que en hombres. Los índices de autolesiones en la comunidad fueron de 5 551/100 000 siendo nuevamente las mujeres quienes presentaban índices de cerca de cuatro veces más que los hombres. Por cada chico que muere a causa de suicidio, 16 se presentan al hospital debido a autolesiones y en la comunidad se reportan 146. Por cada chica que muere por suicidio, 162 se presentan al hospital y en la comunidad se reportan 3 296 casos de autolesión (p. 1929).

Estos datos sugieren ciertas diferencias de género y establecen una relación evidente entre las automutilaciones como factor de riesgo y el suicidio. Adicionalmente, estudios cuasi- experimentales han determinado que existen procesos cognitivos subyacentes

relacionados al suicidio y la automutilación, según estos procesos quienes tienen comportamientos ya sea suicidas o autolesivos se caracterizan por presentar mayor identificación con ideas de muerte o hacerse daño a sí mismo (Glenn, Werntz, Slama, Steinman, Teachman, & Nock, 2017). Mientras que, un estudio longitudinal desarrollado entre los años 2000 y 2012 indica mayor riesgo suicida en quienes tienen conductas de autolesión, sobre todo en los meses posteriores a un episodio de automutilación (Hawton, Bergen, Cooper, Turnbull, Waters, Ness, & Kapur, 2015). Otra investigación similar, pero que abarca un rango de tiempo más amplio (1979 – 2014/15) señala que cerca del 63% de los pacientes ingresados a hospitalización, debido a daño autoinfligido manifiestan una fuerte relación entre suicidio y autolesiones (Skinner, et al., 2016).

Considerando la coocurrencia de NSSI y depresión mayor se ha establecido que pacientes con un historial de automutilación y un diagnóstico de depresión mayor recurrente tienen mayor riesgo de suicidio comparado a solo depresión mayor o solo NSSI (Knorr, et al., 2016). Además, la correlación entre autolesiones y suicidio se apoya en la base teórica que menciona una sobreposición entre el curso del suicidio y NSSI, entonces los adolescentes con una trayectoria que incluya niveles de ideación suicida crónica tienen mayor probabilidad de seguir un curso de automutilaciones igualmente crónico, o en sentido inverso (Giletta, et al., 2015). La reducción del dolor producto de la automutilación también ha sido un tema analizado en el enfoque del suicidio y NSSI, en relación con este tema los datos obtenidos mediante estudios a largo plazo han revelado que el involucramiento en conductas de automutilación durante el último año, con frecuencias altas, está relacionado con la obtención de mayor capacidad para suicidarse un año más tarde (Willoughby, Heffer, & Hamza, 2015). Esto se debe a que las conductas autolesivas necesitan ser cada vez más letales para obtener los mismos efectos, a causa de la reducción en la percepción del dolor, entonces el riesgo de muerte por suicidio es mayor (Willoughby, Heffer, & Hamza, 2015). Abreviando, la

información acerca del suicidio como consecuencia de la automutilación establece un vínculo directo entre la frecuencia y letalidad de estos comportamientos, los cuales junto a factores externos pueden poner a un individuo en mayor o menor riesgo suicida.

Tratamientos para la autolesión.

Tanto para los profesionales de salud mental como para médicos, entender la automutilación o autolesión es un prerrequisito para moderar respuestas potencialmente negativas o emocionales y para el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010). Además, permite evitar que los comportamientos autolesivos escalen en letalidad convirtiéndose en un medio de prevención para el suicidio. Como resultado, en la actualidad existen dos enfoques de tratamiento: psicológico y farmacológico.

Tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico puede ser en hospitalización o fuera de ella, aunque cada vez son más los terapeutas que prefieren realizar este tipo de tratamiento fuera de las unidades médicas (Muehlenkamp, 2006). Existen varias propuestas o enfoques orientados al tratamiento y prevención de las conductas de automutilación. Por ejemplo, considerando que existe una estrecha relación entre la percepción del dolor y NSSI, algunos tratamientos se enfocan en estrategias para bloquear los efectos de alivio producto de las autolesiones o en promover comportamientos alternativos que activen el mecanismo de compensación de las autolesiones (Bentley, Nock, & Barlow, 2014). De ahí que, uno de los pasos más importantes en el tratamiento de las conductas de automutilación es identificar si los comportamientos son un problema per se o un diagnóstico de salud mental, en el caso de distinguir un diagnóstico previo se debe determinar cuál o cuáles son las funciones que cumplen las conductas de automutilación para el paciente y desarrollar un tratamiento dirigido a compensar esas

funciones (Bentley, Nock, & Barlow, 2014). Sin embargo, cuando la automutilación es el tema central de tratamiento, el enfoque y técnica más usada es la terapia cognitivo conductual. Dentro de este enfoque, se encuentran dos técnicas que han demostrado eficacia empírica en el tratamiento de NSSI: Terapia de Solución de Problemas (*Problem Solving Therapy*, PST, D'Zurilla & Goldfried, 1971) y Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993a). Klonsky, & Muehlenkamp (2007) también proponen a la Terapia Cognitivo Conductual Estandarizada.

Otro enfoque de tratamiento con gran aceptación es la práctica de mindfulness, en este enfoque los pacientes aprenden a observar y describir sus pensamientos, sentimientos y comportamientos sin la intención de juzgarlos, sino más bien para cambiarlos promoviendo la aceptación de los estados emocionales, esto produce que los individuos adopten una postura más tolerante y al mismo tiempo les permite regular sus emociones (Craske & Barlow, 2007; Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012). En resumen, los tratamientos más eficaces en NSSI son aquellos que incluyen una variedad de factores y elementos que producen reducción de la conducta e integran diferentes enfoques dependiendo de las necesidades de cada paciente, como es el caso de los tratamientos orientados a tratar la desregulación emocional en NSSI (Gratz, 2007).

Tratamiento Farmacológico.

Klonsky & Muehlenkamp (2007) señalan que la documentación del tratamiento mediante el uso de fármacos con el objetivo de reducir las automutilaciones es escasa. No obstante, los mismos autores indican que ciertos fármacos han mostrado eficacia en la reducción de síntomas de trastornos mentales asociados a NSSI como la depresión, ansiedad y trastorno de personalidad limítrofe. Estudios recientes señalan el uso de antipsicóticos atípicos, naltrexona e inhibidores de la recaptación de serotonina junto a terapia cognitivo

conductual o sin ella, con resultados prometedores en el tratamiento de NSSI (Markovitz, Calabrese, Schulz, & Meltzer, 1991; Markovitz & Wagner, 1995; Roth, Ostroff, & Hoffman, 1996; Goodyer, et al., 2007; Turner, Austin, & Chapman, 2014). A pesar de eso, la terapia psicológica continúa siendo la primera línea de tratamiento para automutilación, mientras que para las opciones farmacológicas se necesita mayor investigación

Definición de adolescencia y adultez temprana.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, inicia alrededor de los 11 años y se extiende hasta los 19 o 20 años (Papalia, Olds, & Feldman, 2011a). Al ser una etapa de transición está marcada por cambios físicos, cognitivos, neurológicos y sociales en la vida de las personas. Como resultado, algunos procesos cognitivos no están completamente desarrollados, un ejemplo es el procesamiento de las emociones las cuales según los investigadores son procesadas por la amígdala hasta los 11 o 13 años, mientras que entre los 14 – 17 se observan activaciones en los lóbulos frontales, encargados de la planificación, resolución de problemas, regulación emocional y funciones ejecutivas en general (Papalia, Olds, & Feldman, 2011a). Lo que podría explicar la toma de decisiones desorganizada e impulsiva en los menores de edad (Papalia, Olds, & Feldman, 2011a). En el desarrollo cognitivo presente en esta etapa comienzan lo que Piaget denominó “operaciones formales”, las cuales, según Papalia, Olds, & Feldman se caracterizan por el inicio de la comprensión del pensamiento abstracto, permitiendo a los adolescentes “pensar en términos de lo que podría ser y no sólo de lo que es” (2011a). Además, la capacidad de percibir los estímulos y pensar acerca de ellos de manera abstracta implica que “puedan imaginar posibilidades y probar hipótesis” (Papalia, Olds, & Feldman, 2011a).

En la adolescencia también intervienen factores como la aceptación de los pares y la necesidad de pertenencia a un grupo, aspectos que corresponden al desarrollo psicosocial de

la adolescencia (Papalia, Olds, & Feldman, 2011b). Al mismo tiempo, intentan construir una identidad frente a los demás, esto incluye la imagen corporal y cómo perciben su cuerpo y el de sus pares creando estándares de belleza o modelos a seguir (Papalia, Olds, & Feldman, 2011b). La construcción de relaciones sociales engloba a los amigos, compañeros, familia y el inicio de las relaciones románticas, englobando el comienzo de la actividad sexual (Papalia, Olds, & Feldman, 2011b). A causa de esto, la adolescencia es una de las etapas en donde se ha encontrado la mayor prevalencia de autolesiones, puesto que los cambios propios de la etapa junto a vulnerabilidades y factores de riesgo hacen que los adolescentes se involucren en actividades de riesgo como una forma de regular sus estados emocionales y sobrellevar la transición que supone este período.

En contraste, la adultez temprana engloba un rango de edad entre los 20 y 40 años (Feldman, 2009). Considerando que es un rango muy amplio y con las nacientes brechas generacionales se ha propuesto un periodo que encierra un rango de edad más corto (18 – 25) al cual se ha denominado adultez emergente (Tanner & Arnett, 2017), retrasando el inicio de la adultez propiamente dicha hasta los 25 años. Para los propósitos de esta investigación se ha decidido usar los dos términos indiscriminadamente, pero centrándose en el rango de edad propuesto para la adultez emergente, es decir 18 – 25 años. Tanto la adultez temprana en su contexto original como la adultez emergente incluyen elementos claves del desarrollo, la segunda nace con la necesidad de establecer una fase de transición entre la adolescencia que termina y el inicio de la adultez. Esto implica un periodo de exploración de la identidad, sentimientos de estar en el medio (*in between*), inestabilidad, autoenfoco e infinidad de posibilidades (Tanner & Arnett, 2017), sugiriendo que si bien el proceso de desarrollo neurológico prácticamente ha finalizado, aún existe un proceso de desarrollo personal y de adaptación por el que transitan los individuos y que está caracterizado por incertidumbre y cambios o establecimiento de ciertos rasgos de personalidad (Borghuis, et al., 2017). Al igual

que en la adolescencia, esta etapa significa cambios que producen estrés y ansiedad ante la incertidumbre de la exploración inminente y al no tener habilidades de regulación emocional es poco probable el uso de mecanismos saludables, siendo la automutilación el mecanismo escogido. Haciendo énfasis en las definiciones de adolescencia y adultez temprana que se ha proporcionado y sus implicaciones se entiende brevemente la relación entre estos dos periodos del desarrollo y las conductas de automutilación, relación que se explicará a profundidad en las siguientes secciones.

Percepción.

Se ha definido a la percepción como el “sentimiento interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” (RAE, 2014). Por esto, se cree que la percepción es el “primer requisito para la experimentación e interpretación del mundo” (Vidal, 2000, p. 2). El desarrollo de la percepción comienza los primeros días de vida, en ese entonces se centra en su mayoría en los sentidos que incluye el tacto, gusto, vista, oído y olfato y los procesos neurológicos subyacente a ellos (Vidal, 2000), y con el paso del tiempo se une a procesos cognitivos más complejos. Esta investigación se enfoca en los tipos de percepción social y emocional, como se mencionó con anterioridad. Más allá de considerar la percepción como un proceso simple, esta puede abarcar procesos similares a los de razonamiento y resolución de problemas incluyendo sesgos o errores en la interpretación de la información que recibimos por los sentidos (Goldstein, 2011). Además, la respuesta al procesamiento de los estímulos que percibimos generalmente resulta en una conducta, transformándose de esta forma en procesos dinámicos que acompañan y apoyan a estas conductas (Goldstein, 2011).

El proceso de la información inicia con el procesamiento ascendente o descendente dependiendo de la estimulación primaria de los receptores (Goldstein, 2011). En el

procesamiento ascendente la percepción comienza por la activación de los receptores de los estímulos y se une a la información previa que tenga el individuo de este estímulo mientras que, en el procesamiento descendente la percepción comienza por la información, incluyendo el conocimiento previo, que llega a los receptores (Goldstein, 2011). En los dos casos la estimulación de los receptores, la información adicional del ambiente y el conocimiento previo del individuo interactúan dando como resultado el procesamiento de la información sensorial y la percepción (Goldstein, 2011).

En relación con la percepción y su influencia en la conducta o acción, se ha determinado que los procesos neurológicos y fisiológicos correspondientes a la percepción y la conductas o acción son completamente diferentes, pero están relacionados en cuanto uno depende del otro para su ejecución (Goldstein, 2011). Es decir, para la realización de una acción primero se debe percibir el estímulo y por ende la respuesta está marcada por un procesamiento ascendente o descendente según sea el caso. De la misma forma, dentro de estos procesos intervienen otros elementos como las neuronas espejo, las cuales se activan al ver (percibir) lo que otra persona hace, para después replicar esta conducta (acción) siendo uno de los pilares fundamentales del aprendizaje por observación (Goldstein, 2011). El último es considerado una de las formas de adquirir o involucrarse en conductas de automutilaciones, especialmente mediante factores relacionados al contagio social. Entonces, considerando que uno de los principales objetivos de esta investigación es proveer evidencia acerca del nivel de influencia de la percepción de otros frente a la automutilación y la posterior búsqueda de ayuda psicológica, la percepción se enfoca en las conductas dirigidas a buscar ayuda profesional.

Percepciones acerca de la automutilación.

