

TFM Javier Dastis del Álamo

por Francisco Javier Dastis del Álamo

ARCHIVO	77505_FRANCISCO_JAVIER_DASTIS_DEL_ALAMO_TFM_JAVIER_DASTIS_DEL_ALAMO_1651689_1868118448.PDF (404.34K)		
HORA DE LA ENTREGA	11-MAY.-2020 06:36P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	8200
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1321749246	SUMA DE CARACTERES	44237

Fco. Javier
Dastis
Del Álamo



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**LA IDEACIÓN SUICIDA Y LAS AUTOLESIONES EN LOS TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA: PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA
DESREGULACIÓN EMOCIONAL**

LA IDEACIÓN SUICIDA Y LAS AUTOLESIONES EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Autor: Fco. Javier Dastis del Álamo
Directora Profesional: Sara Ben-Bouchta del Viejo
Directora Metodológica: Mónica Terrazo Felipe



MADRID | Mayo 2020

Resumen

El objetivo de estudio fue conocer de qué manera se relacionan la ideación suicida y las autolesiones en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, qué porcentaje de estos usuarios en un centro de hospital de día las sufren y qué vinculación pudiera tener las autolesiones que se aprecian en este tipo de población con la regulación emocional. El estudio consistió en un diseño descriptivo y correlacional. Para estudiar la relación entre ideación suicida y autolesiones se utilizó una muestra de 14 sujetos. En cuanto a la relación entre autolesiones y la desregulación emocional la muestra fue de 20 pacientes a los que se aplicó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y dos preguntas adaptadas de la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA). El porcentaje de pacientes con trastorno de conducta alimentaria en hospital de día con ideación suicida fue mayor que el porcentaje de pacientes con presencia de autolesiones. Hubo relación entre ideación suicida y autolesiones, aunque no fue estadísticamente significativa. Tampoco se encontró vinculación alguna entre autolesiones y la Escala DERS, así como ninguna de sus dimensiones. Independientemente de que se requiera una profundización con una muestra más amplia y diversa, una mayor atención al foco del comportamiento suicida mostrado en personas encontradas en diversas estancias resulta esencial para el abordaje de estos usuarios.

Palabras clave: trastorno de conducta alimentaria, ideación suicida, autolesiones, regulación emocional.

Abstract

The main goal of the study was to analyze the relationship between suicidal ideation and non-suicidal self injury in patients who suffer from Eating Disorders, what percentage of these users from a day hospital suffers of those and what vinculation could have non suicidal self injuries with emotional regulation. The study had a descriptive and correlational design. To study the relationship between suicidal ideation and non-suicidal self injury, a sample of 14 subjects was used. Regarding the relationship between non-suicidal self injury and emotional dysregulation, the sample was 20 patients to whom the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and two questions adapted from the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) were applied. The percentage of Eating Disorders patients in day hospital with suicidal ideation was greater than the presence of non-suicidal self injury. No

statistically significant differences were found between suicidal ideation and non-suicidal self injury. Neither was any link found between self-harm and the DERS Scale, as well as any of its dimensions. Regardless of the fact that an in-depth study with a broader and more diverse sample is required, a greater attention of the suicidal behavior shown in people found in different health facilities is essential for the treatment of these users.

Keywords: eating disorder, suicidal ideation, non-suicidal self injuries, emotional regulation.

A lo largo de los últimos años se ha producido un aumento mediático del suicidio como causa de muerte no natural, manifestándose a través de la ruptura de tabúes y dando lugar a la puesta en práctica de notables guías de prevención, tanto en los distintos contextos donde interaccionan los más jóvenes, como en clínicas terapéuticas o domicilios donde residen personas que sufren el sentimiento de soledad.

La Organización Mundial de la Salud (2013) expone la definición de suicidio como un acto con efecto letal, producido de forma intencional por la persona, esperando su resultado mortal, con el objetivo de lograr los cambios deseados. De esta manera, el suicidio es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años, con más de 800.000 suicidios anuales en el mundo, dando lugar a una muerte cada 40 segundos. Así, la mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios, siendo los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego los métodos más habituales empleados en el mundo. A pesar de que el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) no facilita los datos acerca de las causas, se sabe que en España la tasa de fallecidos es de 8'5 por cada 100.000 habitantes, es decir, unos 10 fallecimientos al día, siendo la primera causa de muerte por causas no naturales en la población general y la segunda causa de muerte general en la población infanto-juvenil.

En este sentido, basándonos en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), el Trastorno de comportamiento suicida hace referencia a un intento de suicidio, es decir, un comportamiento que el sujeto ha llevado a cabo con intención de morir. Este comportamiento puede traer como consecuencia o no lesiones que necesiten atención médica. Los criterios propuestos son los siguientes:

A. La persona ha cometido un intento de suicidio en los últimos dos años. Un intento de suicidio se considera como una secuencia de conductas iniciada por la persona quien espera que las acciones llevadas a cabo conlleven la propia muerte; B. El acto no cumple los criterios para la autolesión no suicida. No conlleva una autolesión en la superficie corporal que se comete con el objetivo de conseguir un estado positivo o como alivio de un sentimiento o un estado cognitivo negativo; C. El diagnóstico no se atribuye a la ideación suicida o a los actos iniciales; D. El acto no se inició durante un síndrome confusional agudo; E. El acto no se efectuó únicamente con un objetivo religioso o político.