Las investigaciones asociadas a explicar cómo perciben las autolesiones otras personas y a su vez cómo perciben estas reacciones quienes se realizan automutilaciones se ha centrado en familiares y pares, por eso existe poca información acerca de terceros o del personal de salud. De esta forma, en los siguientes párrafos se intentará resumir los estudios con el fin de dar un marco de referencia en cuanto al tema. En los años noventa e inicios del milenio los resultados de las investigaciones mostraban conclusiones opuestas, los profesionales de salud, terapeutas, psicólogos y personal médico veían a quienes se infringen daño como personas patológicas o manipulativas (Favazza, 1996; Himber, 1994; Walsh, 2006). En contraste, los pacientes reportaban falta de entendimiento e interacciones negativas con estos profesionales (Himber, 1994). A pesar de eso, un estudio realizado para evaluar el conocimiento, percepción y actitudes de maestros hacia las conductas de autolesión indica que cerca del 78% subestima la prevalencia de NSSI, 22% consideran que quienes se lastiman a sí mismos lo hacen con el objetivo de capturar la atención aunque, en este ítem algunos aclararon que consideran que es un comportamiento para buscar ayuda (“*cry for help*”) y el 12% creen que es una conducta manipulativa (Heath, Toste, & Beettam, 2006). En el mismo estudio, cerca del 48% de profesores mencionó que considera aterrador la idea de un estudiante con cortes o quemaduras y cerca de la mitad de los profesores consideran que no tienen el conocimiento necesario para tratar con este tipo de situaciones (Heath, Toste, & Beettam, 2006).

Algunos de los autores de la investigación, antes mencionada, replicaron su análisis años más tarde con una muestra similar. El estudio fue publicado en el año 2011 con resultados similares a los obtenidos previamente. Sin embargo, los nuevos hallazgos señalan que los profesores de género masculino tienden a tener actitudes más negativas hacia las automutilaciones, comparados a su contraparte femenina (Heath, Toste, Sornberger, &

Wagner, 2011). Estos datos indican que, si bien las percepciones de las personas pueden no ser negativas, sus reacciones y como son expresadas influyen en las percepciones de quienes realizan los comportamientos distorsionando la información captada por los receptores sensoriales. De igual forma, las percepciones obtenidas después de revelar a alguien las automutilaciones, generalmente padres o amigos, facilita el acceso a ayuda informal, puesto que los adolescentes perciben que las reacciones por parte del personal de salud serán negativas y evitan buscar este tipo de ayuda (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). En resumen, las percepciones alrededor de la automutilación incluso cuando son positivas desde la perspectiva de los profesionales, puede ser interpretada como amenazante o negativa por quienes practican NSSI, representando un bloqueo al momento de buscar la ayuda correspondiente y decantándose por el apoyo informal de fuentes como la familia o amigos. Por ende, la importancia del estudio y análisis de la influencia de la percepción de la primera persona que ve las autolesiones para la búsqueda de ayuda psicológica.

Relación entre la percepción y la automutilación.

La comprensión acerca de la forma en la cual las automutilaciones son vistas por otros (generalmente familiares y amigos) tiene implicaciones para la intervención clínica y para los programas de prevención de estas conductas (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). En el caso de las interpretaciones erróneas acerca de las conductas automutilantes y el entendimiento erróneo de estos comportamientos como una forma de manipulación en lugar de búsqueda de ayuda puede llevar a exacerbar la frecuencia y severidad de NSSI (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). En adición a esto, tanto familiares como amigos pueden sobre-reaccionar o no reaccionar frente a situaciones de comportamientos autolesivos provocando un aumento en la frecuencia y severidad de los comportamientos (Bresin, Sand, & Gordon, 2013). Entonces,

las reacciones proveen la posibilidad de repetir la conducta, siguiendo los postulados del condicionamiento clásico y operante (Nock, 2008).

Desde otro punto de vista, una investigación realizada en Australia por Hasking, Rees, Martin y Quigley (2015), utilizó muestra de 2637 estudiantes de secundaria entre 12 y 18 años a quienes se les aplicó un total de seis cuestionarios entre los cuales estaban el *Self-Harm Behaviour Questionnaire – Part A*, *Actual help – seeking questionnaire* y *General help – seeking questionnaire*, en tres puntos de tiempo en un periodo de dos años. El estudio pretendía evaluar las reacciones de los pares frente a la revelación de las automutilaciones. Entonces, los individuos fueron clasificados según la persona a la que mostraban sus autolesiones; pares o adultos. El primer grupo incluye a amigos, hermanos, pareja y amigos virtuales (*online friends*) y el segundo estaba integrado por padres, profesores y profesionales de salud mental. Los datos obtenidos señalan que 67.8% de los participantes les contaron a sus pares, mientras que 32.2% se lo dijo a un adulto (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). En relación con el apoyo percibido, aquellos que revelaron las autolesiones a pares reportaron mayores niveles de apoyo por parte de los amigos, comparados a quienes le dijeron a un adulto (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015).

Los autores también reportan que revelar las conductas de NSSI a pares facilita la búsqueda de ayuda, mejora los mecanismos de defensa y reduce el riesgo suicida, pero con el paso del tiempo disminuye la percepción de apoyo social y puede fomentar las automutilaciones en los semejantes (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). Por el contrario, confiarle a un adulto puede ser un factor de protección, aumentar los mecanismos de defensa adaptativos, incrementar el empleo de alternativas más saludables evitando la muerte por suicidio y reduce la severidad de NSSI (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). La búsqueda de ayuda indica una tendencia marcada hacia fuentes informales, generalmente amigos, y según este estudio incluso ante la presencia de reacciones negativas los

adolescentes buscan ayuda (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). Sin embargo, la investigación posee limitaciones reportadas por los autores, entre ellas se menciona que las categorías (pares vs adultos) no son excluyentes, no se evaluó las influencias externas en el periodo que engloba el estudio y no exploraron las reacciones por parte de los familiares o amigos a quienes se reveló las conductas. Además, la muestra utilizada no es representativa de la población general, ya que utilizaron estudiantes de colegios privados con un estatus socioeconómico alto (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015). En el caso, de la reacción de otras personas los autores sugieren que puede tener gran impacto en la decisión de buscar ayuda formal o informal.

Otro concepto expandido en relación con la percepción de la automutilación es la percepción de invalidación, sobre todo emocional. Incluso, Yen, et al. (2015) plantean que la invalidación percibida de parte de la familia y amigos puede resultar en un factor de riesgo para intentos de suicidio y automutilación. Debido a esto, el autor desarrolló una investigación con el objetivo de corroborar esta hipótesis mediante un estudio con seis meses de seguimiento y una muestra de 119 pacientes adolescentes internados a quienes se les administró entrevistas y evaluaciones de autoreporte al inicio y al final ($n = 99$) del proceso junto a sus padres. Los datos obtenidos señalan que la línea base de invalidación percibida por parte de los pares predice la automutilación en mujeres ($p=0.03$) y en hombres sugiere una tendencia ($p= 0.053$) pero no logra ser significativo (Yen, et al., 2015). Sin embargo, los autores hacen énfasis en la limitación de la muestra, puesto que los resultados pueden ser producidos por el tamaño de la muestra con mayor presencia femenina. A pesar de eso, el análisis de datos indica un punto de partida para la evaluación de la percepción de invalidación en individuos con NSSI.

Simultáneamente, los análisis realizados con estudiantes universitarios en relación con la exposición de las autolesiones a familiares o pares denotan resultados similares a los

obtenidos en adolescentes. Se puede citar el análisis realizado por Armiento, Hamza, & Willoughby (2014), quienes usaron una muestra de 268 estudiantes universitarios con una edad promedio de 19.07 años, de los cuales 70.3% fueron mujeres. Los datos obtenidos señalan que 57% (n=154) de los participantes nunca han revelado sus conductas autolesivas a nadie, las diferencias de género en relación con este porcentaje muestran que la probabilidad de mostrar los comportamientos de NSSI es menor en hombres (Armiento, Hamza, & Willoughby, 2014). Por el contrario, entre los individuos que revelaron las autolesiones 73.1% lo hicieron con amigos, siendo el mayor porcentaje, seguido por 58% a parejas románticas, y solo el 18.2% lo hizo con una fuente formal terapeuta o psicólogo (Armiento, Hamza, & Willoughby, 2014). Las conclusiones del estudio indican que revelar las automutilaciones a una fuente informal, en primera instancia, actúa como un elemento mediador para la posterior búsqueda de ayuda profesional, siempre y cuando hayan obtenido el apoyo y ánimo necesario para hacerlo siendo la calidad de la relación percibida como un punto determinante para decidir revelar o no las autolesiones (Armiento, Hamza, & Willoughby, 2014).

Las perspectivas erróneas que tienen los profesionales en cuanto a las automutilaciones, sus funciones y percepciones puede desencadenar en tratamientos inadecuados o poco eficaces para los pacientes (Heath, Toste, & Beettam, 2006). De hecho, la inclinación de estos tratamientos usualmente está orientada a quitar privilegios o enviar a los pacientes a unidades restringidas (Heath, Toste, & Beettam, 2006), lo que resulta en un aumento de la soledad, sentimientos de rechazo y hostilidad (Guertin, Lloyd – Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001; Himber, 1994), y un incremento en las conductas de autolesión. Adicionalmente, los pacientes generalmente reportan efectos nocivos producto de las actitudes negativas que reciben de los profesionales de salud (Heath, Toste, & Beettam,

2006), ellos interpretan estas actitudes como críticas, hostilidad o rechazo por consiguiente pueden continuar o incrementar las autolesiones (Costigan, Humphrey, & Murphy, 1987).

Este es el caso de un estudio realizado por Jeffery y Warm en el año 2002, con una muestra que incluyó personal de enfermería, médicos generales, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales e individuos que con autolesiones reunidos en grupos denominados “psiquiatras”, “trabajadores de psicología”, “automutiladores”, “profesionales de salud” y “social/comunidad”. El objetivo del estudio fue medir las percepciones acerca de la automutilación con el uso de un cuestionario calificado entre 20 (poco conocimiento) y 100 (buen conocimiento, Jeffery & Warm, 2002). Los resultados indican que automutiladores ($M=79.81$ $SD=6.46$), psicólogos ($M=79.37$; $SD=6.55$) y el grupo de social/comunidad ($M=77.16$; $SD=8.71$) poseen mayor conocimiento acerca de las automutilaciones comparados a psiquiatras ($M=69.78$; $SD=8.76$) y médicos ($M=71$; $SD=5.98$, Jeffery & Warm, 2002). Según los autores esto sugiere que la construcción de una relación terapéutica entre el paciente y el profesional ayuda al entendimiento y percepción de las conductas, mientras que el poco conocimiento de otros profesionales (psiquiatras y médicos) contribuye a tratamientos poco efectivos (Jeffery & Warm, 2002). No obstante, los resultados son limitados por el nivel de conocimiento de los participantes y el tamaño de la muestra ($n=80$, Jeffery & Warm, 2002). Del mismo modo, los enunciados del cuestionario usado por Jeffery y Warm tienen una tendencia hacia el conocimiento empírico y mitos de la automutilación, pero no se enfoca en la percepción hacia reacciones o conductas frente a NSSI.

En el área de psicología, tomando como base la teoría Freudiana, las percepciones de los pacientes frente a las actitudes de los profesionales de la salud se conoce como contratransferencia. De este modo, una de las investigaciones señala que las respuestas emocionales negativas de enfermeras ante individuos con automutilaciones afectan la forma de comportamiento o pensamiento hacia los pacientes (Rayner, Allen, & Johnson, 2005).

Aunque, la capacitación, supervisión y educación de las enfermeras reduce los pensamientos negativos, resultando en comportamientos más positivos que desafían las creencias de los pacientes y mejora su cuidado (Rayner, G. C., Allen, S. L., & Johnson, M. (2005). Los estudios mencionados son consistentes con un metaanálisis realizado en el 2014, el cual concluye que de 20 estudios analizados aproximadamente un tercio de los participantes no busca ayuda para tratar los comportamientos autolesivos y quienes lo hacen prefieren a familiares y amigos como fuentes primarias de apoyo, seguidos por el internet como una herramienta para mostrar las conductas, más que como un método para buscar ayuda (Rowe, French, Henderson, Ougrin, Slade, & Moran, 2014). Ahora bien, entre las barreras para la búsqueda de ayuda está el miedo a las reacciones negativas, estigmatización, temor a la violación de confidencialidad y miedo a ser vistos como “buscadores de atención” (Rowe, French, Henderson, Ougrin, Slade, & Moran, 2014). De esta forma, las actitudes negativas o falta de conocimiento de los profesionales tienen gran impacto en los individuos con NSSI, de igual forma se puede presumir que la percepción acerca de las actitudes de otras personas puede tener igual o peores efectos en relación con la búsqueda de ayuda. Pero como se ha visto en la revisión de la literatura existe información extremadamente limitada acerca de cómo perciben las reacciones de otros los automutiladores y si esto influyen o no en la búsqueda de ayuda psicológica.

Recapitulando, la investigación científica señala la interacción de varios factores en el origen de las automutilaciones sin establecer una causa directa de las mismas. Al mismo tiempo, factores sociales como la percepción acerca de la automutilación indican que a pesar de los altos índices de prevalencia es un fenómeno que involucra gran cantidad de elementos para la interpretación total de la problemática, que aún puede producir estigmatización o prejuicios en gran parte de la población. Evidenciando limitaciones en cuanto al conocimiento y comprensión de las funciones subyacentes a las conductas en conjunto con

obstáculos que impiden el acceso a servicios de ayuda, especialmente psicológicos. Surge la intención de explorar las experiencias de quienes se autolesionan frente a la percepción de la primera persona que ve sus automutilaciones, con el objetivo de establecer una posible conexión entre la decisión de buscar ayuda psicológica y la percepción. Para ello en las secciones posteriores se plantea el diseño y metodología que usará para la investigación de esta relación.

Diseño y Metodología

Diseño.

Las experiencias de los individuos con conductas autolesivas frente a las reacciones o conductas de otros cuando él/ella muestra sus autolesiones es un tema con poca investigación en el campo, más aún cuando se trata de establecer un posible vínculo entre la influencia de la percepción de la primera persona que ve las autolesiones y la búsqueda de ayuda psicológica. Por consiguiente, esta investigación busca situar un punto de inicio para futuros estudios alrededor del tema, debido a esto sigue un diseño exploratorio. Este diseño de investigación permite estudiar elementos o factores que no han sido analizados previamente o de los cuales existe información limitada (Brink, 1998). Paralelamente, es un medio para obtener nuevos conocimientos, ideas, comprensión y significados del fenómeno de interés, en este caso la automutilación (Brink, 1998).

Los estudios exploratorios están anclados a un enfoque de investigación cualitativa, la cual intenta interpretar los fenómenos según los significados otorgados por las personas sin modificar el escenario en el que ocurrieron (Janesick, 2003). Utiliza métodos de recolección de datos que pueden incluir entrevistas y experiencias personales, como es el caso de esta propuesta de investigación (Denzin & Lincoln, 2003). Es decir, los estudios cualitativos intentan examinar las palabras y acciones de los individuos siguiendo un método inductivo (Maykut & Morehouse, 1994). En la automutilación se intenta descifrar cómo son percibidas las acciones, palabras y gestos de la primera persona que ve las automutilaciones de un individuo, al mismo tiempo que se explora un vínculo entre esta percepción y la búsqueda de ayuda psicológica. Todo esto, siguiendo la pregunta de investigación planteada en el marco de este estudio, la cual proclama: ¿Cuál es la experiencia de una persona con comportamientos automutilantes frente a la reacción/percepción positiva o negativa de quien

observa sus autolesiones y hasta qué punto influye esta percepción en la decisión de buscar ayuda psicológica? En resumen, el diseño de esta investigación sigue un modelo de estudio fenomenológico exploratorio cualitativo con un subtipo emergente (*emergent*), el cual establece que se iniciara con un enfoque y tamaño de muestra tentativo que puede redefinirse según las necesidades identificadas por el equipo de investigación (Maykut & Morehouse, 1994).

Muestra.

En las investigaciones cualitativas la composición de la muestra de estudio requiere un tipo específico de personas quienes deben cumplir con ciertas características del fenómeno de estudio (Maykut & Morehouse, 1994). Al mismo tiempo, busca la mayor variabilidad entre los individuos con el objetivo de englobar un rango más amplio del fenómeno de tal manera que la muestra represente el total de experiencias requeridas (Maykut & Morehouse, 1994). En otras palabras, este tipo de investigación incluye desde los casos más leves hasta los más severos, en un abanico de posibilidades que permite al investigador mayor representatividad de población.

Para la selección del tamaño de la muestra el tipo de diseño escogido, en este caso cualitativo, influye directamente en la solidez del análisis posterior para medir cuán significativos o generalizables son los resultados obtenidos (Maykut & Morehouse, 1994). Uno de los criterios fundamentales al momento de determinar la cantidad de individuos necesarios, para una investigación cualitativa, es la saturación (Maykut & Morehouse, 1994). Concepto definido como el punto en el cual los participantes no ofrecen información nueva o relevante para el estudio, esto es que las experiencias se vuelven repetitivas (Dworkin, 2012). No obstante, tomar como referencia a la saturación para delimitar el número de individuos en la muestra, también, depende del subtipo de estudio cualitativo a realizarse. En vista de esto,

se optó por un subtipo de investigación emergente, como se menciona previamente y tomando en cuenta estas especificaciones, Maykut & Morehouse (1994) señalan que por lo regular el tamaño de la muestra adecuado, antes de caer en un punto de saturación, está entre 12 y 20 participantes. Aunque, otros autores mencionan que cuando se usa entrevistas con un profundo grado de análisis no se alcanza el punto de saturación hasta después de los 25 participantes (Maykut & Morehouse, 1994).

Paralelamente, el objetivo general de la investigación es conocer la experiencia de un individuo con conductas automutilantes frente a las reacciones de persona que observas las autolesiones. Sin embargo, la revisión de la literatura indica dos picos importantes relacionados a la prevalencia de la automutilación. El primer punto se encuentra en la adolescencia y el segundo en la adultez temprana, también denominada adultez emergente (Nock, et al., 2006; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Toprak, Cetin, Guven, Can, & Demircan, 2011; Moran, et al., 2012; Plener, Schumacher, Munz, & Groschwitz, 2015). Como resultado de esto, la muestra de estudio está conformada por dos grupos: el primero adolescentes en un rango de 11 a 18 años, período establecido por la definición de adolescencia (Papalia, Olds, & Feldman, 2011a) y el segundo grupo incluye adultos jóvenes entre 19 y 25 años, rango de edad incluido dentro de la definición de adultez emergente (Tanner & Arnett, 2017).

Agrupando las especificaciones previas, el diseño de investigación y los objetivos planteados se prevé que cada grupo tenga un número de integrantes tentativo que bordea los 20 individuos, es decir 40 personas en total. Además, los participantes deben seguir los siguientes criterios de inclusión para ser considerados datos válidos:

1. Adolescentes entre 11 y 18 años o adultos entre 19 y 25 años.
2. Nacidos y residentes en Ecuador
3. Presentar un historial actual o pasado de NSSI

4. En el caso de los adolescentes se requiere la autorización de los padres para su participación en el estudio.
5. Individuos que hayan mostrado sus autolesiones a pares, profesionales o familiares de manera intencional o eventual.

En contraste, los criterios de exclusión de la investigación siguen las siguientes especificaciones:

1. Individuos menores 11 años y mayores de 25 años.
2. Ciudadanos no nacidos o no residentes en Ecuador
3. Individuos con problemas de habla u oído
4. Individuos con trastornos psicóticos (Esquizofrenia o psicosis)
5. Sujetos con trastornos pervasivos del desarrollo
6. La automutilación es parte de un patrón de conductas estereotipadas repetitivas
7. Individuos con alteraciones o afecciones en la memoria de largo plazo
8. Individuos con autolesiones producto de intentos suicidas

Tanto los criterios de inclusión como de exclusión están justificados por los objetivos y revisión de literatura en relación con la automutilación. Por ejemplo, la clasificación de los grupos etarios se realizó siguiendo los picos de mayor prevalencia reportados en las investigaciones realizadas acerca del tema. El lugar de residencia y nacimiento se limita a Ecuador debido a propósitos de la investigación al igual que el historial de automutilación, junto a la manifestación de las conductas de automutilación a otros. En contraste, los principales criterios de exclusión que necesitan desarrollarse para su mejor asimilación son problemas de habla u oído, presencia de trastornos psicóticos, trastornos pervasivos del desarrollo o automutilación como un patrón de conducta estereotipado y autolesiones producto de intentos suicidas.

El primer criterio se establece debido a la necesidad de buena comprensión y producción del lenguaje hablado, puesto que una de las herramientas principales para la recolección de datos es la entrevista. El segundo criterio de exclusión determina que no se recogerá datos de personas con trastornos psicóticos, es decir individuos que realicen autolesiones solamente durante episodios de psicosis, delirio o intoxicación tal como lo establece el DSM – 5 en los criterios diagnóstico para NSSI (APA, 2013). La exclusión de personas con trastornos pervasivos del desarrollo –trastorno del espectro autista, retraso mental, síndrome de Rett, síndrome de frágil X y síndrome de Lesch – Nyhan– se justifica debido a la presencia de conductas estereotipadas de automutilación como parte de la amalgama de síntomas presentados por quienes poseen estos diagnósticos (Wilkinson & Goodyer, 2011), siendo producto de daños neurológicos más que la representación de funciones psicológicas como las encontradas en adolescentes y adultos con NSSI que no tienen estos trastornos, también se excluirá a quienes realicen automutilaciones con el objetivo de quitarse la vida. En relación con el género no se ha establecido un número mínimo o máximo de hombres o mujeres en la muestra, aunque se esperaría mayor presencia femenina como lo indican diversos autores en los índices de prevalencia relacionados al género.

Instrumentos o materiales.

Los objetivos de estudio plantean la comprensión de la experiencia de quienes se automutilan cuando muestran sus autolesiones. Debido a esto, el diseño cualitativo permite el uso de instrumentos como entrevistas o escalas con preguntas abiertas, por ello se dos instrumentos de filtro y una entrevista de profundización.

Instrumentos de filtro.

Para la identificación de los casos en los adultos jóvenes se ha seleccionado la entrevista de preguntas abiertas y cerradas Self – *Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI) elaborada por Nock y colaboradores (2007). Esta entrevista engloba un total de 169 ítems, agrupados en cinco categorías: ideación suicida, planes suicidas, gestos suicidas, intentos suicidas y NSSI. Fue validada en una muestra de 94 adolescentes y adultos jóvenes (Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007; Borschmann, Hogg, Phillips, & Moran, 2012) y se ha traducido y validado en población española por lo que es ideal para la aplicación en individuos hispanohablantes. La confiabilidad interna de SITBI en la categoría correspondiente a autolesiones tiene una correlación de *kappa* perfecta ($k_s = 1.0$), resultados similares se encontraron en la confiabilidad test – retest ($k=1.0$) y una correlación fuerte entre la concordancia de los informantes ($k = .91$) similar a la validez de constructo ($k= .74$, Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007).

La versión en español se ha denominado “Escala de Pensamientos y conductas Autolesivas (EPCA)” y su validación y traducción fue realizada por García – Nieto, et al. en el año 2013. Considerando que el tema de esta investigación gira entorno a la automutilación se usará solamente la sección de autolesiones (*Anexo A*) conformada por 26 ítems de preguntas abiertas y cerradas que pretenden explorar el inicio, tipo, frecuencia, severidad y funciones de las automutilaciones (García – Nieto, Blasco – Fontecilla, Yepes, & Baca – García, 2013), siendo un modo de establecer un filtro acerca de los antecedentes de cada participante. EPCA reporta una confiabilidad interna perfecta ($k= 1.0$) para NSSI, pero la correlación intraclase en test – retest es menor comparada a la escala original ($CCI= 0.49$, García – Nieto, Blasco – Fontecilla, Yepes, & Baca – García, 2013). No obstante, se ha recomendado su uso en muestras de adultos (Borschmann, Hogg, Phillips, & Moran, 2012), por lo que en esta investigación está dirigida al grupo de adultos jóvenes.

Para el grupo de adolescentes, teniendo presente la complejidad que representa su reclutamiento debido a factores como la edad y el contexto se ha previsto usar el *Self Harm Questionnaire* desarrollado por Ougrin & Boege (2013). Este cuestionario fue diseñado con el objetivo de identificar y explorar conductas autolesivas en adolescentes. Su validación se realizó con una muestra de 100 individuos entre 12 y 17 años pacientes internos y ambulatorios de servicios psiquiátricos indicando una validez interna de $k = .78$ (CI= 95%) y una validez predictiva de .95 en un seguimiento de 3 meses (Ougrin & Boege, 2013). Además, se ha realizado su traducción y validación en poblaciones latinas, proceso desarrollado por García – Mijares y colegas (2015), quienes ejecutaron un análisis con una muestra de 106 adolescentes mexicanos entre 11 y 17 años para evaluar la validez del cuestionario traducido al español como “Cuestionario de Autolesionismo en Español” (*Anexo B*). Los resultados obtenidos señalan una consistencia interna de .96, según el coeficiente de confiabilidad α de Cronbach, estabilidad temporal en un periodo de tres meses de 0.97 junto a una sensibilidad para de la detección de automutilación de 97.96% (García – Mijares, Alejo – Galarza, Mayorga – Colunga, Guerrero – Herrera, & Ramírez – GarcíaLuna, 2015). Por lo tanto, es una de las herramientas de autoreporte más recientes y fiables para la detección de adolescentes con automutilación. Por último, el tiempo estimado para la aplicación de las dos herramientas es un aproximado de 30 minutos.

Entrevista de profundización

Para profundizar en la experiencia de quienes se autolesionan y explorar los objetivos de investigación se creó la “Entrevista: Experiencias de las personas que realizan conductas de automutilación” (*Anexo C*) en base a las referencias y datos obtenidos en la revisión de literatura. Esta entrevista semiestructurada sigue las recomendaciones mencionadas en el libro *Beginning Qualitative Research* de Maykut & Morehouse (1994), en donde los autores

sugieren que se puede desarrollar un cuestionario siguiendo los formatos de un esquema de entrevista (*interview schedule*) y una guía de entrevista (*interview guide*). El primero se refiere a un grupo de preguntas detalladas y exploratorias, mientras que el segundo corresponde a una entrevista no estructurada en donde se da una guía al entrevistador de los temas que necesita abordar (Maykut, & Morehouse, 1994). Para elaborar el *interview schedule* se debe incluir al menos seis tipos de preguntas: preguntas de experiencias/comportamientos, opinión/valor, sentimientos, conocimiento, sensoriales y antecedentes/demográficos (Maykut, & Morehouse, 1994).

Adicionalmente, Maykut y Morehouse recomiendan el uso de una introducción con datos del entrevistador, propósitos de la entrevista, que se hará con los resultados, confidencialidad, por qué se entrevista al participante y solicitando permiso para grabar y tomar notas (1994). Cada tipo de pregunta se puede observar en la entrevista desarrollada por el equipo de investigación, la cual se ha elaborado en tiempo pasado tomando en cuenta que se evalúa experiencias o acontecimientos que han ocurrido en un periodo de tiempo anterior al actual. Se hace uso de preguntas exploratorias complementarias (*probes*) orientadas a obtener más detalles, mayor elaboración o clarificación del contenido expuesto por el participante, las cuales son mencionadas debajo de cada pregunta con viñetas en orden alfabético. Es decir, las *probes* indican al entrevistador los detalles que se espera obtener en el marco de esa pregunta. Al ser una entrevista de exploración se estima un tiempo de aplicación de hora media a dos horas en el que se explorará las 17 preguntas que conforman la entrevista.

En resumen, la selección de los instrumentos mencionados se hizo con el objetivo de incluir la mayor cantidad posible de participantes sin caer en revictimización o estigmatización a causa de las conductas autolesivas. Por último y en adición a estas herramientas, se requiere materiales complementarios que incluyen un cuaderno de notas o

instrumento digital que permita tomar apuntes durante las entrevistas, cuestionarios y entrevistas impresos, lápices o bolígrafos, una grabadora de audio para el archivo de las entrevistas, consentimientos informados los cuales serán entregados a los participantes y sus padres en el caso de los adolescentes, y una lista con los datos de los participantes y códigos asignados para el mantener la confidencialidad de su identidad.

Procedimiento de recolección de datos.

Uno de los aspectos trascendentales al momento de recolectar los datos es el mantenimiento de la confidencialidad de los participantes siguiendo los principios éticos que amerita la investigación. De esta forma, para la recolección de datos en el grupo de adolescentes se ha planificado establecer contacto con las principales autoridades de las instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Quito, a quienes se explicará los antecedentes de la investigación, sus implicaciones para la salud mental, la importancia y propósitos del estudio. Simultáneamente, se pedirá la aprobación de los padres debido a la necesidad de su firma en los consentimientos informados. Posteriormente, con la obtención del permiso correspondiente de instituciones y padres se procederá el sorteo aleatorio donde se escogerá las aulas o cursos, según la organización de la institución a intervenir.