Por otro lado, conviene distinguir el comportamiento suicida de otras acciones que pueden parecer similares pero que distan de su concepción, como la autolesión no suicida. Este último concepto hace referencia a las lesiones superficiales del propio cuerpo que el sujeto se realiza de una manera repetida. El propósito de estas heridas, principalmente, es disminuir las emociones negativas, solucionar problemas interpersonales o concebirse como un autocastigo

en ciertos casos. Como consecuencia de estas lesiones, la persona alude a una sensación de alivio de manera inmediata. Cuando este hecho se produce de manera repetida, puede desembocar en un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción. Por tanto, y en relación con lo anteriormente mencionado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en su manual DSM-5, los criterios para la autolesión no suicida son los siguientes: A. Durante al menos cinco días del último año, la persona se ha ocasionado de forma intencional lesiones en alguna parte de la superficie corporal que puedan provocar algún hematoma, sangrado o dolor (por ejemplo, cortar, pinchar, golpear, quemar o frotar en exceso), con la perspectiva de que la lesión solamente producirá un daño físico leve o moderado. No hay por tanto intención suicida. La falta de intención suicida ha sido mencionada por el individuo o bien se puede deducir del acto repetido por parte de la persona de comportamientos que conoce y que no es factible que como resultado sea la muerte; B. La persona efectúa los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes observaciones: para aliviar sentimientos o cogniciones negativas, para solucionar un problema personal o para incitar sentimientos positivos. El alivio deseado se percibe después o durante la autolesión y la persona puede presentar un patrón comportamental que alude a una dependencia de cometerlas repetidamente; C. Las autolesiones intencionadas se relacionan con alguno de los siguientes aspectos: problemas interpersonales o pensamientos negativos que suceden en el momento inmediatamente anterior al acto autolesivo, un período de preocupación con la conducta que se pretende realizar difícilmente controlable apareciendo antes del acto y pensamientos sobre el hecho de autolesionarse que tienen su aparición con relativa frecuencia; D. El comportamiento no está socialmente aceptado (véase piercings, tatuajes, un ritual cultural o religioso) y no se reduce a morderse las uñas o arrancarse una costra; E. El comportamiento o sus posibles consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren en las distintas áreas importantes del funcionamiento de la persona; F. El comportamiento no surge de manera exclusiva en los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de las mismas. En personas con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no forma parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por una afección médica u otro trastorno mental.

Habiendo definido el trastorno de comportamiento suicida y la autolesión no suicida con base en los criterios diagnósticos, podemos profundizar más en estos conceptos según las explicaciones aportadas por Rocamora (2012), uno de los referentes en la investigación del suicidio en España, quien expone que la conducta suicida está compuesta por un acto violento contra el propio sujeto (esto es, la autolesión o gesto suicida) y la realización del acto con una

finalidad de muerte (ideación suicida). La intencionalidad, por tanto, en su ausencia o presencia, determinan distintos modos de manifestarse la conducta suicida. Rocamora, diferencia los conceptos de ideación suicida y gesto suicida. La ideación suicida la define como una solución a la problemática. No hay evidencia de daño físico contra el sujeto puesto que son repetidos pensamientos sobre la intención de producirse la muerte que pueden estar unidos a fantasías del propio suicidio. Sugiere la muerte como posibilidad, pero alejada del suceso en cuestión. No se percibe, por tanto, una planificación del acto suicida ni el procedimiento que se va a adoptar. Por otro lado, el gesto suicida estaría referido al conjunto de conductas donde el individuo se produce daño físico de forma intencionada y cuyo resultado es el dolor, desfiguración o lesión de alguna función y/o parte de su cuerpo, pero sin el propósito de matarse; el objetivo es lograr algo a cambio, ya sea cariño, o la resolución de un problema personal.

Por lo tanto, podemos apreciar que la definición que propone Rocamora acerca del gesto suicida coincide con la que la Asociación Americana de psiquiatría en su manual DSM-5 propone como autolesión no suicida.

Teniendo en cuenta estos conceptos, hay estudios y revisiones como la de Vera-Varela, Giner, Baca-García y Barrigón (2019) en relación con el gesto suicida y su abordaje en los distintos contextos donde se realizan ingresos de pacientes, mostrando una probabilidad alta de estos sucesos en centros de hospital de día en comparación con otras unidades como un centro de salud mental, coincidiendo además que los hospitales de día son los centros donde mejor se abordan este tipo de problemática, debido principalmente a su objetivo de establecer una vida y unas relaciones significativas y estables.

Respecto a la relación de la conducta suicida con otros trastornos, se pueden observar relaciones con diversos desajustes, como el trastorno límite de personalidad o los trastornos alimentarios. Según el Forum de Salud mental y Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (2011), el gesto suicida podría considerarse como el acto conductual más notable en el trastorno límite de personalidad, alarmando al propio terapeuta y a las familias.

Sin embargo, también se dan numerosos casos en los trastornos alimentarios, realizándose diversas investigaciones con población que sufre algún diagnóstico de este tipo. En uno de ellos realizado por Gómez et al. (2018) en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, de los 110 ingresos que realizaron, 27 presentaron algún tipo de gesto suicida. De estos pacientes, el 40,74% presentaban alta comorbilidad con Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA).

En este sentido, Martínez, Vianchá, Pérez y Avedaño (2017) investigaron la relación entre la conducta suicida y síntomas de distintos tipos de TCA, como la anorexia y bulimia. De los

33 estudiantes que tenían un trastorno alimentario, 14 de ellos (42.4 %) también presentaban ideación suicida. Otro estudio realizado concluye que, a lo largo de los años, las autolesiones han sido altamente prevalentes entre adolescentes y adultos jóvenes con trastornos de conducta alimentaria, correlacionando positivamente con intentos de suicidio (Cucchi et al., 2016).

Los trastornos de conducta alimentaria se pueden clasificar según criterio diagnóstico como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ingesta compulsiva y otro trastorno no especificado. Haciendo referencia al DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) se pueden exponer diferentes criterios en función de la clasificación. En la anorexia nerviosa se contemplan los siguientes: A. Restricción de la ingesta de alimentos vinculados con las necesidades, conduciendo a un peso significativamente inferior al mínimo normal en relación con la edad, sexo, desarrollo y salud física; B. Un miedo significativamente intenso a ganar peso o la posibilidad de volverse obeso, aun estando por debajo del peso normal; C. Una alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, una exageración de su importancia en la autoevaluación o una negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal. Especificar si es de tipo restrictivo (en los últimos tres meses, la persona no recurre de forma regular a atracones o purgas), o de tipo con atracones o purgas (en los últimos tres meses la persona recurre de forma regular a atracones o purgas a través de la provocación del vómito o un uso excesivo de laxantes o diuréticos).