Después, se realizará el registro de los datos de los participantes y asignación de un código junto a las iniciales del primer nombre y apellido del participante (ej. 00001– JV). Es decir, estos espacios serán usados para realizar el primer filtro de selección de participantes en donde se aplica el Cuestionario de Autolesionismo en Español (*Anexo B*). Esto nos permitirá identificar los individuos con conductas autolesivas para pasar a la segunda fase del estudio. Valiéndonos del registro inicial de participantes y los códigos asignados, luego de la revisión e identificación de los individuos con NSSI se contactará a estos participantes para la aplicación de la entrevista complementaria (*Anexo C*).

En el caso de los adultos se ha planificado contactar a la muestra de interés mediante los servicios médicos de las instituciones universitarias (ej. SIME). Es decir, para este grupo de personas el primer paso es solicitar los permisos necesarios en las instituciones de educación superior de la ciudad de Quito enlistadas en el sistema nacional otorgando la información necesaria para la comprensión de antecedentes y propósitos de la investigación. Como segundo paso, con las instituciones que brinden la apertura para la recolección de datos se elaborará un proceso similar a los adolescentes. Sin embargo, en este caso el primer contacto se hará por correo electrónico mediante el texto adjunto en el *Anexo D*, el cual será enviado desde el mail principal de los sistemas de salud de las instituciones. Esto a causa de la mayor influencia de individuos en los contextos universitarios lo que puede dificultar el acceso a la muestra objetivo. Posteriormente con las personas que respondan a la convocatoria y acepten participar se procederá a asignar los códigos de confidencialidad y realizar el primer filtro con la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA) con el objetivo de obtener datos descriptivos de la muestra de interés y verificar que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. En los dos grupos, los datos demográficos (*Anexo E*) se recolectarán después de la aplicación de las escalas de identificación siguiendo las recomendaciones de Maykut & Morehouse (1994) quienes sugieren la recolección de estos datos después de obtener la información principal para evitar sesgos sujetos a características demográficas.

Para la aplicación de la entrevista tanto en adolescentes como adultos jóvenes debe considerarse elementos como el lugar en que se realizará, el lenguaje y cultura de quienes responden, la forma en la que se presentará el entrevistador, como obtener la confianza y formas de establecer rapport con los participantes (Fontana & Frey, 2003). Seguido a esto y en conjunto con los adolescentes y adultos jóvenes seleccionados en los colegios y universidades se programará las entrevistas de profundización (*Anexo C*) presenciales e

individuales con cada individuo. Para las cuales, se realizará un segundo filtro que permita seleccionar de manera solamente a aquellos individuos con los tipos de automutilación previamente especificados (cortes, quemaduras y golpes). Además, las entrevistas se desarrollarán en las instituciones de educación en una hora y lugar específico que brinde un espacio de tranquilidad y sin interrupciones resguardando la confidencialidad de los participantes con la ayuda del investigador principal y un colaborador que estará registrando de manera escrita las respuestas. Es importante mencionar que antes de la aplicación de cada cuestionario se explicará a los participantes el consentimiento informado (*Anexo E y F*) correspondiente a su edad, los procesos establecidos para mantener el anonimato de su identidad y también se aclarará que su participación no está sujeta ni es una obligación, por lo que podrán retirarse en cualquier punto o fase del estudio, si así lo desean. Como último paso, para organizar la información se agrupará tanto las herramientas de filtro como la información de la entrevista según los códigos de cada individuo. En otras palabras, se deberá asociar la entrevista inicial, la entrevista de profundización con audios y notas y los datos demográficos de cada observación según su código para proceder al análisis de los datos obtenidos.

Análisis de datos.

La investigación cualitativa busca interpretar las expresiones de las personas para enriquecer la comprensión acerca de un fenómeno e identificar temas de interés para investigaciones más profundas que confirmen o refuten la hipótesis planteada como resultado de una investigación exploratoria de carácter cualitativo (Maykut & Morehouse, 1994). Partiendo de esta idea, se ha optado por un análisis inductivo siguiendo el método de comparación constante. Para empezar, es útil agrupar la información obtenida de cada individuo en los grupos previamente establecidos y de acuerdo con los códigos antes

mencionados. Maykut & Morehouse (1994) sugieren que en el caso de los notas y audios lo más recomendable es convertirlos en materiales de fácil manejo, esto se logrará transcribiendo a textos que agrupen la información de las diferentes fuentes de información usadas en la recolección de datos.

Adicionalmente, para identificar la influencia y los factores subyacentes que apoyen la formulación de una hipótesis posterior en torno al tema de las reacciones de la primera persona que observan las automutilaciones, y como estas son percibidas por aquellos que realizan las conductas se ha optado por seguir el método de comparación constante que sugiere comenzar creando unidades de significado con frases, palabras o extractos de la información expuesta por los participantes. Unidades que serán etiquetadas con palabras o frases más cortas que contengan el significado total de la unidad, esto permite la creación de categorías mediante un sistema de fichas con información recurrente en los enunciados (Maykut & Morehouse, 1994). Para establecer las categorías o temas principales el criterio a seguir es la frecuencia de aparición. De ahí que, se ha establecido como temas principales a aquellos que aparecen más de 15 veces y temas secundarios aquellos con una frecuencia de aparición entre 10 y 15 veces. Aunque, se ha preestablecido la categoría “reacción” para incluir la percepción de reacciones positivas y negativas, las cuales permiten establecer los vínculos necesarios para la interpretación y respuesta a la pregunta de investigación. Cabe recalcar que el criterio para temas principales o secundarios puede ser modificado según el número de observaciones recolectadas. Asimismo, se prevé usar un criterio de inclusión en cada categoría establecida, por ejemplo, si el nombre de la categoría o tema es “frecuencia de las autolesiones”, el criterio de inclusión podría seguir la premisa “cuantas veces al día, semana o mes se automutila el individuo”. Esto permite mayor facilidad para manejar las observaciones e identificar el contenido de las categorías.

Continuando con el proceso de análisis de datos, una vez establecidas las categorías e identificadas las unidades de significado correspondientes a cada una, es importante interpretar los datos de tal manera que permitan establecer una conclusión. En esta fase el método de comparación constante también nos permite comparar entre categorías o temas y de esta forma conectar las ideas, palabras y frases que capturan el contenido de las declaraciones realizadas por los individuos para establecer patrones y conexiones entre las mismas (Maykut & Morehouse, 1994), localizando puntos y características en común. Para esta investigación, las escalas y entrevistas usadas esbozan una dirección a seguir, puesto que estiman ciertos aspectos relacionados a la automutilación que también pueden tener un vínculo con la percepción y búsqueda de ayuda. Tal es el caso del tipo de automutilación, edad de inicio, frecuencia y funciones. De esta forma, el análisis de los datos obtenidos da como resultado la descripción de la frecuencia de aparición. Mientras que, el análisis de las entrevistas y preguntas que profundizan la experiencia brindan la oportunidad de explorar el fenómeno en cuestión.

En resumen, el análisis de datos diseñado para esta investigación comienza por establecer frecuencias descriptivas de variables demográficas tales como; edad media de los participantes, cantidad de hombres y mujeres en cada grupo, tipos de automutilación y frecuencia de autolesiones. Y la interpretación está dada por las redes que se instauran entre los factores descriptivos, los resultados de las entrevistas y las diferencias y/o similitudes entre los dos grupos etarios, así como en los diferentes tipos de reacciones recibidas. Logrando plantear una interpretación y abstracción final que englobe todos los detalles obtenidos durante el proceso de indagación y las conclusiones alcanzadas. Todo esto sin olvidar que la validez en la investigación cualitativa se acentúa gracias a la descripción y explicación que dan los autores a los hallazgos y cuan conectadas están estas características para ser empíricamente creíbles (Cheek, 2003).

Consideraciones Éticas

En ciencias sociales la investigación está enfocada en la conducta humana, por ende, los principales sujetos de estudio son personas que forman parte de la población de interés. No obstante, desarrollar estudios en humanos conlleva ciertas implicaciones que se deben anticipar con el objetivo de preservar los derechos de los participantes. Para esta investigación se ha previsto la capacidad de los individuos de negarse a participar en el estudio mediante el uso de consentimientos informados, siendo una de las características básicas para la no violación sus derechos (Biklen & Casella, 2007). En adición a esto, y como un paso previo al inicio de la recolección de datos se enviará la propuesta de investigación al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito quienes decidirán si cumple con los requerimientos necesarios para su desarrollo.

Por otro lado, el diseño de investigación sigue los principios éticos propuestos por la American Psychological Association (2017) que mencionan, en la Sección 8.01 la necesidad de aprobación institucional la cual será requerida tanto en los colegios como en las instituciones de educación superior. Del mismo modo, se ha previsto el uso de consentimientos informados (*Anexo E y F*) correspondientes a adolescentes, padres y adultos como lo estipula la Sección 8.02 del Código de ética, en conjunto con los consentimientos informados necesarios para la grabación de voz (Sección 8.03) en las entrevistas que se usarán como herramientas de recolección de datos. Los participantes también tendrán la oportunidad de conocer los resultados y conclusiones del estudio por lo que se proveerá formas de contactar al investigador principal cumpliendo con la Sección 8.08 del manual de ética.

En el caso de las herramientas de identificación y entrevistas (*Anexos A, B y C*) estas se rigen a los requerimientos marcados en la Sección 9.02 del Código de Ética en cuanto a validez, adaptaciones, interpretaciones y lenguaje de estas (American Psychological

Association, 2017). Entonces los consentimientos informados para estas herramientas serán aplicados bajo las indicaciones de la Sección 9:03, y su interpretación tomará en cuenta “las características de los participantes, la situación y diferencias culturales, lingüísticas y personales que pueden afectar el juicio de los psicólogos o reducir la exactitud de sus interpretaciones” siguiendo la Sección 9.06. Las Secciones 9.10 y 9.11 se refieren a las explicaciones de los resultados de las evaluaciones y seguridad de los datos, directrices que serán aplicadas durante la recolección de datos y al final del estudio donde se procederá a la debida destrucción del material obtenido.

Además, esta investigación no presenta riesgos para el participante. Sin embargo, ante daños potenciales debido a preguntas de la entrevista de profundización con contenido emocional y experiencias de vida que pueden ser difíciles para los participantes se ha previsto informar previamente acerca de esta característica. Con esto se pretende reducir el riesgo de “pérdida de dignidad, voluntad y autonomía y la pérdida de autoestima que puede resultar producto del descubrimiento de haber sido engañado u objetivado” (Guba & Lincoln, 1989) (p. 129). Por último, las consideraciones éticas incluyen los parámetros básicos como el respeto a la privacidad y confidencialidad de la información otorgada por los participantes (Smith, 2003), criterios garantizados mediante la asignación de códigos en lugar a los nombres reales junto a la intervención grupal en los colegios. El último criterio se refiere al hecho de que los participantes serán seleccionados mediante un filtro por el que pasarán todos sus pares sin la necesidad de catalogar directamente al individuo, con el fin de evitar prejuicios y estigmatizaciones que pueden estar sujetas al tema de investigación en una edad donde la aceptación y crítica de los compañeros juega un rol muy importante.

Conclusiones

Fortalezas y limitaciones de la propuesta de investigación.

La automutilación, como se ha explicado a lo largo de este proyecto, se ha convertido en un problema de salud pública debido a su alta incidencia y prevalencia en poblaciones jóvenes a nivel mundial. Desde esta perspectiva, investigaciones orientadas a mejorar la comprensión del fenómeno son muy importantes para el desarrollo de métodos terapéuticos que permitan mejores resultados en el tratamiento de los pacientes. Debido a esto, la propuesta de investigación se caracteriza por abordar la problemática desde una perspectiva que en la actualidad cuenta con información limitada, siendo una de sus principales fortalezas. Esto quiere decir, que los estudios dirigidos a investigar la influencia de las reacciones o comportamientos de la primera persona que ve las autolesiones de un individuo en relación con la búsqueda de ayuda profesional son pocas o nulas en la literatura.

Además, la muestra de interés se concentra en una población con poco estudio, como es la población ecuatoriana, pero con altos índices de prevalencia e incidencia de automutilación en adolescentes y adultos jóvenes. Por ello, la propuesta de investigación permite explorar dos rangos etarios donde se concentra la mayor cantidad de individuos con autolesiones: adolescencia y adultez temprana. Además de brindar la oportunidad de hacer comparaciones en cuanto a la información cualitativa obtenida de cada grupo y establecer diferencias y/o similitudes en la forma de interpretación según la edad u otros elementos. Asimismo, el diseño de investigación utilizado y las herramientas permiten la recolección de una basta cantidad de observaciones (datos) de trasfondos económicos, sociales y educativos diferentes garantizando la variabilidad de la muestra como sugieren Maykut & Morehouse (1994) para un análisis cualitativo con validez aceptable. Esto se traduce en mayor cantidad de información detallada acerca de la automutilación.

Retomando la cantidad de información existente acerca del tema es importante destacar que los estudios realizados hasta la fecha se enfocan en las percepciones de las personas en general y están orientados a establecer relaciones con estigmatización y/o prejuicios acerca de las automutilaciones. Mientras que, las investigaciones orientadas a la percepción y búsqueda de ayuda se basan en las percepciones de un amplio contexto de individuos, es decir familiares, amigos, educadores, profesionales, etc. y no están delimitados a una percepción en específico como es el caso de esta investigación. Lo mismo sucede con el tipo de búsqueda de ayuda, pues no se concentra en un tipo específico. Como resultado, las experiencias de quienes se automutilan en relación con cómo perciben las actitudes o comportamientos de la primera persona que ve sus autolesiones, y su influencia en la búsqueda de ayuda psicológica significa una perspectiva innovadora desde la cual abordar el tema de la automutilación para recoger los testimonios de experiencias con poco o nulo conocimiento.