Los criterios de la bulimia nerviosa son los siguientes: A. Presencia de atracones de forma periódica. Un atracón se caracteriza por dos características: por un lado, una ingesta de alimentos en un breve espacio de tiempo en cantidades superiores a la que la mayor parte de las personas ingerirían en un periodo de tiempo semejante y en las mismas condiciones, y por otro una sensación de falta de control; B. Conductas compensatorias de carácter inapropiado con el objetivo de no ganar peso (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio físico); C. Los atracones y las conductas compensatorias se producen, de manera aproximada, al menos una vez por semana a lo largo de un período de tres meses; D. La autoevaluación se encuentra exageradamente influenciada por el peso y la silueta corporal; E. La alteración no aparece de manera exclusiva en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los criterios para el trastorno de la ingesta compulsiva se reflejan de la siguiente manera: A. Episodios periódicos de atracones; B. Los episodios de atracones se relacionan con tres o más hechos siguientes: comer en grandes cantidades más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse lleno de forma desagradable, comer grandes cantidades de alimentos en momentos donde no se siente hambre de forma física, comer únicamente debido a la vergüenza por la proporción de comida que se ingiere y sentirse posteriormente disgustado con uno

mismo.; C. Intenso malestar en relación a los atracones; D. Los atracones tienen lugar al menos una vez a la semana en un período de tres meses; E. El atracón no se vincula a la anorexia nerviosa o a la bulimia nerviosa.

Por último, existen otros trastornos de conducta alimentaria que no se encuentran especificados, como la anorexia nerviosa atípica (el peso está por encima o dentro del intervalo normativo), bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada (atracones y conductas compensatorias que suceden menos de una vez a la semana y/o en un intervalo de tiempo menor de tres meses), trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas (conductas purgativas de manera recurrente con el objetivo de influir en el peso en ausencia de atracones) y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos.

Estas diferencias delimitan las principales formas de trastornos alimentarios existentes. No obstante, según Fairburn (2017), el aspecto compartido más importante entre las personas que lo padecen es la rutina a la hora de comer además de una preocupación similar por el peso y por la figura. El autor añade además diversas críticas y limitaciones, como la falta de líneas divisorias nítidas entre la bulimia nerviosa y el trastorno de ingesta compulsiva o el uso de otros trastornos alimentarios de forma confusa.

Respecto a otros factores en relación con los trastornos de conducta alimentaria, Varela-Besteiro et al. (2017) estudiaron la presencia de ideación suicida y autolesiones en adolescentes con TCA, mostrando que, de 109 pacientes, el 43,1 % manifestaban ideación suicida mientras que el 31,2% algún tipo de gesto suicida. Sin embargo, en otro estudio realizado con 508 participantes con adultos con TCA entre 18 y 25 años mostró que el 4,9% revelaban ideación suicida frente al 13,8% que sufría algún tipo de gesto suicida (Eichen et al., 2016), mostrándose de esta manera diferencias en población adolescente y adulta. Por ello, es necesario tener en cuenta que los resultados pueden variar en función de la edad de la muestra recogida.

Knightsmith (2016) refleja en el marco de los TCA que las autolesiones se suelen realizar en momentos de rabia, angustia, miedo, preocupación, depresión o baja autoestima para manejar estos sentimientos negativos, además de usarlas como autocastigo por algo que el sujeto ha realizado o piensa que ha realizado.

Hay que mencionar que Fonseca-Pedrero et al. (2017) expusieron que adolescentes que notificaron de ideación y/o intento de suicidio, en comparación con el grupo control, mostraron un bajo bienestar emocional y satisfacción con la vida, así como un mayor número de dificultades emocionales y conductuales. De esta manera, también exponen que, a diferencia de otros momentos del ciclo vital, durante la adolescencia las mujeres se hallan en una mayor situación de riesgo de comportamientos suicidas que los hombres.

La relación entre la dificultad de regular las emociones con las autolesiones dentro del marco de los TCA en población adulta ha sido llevada a cabo por distintos autores en los últimos años. De esta manera, Gómez-Exposito et al. (2016) usaron la escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) en pacientes con TCA y autolesiones encontrando mayores déficits en las dimensiones de rechazo, descontrol e interferencia.

Por otra parte, Pisetsky Haynos, Lavender, Crow, y Peterson (2017) también hicieron uso de la escala DERS en personas con problemas de alimentación que sufrían autolesiones. Aunque no obtuvieron relación entre las dimensiones de la escala y las autolesiones, concluyeron que la regulación emocional es un elemento fundamental en el tratamiento de los trastornos alimentarios y que los problemas de control de impulsos a causa de emociones son elevados en individuos que han sufrido autolesiones.

Shirley, Pisetsky, Skutch, Fruzzetti, y Haynos (2018) por el contrario, mostraron diferencias significativas entre un grupo que no presentaba ningún comportamiento disfuncional (sin TCA ni autolesiones) con aquellos que presentaban un trastorno de alimentación y autolesiones. Estas diferencias se presentaban en la puntuación total de la escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS), así como en las dimensiones de confusión y descontrol siendo las puntuaciones significativamente más altas en la dimensión de descontrol. Además de ello, confirmaron que la existencia de un trastorno de alimentación con autolesiones se asoció con mayores dificultades para realizar estrategias efectivas de regulación emocional y que un modelo centrado en mejorar la regulación de las emociones y las habilidades interpersonales puede mejorar los esfuerzos de prevención e intervención para las personas con TCA y autolesiones recurrentes.

Estos abordajes realizados en personas con TCA resultan de gran interés puesto que además de aportar información valiosa para el abordaje de esta población, da lugar a continuar investigando sobre cuestiones aún dispersas en relación con la ideación suicida, autolesiones y la regulación emocional, pero sobre todo a confirmar diversas hipótesis en nuestro país.

Por tanto, dadas las cuestiones implicadas respecto al tema, puede resultar interesante investigar la prevalencia de ideas suicidas y gestos suicidas en el marco de los trastornos de conducta alimentaria en población adulta para intentar confirmar estudios previos y apoyar posibles ideas para la prevención e intervención en este tipo de conductas.

En este sentido, también resultará relevante la relación de autolesiones y la regulación emocional. Como se ha mencionado, déficits en el control de impulsos y dificultades para aceptar diversas emociones, entre otros factores, pueden contribuir a una tasa elevada de

autolesiones en personas con trastorno de conducta alimentaria, y podría ser útil a la hora de realizar un tratamiento efectivo y prevenir las autolesiones entre esta población.

Por otro lado, sería interesante apreciar la prevalencia de ideas y gestos suicidas en hospital de día, ya que es una unidad que supone un ahorro en costes frente a otras unidades como la hospitalización convencional. La gestión de la programación de las sesiones da como resultado una mejor atención y abordaje de los pacientes ingresados en este tipo de estructuras. Además, cuentan con un apoyo multidisciplinar con distintos profesionales cualificados que hacen que la fortaleza de estos centros reside en la asistencia del paciente (Ramos y Cuchí, 2011). Conocer la prevalencia de ideas y gestos suicidas en este tipo de dispositivo podrá ofrecer al público más consciencia y dotar de más recursos a este tipo de centros de salud mental.

Por todo lo explicitado anteriormente y teniendo en cuenta investigaciones previas, los objetivos concretos para llevar a cabo el estudio son los siguientes:

1) Analizar la relación y prevalencia de ideación suicida y autolesiones en pacientes adultos con trastorno de conducta alimentaria en Hospital de Día.

2) Analizar la relación entre la presencia de las autolesiones en pacientes con trastorno de conducta alimentaria y la puntuación total en la escala de dificultades de regulación emocional (DERS), así como en las diferentes subescalas de la prueba.

De esta manera, la hipótesis que se asume de manera previa respecto al primer objetivo descrito es que en pacientes adultos ingresados en hospital de día con trastorno de conducta alimentaria habrá diferencias significativas entre autolesiones e ideación suicida, observándose una mayor prevalencia en las primeras en esta población.

Por otro lado, para el segundo objetivo, las hipótesis son: pacientes con trastorno de conducta alimentaria que hayan presentado autolesiones obtendrán una puntuación significativamente mayor en el total de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) que aquellos que no hayan presentado autolesiones desde el comienzo de dicho trastorno. En cuanto a las dimensiones de la escala, pacientes con trastorno de conducta que hayan presentado autolesiones obtendrán una puntuación significativamente mayor en la dimensión de descontrol que aquellos que no hayan presentado autolesiones desde el comienzo de dicho trastorno. Por último, pacientes con trastorno de conducta que hayan presentado autolesiones obtendrán una puntuación significativamente mayor en las dimensiones de confusión, rechazo e interferencia que aquellos que no hayan presentado autolesiones desde el comienzo de dicho trastorno.

Método

Participantes

Para el estudio de los objetivos propuestos se realizaron distintas pruebas con distinta muestra. La muestra total de carácter clínica estuvo compuesta por 20 mujeres adultas con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria ($23,80 \pm 6,40$) ($M \pm D.T$). En un hospital de día ubicado en Sevilla, se obtuvo una muestra de 14 pacientes mujeres ($22,43 \pm 3,03$), las cuáles fueron evaluadas de forma presencial a través de un muestreo aleatorio dentro del centro donde se trabajó. Por otro lado, en el centro ambulatorio de carácter privado situado en Madrid, se obtuvo 6 pacientes mujeres ($27 \pm 10,70$) de una base de datos a través de un muestreo aleatorio con una base de datos, a quienes se les evaluó de forma no presencial. Los criterios de inclusión para ambos centros fueron: tener más de 18 años y estar diagnosticado de algún trastorno alimentario. En ambos centros los participantes ofrecieron su consentimiento para la evaluación de los pacientes. En el centro público, se creó concretamente un consentimiento para la evaluación presencial, que posteriormente firmaron cada uno de los participantes. Para el centro privado no fue necesario puesto que no se realizaron evaluaciones directas. Por tanto, para la relación de las variables ideación suicida y autolesiones se usó una muestra de 14 participantes (las del centro de Sevilla), mientras que para la relación entre las autolesiones y las dimensiones de la escala DERS se utilizaron las respuestas de las participantes de ambos centros (20 en total).

Así mismo, el comité de ética perteneciente a la Universidad Pontificia de Comillas realizó un comunicado en el que transmitió la validación de este estudio, recalándose previamente que se iba a proceder con la máxima prudencia. Por ello, no se procedió a la toma de variables específicas y otros datos sociodemográficos. De igual modo, no se pudo acceder a más muestra o datos más concretos por los hechos acontecidos de COVID-19.

Instrumentos

Se utilizaron diferentes herramientas y escalas en relación con el estudio de las variables propuestas, las cuales se explican a continuación:

La presencia de ideación suicida entre pacientes se confirmó en sesión a través de la pregunta: “¿Alguna vez has tenido pensamientos de suicidio con el propósito de morir desde que sufres el trastorno?”. Las opciones de respuesta fueron “sí” o “no”. Por otro lado, las autolesiones fueron evaluadas en sesión junto a la pregunta: “¿Alguna vez te has realizado alguna autolesión no suicida desde que sufres el trastorno?”. Las opciones de respuesta fueron “sí” o “no”. No se tendrán en cuenta la frecuencia de las autolesiones en los pacientes

examinados. Al igual que la ideación suicida, únicamente la presencia en algún momento desde el inicio del trastorno resultaría como válida. Estas preguntas están adaptadas a partir de la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA, Nock et al. 2007; adaptado por García-Nieto et al. 2013). La escala cuenta con 169 ítems repartidos en cinco módulos que evalúan características como la frecuencia y presencia de diferentes tipos de conductas suicidas. En este caso, debido al compromiso con el Comité de Ética de no usar pruebas que puedan perturbar a los participantes examinados, se hizo uso únicamente de las dos preguntas de screening expuestas en este trabajo para la evaluación de la presencia de ideación suicida y autolesiones. En cuanto a las propiedades psicométricas, los análisis realizados respecto a la fiabilidad test-retest de la escala fue muy buena en el caso de la ideación suicida ($k = 0,82$), pero fue inferior en el caso de las autolesiones ($k = 0,65$). Este hecho puede relacionarse con las definiciones marcadas de las diferentes conductas suicidas mostradas en la escala, ya que las personas pudieron interpretar que existía la intención de muerte cuando realmente no existía dicha intención. No obstante, los resultados muestran que las respuestas conseguidas a través de esta escala son consistentes con otros instrumentos que miden la conducta suicida.