Otra de las fortalezas del estudio es el uso de medidas estandarizadas con traducciones al español, las cuales permiten obtener datos de un rango más amplio de individuos en un país de habla hispana, y que no sean limitados por el idioma de las herramientas. De esta manera, se evita que los criterios de inclusión, y por ende el análisis de datos sean entorpecidos o sesgados por la necesidad de dominio o conocimiento de segunda lengua, lo que se traduce en menor rango de alcance del estudio y menor variabilidad. En adición a esto, se ha escogido las escalas en función de la edad en la cual fueron validadas con el objetivo de evitar variables de confusión. Y la entrevista de profundización se elaboró siguiendo estándares de validez para investigaciones cualitativas que permiten obtener información detallada acerca de una experiencia en particular. Todo esto en conjunto con el crecimiento constante de los índices de incidencia de individuos con conductas autolesivas sugieren la necesidad inminente de comprender las percepciones de los individuos con

automutilación y el impacto de factores externos que permitan proveer servicios de salud eficientes a mayor cantidad de personas. Al mismo tiempo, la propuesta de investigación proporciona *insights* para futuras investigaciones convirtiéndose en un punto de partida para establecer hipótesis alrededor de la forma en que son percibidas las actitudes de otra persona frente a las automutilaciones, y generar estudios cuantitativos que permitan probar o refutar estas hipótesis. Entonces, el estudio adquiere relevancia tanto en la práctica clínica como en la academia.

En contraste, las limitaciones que se ha identificado en la propuesta de investigación están relacionadas a la carencia de métodos estadísticos en el análisis de datos, por lo que no se puede saber de manera objetiva si existe un impacto significativo de la forma en que es percibida la conducta y su relación con la búsqueda de ayuda psicológica. Sin embargo, esto se justifica por el diseño de investigación escogido para indagar la pregunta de investigación. Simultáneamente, el análisis de la información obtenida puede estar sujeto a interpretaciones y observaciones propias de los investigadores, ya que se intenta explorar experiencias subjetivas que pueden ser interpretadas de formas distintas debido a experiencias previas propias de los investigadores que no se han controlado. El tiempo para realizar una investigación cualitativa puede ser más prolongado comparado a la investigación cuantitativa, de ahí que se puede considerar una limitación (Rahman, 2017). Por ejemplo, se ha planificado que solamente la entrevista puede tomar entre hora y media y dos, al igual que la recolección de datos y screening pueden ser procesos tediosos en la investigación, dando como resultado datos que no permiten hacer generalizaciones (Rahman, 2017). Otra limitación del estudio es el método de contacto para participantes en el grupo de adultos jóvenes, puesto que se ha previsto una concentración en las instituciones de educación superior, lo que limita la muestra a cierto nivel de educación. Aunque se ha previsto

neutralizar este factor mediante el contacto de participantes tanto de universidades públicas como privadas lo que aumenta la variabilidad.

La interpretación de la experiencia también puede resultar sesgada por la emotividad de los recuerdos, como lo señalan Escobedo & Adolphs (2010). En consecuencia, el contenido de la entrevista puede verse afectado por errores en la memoria de los participantes o por características de la personalidad de cada individuo (Denkova, Dolcos, & Dolcos, 2012). La investigación también puede ser limitada por diferencias en el uso del lenguaje y los significados subjetivos que pueden tener ciertas definiciones o frases en otras palabras, la ambigüedad inherente al lenguaje humano (Atieno, 2009). En resumen, las fortalezas de la investigación se concentran en la oportunidad de descubrir y generar nuevas formas de analizar la información relacionada a la automutilación, mientras que las limitaciones ofrecen características que deben ser controladas en futuros estudios con el objetivo de obtener mayor exactitud en la comprensión del tema de estudio.

Recomendaciones para futuros estudios.

La complejidad de la automutilación y la gran cantidad de elementos relacionados al constructo brindan la oportunidad de explorar aspectos más específicos del problema. En este caso, se ha identificado varios temas que necesitan mayor investigación en el área. Primero, la mayoría de las investigaciones actuales se concentran en la totalidad de conductas autolesivas, es decir engloba un rango muy extenso de tipos de automutilación por lo que se requiere investigaciones más específicas en cuanto a tipos de NSSI y componentes relacionados a ellos. Segundo, los picos más altos de prevalencia según los estudios realizados se concentran en la adolescencia y adultez temprana, sin embargo, la información de prevalencia en rangos de edad mayores o menores es escasa y puede variar según el método o tipo de autolesión utilizado.

Tercero, la automutilación mantiene altos índices de comorbilidad con patologías psiquiátricas que pueden incluir trastornos de personalidad, del estado de ánimo o patologías internalizantes en general (Nock, & Prinstein, 2005; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). Estas condiciones están asociadas con ciertos tipos de mecanismos que permiten distinguir una condición de otra, o que la caracterizan. Este es el caso de la depresión, un trastorno del estado de ánimo que puede presentar distorsiones cognitivas propias o características vinculadas a la forma en que se perciben las experiencias. Entonces, la investigación en el caso de la automutilación y los trastornos comórbidos estaría orientada a establecer diferencias o similitudes entre individuos con y sin trastornos comórbidos en la percepción de apoyo y búsqueda de ayuda, características de los métodos usados o severidad de los mismos según la comorbilidad e indagar acerca de si estos trastornos son un factor desencadenante de NSSI o no, por mencionar algunas interrogantes.

Cuarto, en cuanto al apoyo percibido es difícil encontrar diferencias entre hombres y mujeres u orientación sexual. Y de los pocos estudios que establecen estas disimilitudes el objetivo principal no radica directamente en la investigación del tema, por lo que el análisis de estas desemejanzas es poco profundo y brinda poca información concluyente. Quinto, la severidad de las conductas de autolesión puede ser extrema, siendo un predictor de suicidio dependiendo de la comorbilidad con trastornos como la depresión (Asarnow, et al., 2011). Pero, nuevamente, la mayoría de investigación se ha enfocado en trastornos específicos como la depresión o el trastorno de personalidad limítrofe, por lo que el conocimiento acerca de la severidad y otras patologías es reducido. Además, la automutilación puede ser parte de comportamientos estereotipados producto de trastornos del neurodesarrollo como el autismo (APA, 2014). A causa de esto es importante establecer mecanismos neurobiológicos que pueden ser concomitantes a las autolesiones y que pueden aclarar ciertas dudas en cuanto a los efectos fisiológicos de las mismas, y al mismo tiempo para resultados más específicos se

recomienda separar aquellos individuos con ideación suicida y automutilación de quienes sólo realizan conductas autolesivas.

Sexto, uno de los tratamientos más utilizados en las automutilaciones es la farmacología con resultados prometedores (Turner, Austin, & Chapman, 2014). No obstante, los efectos secundarios que producen en el organismo tienen poco análisis en las personas con automutilaciones. Esto unido a los procesos neurobiológicos como la producción de ciertos neurotransmisores o sustancias que producen analgesia son áreas muy importantes para la comprensión de los efectos de las autolesiones en el organismo. Por último, estudios orientados a averiguar y generar medios para la prevención de las autolesiones son esenciales para atacar el creciente problema que representan las conductas autolesivas, sobre todo en poblaciones de países latinos con tratamientos limitados para NSSI.

REFERENCIAS

Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, *34*(10), 932–937. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*. Recuperado el 30 de octubre, de: <https://www.apa.org/ethics/code/index>

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self–mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, *35*(5), 581–591. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581>

Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non–suicidal self–injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, *178*(1), 101–105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>

Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An examination of non–suicidal self–injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research*, *14*(1), 79–88. <http://dx.doi.org/10.1080/13811110903479086>

Armiento, J. S., Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2014). An examination of disclosure of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *24*(6), 518–533. <https://doi.org/10.1002/casp.2190>

- Asarnow, J. R., et al. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self– Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(8), 772– 781.
- Atieno, O. P. (2009). An analysis of the strengths and limitation of qualitative and quantitative research paradigms. *Problems of Education in the 21st Century*, 13(1), 13– 38.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 39– 56). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10500-003>
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. Z. (2015). Nonsuicidal self– injury in adolescence: Longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 369– 380. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9895-4>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four– category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226– 244. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Beauchaine, T. P., Crowell, S. E., & Hsiao, R. C. (2015). Post– dexamethasone cortisol, self– inflicted injury, and suicidal ideation among depressed adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*, 43(4), 619–632. doi:10.1007/s10802-014-9933-2
- Bedi, R., Muller, R. T., & Classen, C. C. (2014). Cumulative risk for deliberate self– harm among treatment– seeking women with histories of childhood abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 600– 609. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033897>

- Bellivier, F., Chaste, P., & Malafosse, A. (2004). Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis. *American journal of medical genetics*, *124B*(1), 87– 91. doi:10.1002/ajmg.b.20015
- Bernal, J., & Cabrera, M.J. (2018). *Prevalencia y factores de riesgo que determinan la conducta autolesiva en adolescentes del Colegio Nacional Experimental Benigno Malo de la ciudad de Cuenca, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Bennun, I. (1984). Psychological Models of Self-Mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *14*: 166– 186. doi:10.1111/j.1943– 278X.1984.tb00447.x
- Biklen, S. K., & Casella, R. (2007). *A practical guide to qualitative dissertation*. Teachers College Press: USA.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2*(5), 638– 656. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Bowlby, J. (1969). *Bowlby's attachment theory*. Recuperado el 03 de septiembre de 2019 de: https://nclmoodle.org.uk/pluginfile.php/47072/mod_resource/content/0/Bowlbys-attachment-theory.pdf
- Borghuis, J., Denissen, J. J. A., Oberski, D., Sijtsma, K., Meeus, W. H. J., Branje, S., . . . Bleidorn, W. (2017). Big Five personality stability, change, and codevelopment across adolescence and early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *113*(4), 641– 657. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000138>
- Borschmann, R., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Measuring self-harm in adults: A systematic review. *European Psychiatry*, *27*(3), 176– 180. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.04.005.

- Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self– injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(3), 374– 383. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.020>
- Bresin, K., Sand, E., & Gordon, K. H. (2013). Non– suicidal self– injury from the observer's perspective: A vignette study. *Archives of Suicide Research*, 17(3), 185– 195.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self– injury: A meta– analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55– 64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self– mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609– 620. <http://dx.doi.org/10.1037/h0080369>
- Brink, P. J. (1998). Exploratory designs. *Advanced design in nursing research*, 2, 141– 160.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self– injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198– 202. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non– suicidal Self– Injury in Adolescence. *Current psychiatry reports*, 19(3), 20. doi:10.1007/s11920-017-0767-9
- Bureau, J.– F., et al. (2010). Perceived dimensions of parenting and non– suicidal self– injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 484– 494. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9470-4>
- Cheek, J. (2003). An Untold Story? Doing Founded Qualitative Research. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 80 – 111) (2da Ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Developmental and Psychopathology*, 7, 1 – 10.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2001). Self–injurious behaviors in eating–disordered patients. *Eating Behaviors*, 2(3), 263– 272.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00033-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00033-2)
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2003). Eating–disordered patients with and without self–injurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 379– 396.
<http://dx.doi.org/10.1002/erv.510>
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self–injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611– 621.
- Claes, L., Klonsky, E. D., 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(4), 386– 392.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.001>
- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Van de Ven, M., & Witteman, C. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non–suicidal self–injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of child and family studies*, 24(11), 3363– 3371.
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 263– 275. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.263>

- Coid, J., Allolio, B., & Rees, L. H. (1983). Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The lancet*, 322(8349), 545– 546.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(83\)90572-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)90572-X)
- Coloma, E., & Guanga, Y. (2017). *Autolesión y ansiedad en niños y adolescentes de 11 a 16 años estudiantes de la Unidad Educativa La Salle*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Costigan, J., Humphrey, J., & Murphy, C. (1987). Attempted suicide: A personal construct psychology exploration. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 4, 39– 50.
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davies, R. (1985– 1986). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15(3), 201– 211. <http://dx.doi.org/10.2190/3Y0C-HAUK-04JX-GBPN>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent– child interactions, peripheral serotonin, and self– inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 15– 21.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.15>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan’s theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495– 510. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015616>
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107– 118. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>

- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self– mutilating and non– self– mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital*, *21*(1), 31– 35.
- Davenport, M. D., Lutz, C. K., Tiefenbacher, S., Novak, M. A., & Meyer, J. S. (2008). A rhesus monkey model of self– injury: effects of relocation stress on behavior and neuroendocrine function. *Biological psychiatry*, *63*(10), 990–996. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.10.025
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1995). Children's emotions as organizers of their reactions to interadult anger: A functionalist perspective. *Developmental Psychology*, *31*, 677 – 684.
- Davis, T. S., et al. (2014). Emotional reactivity and emotion regulation among adults with a history of self– harm: Laboratory self– report and functional MRI evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*(3), 499– 509. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036962>
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, *78*(1), 107– 126. <http://dx.doi.org/10.1037/h0031360>
- Denkova, E., Dolcos, F., & Dolcos, S. (2012). Reliving emotional personal memories: Affective biases linked to personality and sex– related differences. *Emotion*, *12*(3), 515– 528. <https://doi.org/10.1037/a0026809>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). Introduction. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 1 – 45) (2da Ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.
- DeWall, C. N., Masten, C. L., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D. R., & Eisenberger, N. I. (2012). Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *7*(2), 184– 192. <http://dx.doi.org/10.1093/scan/nsq107>

- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O'Malley, S. S. and Sher, K. (2010). REVIEW: Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, *15*: 217– 226.
doi:10.1111/j.1369– 1600.2009.00190.x
- Drozdzick, L. W., Holdnack, J. A., Weiss, L. G., & Zhou, X. (2013). Overview of the WAIS– IV/WMS–IV/ACS. In *WAIS– IV, WMS– IV, and ACS* (pp. 1– 73). Academic Press.
- Domsalla, M., Koppe, G., Niedtfeld, I., Vollstädt– Klein, S., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2014). Cerebral processing of social rejection in patients with borderline personality disorder. *Social cognitive and affective neuroscience*, *9*(11), 1789–1797.
doi:10.1093/scan/nst176
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh– Richard, D. M., Pevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., . . . Nouvion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non– suicidal self– injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, *169*(1), 22– 27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.011>
- Dworkin, S. L. (2012). Sample size policy for qualitative studies using in– depth interviews. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(6), 1319– 1320. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508– 012– 0016– 6>
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non– suicidal reasons for self– harm: A systematic review of self– reported accounts. *Journal of affective disorders*, *191*, 109. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.043.
- Egner, T., Etkin, A., Gale, S., & Hirsch, J. (2008). Dissociable neural systems resolve conflict from emotional versus nonemotional distracters. *Cerebral Cortex*, *18*(6), 1475– 1484. <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhm179>

- Escobedo, J. R., & Adolphs, R. (2010). Becoming a better person: temporal remoteness biases autobiographical memories for moral events. *Emotion (Washington, D.C.)*, *10*(4), 511–518. doi:10.1037/a0018723
- Esposito, C., Bacchini, D., & Affuso, G. (2019). Adolescent non– suicidal self– injury and its relationships with school bullying and peer rejection. *Psychiatry research*, *274*, 1. doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.018.
- Evans, J., Reeves, B., Platt, H., Leibenau, A., Goldman, D., Jefferson, K., & Nutt, D. (2000). Impulsiveness, serotonin genes and repetition of deliberate self– harm (DSH). *Psychological medicine*, *30*(6), 1327. doi: 10.1017/s0033291799002822
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self– injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(8), 537– 542.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200008000-00010>
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self– mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Feldman, R.S. (2009). Adolescencia: cómo se convierte uno en adulto. En R.S. Felman. *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (8va ed.) (pp. 259 – 267). México, D.F. McGrawHill
- Firestone, R. W., & Seiden, R. H. (1990). Suicide and the continuum of self– destructive behavior. *Journal of American College Health*, *38*(5), 207– 213.
<http://dx.doi.org/10.1080/07448481.1990.9936189>
- Fontana, A., & Frey, J.H. (2003). The Interview: From Structure Questions to Negotiated Text. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds), *Collecting and interpreting Qualitative Materials* (pp. 61 – 106) (2da. Ed), Thousand Oaks, CA: Sage.

- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help– seeking before and after episodes of self– harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, *8*, 369.
- Fox, K. R., Toole, K. E., Franklin, J. C., & Hooley, J. M. (2017). Why does nonsuicidal self– injury improve mood? A preliminary test of three hypotheses. *Clinical Psychological Science*, *5*(1), 111– 121. <https://doi.org/10.1177/2167702616662270>
- Franklin, J. C., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Shorkey, S. P., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self– injury and diminished pain perception: The role of emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(6), 691– 700.
- Franklin, J. C., et al. (2013). The nature of pain offset relief in nonsuicidal self– injury: A laboratory study. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 110– 119. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702612474440>
- Franklin, J. C., Lee, K. M., Hanna, E. K., & Prinstein, M. J. (2013). Feeling worse to feel better: Pain– offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect. *Psychological Science*, *24*(4), 521– 529. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797612458805>
- Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., & Wohl, M. (1972). Attempted suicide and self– mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. *The International Journal of Psychoanalysis*, *53*(2), 179– 183. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01250493>
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., . . . Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidability in men. *Psychological Medicine*, *32*(1), 11– 24. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701004846>

- Gandhi, A., Claes, L., Bosmans, G., Baetens, I., Wilderjans, T. F., Maitra, S., . . . Luyckx, K. (2016). Non-suicidal self-injury and adolescents attachment with peers and mother: The mediating role of identity synthesis and confusion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1735– 1745. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-015-0350-0>
- García-Mijares, J. F., Alejo-Galarza, G. D. J., Mayorga-Colunga, S. R., Guerrero-Herrera, L. F., & Ramírez-GarcíaLuna, J. L. (2015). Validation into Spanish language of the Self-Harm Questionnaire for detection of self-harming in adolescents. *Salud mental*, 38(4), 287– 292. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.039
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Yepes, M. P., & Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 6(3), 101– 108. doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.001
- Giletta, M., Prinstein, M. J., Abela, J. R. Z., Gibb, B. E., Barrocas, A. L., & Hankin, B. L. (2015). Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in mainland China: Peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 265– 279. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038652>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483– 2490. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 45(6), 664– 678. doi:10.1111/sltb.12159

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self–injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *1*(1), 67–75.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0017427>
- Glenn, J. J., Werntz, A. J., Slama, S. J., Steinman, S. A., Teachman, B. A., & Nock, M. K. (2017). Suicide and self–injury–related implicit cognition: A large–scale examination and replication. *Journal of abnormal psychology*, *126*(2), 199–211.
 doi:10.1037/abn0000230
- Glofer Klinger, L., Dawson, G., & Renner, P. (2003). Autistic Disorder. En Mash, E.J., & Barkley, R.A. (2003). *Child psychopathology*. Guildford Press, Second Edition, New York, NY.
- Goldstein, E.B. (2011). *Cognitive Psychology: Connecting Mind, Research and Everyday Experience*. (3ra ed.). Belmont, Canada; Wadsworth Cengage Learning.
- Gormley, B., & McNiel, D. E. (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self–directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 272–281. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9267-5>
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self–injury among university students. *Journal of American College Health*, *56*(5), 491–498. <http://dx.doi.org/10.3200/JACH.56.5.491-498>
- Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford, S., ... Harrington, R. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *335*(7611), 142.
 doi:10.1136/bmj.39224.494340.55
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self–harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and

- affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238– 250.
<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.238>
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self– injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091– 1103. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20417>
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self– harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1– 14.
<http://dx.doi.org/10.1037/1524-9220.8.1.1>
- Green, J. D., Kearns, J. C., Ledoux, A. M., Addis, M. E., & Marx, B. P. (2018). The association between masculinity and nonsuicidal self– injury. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 30– 40. <http://dx.doi.org/10.1177/1557988315624508>
- Groschwitz, R. C., & Plener, P. L. (2012). The neurobiology of non– suicidal self– injury (NSSI): A review. *Suicidology Online*, 3(1), 24– 32.
- Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Groen, G., Bonenberger, M., & Abler, B. (2016). Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non– suicidal self– injury: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 255, 43– 49.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2016.08.001>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). Ethics and politics: The twin failures of positivist science. En E. G. Guba & Y. S. Lincoln, *Fourth generation evaluation* (pp. 117 – 141). Newbury Park, CA: Sage.
- Guertin, T., Lloyd– Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self– mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062– 1069.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>

- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self– injury: A review and meta– analysis. *Clinical psychology review*, 38, 13– 24.
- Hammen, C. L., Burge, D., Daley, S. E., Davila, J., Paley, B., & Rudolph, K. D. (1995). Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 436– 443.
[http://dx.doi.org/10.1037/0021– 843X.104.3.436](http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.436)
- Hankin, B. L., Barrocas, A. L., Jenness, J., Oppenheimer, C. W., Badanes, L. S., Abela, J. R., ... Smolen, A. (2011). Association between 5– HTTLPR and Borderline Personality Disorder Traits among Youth. *Frontiers in psychiatry*, 2, 6.
 doi:10.3389/fpsyt.2011.00006
- Hankin, B. L., Barrocas, A. L., Young, J. F., Haberstick, B., & Smolen, A. (2015). 5– HTTLPR × interpersonal stress interaction and nonsuicidal self– injury in general community sample of youth. *Psychiatry research*, 225(3), 609–612. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.037
- Hariri, A. R., & Holmes, A. (2006). Genetics of emotional regulation: The role of the serotonin transporter in neural function. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(4), 182– 191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2006.02.011>
- Harvey, J. H., & Omarzu, J. (1998). Social Psychological Foundations of Clinical Psychology. In *Comprehensive Clinical Psychology*. 1, 297 – 321.
- Hasking, P., Rees, C. S., Martin, G., & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self– injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*, 15(1), 1039.
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive– emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self–

- injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543– 1556. doi:
10.1080/02699931.2016.1241219
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484– 485.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self– harm: findings from the Multicentre Study of self– harm in England, 2000– 2012. *Journal of affective disorders*, 175, 147– 151.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Suicide 1 Self– harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373– 82.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511– 524.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Heath, N. L., Toste, J. R., & Beettam, E. L. (2006). "I am not well– equipped": High school teachers' perceptions of self– injury. *Canadian Journal of School Psychology*, 21(1– 2), 73– 92. <http://dx.doi.org/10.1177/0829573506298471>
- Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A., & Nedecheva, T. (2009). Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self– injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 41(3), 180.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Sornberger, M. J., & Wagner, C. (2011). Teachers' perceptions of non– suicidal self– injury in the schools. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 3(1), 35– 43. <http://dx.doi.org/10.1007/s12310-010-9043-4>

- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*(1), 57–68. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x>
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 63–71. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Himber, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *31*(4), 620. doi: 10.1037/0033-3204.31.4.620
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *29*(5), 409–416. <http://dx.doi.org/10.1002/da.21888>
- Hooley, J. M., & St. Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*, *2*(3), 297–305. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702613509372>
- Ichikawa, N., Siegle, G. J., Jones, N. P., Kamishima, K., Thompson, W. K., Gross, J. J., & Ohira, H. (2011). Feeling bad about screwing up: emotion regulation and action monitoring in the anterior cingulate cortex. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, *11*(3), 354–371. doi:10.3758/s13415-011-0028-z
- International Society for the Study of Self-injury. (2018, May). *What is self-injury?* Recuperado el 20 de abril de 2019 de: <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>

- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(2), 363–375. <http://dx.doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Janesick, V. (2003). The Choreography of Qualitative Research Design: Minuets, Improvisations, and Crystallization. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds), *Strategies of qualitative inquiry* (pp. 46 – 79) (2da Ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jang, K. L., Livesley, W. J, Vernon, P. A., & Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*(6), 438–444. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09887.x>
- Jankowski, K. F., Moore, W. E., Merchant, J. S., Kahn, L. E., & Pfeifer, J. H. (2014). But do you think I'm cool?: Developmental differences in striatal recruitment during direct and reflected social self-evaluations. *Developmental Cognitive Neuroscience, 8*, 40–54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2014.01.003>
- Jantzer, V., Haffner, J., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2015). Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany. *BMC public health, 15*, 583. doi:10.1186/s12889-015-1940-x
- Jeffery, D., & Warm, A. (2002). A study of service providers' understanding of self-harm. *Journal of Mental Health, 11*(3), 295–303.
- Jiang, Y., He, X., Shen, Y., Yin, X., Du, J., Liang, Y., & Fang, J. (2015). Analgesic roles of peripheral intrinsic met-enkephalin and dynorphin A in long-lasting inflammatory pain induced by complete Freund's adjuvant in rats. *Experimental and Therapeutic Medicine, 9*, 2344–2348. <https://doi.org/10.3892/etm.2015.2407>

- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Luty, S. E., Sullivan, P. F., Miller, A. L., & Kennedy, M. A. (2006). Genetic, developmental and personality correlates of self-mutilation in depressed patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(3), 225– 229. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01778.x>
- Kaess, M., et al. (2012). Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(1), 157– 161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.05.009>
- Kaess, M., et al. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, *206*(2– 3), 265– 272. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kasim, S., & Jinnah, H. A. (2003). Self-biting induced by activation of L-type calcium channels in mice: dopaminergic influences. *Developmental neuroscience*, *25*(1), 20. doi: 10.1159/000071464
- Kemperman, I., Russ, M. J., & Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, *11*(2), 146– 157. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1997.11.2.146>
- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *23*(2), 240– 259. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090110>
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *56*(7), 617– 626. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>

- Kircher, T. T. J., et al. (2000). Towards a functional neuroanatomy of self-processing: Effects of faces and words. *Cognitive Brain Research*, *10*(1–2), 133–144.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0926-6410\(00\)00036-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0926-6410(00)00036-7)
- Kirtley, O. J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2015). The role of endogenous opioids in non-suicidal self-injurious behavior: methodological challenges. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *48*, 186. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.11.007
- King, B. H., Cromwell, H. C., Lee, H. T., Behrstock, S. P., Schmanke, T., & Maidment, N. T. (1998). Dopaminergic and glutamatergic interactions in the expression of self-injurious behavior. *Developmental neuroscience*, *20*(2–3), 180. doi:10.1159/000017312
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1501–1508.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 226–239.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, *63*(11), 1045–1056.
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *192*(3), 166–170.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>

- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self– injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect– regulation. *Psychiatry research*, *166*(2– 3), 260– 268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non– suicidal self– injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self– injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*(3), 215– 219. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self– Injury: What We Know, and What We Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Knorr, A. C., Tull, M. T., Anestis, M. D., Dixon– Gordon, K. L., Bennett, M. F., & Gratz, K. L. (2016). The Interactive Effect of Major Depression and Nonsuicidal Self– Injury on Current Suicide Risk and Lifetime Suicide Attempts. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *20*(4), 539–552. doi:10.1080/13811118.2016.1158679
- Kumar, G., Pepe, D., & Steer, R. A. (2004). Adolescent Psychiatric Inpatients' Self– Reported Reasons for Cutting Themselves. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(12), 830– 836. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2>
- Laye– Gindhu, A., & Schonert– Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self– harm among community adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self– Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(5), 447– 457. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two

- countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 524– 531. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)
- Lewis, S. P., Heath, N. L., St Denis, J. M., & Noble, R. (2011). The scope of nonsuicidal self– injury on YouTube. *Pediatrics*, 127(3), e552– e557. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-2317>
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive– behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201– 201.
- Long, M., Manktelow, R., & Tracey, A. (2013). We are all in this together: working towards a holistic understanding of self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(2), 105– 113.
- Luzuriaga, X. F. A. (2016). Autolesiones sin Intención Suicida en Alumnos de un Colegio Fiscal de la Ciudad de Cuenca. *Revista Médica HJCA*, 8(1), 35– 39.
- Maciejewski, D. F., Creemers, H. E., Lynskey, M. T., Madden, P. A., Heath, A. C., Statham, D. J., ... Verweij, K. J. (2014). Overlapping genetic and environmental influences on nonsuicidal self– injury and suicidal ideation: different outcomes, same etiology? *JAMA psychiatry*, 71(6), 699–705. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.89
- 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 and Psychiatry*, 49(6), 667– 677. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>

- Mann, J. J., Brent, D. A., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: A focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24(5), 467– 477. [http://dx.doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00228-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00228-1)
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of Suicidal Behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819– 828. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1220>
- Markovitz, P. J., Calabrese, J. R., Schulz, S. C., & Meltzer, H. Y. (1991). Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(8), 1064– 1067. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.148.8.1064>
- Markovitz, P. J., & Wagner, S. C. (1995). Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(4), 773– 777.
- Matthews, P. C. (1968). Epidemic Self– Injury in an Adolescent Unit. *International Journal of Social Psychiatry*, 14(2), 125–133. <https://doi.org/10.1177/002076406801400206>
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Beginning Qualitative Research*. London: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9780203485781>
- McMahon, E. M., et al. (2014). The iceberg of suicide and self– harm in Irish adolescents: A population– based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(12), 1929– 1935. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0907-z>
- Mitchell, J. E., Boutacoff, L. I., Hatsukami, D., Pyle, R. L., & Eckert, E. D. (1986). Laxative abuse as a variant of bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(3), 174– 176. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-198603000-00009>
- Miller, F., & Bashkin, E. A. (1974). Depersonalization and self– mutilation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 43(4), 638– 649.