También se utilizó la Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS, Gratz y Roemer, 2004; adaptado por Hervás y Jódar, 2008). Esta escala consta de 28 ítems, de los cuales 5 son inversos, con una escala Likert de 5 puntos en donde se evalúa la capacidad para regular las emociones. Se compone de distintas subescalas que hacen referencia a las siguientes capacidades: ausencia de conciencia de las emociones experimentadas (desatención, 4 ítems), ausencia de claridad emocional (confusión, 4 ítems), ausencia de aceptación de la emoción (rechazo, 7 ítems), problemas para el control de conductas impulsivas (descontrol, 9 ítems) y dificultades para realizar conductas con un determinado fin en el momento de experimentar emociones desagradables para la persona (interferencia, 4 ítems). La escala posee una buena fiabilidad test-retest ($\rho = 0,74$, $p < 0,001$) dentro del período de cuatro a ocho semanas, así como una alta consistencia interna ($\alpha = 0,93$) y una adecuada validez tanto predictiva como de criterio.

Procedimiento

Para la selección de la muestra se asistió a dos centros especializados en trastorno de la conducta alimentaria: uno de carácter público, localizado en Sevilla (Hospital Virgen del Rocío), y otro de carácter privado, situado en Madrid (Centro ÍTEM).

Por cuestiones propias de la entidad, el centro privado únicamente permitió acceso a una base de datos donde están presentes los resultados de diversas pruebas que realizan, incluyendo

la escala DERS, por lo que no se realizó ningún tipo de intervención con personas. Por el contrario, en el centro público se produjeron encuentros de manera directa con los distintos pacientes ingresados, aplicando las preguntas mencionadas anteriormente (“¿alguna vez has tenido pensamientos de suicidio con el propósito de morir desde que sufres el trastorno?”; ¿alguna vez te has realizado alguna autolesión no suicida desde que sufres el trastorno?”) junto con la escala DERS. El encuentro con los participantes se produjo según la disponibilidad y horarios marcados por el centro. Una vez citados, se procedió al encuentro de forma individual de veinte minutos aproximadamente de duración.

Durante las sesiones, se pretendió que el paciente estuviera lo más cómodo posible, ofreciendo y agradeciendo la oportunidad de participar en el estudio, asegurando su estricta confidencialidad y teniendo el derecho a causar baja en el estudio en cualquier momento sin tener que justificarlo, tal y como redacta el documento que se le presentó.

La realización de la escala DERS y posteriormente la contestación a las dos preguntas de la escala EPCA fue el orden elegido para la recopilación de datos.

Posteriormente, los resultados de las pruebas fueron archivados en papel, haciendo uso de ellos únicamente para el abordaje de la investigación, registrándose en una base de datos de forma anónima.

Análisis de datos

Con la finalidad de esclarecer las diferentes hipótesis, los análisis se dividieron en varias fases.

En un primer lugar, se analizó la muestra obtenida en Hospital de Día ($n = 14$) para examinar la prevalencia de ideación suicida y autolesiones en el centro en cuestión. Para ello se procedió mediante pruebas de estadística descriptiva a un análisis de frecuencias donde a partir de unas gráficas se visualizará el contraste de los datos.

Posteriormente, con la misma muestra ($n = 14$) se procedió a la realización de la prueba Chi Cuadrado para observar la relación entre las variables de ideación suicida y autolesiones de los pacientes del centro público.

En segundo lugar, se procedió al análisis de la relación entre pacientes con autolesiones y sin autolesiones con la muestra obtenida total de ambos centros ($n = 20$).

Los datos fueron sometidos a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, obteniendo una significación mayor que 0,05. Por tanto, al cumplirse el supuesto de normalidad para los grupos de autolesiones y sin autolesiones se procedió a los análisis paramétricos.

La comparación de cada una de las dimensiones de la escala DERS, así como su puntuación total entre pacientes con autolesiones y sin autolesiones se realizó a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes, asumiéndose el tamaño del efecto como diferencia baja ($d = 0,20$), diferencia moderada ($d = 0,50$) y diferencia alta ($d = 0,80$).

Para todos estos análisis se asumió un límite de significación de $p < 0,05$, usándose el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.

Resultados

Tomando en cuenta la muestra de 14 participantes, un total de 12 pacientes presentaron ideación suicida (85,7%) frente a 2 (14,3%) que no los presentaron mientras que 8 (57,1%) manifestaron haber realizado algún gesto suicida frente a 6 pacientes (42,9%) que no lo realizaron, como se puede observar en las Figuras 1 y 2.

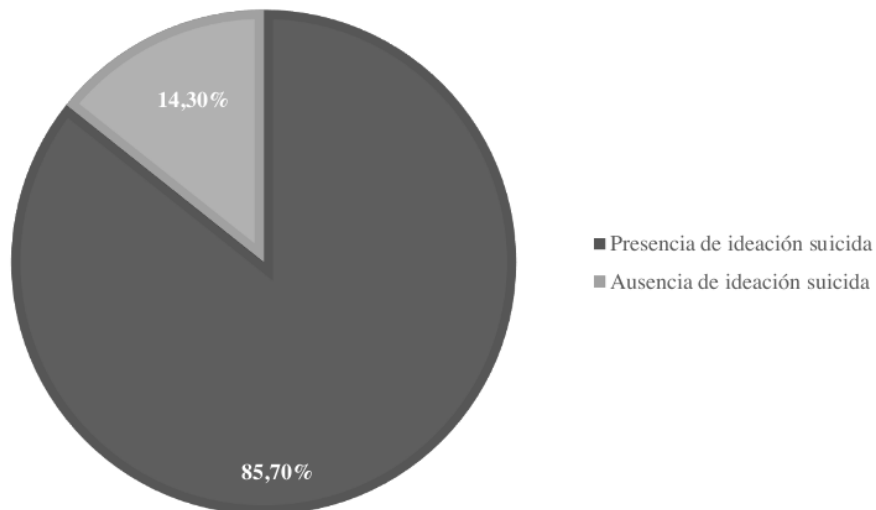


Figura 1: Porcentaje de pacientes que presentan ideación suicida en hospital de día

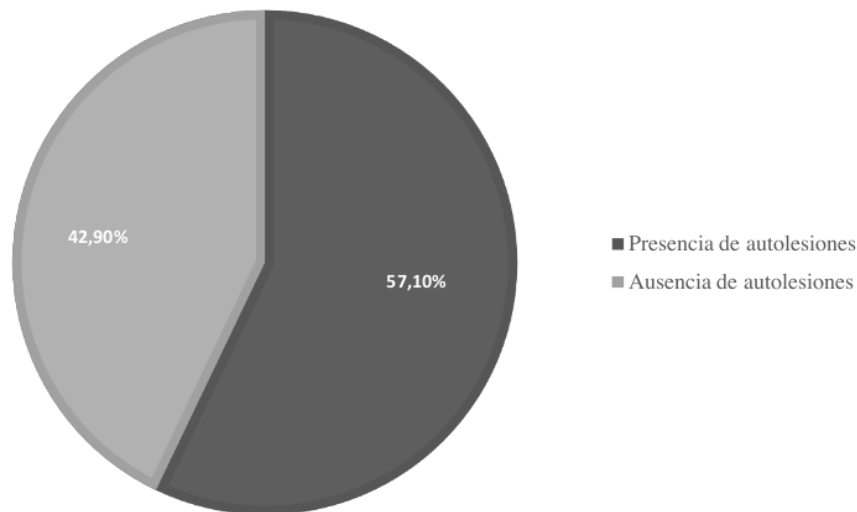


Figura 2: Porcentaje de pacientes que presentan autolesiones en hospital de día

Los resultados muestran cierta asociación entre ambas variables puesto que, de todos los pacientes examinados ($n = 14$), 8 presentaron tanto ideación suicida como autolesiones. Sin embargo, la prueba Chi-Cuadrado resultó no ser significativa ($\chi^2(1, 14) = 3.111, p = 0,078$), por lo que la falta de significancia probablemente se debe a un problema de muestra. El coeficiente de contingencia fue de 0,426.

Por otro lado, para el resto de hipótesis se amplió la muestra con pacientes del centro privado ($N = 20$). En todos los resultados de la prueba t de Student se asumieron varianzas iguales ($p > 0,05$) para la prueba de Levene. La tabla 1 muestra las medias, desviaciones típicas y resultados de las pruebas t tanto de la puntuación total de la escala DERS como de cada una de las dimensiones.

En la comparación de pacientes con la escala total DERS, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t(18) = 0,25; p = 0,81; d = 0,11$) entre el grupo con autolesiones ($M = 100,30, D.T = 18,276$) y sin autolesiones ($M = 98,00, D.T = 23,118$).

Respecto a la comparación entre la dimensión de descontrol de la escala DERS y los pacientes con autolesiones y sin autolesiones no se encontraron diferencias significativas ($t(18) = 2,47; p = 0,58; d = 0,25$) entre el primer grupo ($M = 30,90, D.T = 10,78$) y el segundo ($M = 28, D.T = 12,01$).

En la comparación con la dimensión de confusión no se apreciaron diferencias significativas ($t(18) = -0,51; p = 0,62; d = 0,23$) entre los dos grupos de pacientes con autolesiones ($M = 15,30, D.T = 7,65$) y sin autolesiones ($M = 13,70, D.T = 6,40$). No se observaron diferencias

significativas ($t(18) = -0,80$; $p = 0,43$; $d = -0,36$) entre pacientes que presentan autolesiones ($M = 23,80$, $D.T = 8,48$) y no presentan autolesiones ($M = 26,80$, $D.T = 8,30$) en la dimensión de rechazo. Tampoco se puede demostrar que con respecto a la dimensión de interferencia existan diferencias estadísticamente significativas ($t(18) = -1,17$; $p = 0,26$; $d = 0,52$) entre pacientes con autolesiones ($M = 16,30$, $D.T = 5,31$) y pacientes sin autolesiones ($M = 13,40$, $D.T = 5,74$). Por último, en la dimensión de desatención no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t(18) = -0,92$; $p = 0,37$; $d = -0,41$) entre pacientes con autolesiones ($M = 13,20$, $D.T = 6,11$) y pacientes sin autolesiones ($M = 16,10$, $D.T = 7,95$).

Tabla 1.

Puntuaciones medias de cada una de las dimensiones de la escala DERS en función de las autolesiones de pacientes con TCA

Escala Dificultades en la Regulación Emocional DERS	Pacientes con autolesiones		Pacientes sin autolesiones		T de Student			
	Media	DT	Media	DT	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	D de Cohen
Escala total	100,30	18,28	98	23,12	-0,25	18	0,81	0,11
Desatención	13,20	6,11	16,10	7,95	0,92	18	0,37	-0,41
Descontrol	30,90	10,78	28	12,01	-0,57	18	0,58	0,25
Confusión	15,30	7,65	13,70	6,40	-0,51	18	0,62	0,23
Rechazo	23,80	8,48	26,80	8,30	0,80	18	0,43	-0,36
Interferencia	16,30	5,31	13,40	5,74	-1,17	18	0,26	0,52

Nota: La correlación es significativa al nivel 0,05

Discusión

En el presente estudio se analiza la relación de la ideación suicida y las autolesiones en pacientes con trastorno de conducta alimentaria. Se observa que existe un mayor número de casos con ideación suicida que autolesiones, no apreciando ninguna relación entre ambas

variables. Esto contradice el estudio expuesto de Eichen et al. (2016), donde exponen que, en una muestra de población adulta, existe una mayor proporción de pacientes que sufren autolesiones que ideación suicida. Sin embargo, esto también se puede relacionar con lo expuesto por Vera-Varela, Giner, Baca-García y Barrigón (2019), donde la alta probabilidad de mostrar estas conductas en centros de hospital de día se hace explícita, ya que, de toda la muestra obtenida, al menos la mitad presentan autolesiones. Resulta importante resaltar esto, ya que este trabajo está en parte encaminado a intentar mostrar que existe una mayor prevalencia de autolesiones para aumentar el foco en el trabajo del abordaje de esta problemática y poder reforzar así los dispositivos donde se encuentran ingresados estos pacientes.