- Moran, P., et al. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
- Mori, T., Ito, S., Kita, T., & Sawaguchi, T. (2004). Effects of dopamine- and serotonin-related compounds on methamphetamine-induced self-injurious behavior in mice. *Journal of pharmacological sciences*, 96(4), 459. doi: 10.1254/jphs.fpj04040x
- Mossige, S., Huang, L., Straiton, M., & Roen, K. (2016). Suicidal ideation and self-harm among youths in Norway: associations with verbal, physical and sexual abuse. *Child & Family Social Work*, 21: 166–175. doi: 10.1111/cfs.12126.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12–23. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166–185. <http://dx.doi.org/10.17744/mehc.28.2.6w61cut2lxjdg3m7>
- Muehlenkamp, J. J., Hoff, E. R., Licht, J.-G., Azure, J. A., & Hasenzahl, S. J. (2008). Rates of non-suicidal self-injury: A cross-sectional analysis of exposure. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 27(4), 234–241. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-008-9036-8>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health – London*, 6(10), 1–9.

- Mullins-Sweatt, S. N., Lengel, G. J., & Grant, D. M. (2013). Non-suicidal self-injury: The contribution of general personality functioning. *Personality and mental health, 7*(1), 56– 68.
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self– injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1957– 1965.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- Niedtfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S. C., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Affect regulation and pain in borderline personality disorder: A possible link to the understanding of self– injury. *Biological Psychiatry, 68*(4), 383– 391.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.015>
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self– injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333– 1341.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self– Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885– 890. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd– Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non– suicidal self– injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research, 144*(1), 65– 72.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of*

Abnormal Psychology, 115(3), 616– 623. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self– Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309– 317.
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>

Nock M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self– injury and other harmful behaviors. *Applied & preventive psychology: journal of the American Association of Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 159–168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002

Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem– solving deficits among adolescent self– injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28– 38. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>

Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, evaluation, and relation to self– injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39(2), 107– 116.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self– injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78– 83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self– injurious thoughts and behaviors: A real– time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 816.

- Nock, M. K. (2010). Self– injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339– 363.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and Self– Harm in Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse: Results From a Prospective Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452– 1471. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260503258035>
- Ochsner, K. N., Hughes, B., Robertson, E. R., Cooper, J. C., & Gabriel, J. D. E. (2009). Neural systems supporting the control of affective and cognitive conflicts. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(9), 1841– 1854.
<http://dx.doi.org/10.1162/jocn.2009.21129>
- Ougrin, D., & Boege, I. (2013). Brief report: the Self Harm Questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of adolescence*, 36(1), 221– 225. doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.09.006
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2011a). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En D. Papalia, S. Olds, & R. Felman. *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia* (11va. ed.) (pp. 352 – 387). México, DF: McGrawHill.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2011b). Desarrollo psicosocial en la adolescencia. En D. Papalia, S. Olds, & R. Felman. *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia* (11va. ed.) (pp. 388 – 417). México, DF: McGrawHill.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self– injurious behavior in women with eating disorders. *American journal of Psychiatry*, 159(3), 408– 411.
- Photos, V. I., & Nock, M. K. (2006). Impairments in executive functioning among self– injurious adolescents. In *Annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies*.

- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, *39*(9), 1549–1558. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- 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*(2–3), 146–152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychresns.2011.12.012>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *2*, 2. doi:10.1186/s40479-014-0024-3
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., et al. (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. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0>
- Pooley, E. C., Houston, K., Hawton, K., & Harrison, P.J. (2003). Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychological Medicine*, *33*(5), 775–783. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703007463>
- Poon, J. A., Thompson, J. C., Forbes, E. E., & Chaplin, T. M. (2019). Adolescents' Reward-related Neural Activation: Links to Thoughts of Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide Life Threatening Behavior*, *49*, 76–89. doi:10.1111/sltb.12418

- Power, J., Gobeil, R., Beaudette, J. N., Ritchie, M. B., Brown, S. L., & Smith, H. P. (2016). Childhood Abuse, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicide Attempts: An Exploration of Gender Differences in Incarcerated Adults. *Suicide Life Threatening Behavior*, 46(6), 745–751. doi:10.1111/sltb.12263
- Purington, A., & Whitlock, J. (2010). Non-suicidal self-injury in the media. *The Prevention Researcher*, 17(1), 11–14.
- Quevedo, K., Martin, J., Scott, H., Smyda, G., & Pfeifer, J. H. (2016). The neurobiology of self-knowledge in depressed and self-injurious youth. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 254, 145–155. doi: 10.1016/j.psychresns.2016.06.015
- Rada, R. T., & James, W. (1982). Urethral insertion of foreign bodies: A report of contagious self-mutilation in a maximum-security hospital. *Archives of General Psychiatry*, 39(4), 423–429. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290040033005>
- Radford, L. et al. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: NSPCC
- Rahman, M. S. (2017). The Advantages and Disadvantages of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language" Testing and Assessment" Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1), 102–112.
- Rayner, G. C., Allen, S. L., & Johnson, M. (2005). Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *Journal of advanced nursing*, 50(1), 12. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03344.x
- Real Academia Española. (2014). *Percepción*. Recuperado el 23 de abril de 2014 de: <https://dle.rae.es/?id=SX9HJy3>
- Reichl, C., et al. (2016). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*, 74, 203–211.

- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(9), 1336–1342. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.9.1336>
- Rosen, P., & Walsh, B. (1989). Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *The American Journal of Psychiatry*, *146*, 656–658. doi: 10.1176/ajp.146.5.656
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and Adolescence*, *31*(1), 67–77.
- Ross, S., & Heath, N. L. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 277–287.
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.33.3.277.23218>
- Rotge, J.-Y., et al. (2015). A meta-analysis of the anterior cingulate contribution to social pain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *10*(1), 19–27.
<http://dx.doi.org/10.1093/scan/nsu110>
- Roth, A. S., Ostroff, R. B., & Hoffman, R. E. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: An open-label trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *57*(6), 233–237.
- Rowe, S. L., French, R. S., Henderson, C., Ougrin, D., Slade, M., & Moran, P. (2014). Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(12), 1083–1095.
<http://dx.doi.org/10.1177/0004867414555718>
- Santamarina-Perez, P., et al. (2019). Fronto-Limbic Connectivity as a Predictor of Improvement in Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Following Psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. *29*:6, 456–465.
doi:10.1089/cap.2018.0152

- Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.-D., Di Salle, F., Greffrath, W., . . . Seifritz, E. (2006). Neural Correlates of Antinociception in Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(6), 659–667.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.659>
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. E., Jr. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(2), 167–175.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024405>
- Sher, L., & Stanley, B. H. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *12*(4), 299.
 doi:10.1080/13811110802324748
- Silva Thyssen, L., & van Camp, I. (2014). Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. *Salud mental*, *37*(2), 153–157. Recuperado en 01 de septiembre de 2019, de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200009&lng=es&tlng=pt.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, *366*(9495), 1471–1483.
- Skinner, R., McFaull, S., Draca, J., Frechette, M., Kaur, J., Pearson, C., & Thompson, W. (2016). Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15). Associations longitudinales entre l'influence des parents et des pairs et l'activité physique durant l'adolescence: résultats de l'étude COMPASS. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, *36*(11), 243–251.

Smith, D. (2003). Five principles for research ethics. *Monitor on Psychology*, 34(1).

Recuperado el 30 de octubre de 2019, de:

<http://www.apa.org/monitor/jan03/principles>

Smortchkova, J. (2017). Encapsulated social perception of emotional expressions.

Consciousness and cognition, 47, 38– 47.

Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six:

Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7(3), 447– 463.

<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400006623>

St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2013). Aberrant pain perception in direct and indirect non– suicidal self– injury: An empirical test of Joiner's interpersonal theory.

Comprehensive Psychiatry, 54(6), 694– 701.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.029>

Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y. Y., & Mann, J. J. (2010). Non– suicidal self– injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of affective disorders*, 124(1– 2), 134–140. doi:

10.1016/j.jad.2009.10.028

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self– mutilation. *Clinical Psychology Review*,

18(5), 531– 554. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0)

Tanner, J.L & Arnett, J.J. (2017). The emergence of emerging adulthood: the new life stage between adolescence and young adulthood. En A, Furlong. (Ed.). *Routledge*

Handbook of Youth and Young Adulthood. London: Routledge,

<https://doi.org/10.4324/9781315753058>

- Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry, 194*(2), 104–110.
- Tiefenbacher, S., Novak, M. A., Lutz, C. K., Meyer, J. S. (2005). The physiology and neurochemistry of self-injurious behaviour: A nonhuman primate model. *Frontiers in Bioscience, 10*, 1–11.
- Toprak, S., Cetin, I., Guven, T., Can, G., & Demircan, C. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry research, 187*(1–2), 140–144. doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.009.
- Townsend, E., et al. (2016). Self-harm and life problems: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 51*(2), 183–192. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1136-9>
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 59*(11), 576–585. doi:10.1177/070674371405901103
- Urban, M. O., & Gebhart, G. F. (1999). Central mechanisms in pain. *Medical Clinics of North America, 83*(3), 585–596. doi: 10.1016/s0025-7125(05)70125-5
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1665–1671. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>

- van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. (2015). A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.017.
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225–249. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579499002035>
- Vega, D., et al. (2018). Orbitofrontal overactivation in reward processing in borderline personality disorder: The role of non-suicidal self-injury. *Brain Imaging and Behavior*, 12(1), 217–228. <http://dx.doi.org/10.1007/s11682-017-9687-x>
- Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 73–77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.011>
- Vidal, C.R. (2000). *Características del desarrollo en la infancia*. Recuperado el 24 de septiembre de 2019 de: <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/14-texto-características-desarrollo-infancia.pdf>
- Walsh, B. W., & Rosen, P. (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. *The American Journal of Psychiatry*, 142(1), 119–120. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.142.1.119>
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide* (2nd ed.). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS one*, *10*(6), e0131239. doi: 10.1371/journal.pone.0131239
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(9), 1171– 1178. <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf>
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(4), 451– 458. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.169.4.451>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939– 1948. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, *42*(3), 407– 417. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.407>
- Whittle, S., Simmons, J. G., & Allen, N. B. (2017). Emotion and Gender-Specific Neural Processing in Men and Women. In *Principles of Gender-Specific Medicine* (pp. 183– 201). Academic Press.
- Wiederman, M. W., & Pryor, T. (1996). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors*, *21*(2), 269– 272. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(95\)00062-3](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(95)00062-3)
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(2), 103– 108. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-010-0156-y>

- Willoughby, T., Heffer, T., & Hamza, C. A. (2015). The link between nonsuicidal self-injury and acquired capability for suicide: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(4), 1110– 1115. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000104>
- Wise, R. A. (2004). Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience, 5*(6), 483– 494. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1406>
- World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems, 1*(10th. ed). Autor.
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology, 20*(2), 651– 671. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579408000321>
- Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. M., Solomon, J., & Spirito, A. (2015). Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 25*(2), 124–130. doi:10.1089/cap.2013.0132
- Zetterqvist, M., Lundh, L.– G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM- 5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(5), 759– 773. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802- 013- 9712- 5>
- Zetterqvist M. (2015). The DSM- 5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 9*, 31. doi:10.1186/s13034- 015- 0062- 7
- Zhu, L., Westers, N. J., Horton, S. E., King, J. D., Diederich, A., Stewart, S. M., & Kennard, B. D. (2016). Frequency of Exposure to and Engagement in Nonsuicidal Self-Injury Among Inpatient Adolescents. *Archives of suicide research: official journal of the*

International Academy for Suicide Research, 20(4), 580. doi:
10.1080/13811118.2016.1162240.

ANEXO A: ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS

(EPCA): SECCIÓN AUTOLESIONES

Autolesiones

143.	¿Alguna vez te has autolesionado?	0) no										O	
		1) sí										O	
144.	¿Cuántos años tenías la primera vez? (<i>edad</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
145.	¿Cuántos años tenías la última vez?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
146.	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
147.	¿Cuántas veces en el último año?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
148.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
149.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
150.	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado? (<i>Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacerte cortes 2. Golpearte a propósito 3. Arrancarte el pelo 4. Hacerte un tatuaje a ti mismo 5. Hurgar en una herida 6. Quemarte la piel (ej.con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente) 7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel 	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

159.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4																				
160.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4																				
161.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4																				
162.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4																				
163.	¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																				
164.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	<table border="1"> <tr> <td>1. 0 segundos</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2. 1-60 segundos</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3. 2-15 minutos</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4. 16-60 minutos</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>5. menos de un día</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>6. 1-2 días</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>7. más de dos días o</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>88. no aplicable</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>99. desconocido</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	1. 0 segundos	<input type="radio"/>	2. 1-60 segundos	<input type="radio"/>	3. 2-15 minutos	<input type="radio"/>	4. 16-60 minutos	<input type="radio"/>	5. menos de un día	<input type="radio"/>	6. 1-2 días	<input type="radio"/>	7. más de dos días o	<input type="radio"/>	8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	<input type="radio"/>	88. no aplicable	<input type="radio"/>	99. desconocido	<input type="radio"/>
1. 0 segundos	<input type="radio"/>																					
2. 1-60 segundos	<input type="radio"/>																					
3. 2-15 minutos	<input type="radio"/>																					
4. 16-60 minutos	<input type="radio"/>																					
5. menos de un día	<input type="radio"/>																					
6. 1-2 días	<input type="radio"/>																					
7. más de dos días o	<input type="radio"/>																					
8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	<input type="radio"/>																					
88. no aplicable	<input type="radio"/>																					
99. desconocido	<input type="radio"/>																					

	8. Morderte (ej. Morderte los labios) 9. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre 10. Hacerte arañazos 11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre. 12. Otro (especificar): _____ 88. No aplicable 99. Desconocido	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
151.	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	<input type="radio"/> 0) no <input type="radio"/> 1) sí <input type="radio"/> 88) no aplicable <input type="radio"/> 99) desconocido
152.	¿Por qué crees que te haces daño?	
153.	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4
154.	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
155.	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
156.	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	0 1 2 3 4
157.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
158.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4

165.	Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
166.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
167.	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4
168.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4
169.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4

ANEXO B: CUESTIONARIO DE AUTOLESIONISMO EN ESPAÑOL

Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español

Preguntas de tamizaje:

Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito, sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otra parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis? (Marca una casilla).