En este sentido, también hay que destacar el trabajo de Gómez et al. (2018) que expresa que en la unidad psiquiátrica se aprecian pacientes de trastorno de conducta alimentaria que sufren autolesiones, o la investigación de Martínez, Vianchá, Pérez y Avedaño (2017), que de los treinta y tres estudiantes que evidenciaron un trastorno alimentario, catorce de ellos también presentaban ideación suicida. De igual modo, los resultados obtenidos coinciden con los de este trabajo en relación con la aparición de las variables suicidas en el marco de los trastornos alimentarios.

La ideación suicida y las autolesiones juegan un papel relevante en muchos centros sanitarios donde se realizan ingresos de pacientes que sufren diversos trastornos que afectan a su día a día. Muchas de estas ideaciones suicidas hacen que se pongan en marcha ciertos protocolos y guías que, entre los diversos profesionales, efectúan a la hora de abordar a estas personas (Chiclana y Giner, 2011). Por otro lado, estos autores señalan que las autolesiones también tienen un papel fundamental en el abordaje de pacientes ingresados en los diversos centros sanitarios existentes puesto que, al sufrirlas, pueden producirse daños en el propio cuerpo y/o poner en riesgo su vida, movilizándose como consecuencia distintos recursos y exploraciones al paciente. Sin embargo, como explica Varela-Casal, Maldonado y Ferre (2011), en el marco de los trastornos de conducta alimentaria, ambos conceptos pueden llegar a dificultar al personal sanitario a abordar la problemática, sobre todo si no existe una atención específica e intensa que coordine de manera eficiente.

Por todo ello, los resultados obtenidos en el presente trabajo en referencia a la ideación suicida y las autolesiones reflejan el énfasis entre ambas variables con personas que sufren algún tipo de trastorno de conducta alimentaria y por tanto resaltar la importancia de dotar a los dispositivos de vías clínicas que procedan a su prevención e intervención.

No obstante, y aunque se han realizado diversos análisis estadísticos con la muestra inicial del centro público, se usa la totalidad de la muestra con la ampliación del centro privado para intentar observar posibles cambios e intentar romper posibles limitaciones.

Los siguientes objetivos se centran en analizar la totalidad de la puntuación de la prueba de la Escala de Desregulación Emocional (DERS), así como las distintas dimensiones en función de la presencia o ausencia de las autolesiones.

Respecto al artículo de Gómez-Exposito et al. (2016), los investigadores usaron la escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) en pacientes con TCA y autolesiones, encontrando mayores déficits en las dimensiones de rechazo, regulación e interferencia. Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio parecen ser contrarios, ya que no se encontraron diferencias significativas entre tales dimensiones. Se puede observar que los resultados obtenidos en dichas escalas en el presente estudio no coinciden con lo expuesto por los autores.

Por el contrario, los datos obtenidos en este trabajo coinciden con lo reportado por Pisetsky Haynos, Lavender, Crow, y Peterson (2017) quienes indican que, a pesar de que la regulación emocional es un elemento esencial en el abordaje de los trastornos alimentarios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las autolesiones y las dimensiones de la escala DERS.

Aun así, posteriormente el artículo de Shirley, Pisetsky, Skutch, Fruzzetti, y Haynos (2018) mostraron diferencias significativas en la puntuación total de la escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS), no coincidiendo con los resultados obtenidos en este estudio. De igual modo, estos autores también señalan la importancia de mejorar la regulación de las emociones para incrementar los esfuerzos de prevención e intervención en personas con TCA y conductas autolesivas.

A pesar de que la mayoría de los artículos encontrados obtuvieron diferencias significativas en la dimensión de descontrol, en el presente trabajo no se muestran resultados similares. En general, la regulación emocional es un proceso en el que las capacidades de reconocimiento, la comprensión y la expresión juegan un papel importante. El uso del lenguaje para etiquetar e identificar la emoción puede ser complejo y dependiendo del enfoque el proceso será distinto, donde lo que más ayuda en el proceso de regulación es la escucha y la focalización de nuestro cuerpo, así como la capacidad de representación de la emoción a uno mismo, etiquetando lo que se está sintiendo (Greenberg, Malbert y Tomkins, 2019).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la desregulación emocional puede ser una condición necesaria, pero no suficiente para cometer autolesiones, por lo que parece existir más variables que predispongan a realizar dicho tipo de comportamientos suicidas (You et al. 2018).

Este estudio presenta numerosas limitaciones que deben de ser consideradas. Como se ha mencionado anteriormente, una de ellas puede ser la escasa muestra recogida ($n = 14$ y $n = 20$) para el análisis de los objetivos propuestos. Con una muestra más amplia, se pueden obtener y establecer resultados más fiables. Por ello, cabe pensar que no se hayan encontrado relaciones significativas entre las variables de estudio es debido al tamaño de la muestra, y no a que dichas relaciones no existan. Por otro lado, la muestra representa en gran parte a un centro público y no puede ser considerada como una muestra representativa, limitando la generalización de los resultados.

Es probable que la discordancia entre los resultados esperados y obtenidos sean debidos a la proporción de la muestra, así como la recogida de los datos del centro público en una ciudad diferente a la elaboración del presente trabajo, dificultando y limitando también el análisis de los objetivos propuestos, o como también la disponibilidad de los pacientes en cuanto al horario fijado para el encuentro. Como primera intención, el número de participantes evaluados tenía el objetivo de ser más extenso y se complementarían con otro centro para obtener resultados más diversos. Sin embargo, debido a la situación y a los hechos acontecidos por COVID-19, solo se pudo ampliar la muestra con seis pacientes, limitando por tanto el estudio de los objetivos propuestos inicialmente.

Respecto a los instrumentos empleados en el presente trabajo, la Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS, Gratz y Roemer, 2004; adaptado por Hervás y Jódar, 2008), es un instrumento con muy buena fiabilidad y validez, pero no le exime de sesgos propios de los autoinformes. Por otro lado, la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA, Nock et al. 2007; adaptado por García-Nieto et al. 2013) también ofrece a nivel general una buena fiabilidad y validez; sin embargo, conviene recordar que para la evaluación de autolesiones se obtuvo una menor fiabilidad test-retest para la evaluación de autolesiones, añadiendo que las preguntas realizadas a los pacientes en el presente trabajo no fueron respondidas junto al resto de ítems de la escala, por lo que aplicando la totalidad del instrumento se podrían obtener resultados más confiables a los expuestos en este trabajo.

Hay que mencionar también otra posible limitación, como el sesgo que pudo acontecer a la hora de averiguar si las pacientes sufrían de ideación suicida y de autolesiones, ya que la sinceridad, así como otros factores, puede verse afectada a la hora de examinar a los sujetos con autoinformes (De las Cuevas, Gonzalez de Rivera, 1992), sobre todo si se toma en cuenta

que se llevó a cabo en una única sesión, y que el investigador no había tenido un trabajo anterior con esas pacientes.

Una última limitación es el compromiso a nivel ético con el Comité de ética en el intento de recopilar datos de los pacientes de la manera más prudente posible. Así mismo, mencionar el compromiso de no usar instrumentos donde se pueda profundizar las variables del comportamiento suicida, así como su relación con la causa de dicho comportamiento.

En futuras investigaciones se recomienda, primeramente, obtener una muestra más amplia y complementar con más sujetos que estén diagnosticados de trastorno de conducta alimentaria, ya que facilitaría este acceso para el estudio. También sería recomendable a la hora de recopilar datos de las variables ideación suicida y autolesiones, aplicar escalas en su totalidad, así como realizar de nuevo las preguntas cada cierto período de tiempo para considerar constancia en las respuestas emitidas por los usuarios del centro, evitando el sesgo de sinceridad.

De igual modo, profundizar en las diferentes variables del comportamiento suicida, así como en variables relacionadas con las emociones en pacientes con trastorno de conducta alimentaria esclarecería futuras dudas. Por último, sería de gran interés, realizar comparaciones de variables suicidas en pacientes con trastorno de conducta alimentaria con pacientes que sufran otro tipo de trastornos.

Independientemente de los resultados obtenidos, una mayor atención al foco del comportamiento suicida mostrado en personas encontradas en diversas estancias resulta esencial para el abordaje de estos usuarios, sobre todo aquellos que sean pacientes ingresados en centros de salud, ya que no podemos olvidar que ante todo se trata con la vida de una persona y que un correcto abordaje podría prevenir incidentes que acaben con ella.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Chiclana, C. y Giner, L. (2011). Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(85), 5777-5781.
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A.S., Renshaw, S., Landau, S. y Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 1345-1358.
- De las Cuevas, C., Gonzalez de Rivera, J.L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de psiquiatría*, 8(9), 362-366.
- Eichen, D.M., Kass, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., Gibs, E., Trockel, M., Taylor, C. B., y Wilfley, D.E. (2016). Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Ideation in Relation to Eating and General Psychopathology Among College-Age Women. *Psychiatry Research*, 235, 77-82.
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz, M. y 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.
- Gómez, S., Sevillano, I., Geijo, S., Mongil, B., Vaquero, M. y De Uribe, F. (2018). Autolesiones en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. *Psiquiatría biológica*, 25(1), 2-6.
- Gómez-Exposito, A., Wolz, I., Fagundo, A. B., Granero, R., Steward, T., Jimenez-Murcia, S., Agüera, Z., y Fernández-Aranda, F. (2016). Correlates of Non-suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Bulimic Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychology*, 7, 1244.
- Fairburn, C.G. (2017). *La superación de los atracones de comida: cómo recuperar el control* (Antonio Francisco Rodríguez Esteban, trad.) Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1995).
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2017). Ideación

- suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85.
- Forum de Salut mental y Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Generalitat de Catalunya, Barcelona. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf
- Greenberg, L. S., Malberg, N. T. y Tompkins, M. A. (2019). *Working with emotion in psychodynamic, cognitive behaviour, and emotion-focused psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hervás, G y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad*. Instituto Nacional de Estadística, Madrid. Recuperado de <http://www.ine.es>
- Knightsmith, P. (2016). *Trastornos de alimentación y autolesiones en la escuela: estrategias de apoyo en el medio escolar* (Jesús Ángel Padierna Acero, trad.) Bilbao: Desclee De Brouwer. (Obra original publicada en 2015).
- Martínez, L.C., Vianchá, M.A., Pérez, M.P. y Avedaño, B.L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 178-188.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Prevención del suicidio. Recursos para consejeros*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pisetsky, E.M., Haynos, A.F., Lavender, J.M., Crow, S.J. y Peterson, C.B. (2017). Associations between emotion regulation difficulties, eating disorder symptoms, non-suicidal self-injury, and suicide attempts in a heterogeneous eating disorder sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 143-150.
- Ramos López, J.M. y Cuchí Alfaro, M. (2011). Gestión de recursos del hospital de día médico polivalente. *Papeles Médicos*, 20(1), 21-27.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Shirley, B.W., Pisetsky, E.M., Skutch, J.M., Fruzzetti, A.E. y Haynos, A.F. (2018). Restrictive eating and nonsuicidal self-injury in a nonclinical sample: Co-occurrence and associations with emotion dysregulation and interpersonal problems. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 128-132.

- Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E. y Barrigón, M.L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M. J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 12-19.
- Varela, O., Serrano, E., Rodríguez, V., Curet, M., Conangla, G., Cecilia, R., Carulla, M., Matalí, J. L., y Dolz, M. (2017). Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas españolas de psiquiatría*, 45(4), 157-166.
- You, J., Ren, Y., Zhang, X., Wu, Z., Xu, S., y Lin, M. P. (2018) Emotional Dysregulation and nonsuicidal self-injury: A meta-analytic review. *Neuropsychiatry*, 8(2), 733-748.