- 1.- No
 2.- Sí, una vez
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces
 4.- Sí, cinco o más veces

Pregunta 2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? (Marca una casilla)

- 1.- No
 2.- Sí, una vez
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces
 4.- Sí, cinco o más veces

Pregunta 3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado a ti mismo, o has tenido una sobredosis que no fuera accidental? Esto incluye todos los episodios de autolesionismo, hayas querido o no morir en ese momento (Marca una casilla)

- 1.- No
 2.- Sí, una vez
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces

Pregunta 7. ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo
 2.- Tristeza
 3.- Preocupación
 4.- Excitación
 5.- Desorientación
 6.- Tensión
 7.- Vergüenza
 8.- Miedo
 9.- Algún otro (Especifica):

Pregunta 8. ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo
 2.- Tristeza
 3.- Preocupación
 4.- Excitación

- 5.- Desorientación
 6.- Tensión
 7.- Vergüenza
 8.- Miedo
 9.- Alivio
 10.- Algún otro (Especifica):

- 4.- Sí, cinco o más veces

Si contestaste "No" a la pregunta 3, este es el final del cuestionario. Continúa sólo si contestaste "Sí" a la pregunta 3.

Pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por última vez? (Marca una casilla)

- 1.- En las últimas 24 hrs.
 2.- En la última semana
 3.- En el último mes
 4.- En el último año
 5.- Hace más de un año

Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez, tú...? (Marca una casilla)

- 1.- Te cortaste la piel (especifica cómo)

2.- Tuviste una sobredosis o tomaste veneno (especifica cómo)

3.- Ambos, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno (especifica cómo)

4.- Hiciste algo más (especifica cómo)

Pregunta 6. Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Problemas familiares
 2.- Problemas con tu novio(a)
 3.- Problemas con la policía
 4.- Problemas escolares
 5.- Problemas de salud
 6.- Problemas con el alcohol

Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español (continuación)

7.- Problemas con alguna droga

8.- Algún otro (Especifica):

Pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...? (Marca una casilla)

1.- Te sentiste mejor

2.- Te sentiste peor

3.- Te sentiste igual

Pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...? (Marca una casilla)

1.- Morirte

2.- Autocastigarte

3.- Mostrarle a alguien más cómo te sentías

4.- Dejar de sentirte mal

5.- Evitar hacer algo más

6.- Sentirte mejor

7.- Conseguir que otros hicieran algo

8.- Conseguir detener a otros de hacer algo

9.- Algo más (Especifica):

Pregunta 11. Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...? (Marca una casilla)

1.- Drogas y alcohol

2.- Drogas

3.- Alcohol

4.- Ninguno

Pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello? (Marca una casilla)

1.- Meses

2.- Semanas

3.- Días

4.- Minutos

5.- Segundos

Pregunta 13. Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar? (Marca una casilla)

1.- No

2.- Sí, parcialmente

3.- Sí, detalladamente

Pregunta 14. Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención? (Marca una casilla)

1.- A nadie

2.- A alguien a quien conocía

Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

3.- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?:

Pregunta 15. Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho? (Marca una casilla)

1.- A nadie

2.- A alguien a quien conocía

Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

3.- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?:

ANEXO C: ENTREVISTA: EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN CONDUCTAS DE AUTOMUTILACIÓN

CÓDIGO DE ENTREVISTA:

ENTREVISTA: EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS QUE REALIZAN CONDUCTAS DE AUTOMUTILACIÓN

Hola me gustaría empezar presentándome: Yo soy... (Nombre del entrevistador), estudio en la Universidad San Francisco de Quito y estamos realizando una investigación acerca de la automutilación, por lo que me gustaría que me ayudes respondiendo algunas preguntas en relación con tu experiencia con las autolesiones. La investigación intenta entender de mejor manera como perciben, quienes se automutilan, las reacciones de la primera persona que vio sus autolesiones con el objetivo de desarrollar mejores intervenciones médicas e identificar factores sociales que pueden influenciar la búsqueda de ayuda profesional. Las respuestas a cada una de las preguntas serán completamente confidenciales, tú puedes retirarte en cualquier momento de la entrevista que tomará alrededor de hora y media a dos. Además, nos gustaría que nos des permiso para grabar la entrevista e informarte que estaremos tomando notas escritas mientras conversamos contigo.

1. Cuéntame ¿qué sabes o crees acerca de la automutilación?
 - ¿Qué es?
 - ¿Qué tipos de automutilación hay?
 - En qué se diferencia de los intentos suicidas
2. ¿Qué tipo de automutilación has usado?
3. ¿Cómo es la experiencia cuando ... (tipo de automutilación: ej. cortas)?
 - ¿Que sientes?
 - Sensaciones físicas/sensoriales
 - Emociones/Sentimientos
4. ¿Qué piensas acerca de la automutilación?
 - Autopercepciones
 - ¿Cómo ve el individuo la conducta?
5. ¿Qué crees que piensan otros al ver las automutilaciones de alguien más?
 - Actitudes

- Percepciones ajenas
 - Ideas acerca de la automutilación
6. ¿Has visto las autolesiones de alguien más?
- ¿Qué has pensado al verlas?
 - ¿Por qué crees que lo hace la otra persona?
7. ¿Alguna vez alguien ha visto tus autolesiones?
- ¿Quién fue la primera persona en hacerlo?
 - ¿Como fue? Accidental/voluntario
 - ¿Cuándo/hace cuanto tiempo fue?
 - ¿Qué edad tenías?
 - ¿Con quién estabas?
 - ¿En dónde estabas?
8. ¿Explícame cómo reaccionó?
- ¿qué te dijo?
 - Lenguaje corporal
 - Actitudes
9. ¿Qué fue lo primero que tú notaste ante esa reacción?
- Detalles que hayas notado visuales, auditivos
 - Lenguaje corporal propio y de la otra persona
10. ¿Cómo percibiste tú esta reacción?
- Detalles
 - Pensamientos
 - Sensaciones
 - Ejemplos
11. ¿Cómo calificas esta reacción?
- Positiva/Negativa ¿por qué?
12. Antes de que esto ocurriera (que alguien vea las automutilaciones) ¿habías pensado en decirle/
mostrarle a alguien?
- ¿Cómo, en qué forma?
 - ¿En dónde?

- ¿Qué reacciones esperabas obtener?
13. ¿Cuál es la reacción que te hubiese gustado obtener de la persona que observo tus autolesiones?
- La situación
 - Los comentarios que quisieras recibir de la otra persona
 - Sentimientos/Sensaciones y emociones
14. Dame ejemplos de las diferencias que notaste entre la reacción que esperabas y lo que sucedió.
15. ¿Qué experiencia tuviste después de que esa persona (ej. amigo, familia) haya visto tus autolesiones?
- Sensaciones físicas
 - Conductas/comportamientos
 - ¿Dónde fuiste o qué hiciste después?
16. ¿Has buscado ayuda de otra persona?
- ¿Quién?
 - ¿De qué forma te ha ayudado?
17. ¿Has buscado o piensas buscar la ayuda de un profesional (ej. psicólogo)?
- ¿Qué te impulsó a hacerlo?
 - ¿Alguien te recomendó hacerlo?
18. ¿Crees que la reacción de la primera persona que vio tus autolesiones influyó en la decisión de buscar o no buscar ayuda profesional?
- ¿Por qué?
 - ¿Qué te hizo pensar esa reacción?
19. ¿Cuál crees que es una reacción que te hubiese o te ayudo a buscar ayuda profesional?
- Comentario
 - Contexto
 - Lenguaje corporal
 - Emociones, sentimientos y sensaciones

ANEXO D: EMAIL PARA EL ACCESO A PARTICIPANTES ADULTOS JÓVENES EN CONTEXTOS UNIVERSITARIOS

Estamos realizando una investigación exploratoria que pretende identificar la influencia de factores sociales en la decisión de buscar ayuda psicológica por parte de quienes realizan conductas autolesivas cuando otra persona ve sus autolesiones. En caso de tener un historial de este tipo de conductas nos gustaría que compartas tu experiencia como una manera de ayudarnos a identificar estos patrones lo que también nos permitirá establecer más información acerca del tema y por ende mejoras en el acceso a servicios de salud mental.

Para participar en el estudio debes tener entre 18 y 25 años y un historial de automutilación. Si decides hacerlo puedes responder este mail con un número de contacto y nos comunicaremos contigo. Recuerda que toda la información que nos proporciones será completamente confidencial y no se revelará tu identidad en ningún momento.

ANEXO E: DATOS DEMOGRÁFICOS**DATOS DEMOGRÁFICOS****Género:****Edad:****Estado Civil:****Institución:**

ANEXO F: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de Consentimiento Informado por escrito

Título de la investigación: A primera vista: Automutilación y su relación con la percepción de otros para buscar ayuda psicológica en adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador.

Organizaciones que intervienen en el estudio: Universidad San Francisco de Quito

Investigador Principal: Thalia Piedad Bravo Rueda

Datos de localización del investigador principal: 2893337 – 0995672809 – thalybru131@gmail.com

Co- investigadores: N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que considere necesario para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea hacerlo o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la percepción de las reacciones frente al develamiento de las autolesiones y su influencia en la búsqueda de ayuda psicológica porque se requiere de adultos jóvenes entre 19 y 25 años, de origen ecuatoriano y con un historial de autolesiones actual o pasado.

Propósito del estudio

El propósito de esta investigación es explorar las experiencias de quienes se autolesionan frente a la primera persona que vio sus autolesiones y la influencia que tienen sus percepciones en la decisión de buscar ayuda psicológica.

Se prevé la participación de aproximadamente 20 personas en la investigación.

Descripción de los procedimientos para llevar a cabo el estudio

Para participar en la investigación los participantes deberán responder un cuestionario en un tiempo de 15 a 20 minutos que permite identificar los individuos que cumplen con los requerimientos necesarios.

Después de eso, se contactará a quienes poseen las características de interés y se programará el lugar y la hora para realizar una entrevista con una duración aproximada de una hora y media a dos.

Riesgos y beneficios

La automutilación o autolesión es una conducta de gran prevalencia en la población más joven por lo que conocer los factores que influyen en la decisión de buscar ayuda tienen un impacto directo en el desarrollo de nuevos métodos que permitan garantizar el acceso de un mayor número de personas a servicios de salud mental, siendo el principal beneficio de la investigación. Aunque, durante el proceso se puede mencionar temas que resulten emocionalmente fuertes para los participantes se contará con la presencia continua de psicólogos que brinden la contención emocional necesaria para el contexto y la situación.

**Confidencialidad de los datos**

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código junto con su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores mencionados al inicio de este documento tendrán acceso. Una vez finalizado el estudio se borrará su nombre y se mantendrán solo los códigos.
- 2) No se compartirán las notas o audios con ninguna persona, solo con los investigadores. Los audios de las entrevistas se guardarán solamente en los computadores de los investigadores hasta el final de la investigación, cuando serán borradas.
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones, por lo que se usará códigos.
- 4) El Comité de ética de la investigación en seres humanos (CEISH) de la USFQ, podrá tener acceso a sus datos solo en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
- 5) Al finalizar el estudio el investigador principal solo almacenará las transcripciones de los datos sin sus nombres o características que lo identifiquen.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Procedimientos para verificar la comprensión de la información incluida en este documento

- ¿Puede explicarme cómo va a participar en este estudio?
- ¿Qué hace si está participando y decide ya no participar?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos para usted si decide participar? ¿Está de acuerdo con estos riesgos?
- ¿Hay alguna palabra que no haya entendido y desearía que se le explique?

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comuníquese con Thalia Bravo al número celular 09995672809 o envíe un correo electrónico a thalybru131@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del CEISH– USFQ USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec



Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p> <p>Al firmar este formulario, usted acepta voluntariamente participar en esta investigación. Usted recibe una copia de este formulario. Además, se me ha informado que parte de mi información será grabada en audio por lo que:</p> <p>Acepto que se grabe mi entrevista SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)</p>	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha:
Firma del investigador	CC
Negativa del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC
Revocatoria del consentimiento	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador	Fecha
Firma del investigador	CC

**ANEXO G: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES****Formulario de Asentimiento Informado**

Título de la investigación: A primera vista: automutilación y su relación con la percepción de otros para buscar ayuda psicológica en adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador.

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Thalia Piedad Bravo Rueda

Datos de localización del investigador principal 2893337 – 0995672809 email:

thalybru131@gmail.com

Co- investigadores N/A

Población menor de edad: Edades entre 11 y 17 años

Hola, mi nombre es Thalia Piedad Bravo Rueda y estudio en la Universidad San Francisco de Quito. Estamos realizando una investigación acerca de las experiencias de los adolescentes con conductas de automutilación cuando otra persona ve sus autolesiones y cómo influye en la decisión de buscar ayuda psicológica y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar un cuestionario que tomara entre 15 y 20 minutos acerca de conductas autolesivas, en caso de cumplir con las características de estudio se te pedirá que respondas a unas preguntas en una entrevista semiestructurada que tomara entre una hora y media y dos.

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

Toda la información que nos proporcionas/las mediciones que realicemos nos ayudarán a identificar factores sociales que influyen en la decisión de buscar ayuda profesional por parte de quienes se autolesionan mejorando el acceso a servicios de salud mental, y se utilizará sólo para fines de investigación científica– académica.

Esta información será confidencial, es decir no diremos a nadie tus respuestas o compartiremos tus mediciones– pruebas– resultados de exámenes. Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un visto (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

(Para menores de 16). Si entiendes todo lo que se te ha explicado y aceptas participar en este estudio, debes decírselo al investigador, quien solo entonces iniciará las actividades planificadas para recolectar tus datos. Tu aceptación se tomará como tu consentimiento.



Si no deseas participar, no pongas ningún visto (✓), ni escribas tu nombre.

(Para menores de 16) Si no deseas participar, debes también decírselo al investigador, quien se retirará de inmediato.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de testigos (1– 2): _____

Fecha:

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: