



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**AUTOLESIONES NO AUTOLÍTICAS EN  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

Autora: Lucía Hernández Ramos

Director: Javier Hugo Martín Holgado

Madrid

2018/2019

## **ÍNDICE**

<b>1. Introducción y objetivos</b> .....	pág. 3
<b>2. Marco teórico y datos epidemiológicos</b> .....	pág. 4
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria: definición y tipos	
2.2. Autolesiones no autolíticas: definición y tipos	
2.3. Datos epidemiológicos	
<b>3. Factores de riesgo</b> .....	pág. 7
3.1. Factores de riesgo distales	
3.2. Factores de riesgo proximales	
3.3. Contribución relativa de los factores de riesgo	
3.4. Disociación y apego traumático: su relación con las conductas autolesivas	
<b>4. Aspectos neurobiológicos</b> .....	pág. 13
<b>5. Modelos etiológicos</b> .....	pág. 14
<b>6. Principales modelos de tratamiento</b> .....	pág. 17
6.1. Terapia cognitivo-conductual	
6.2. Terapia familiar	
6.3. Terapia basada en la mentalización	
6.4. Tratamiento farmacológico	
<b>7. Consideraciones éticas</b> .....	pág. 22
<b>8. Discusión y líneas de investigación futuras</b> .....	pág. 25
<b>9. Referencias bibliográficas</b> .....	pág. 28

## **1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

En los últimos años se ha detectado un aumento muy significativo de las autolesiones no autolíticas (ANS), especialmente entre la población adolescente. Asimismo, se está produciendo un notable incremento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA); si bien éstos tradicionalmente han afectado con mayor prevalencia a la población femenina, cada vez se observan más casos de varones, así como un inicio más precoz de la enfermedad. Por ello, resulta de gran interés y utilidad incidir en el estudio de ambos trastornos, especialmente cuando se producen simultáneamente.

Numerosas investigaciones demuestran elevadas tasas de comorbilidad entre los TCA y las ANS. Ambos comportamientos implican un daño hacia el propio cuerpo, pudiendo ser ubicados a lo largo de un espectro continuo de conductas autodestructivas. Debido a la peligrosidad inherente a estas conductas y a su relación con eventuales ideas y actos suicidas, es conveniente profundizar en su etiología, tratamiento y prevención.

Los comportamientos de automutilación se encuentran muy estigmatizados por la sociedad actual, que a menudo los considera como temas tabú de los que es preferible no hablar, o los juzga superficialmente como una mera llamada de atención. Esta actitud de incompreensión, especialmente cuando es asumida también por los propios progenitores u otras figuras significativas para el individuo que se autolesiona, repercute muy negativamente en su estado de ánimo y evolución, y, al mismo tiempo, refuerza su tendencia a ocultar y sufrir esos síntomas en silencio por temor a las reacciones que pueda mostrar el entorno. Debido a la situación de gran soledad y desamparo en la que se encuentran gran parte de los afectados, el presente trabajo pretende ahondar en el significado y la funcionalidad que las conductas autolesivas tienen para el sujeto que las lleva a cabo, en el intento de comprender su sufrimiento y de acompañarlo en ese camino difícil y tortuoso, ayudándole a encontrar una salida.

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Revisar los datos epidemiológicos relativos a la comorbilidad entre TCA y ANS e investigar sobre la prevalencia de ANS en los diferentes tipos de TCA.
- Estudiar los factores de riesgo individuales, sociales y culturales comunes a ambos comportamientos.
- Revisar los principales modelos etiológicos que explican la co-ocurrencia entre TCA y ANS, profundizando en los procesos psicológicos que subyacen a ambos comportamientos.
- Describir los principales tratamientos utilizados a la hora de abordar la comorbilidad entre TCA y ANS desde diferentes perspectivas teóricas.

- Reflexionar sobre el tratamiento de TCA y ANS desde un punto de vista ético.

## **2. MARCO TEÓRICO Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

### **2.1. Trastornos de la conducta alimentaria: definición y tipos**

Los TCA se caracterizan por hábitos alimenticios irregulares que conllevan un deterioro importante de la salud física y mental del individuo. La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) constituyen los dos tipos de TCA más frecuentes.

La AN se manifiesta a través de una restricción severa en la ingesta de alimento y un miedo intenso e irracional a ganar peso. En la DSM-V se describen dos subtipos de AN:

- AN de tipo restrictivo: la pérdida de peso se debe a una dieta estricta, ayuno y/o ejercicio físico intenso.
- AN de tipo compulsivo/purgativo: los sujetos que la padecen, además de mostrar prácticas restrictivas, presentan atracones y conductas purgativas compensatorias, como vómito auto-inducido o consumo excesivo de laxantes y/o diuréticos.

Por otro lado, la BN se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes seguidos de comportamientos purgativos, así como por una importante sensación de falta de control.

Las consecuencias de los TCA pueden ser muy graves, incluyendo el riesgo de muerte debido a complicaciones médicas como un desequilibrio electrolítico o una arritmia cardiaca, o como consecuencia de un intento de suicidio. Cabe destacar que la AN es la enfermedad psiquiátrica que presenta la tasa de mortalidad más elevada.

Las ANS incluyen todo comportamiento socialmente no aceptado que ocasiona un daño intencionado y directo en el propio cuerpo sin intención suicida consciente (Nock, citado en Claes y Muehlenkamp, 2014). Claes y Muehlenkamp (2014) afirmaron que es importante distinguir las ANS de aquellas formas indirectas de autolesión como los TCA, el abuso de sustancias o los comportamientos sexuales de riesgo; en estos casos, el daño que se origina en el cuerpo tiende a ser más difuso y a no manifestarse hasta después de múltiples repeticiones de ese comportamiento. En cambio, las ANS suelen causar un daño visible e inmediato en un tejido corporal.

Favaro, Ferrara y Santonastaso (2004) clasificaron las ANS en compulsivas (por ejemplo, tirarse del pelo, morderse las uñas y rascarse la piel) e impulsivas (cortarse, quemarse, pegarse y golpearse, entre otras). Las del primer grupo tienden a ser repetitivas y recurrentes y, a pesar de reducir la ansiedad del sujeto, tienen un carácter más egodistónico; en cambio, las de tipo impulsivo suelen ser más episódicas y egosintónicas, implicando una menor resistencia por parte del sujeto. Los

autores afirman que las ANS de tipo impulsivo tienen mayor prevalencia que las de tipo compulsivo en sujetos con TCA, destacando los cortes como las más frecuentes.

Claes et al. (2015) encontraron diferencias con respecto a la naturaleza de las autolesiones que aparecen en los diversos subtipos de TCA. Sus estudios ponen de manifiesto que, mientras que en los TCA caracterizados por atracones y purgas son más frecuentes las ANS impulsivas, en los TCA de tipo restrictivo predominan las ANS compulsivas. Estas diferencias parecen explicar los resultados encontrados por Depestele et al. (2015), que observaron un peor funcionamiento familiar cuando se da la presencia simultánea de atracones/purgas y ANS. Los autores lo atribuyen al hecho de que las ANS impulsivas tienen mayor probabilidad de ser descubiertas por los padres y, por tanto, tienden a ser más perturbadoras del clima familiar que las de tipo compulsivo, que pueden ser ocultadas con mayor facilidad.

### **2.3. Datos epidemiológicos**

#### **Prevalencia**

La prevalencia de ANS en sujetos con TCA oscila entre el 25,4% y el 55,2% (Svirko y Hawton, 2007). El amplio rango de variabilidad se debe a las diferencias existentes entre los diversos estudios con respecto a la definición y evaluación de los TCA y las ANS, las muestras empleadas, el diseño de la investigación, etc. Al estudiar la prevalencia de ANS en TCA, no debemos olvidar que, con frecuencia, el sujeto mantiene estos comportamientos en secreto, por lo que muchos casos no se detectan ni se tratan.

Con respecto a las diferencias existentes en función del género, Peebles, Wilson y Lock (2011) hallaron que las mujeres con TCA son más propensas a autolesionarse que los varones con TCA. Sin embargo, la relación entre el género y el riesgo de aparición de ANS en pacientes con TCA no está clara.

Es interesante profundizar en las diferencias que existen con respecto a la prevalencia de ANS en los diferentes subtipos de TCA. Diversos estudios afirman que la frecuencia de ANS es mayor en aquellos subtipos de TCA que incluyen atracones y purgas, como la BN o la AN de tipo purgativo, que en la AN de tipo restrictivo (Islam et al., 2015); esto suele atribuirse a que los atracones y purgas constituyen comportamientos más proactivos y deliberados hacia el propio cuerpo, aproximándose más a las ANS. Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado diferencias significativas relativas a la prevalencia de ANS en los diferentes diagnósticos de TCA (Solano, Fernández-Aranda, Aitken, López y Vallejo, citado en Vieira, Ramalho, Brandao, Saraiva y

Gonçalves, 2016). El reciente estudio llevado a cabo por Wang, Pisetsky, Skutch, Fruzzetti y Haynos (2018) ha encontrado que la alimentación restrictiva se relaciona con la presencia de ANS por encima de y más allá de la existencia de atracones y purgas. A continuación se mencionan algunos argumentos defendidos por Wang et al. (2018) que sustentan los resultados obtenidos:

- La privación de alimento constituye una experiencia potencialmente letal que incrementa la capacidad del sujeto para tolerar el dolor, aumentando así el riesgo de ANS y comportamientos suicidas. De una manera similar, el dolor que comporta la conducta autolesiva también acentúa la resistencia del sujeto frente al daño, pudiendo incrementar la frecuencia de aparición de las prácticas alimentarias restrictivas en un círculo que se retroalimenta.
- La alimentación restrictiva es un comportamiento que aparece en múltiples diagnósticos de TCA, incluidos algunos de los que se caracterizan por la presencia de atracones y purgas. Esto parece indicar que la alimentación restrictiva puede promover la aparición de ANS también en aquellos subtipos de TCA en los que aparecen atracones y purgas, como AN de tipo purgativo y BN.

#### Edad de comienzo

Gran parte de los sujetos que incurren en TCA y ANS comienza a mostrar estos comportamientos en la adolescencia. A la hora de profundizar en el significado de los síntomas de estos trastornos, es fundamental tener en consideración los cambios madurativos que tienen lugar en este periodo evolutivo, que pueden ser vividos por el sujeto con miedo, angustia y desesperanza. Desde esta perspectiva, los TCA y las ANS pueden ser entendidos como una expresión del rechazo de esas modificaciones corporales y, en definitiva, del temor del adolescente a la diferenciación sexual y a convertirse en adulto, lo que conlleva la pérdida del estatus de irresponsabilidad propio del niño. Resulta visible cómo algunos síntomas de los TCA como la restricción alimentaria persiguen perpetuar las características corporales propias de la infancia en un intento de detener el tiempo cronológico. Los resultados del estudio de Fujimori et al. (2011) parecen confirmar la hipótesis mencionada, pues encuentran que las puntuaciones en insatisfacción corporal y miedo a la madurez son significativamente más altas en aquellos sujetos que presentan TCA y ANS, en comparación con el grupo control de sujetos sanos.

Con respecto a cuáles son los comportamientos disfuncionales que aparecen antes, algunos estudios indican que la sintomatología propia de los TCA suele ser previa a la aparición de ANS (Paul, Schroeter, Dahme y Nutzinger, citado en Jacobson y Luik, 2014); aun así, también es bastante frecuente que ambos trastornos se desarrollen de manera simultánea. Esto implica que es fundamental evaluar con regularidad e intentar prevenir la presencia de ANS en sujetos con TCA a lo largo de todo el tratamiento, y no sólo al comienzo de éste; de la misma manera, es necesario

descartar la presencia de TCA en aquellos sujetos que se autolesionan. Por otro lado, Vieira et al. (2017) han demostrado que los sujetos que presentan comorbilidad entre TCA y ANS tienden a mostrar una edad más temprana de comienzo de los síntomas de TCA que los que sólo presentan TCA.

### Datos de interés relativos a la comorbilidad entre TCA y ANS

Los resultados del estudio de Vieira et al. (2017), congruentes con otras investigaciones previas (Cucchi et al., 2016), mostraron que tanto los TCA como las ANS se asocian de manera significativa con un alto riesgo de comportamientos suicidas. En relación con esto, las investigaciones muestran que, mediante los comportamientos autolesivos, el sujeto se habitúa a la violencia auto-infligida, requiriendo una intensidad cada vez mayor para obtener los mismos efectos. Por tanto, es fundamental evaluar ideación y comportamientos suicidas en los sujetos que presentan síntomas de TCA y ANS con el fin de prevenir futuros intentos de suicidio.

Vieira et al. (2016) han demostrado que las personas con TCA que incurren en ANS presentan síntomas de desorden alimenticio más graves que las que no se autolesionan. También Fujimori et al. (2011) encontraron que los sujetos con TCA que se autolesionan presentan puntuaciones significativamente más altas en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, lo que confirma una mayor gravedad de los síntomas de TCA. Incluso un estudio realizado en adolescentes sin un diagnóstico específico de TCA, pone de relieve que los individuos que incurren en ANS presentan una mayor patología alimentaria, insatisfacción corporal y presencia de atracones que aquéllos que no se autolesionan (Ross, Heath y Toste, 2009).

Por otro lado, la investigación de Vieira et al. (2016) ha puesto en evidencia que una mayor gravedad del TCA se vincula con el empleo de una mayor diversidad de métodos de ANS. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Turner et al. (2015), que demostraron la existencia de una relación positiva entre una mayor gravedad del TCA y una mayor frecuencia de las ANS.

### **3. FACTORES DE RIESGO**

La alta prevalencia de ANS en sujetos con TCA ha sugerido la existencia de determinados factores de riesgo individuales, sociales y culturales comunes a ambos comportamientos. Vieira et al. (2017) han demostrado que una mayor exposición a estos factores de riesgo se asocia con una probabilidad aumentada de comorbilidad.

Svirko y Hawton (2007) presentaron un primer modelo conceptual en el que expusieron una serie de factores de riesgo implicados en la relación entre los TCA y las ANS. Más adelante, y en la misma dirección, Claes y Muehlenkamp (2014) postularon la existencia de una serie de factores de riesgo distales y proximales compartidos por los TCA y las ANS, y cuya interacción puede conducir a la co-ocurrencia entre ambos trastornos. Además, los acontecimientos vitales estresantes tienden a reforzar los factores de riesgo proximales, incrementando la probabilidad de aparición de TCA y ANS como estrategias de afrontamiento.

### **3.1. Factores de riesgo distales**

Claes y Muehlenkamp (2014) clasificaron los factores de riesgo distales en individuales y sociales. Los factores distales individuales incluyen temperamento (alta reactividad emocional) y rasgos de personalidad (impulsividad, características obsesivo-compulsivas y perfeccionismo). Cabe destacar que las personas perfeccionistas y con características obsesivo-compulsivas tienden a experimentar una gran necesidad de control; en este contexto, los TCA y las ANS pueden ser utilizados para incrementar la sensación subjetiva de control (Klonsky, 2007). Además, se ha observado que, cuando los síntomas de ANS disminuyen, aumentan los de TCA, y viceversa. Esto apunta a la existencia de un equilibrio entre los dos tipos de comportamiento autodestructivo, de tal manera que la pérdida de control en uno de ellos requiere ser compensada con un incremento del control en el otro (Muehlenkamp et al., 2009).

Los factores distales sociales se refieren, por un lado, a las presiones provenientes del mundo cultural, como la presencia de unos ideales de imagen corporal inalcanzables e incompatibles con un buen estado de salud, que son reforzados por los medios de comunicación y la moda, ejerciendo una notable influencia en la insatisfacción corporal de los sujetos. Los factores distales sociales también incluyen el ambiente familiar (bajos niveles de apoyo emocional, alto grado de control y crítica, baja cohesión y expresividad) y las experiencias traumáticas en la infancia. Existe una estrecha relación entre el abuso sexual, físico y/o emocional en la infancia y la aparición de ANS en sujetos con TCA (Claes y Vandereycken, citado en Claes y Muehlenkamp, 2014).

Con respecto a la influencia que ejerce el contexto familiar, cabe mencionar el estudio llevado a cabo por Claes, Vandereycken y Vertommen (2004), según el cual el ambiente familiar de aquellos pacientes que presentan comorbilidad tiende a ser menos expresivo y cohesionado, y más conflictivo y desorganizado que el de aquellos sujetos con TCA que no se autolesionan. Estos hallazgos son congruentes con el estudio de Gratz (citado en Jacobson y Luik, 2014), que demostró que las personas que se autolesionan tienden a ser menos expresivas que las que no incurren en

ANS. En efecto, si el contexto familiar que rodea al sujeto no promueve la expresión emocional, es muy probable que el sujeto aprenda que comunicar los propios sentimientos no es apropiado. Más adelante, en la investigación de Fujimori et al. (2011), las puntuaciones obtenidas con el PBI (Parental Bonding Instrument) mostraron que los pacientes con TCA y ANS sienten que han recibido un menor cuidado parental en la infancia con respecto a los sujetos con TCA sin ANS.

Sin embargo, resulta difícil diferenciar los factores de riesgo generales de aquellos específicos para el desarrollo de ANS en individuos con TCA. Las investigaciones de Depestele et al. (2017) y Vieira et al. (2017) sustentaron la hipótesis según la cual la mayor parte de los factores familiares deben ser considerados como factores de riesgo generales y no específicos para los TCA y las ANS, ya que aumentan el riesgo de psicopatología en términos generales. Las experiencias traumáticas en la infancia también constituyen un factor de riesgo general para el desarrollo de psicopatología, y más específico para TCA y ANS cuando se combina con determinadas variables como baja autoestima, disociación e insatisfacción corporal (Muehlenkamp, Claes, Smits, Peat y Vandereycken, citado en Hughes, Allan y Le Grange, 2014).

### **3.2. Factores de riesgo proximales**

Entre los factores de riesgo proximales cabe destacar los siguientes:

- Desregulación emocional: Los actos de TCA y ANS a menudo son precedidos por emociones negativas intensas, como ansiedad, frustración y enfado, y ambos comportamientos conllevan un descenso temporal en la intensidad de esas emociones y un incremento de sentimientos positivos, como calma y relajación (Muehlenkamp et al., 2009; Klonsky, 2007).

La co-ocurrencia entre TCA y ANS se ha asociado con una mayor desregulación emocional que la presencia de uno solo de los dos comportamientos; esto parece indicar que los sujetos con más dificultades para autorregularse tienden a emplear diversos comportamientos disfuncionales en el intento de modular sus emociones. Basándose en el modelo de temperamento de Rothbart, Baetens, Claes, Willem, Muehlenkamp y Bijttebier (2011) refirieron que, entre los pacientes con TCA con altos niveles de afectividad negativa, aquéllos con bajos niveles de autocontrol tienen una probabilidad significativamente mayor de incurrir en ANS que los que presentan altos niveles de autocontrol.

- Distorsiones cognitivas. Diversos estudios demuestran que los TCA y las ANS se relacionan con una baja autoestima, un autoconcepto negativo y altos niveles de autocrítica y autoculpabilidad, pudiendo ser entendidos como formas de autocastigo y autotortura (Claes, Soenens, Vansteenkiste

y Vandereycken, 2011). Por tanto, desde una perspectiva fenomenológica, las ANS en sujetos con TCA se pueden interpretar como "las cicatrices del crítico interno" (Claes et al., 2011). Los resultados del estudio de Vieira et al. (2017) han confirmado estos hallazgos, pues demuestran que una autoevaluación negativa aumenta la probabilidad de aparición de ANS en los TCA. Por otro lado, Claes et al. (2011) expusieron que la relación entre la crítica parental percibida y la presencia de ANS en individuos con TCA está mediada por altos niveles de autocrítica; es decir, los sujetos con TCA que perciben a sus padres como críticos tienden a internalizar esa visión negativa y a ser más exigentes consigo mismos, lo que incrementa el riesgo de ANS.

- **Disociación:** vinculada tanto con los TCA como con las ANS, parece mediar la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia y la aparición posterior de comportamientos autolesivos (Muehlenkamp, Peat, Claes y Smits, 2012), como se detallará más adelante.
- **Actitudes negativas hacia el cuerpo.** A la luz de los resultados de las investigaciones de Muehlenkamp et al. (2012), se puede afirmar que los sujetos con comorbilidad presentan mayor insatisfacción corporal que los que sólo muestran síntomas de TCA. La insatisfacción corporal conlleva la devaluación del propio cuerpo como un objeto no querido, lo que facilita que éste sea dañado. Esto subraya la importancia de un tratamiento dirigido a mejorar la relación del sujeto con su propio cuerpo y a promover conductas de autocuidado, que incluya también técnicas de reestructuración cognitiva para hacer frente a las distorsiones corporales.
- **Influencia de los pares.** Tanto las ANS como los TCA son más frecuentes cuando en el círculo de amigos del sujeto están presentes estos comportamientos. En efecto, los individuos que se asocian tienden a compartir atributos similares debido a los efectos de selección y/o socialización (Prinstein et al., citado en Claes y Muehlenkamp, 2014). Este proceso se amplifica debido al uso masivo y generalizado de las redes sociales por parte de los adolescentes, que propicia la difusión de prácticas autolesivas a través de vídeos e imágenes, y su imitación por parte de los usuarios.
- **Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos,** entre los que cabe destacar depresión, ansiedad, trastorno por estrés post-traumático, abuso de alcohol y de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno límite de personalidad (Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008). Por tanto, es fundamental evaluar la existencia de otras patologías psiquiátricas y conductas de riesgo en los sujetos que presentan comorbilidad.

### **3.3. Contribución relativa de los factores de riesgo**

Aunque se ha encontrado una serie de factores de riesgo que subyacen a ambas conductas, ha resultado difícil determinar la contribución relativa de cada uno de ellos a la presencia de TCA y de ANS respectivamente. El estudio llevado a cabo por Muehlenkamp et al. (2012) investigó en qué medida determinados factores de riesgo compartidos, como los síntomas depresivos, la desregulación emocional, los déficits interoceptivos (dificultades para identificar estados emocionales y fisiológicos), la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción corporal, contribuyen a la aparición de TCA y de ANS. Los resultados ponen en evidencia que tanto la desregulación emocional como los déficits interoceptivos se relacionan de manera muy similar con TCA y con ANS, representando así un nexo importante entre ambos trastornos.

Con respecto a la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción corporal, los resultados reflejan que, si bien tanto los TCA como las ANS correlacionan con ambos factores de riesgo, éstos se vinculan en mayor grado con la presencia de TCA y predicen con más fuerza, por tanto, la aparición de desórdenes alimenticios. Tanto en los TCA como en las ANS el sujeto tiende a emplear el cuerpo como herramienta de afrontamiento; sin embargo, se observa una diferencia importante que parece explicar los resultados obtenidos:

- Los sujetos que presentan TCA tratan de alcanzar los ideales sociales de imagen corporal y de obtener así un refuerzo social positivo, lo que requiere niveles elevados de preocupación hacia el propio cuerpo.
- Sin embargo, las ANS tienden a desfigurar el cuerpo, alejándolo de los ideales sociales de belleza (ej. heridas, cicatrices), y a elicitar reacciones sociales negativas, lo que refleja una menor preocupación del individuo hacia el propio cuerpo, así como hacia su apariencia frente a los demás.

Por último, los resultados ponen de manifiesto que, si bien tanto los TCA como las ANS correlacionan con síntomas depresivos, éstos se relacionan en mayor medida con la presencia de ANS. Se observa, además, que los sujetos que presentan comorbilidad muestran niveles más altos de depresión con respecto a aquéllos que presentan TCA y no se autolesionan.

Muehlenkamp et al. (2012) concluyeron que, cuando aparecen niveles elevados de desregulación emocional, déficits interoceptivos, insatisfacción corporal y depresión, éstos tienden a interactuar de manera sinérgica incrementando notablemente la probabilidad de co-ocurrencia entre TCA y ANS. Los resultados obtenidos por estos autores tienen implicaciones clínicas relevantes, ya que reflejan

la importancia de diseñar un tratamiento individualizado para cada paciente, que ponga un mayor énfasis en unos aspectos u otros según si predominan los síntomas de TCA o de ANS.

### **3.4. Disociación y apego traumático: su relación con los comportamientos autolesivos**

Farber (2008) afirma que los comportamientos de automutilación, como los síntomas de TCA o las ANS, se generan a partir de experiencias de disociación y con frecuencia son utilizados para afrontar las secuelas perturbadoras del trauma focalizado en el cuerpo (abuso sexual o físico, o enfermedad). En todo acto autolesivo intervienen al menos dos estados del Yo disociado: la parte del Yo que está siendo maltratada, y la parte del Yo que ejecuta la agresión (Sachs, citado en Farber, 2008). En otras palabras, la disociación hace posible que el sujeto sea al mismo tiempo víctima y agresor, presa y depredador. En muchos casos, ese "depredador interno" representa la identificación del sujeto con aquellas figuras de apego que le generaron daño y sufrimiento en la infancia, de tal manera que el sujeto mantiene ese vínculo infligiéndose daño a sí mismo. Por ello, la persona que se autolesiona a menudo experimenta ese "depredador interno" como ajeno a sí mismo (Bromberg, citado en Farber, 2008). El autor recoge, a título de ejemplo, las siguientes verbalizaciones: "Es como un monstruo dentro de mí que me insta a empacharme y vomitar" o "Hay una voz externa y seductora que me da la orden de cortarme" (p. 63).

La teoría del apego de Bowlby hace hincapié en cómo las experiencias tempranas del niño influyen en su capacidad para autorregularse y cuidar de sí mismo, y afectan de manera significativa a que se sienta merecedor o indigno de un buen cuidado; esto sugiere la existencia de una relación entre el tipo de apego que el niño establece con el adulto y la ejecución posterior de comportamientos autodestructivos, como TCA o ANS. Diversos estudios ponen de manifiesto que las personas que han desarrollado un apego traumático son más propensas a mostrar conductas violentas hacia otros (más frecuente en varones) y/o hacia sí mismos (más frecuente en mujeres) (Fonagy y Target, 1995).

Aunque no emplea el término disociación, Bowlby ya anticipa que existe un vínculo entre los procesos de apego y la tendencia a la disociación. Cuando el cuidador que debe proteger al niño, en lugar de ello, abusa de él, éste se encuentra con un conflicto imposible de resolver, ya que desea ser reconfortado por su figura de apego al mismo tiempo que está siendo aterrorizado y aniquilado por ella. De esta manera, un apego traumático puede llevar al niño a desarrollar múltiples representaciones internas de su figura de referencia y de sí mismo, en lugar de una representación unitaria y cohesionada. La teoría del apego de Bowlby proporciona una base para comprender el

mecanismo por el cual los procesos de disociación que se derivan del hecho traumático pueden dar lugar a la autolesión.

Farber (2008) afirma que los sujetos que se autolesionan tienden a tener dificultades para autorregularse y a sufrir extremos afectivos, ya sea la no experimentación de emociones o la sensación de sentirse abrumados por ellas. De ahí que cuando experimentan estados afectivos que no pueden tolerar utilicen la autolesión para autorregularse y automedicarse, de una manera similar a la que un niño recurre a su objeto transicional cuando se siente solo y ansioso (Winnicott, citado en Farber, 2008), o a la que una persona adicta recurre a una determinada sustancia para regular sus estados emocionales (Khantzian, citado en Farber, 2008). Desde esta perspectiva, los comportamientos de automutilación pueden ser entendidos como un intento de aliviar o interrumpir temporalmente estados afectivos intolerables, que son reemplazados por un estado de despersonalización y desrealización.

#### **4. ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS**

El sistema de opioides endógenos, implicado en la regulación del dolor, la emoción y la recompensa, desempeña un papel clave en los comportamientos autolesivos. Stanley et al. (2010) demostraron que los sujetos que se autolesionan presentan niveles basales más bajos de opioides endógenos, concretamente de beta-endorfinas y encefalinas. Previamente, otros estudios habían demostrado niveles más bajos de beta-endorfinas en individuos afectados por otros trastornos psiquiátricos en los que existe un componente autodestructivo, como la BN (Brewerton, Lydiard, Laraia, Shook y Ballenger, citado en Stanley et al., 2010) y la AN (Demitrack, Putnam, Rubinow y Pigott, citado en Stanley et al., 2010). La menor concentración de opioides endógenos comporta una mayor sensibilidad a los efectos de las beta-endorfinas y encefalinas liberadas durante el acto autolítico como respuesta al dolor; estas sustancias reducen el estrés y ejercen un efecto analgésico, por lo que están muy vinculadas con la percepción alterada del dolor físico. Todo ello determina que los comportamientos autolesivos sean más gratificantes para estos individuos, y explica por qué algunos sujetos incurren en ellos más frecuentemente que otros, llegando incluso a desarrollar adicción.

Stanley et al. (2010) propusieron un modelo en el que el déficit en los niveles de opioides endógenos puede ser el resultado de experiencias traumáticas en la infancia, como abuso, negligencia o pérdida, o bien de una predisposición genética. Los sujetos que presentan bajos niveles de opioides endógenos manifiestan una respuesta desadaptativa frente al estrés; por ello, ante situaciones estresantes, recurren a los comportamientos de automutilación para incrementar sus

niveles de opioides endógenos y tratar de alcanzar la homeostasis. Los estudios mencionados previamente que demuestran la existencia de una estrecha relación entre las experiencias traumáticas en la infancia y la aparición posterior de comportamientos autolesivos sustentan este modelo.

El sistema de opioides endógenos está implicado en diversos comportamientos autodestructivos, tales como las ANS, los atracones o el abuso de sustancias. Esto sugiere que la desregulación del sistema de opioides endógenos se puede manifestar a través de distintas conductas encaminadas a alcanzar la homeostasis. La co-ocurrencia entre varios de estos comportamientos, como ocurre frecuentemente entre ANS y TCA, refleja que algunos sujetos emplean diferentes métodos para regular sus niveles de opioides.

Bresin y Gordon (2013) demostraron que el sistema de opioides endógenos juega un papel crucial en la función de regulación afectiva de las ANS. La liberación de beta-endorfinas y encefalinas durante el acto autolítico incrementa notablemente las uniones en los receptores opioides  $\mu$  y  $\delta$ , determinando una reducción de los afectos negativos y un incremento de los positivos. En relación con esto, cabe destacar que diversas regiones cerebrales implicadas en la regulación del dolor físico y con una elevada densidad de receptores opioides, como la amígdala, el hipotálamo y el córtex cingulado anterior, también intervienen en la regulación de la emoción. Por tanto, es razonable asumir que la respuesta del organismo para regular la experiencia de dolor físico inducida por el comportamiento autolesivo puede conducir también a la regulación emocional. Los opioides endógenos también parecen participar en la regulación de los aspectos fisiológicos de la emoción como la tasa cardíaca y la presión arterial, que tienden a disminuir cuando el sujeto incurre en ANS (Welch, Linehan, Sylvers, Chittams y Rizvi, citado en Bresin y Gordon, 2013).

La desregulación de otros neurotransmisores, como la serotonina y la dopamina, también parece estar involucrada en los comportamientos autolesivos, aunque Stanley et al. (2010) la vincularon más bien con las conductas autodestructivas con intención suicida. Actualmente no contamos con suficiente evidencia empírica, por lo que es conveniente seguir investigando en este área.

## **5. MODELOS ETIOLÓGICOS**

Para poder comprender y ayudar a los pacientes que presentan TCA y ANS, es crucial ahondar en las causas de estos comportamientos, así como en el significado y la funcionalidad que tienen para el sujeto. Con este propósito, voy a revisar los principales modelos etiológicos que se utilizan para explicar la co-ocurrencia entre TCA y ANS.

El **Modelo de la Cascada Emocional** (Selby y Joiner, 2013), elaborado inicialmente para explicar la etiología del Trastorno Límite de personalidad, también puede aplicarse a la relación entre la desregulación emocional y comportamental que tiene lugar en los TCA y ANS. Este modelo describe un ciclo que se retroalimenta, en el que una emoción negativa da lugar a una rumiación constante que aumenta la intensidad de la emoción negativa, lo que incrementa a su vez los niveles de rumiación. Este ciclo continúa hasta que la emoción negativa y la rumiación alcanzan unos niveles intolerables para el sujeto, que recurre a un comportamiento de afrontamiento lo suficientemente intenso, como TCA y ANS, para distraerse y escapar de esos estados emocionales aversivos y pensamientos no deseados. En consonancia con este modelo, se ha demostrado que, en aquellos sujetos que presentan altos niveles de reactividad emocional, la experiencia de dolor físico logra aliviar las emociones negativas en mayor medida que otros estímulos comparables no dolorosos (Gordon, Kwan, Minnich y Carter, 2014). Este modelo subraya la importancia de enseñar habilidades de regulación emocional y de emplear técnicas de modificación de cogniciones inadecuadas en el tratamiento de los pacientes con TCA y ANS.

Un estudio llevado a cabo por Arbuthnott, Lewis y Bailey (2015) investigó los cambios emocionales provocados por la rumiación a través de la inducción de ésta en una muestra de estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos tras el primer ensayo de rumiación apoyaron el Modelo de la Cascada Emocional, y pusieron de manifiesto que la inducción de rumiación se relaciona con un incremento de las emociones negativas en los sujetos con un historial de ANS, y con un descenso de las emociones positivas en los sujetos con un historial de TCA. Esto sugiere que pueden existir diferencias con respecto a cuáles son las principales emociones reguladas a través de las ANS (emociones negativas) y de los TCA (emociones positivas).

Arbuthnott et al. (2015) también demostraron que los sujetos con comorbilidad entre TCA y ANS fueron los que mostraron el mayor cambio emocional tras la rumiación, experimentando modificaciones tanto en las emociones positivas como en las negativas. Por otro lado, los resultados de su investigación destacaron el papel mediador que tienen los estados emocionales negativos de base y las dificultades para regular las emociones en la escalada emocional inducida por la rumiación. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos según los cuales los sujetos con historial de ANS y TCA tienden a presentar más emociones negativas en general y menos habilidades para regular sus emociones (Nock y Mendes, 2008) que los sujetos que no presentan estos comportamientos.

Uno de los modelos más comúnmente aceptados es el **Modelo de las Cuatro Funciones**, propuesto por Nock y Prinstein (2004). Según estos autores, las ANS cumplen cuatro funciones principales referidas a dos dimensiones, intrapersonal vs. social y refuerzo positivo vs. negativo:

- Refuerzo negativo intrapersonal: disminuir o eliminar emociones desagradables. Esta función, compatible con el Modelo de la Cascada Emocional, es la más comúnmente avalada.
- Refuerzo positivo intrapersonal: crear una emoción que reemplace el entumecimiento o las experiencias de disociación.
- Refuerzo negativo social: evitar una situación no deseada.
- Refuerzo positivo social: conseguir la atención o ayuda de otros.

Wedig y Nock (citado en Gordon et al., 2014) postularon que este modelo igualmente puede ser aplicado a los atracones de comida y las conductas purgativas, al tratarse también de comportamientos dañinos que pueden estar guiados por motivaciones internas y externas. Por tanto, según el Modelo de las Cuatro Funciones, los sujetos con déficits en habilidades para lograr sus objetivos de una manera adaptativa recurren a comportamientos disfuncionales, como TCA y/o ANS, para alcanzar sus metas.

Por otro lado, Claes et al. (2011) afirmaron que existe una relación negativa entre la crítica parental y la función de refuerzo positivo social de este modelo. En efecto, aquellos sujetos que han sido sometidos a una crítica severa por parte de sus padres parecen haber aprendido que las figuras de socialización van a responder de manera aversiva a sus peticiones de ayuda y apoyo, por lo que evitan recurrir a ellas.

La función de refuerzo positivo social se puede vincular con el **Modelo de influencia interpersonal** propuesto por Klonsky (2007), que concibe las ANS como un intento de buscar ayuda, evitar el abandono o influir en la conducta de otros. En relación con esto, en un estudio sobre ansiedad de separación en adolescentes, salió a la luz que las tendencias autodestructivas aparecen en la temprana adolescencia como respuesta a las separaciones (Hansburg, citado en Farber, 2008). En la misma línea, el estudio llevado a cabo por Rosen, Walsh y Rode (citado en Farber, 2008) puso de manifiesto que la frecuencia de automutilación en un grupo de adolescentes que se encontraban en tratamiento residencial aumentó de manera significativa cuando un miembro del staff anunció que iba a dejar su trabajo.

La **Teoría del Escape** (Heatherton y Baumeister, citado en Gordon et al., 2014) surge para explicar el suicidio y, posteriormente, también los atracones. Este modelo presenta la desregulación

comportamental como el resultado de una cadena de eventos que comienza con el fracaso en el cumplimiento de un estándar personal; este primer acontecimiento conlleva sentimientos de culpa y una autoconsciencia aversiva que generan un estado de ánimo negativo, dando lugar a una experiencia de disociación que culmina con la desregulación comportamental. Los constructos identificados en este modelo, como perfeccionismo, autoculpabilidad, autoconsciencia aversiva y disociación, se relacionan tanto con TCA como con ANS, lo que le aporta evidencia empírica. Las personas con altos niveles de perfeccionismo son particularmente vulnerables a experimentar la sensación de fracaso que constituye el primer eslabón de la cadena, ya que presentan estándares muy elevados y a menudo inalcanzables. Además, este modelo hace especial énfasis en el fracaso a la hora de cumplir con estándares relacionados con el cuerpo; también las actitudes negativas hacia el cuerpo han resultado ser relevantes tanto para los TCA como para las ANS.

El **Modelo de la Desregulación Emocional a través del Cuerpo** muestra cómo las personas que incurren en TCA y ANS emplean el cuerpo como herramienta para tratar de regular sus emociones. Si bien la desregulación emocional subyace a ambos comportamientos, constituye un factor de riesgo para múltiples psicopatologías y comportamientos impulsivos como abuso de sustancias, comportamiento sexual inapropiado o agresión. Muehlenkamp et al. (2012) refieren que la desregulación emocional constituye un factor de riesgo más específico y potente para TCA y ANS cuando va acompañado por actitudes negativas hacia el cuerpo, ya que éstas facilitan la aparición de comportamientos autodestructivos.

Por último, y aunque no se trata de un modelo estrictamente hablando, cabe destacar una variable estrechamente vinculada con la etiología de las ANS en sujetos con TCA; se trata de la **percepción alterada del dolor físico**, ya mencionada anteriormente. Los comportamientos propios de los TCA, como el ejercicio físico excesivo, la alimentación restrictiva, los atracones y las purgas, implican experiencias dolorosas que incrementan la capacidad del sujeto para soportar el daño, haciendo más probable que utilice las ANS como estrategias de afrontamiento. Se ha demostrado en laboratorio que los sujetos que incurren en TCA y ANS son menos sensibles al dolor y pueden tolerarlo mejor que los del grupo control; también se ha observado en ellos una reducción del miedo y de las actitudes negativas hacia el dolor (Selby, Connell y Joiner, 2010).

## **6. PRINCIPALES MODELOS DE TRATAMIENTO**

### **6.1. Terapia cognitivo-conductual**

La terapia cognitivo-conductual (CBT) ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de ANS y TCA; sin embargo, las investigaciones se han centrado en la aplicación de la CBT en los TCA y las

ANS por separado, no existiendo aún evidencia empírica que demuestre su eficacia en el tratamiento simultáneo de ambos trastornos (Peat, 2014).

La CBT tiene como objetivos fundamentales el entrenamiento en reestructuración cognitiva, dirigido a corregir las distorsiones cognitivas, así como el desarrollo y la práctica de conductas alternativas al empleo de comportamientos desadaptativos. En las primeras fases del tratamiento desempeña un papel fundamental la psicoeducación: es importante que el sujeto comprenda que las cogniciones están en el origen y mantenimiento de los comportamientos disfuncionales, y cómo la identificación y modificación de estos pensamientos puede influir en el cambio emocional y conductual.

Las etapas intermedias se centran en la enseñanza de técnicas de reestructuración cognitiva, que constituyen una adaptación de las técnicas propuestas por Beck para el tratamiento de la depresión, y consisten básicamente en identificar los pensamientos automáticos negativos, evaluar su ajuste con la realidad y desarrollar una cognición más flexible. Se trata de un proceso en el que el sujeto debe participar activamente, por lo que se habla de "empirismo colaborativo" (Beck, Rush y Shaw, citado en Peat, 2014), y el objetivo último es que el individuo sea capaz de aplicar estas técnicas de manera autónoma.

El siguiente paso es el entrenamiento en conductas alternativas al empleo de comportamientos disfuncionales. Walsh, citado en Peat (2014), ha identificado una serie de estrategias que pueden ser útiles para reemplazar las ANS, entre las que cabe destacar las técnicas de respiración y visualización, el ejercicio físico, la expresión artística (pintar, escribir, tocar un instrumento, etc.), el contacto social y las actividades de disfrute (leer, escuchar música, jugar con mascotas, etc.).

La última etapa del tratamiento, en la que las sesiones están más espaciadas entre sí, va encaminada a la prevención de recaídas: el sujeto debe identificar posibles situaciones desencadenantes de TCA y ANS con las que pueda encontrarse en el futuro, y practicar las estrategias de afrontamiento que ha aprendido para poder reaccionar ante esas circunstancias de una manera funcional.

## **6.2. Terapia familiar**

Al examinar los factores de riesgo, se han mencionado algunas variables vinculadas al contexto familiar. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que los estudios correlacionales no permiten extraer relaciones de causalidad. Por tanto, no debemos caer en el error de considerar determinadas variables familiares como los factores causales de la aparición de los síntomas, lo que podría llevar

a culpabilizar a la familia injustamente. Además, hay que considerar que la sintomatología característica de los TCA y las ANS tiende a ejercer una repercusión negativa en el ambiente familiar, incrementando el nivel de conflicto y tensión, por lo que la disfunción familiar puede ser vista también como una consecuencia de la propia enfermedad. Estos datos indican que existe una influencia bidireccional entre los factores de riesgo familiares y la sintomatología propia de los TCA y las ANS, cuya interacción recíproca contribuye al mantenimiento de estas conductas desadaptativas (Hughes, Allan y Le Grange, 2014).

El tratamiento basado en la familia (FBT) no concibe a la familia como factor causal, sino como un potente recurso para la recuperación del paciente, y en esta dirección otorga una gran importancia a los factores de protección familiares, un área de estudio que ha sido ignorada durante mucho tiempo y en la que todavía se requiere un gran trabajo de investigación. En efecto, diversos estudios han demostrado que los factores de protección familiares, tales como una interacción positiva padres-hijos, una comunicación abierta y una resolución positiva de los conflictos, reducen el riesgo de TCA y ANS, al contrarrestar la influencia negativa de los factores de riesgo (Konstantellou, Campbell y Eisler, citado en Hughes et al., 2014).

El FBT es un tratamiento en el que los padres son asesorados por los profesionales para asumir un rol activo en la curación de sus hijos. Se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la AN y de la BN (Treasure, Claudino y Zucker, 2010). El FBT puede subdividirse en tres etapas principales:

- En la primera, los padres asumen el control total de la alimentación, asegurándose de que el afectado ingiera una cantidad suficiente de comida y no lleve a cabo conductas compensatorias.
- Una vez que el peso del sujeto ha mejorado y su resistencia ha disminuido, va recuperando de forma progresiva una mayor autonomía sobre su alimentación, aunque ésta debe seguir siendo supervisada por los progenitores.
- Cuando ha alcanzado un peso saludable y las conductas disfuncionales han remitido, el tratamiento termina y el adolescente debe regresar a un funcionamiento lo más normalizado posible. Aún así, es conveniente alertar a los padres sobre la posible reaparición de los síntomas.

Es importante tener en cuenta que las ANS pueden aparecer o incrementarse a lo largo del tratamiento del TCA como una respuesta del sujeto frente a la estricta vigilancia por parte de los padres y los profesionales. En este contexto, como señalaron Hughes et al. (2014), las ANS pueden ser utilizadas por el sujeto como un mecanismo de autocastigo por haber incumplido sus propias

reglas de alimentación y haber subido de peso; también pueden ser empleadas para amenazar a sus padres, con el objetivo de que bajen la guardia en el terreno de la alimentación. Esto sitúa a los progenitores en una posición muy delicada, pues al ver a su hijo hacerse daño pueden ceder y disminuir el control de la alimentación con tal de que no se autolesione.

Es fundamental transmitir a los padres que, así como pueden contribuir a rescatar a su hijo en el ámbito de la alimentación, también pueden sostenerlo en el dominio de las ANS. Para ello, es crucial que comprendan las emociones que están en el origen de los comportamientos autolesivos, y ayuden al hijo a encontrar otras vías para aliviar esos estados afectivos, como por ejemplo conversar o dar un paseo con ellos. Asimismo, es fundamental que los progenitores entiendan que los TCA y las ANS son comportamientos ajenos a la esencia de la persona, que normalmente no es capaz de controlarlos.

### **6.3. Terapia basada en la mentalización**

La terapia basada en la mentalización (MBT) se asienta en las teorías del apego y de las relaciones objetales propias del psicoanálisis, y tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de mentalización del sujeto, es decir, de explorar y ser consciente de sus propios procesos mentales (pensamientos y emociones) y de los de las otras personas (Robinson, 2014). Los sujetos con TCA y ANS con frecuencia presentan dificultades en estos ámbitos, siendo proclives a mostrar un apego inseguro, así como un déficit en la capacidad de mentalización (Rossouw y Fonagy, 2012); esto sugiere que la MBT puede ser beneficiosa para el tratamiento de ambos trastornos. Los resultados de la investigación llevada a cabo por Robinson et al. (2014) demuestran la eficacia de la MBT en la reducción de los síntomas en sujetos con TCA y ANS.

Según explicó Robinson (2014), la capacidad de mentalización es muy sensible a los niveles de arousal, viéndose considerablemente alterada si éstos se incrementan (ej. ansiedad) o disminuyen (ej. despersonalización). Cuando el sujeto experimenta emociones y pensamientos negativos muy intensos que no es capaz de tolerar, tiende a buscar una vía para suprimirlos temporamente: se produce así una ruptura en el proceso de mentalización que puede desembocar en conductas autolesivas. Una de las metas primordiales de esta terapia es que el sujeto se dé cuenta de la estrecha relación que existe entre ese bloqueo en la capacidad de mentalización y los síntomas de TCA y ANS. Para ello, es fundamental que el individuo trate de identificar y explorar esa ruptura, rastreando los pensamientos y emociones que experimentó antes de que se produjera. Al comprender esta secuencia y familiarizarse con ella, podrá intentar interrumpirla antes de que falle la mentalización y tenga lugar el comportamiento de automutilación. Una de las características

primordiales de esta terapia es por tanto el foco afectivo: la clave es ubicar el comportamiento autolesivo en su contexto emocional.

La MBT comienza con una presentación didáctica de los principios básicos de este enfoque y se estructura en sesiones individuales y grupales. Las intervenciones grupales ayudan al sujeto a explorar otras perspectivas diferentes a la suya, por lo que resultan muy útiles para abordar la "equivalencia psíquica", el proceso por el cual el paciente considera que, si piensa algo, eso debe ser así realmente. Esto ocurre con frecuencia en la AN, en la que, como consecuencia del estado de desnutrición, se producen cambios significativos que afectan a la capacidad de mentalización, dificultando el movimiento hacia otras alternativas y puntos de vista (Oldershaw et al., citado en Robinson, 2014).

En este enfoque, el terapeuta intentará establecer un vínculo seguro con el paciente, actuando como un objeto de sostenimiento, de tal manera que el sujeto no necesite recurrir a su propio cuerpo para sentirse mejor (Farber, 2008). El desarrollo de un vínculo seguro tiene el potencial de alterar e incluso reparar el apego al dolor y al sufrimiento codificado en el cerebro de aquellos sujetos que se autolesionan.

Por otro lado, el terapeuta debe adoptar en todo momento una actitud de humildad y curiosidad, de "no saber"; es decir, no le dice al paciente qué es lo que éste está sintiendo o pensando, sino que le invita a explorar y describir sus propios procesos emocionales, cognitivos y relacionales, y a vincularlos con la experiencia con su propio cuerpo, concibiéndola como una "metáfora de la mente" (Bateman y Fonagy, 2009). Además, Robinson (2014) señaló que la transferencia y contratransferencia constituyen herramientas fundamentales en la MBT. El terapeuta observará la relación que establece el paciente con él, y al mismo tiempo prestará atención a sus propias reacciones emocionales, compartiéndolas con el sujeto cuando lo considere oportuno.

#### **6.4. Tratamiento farmacológico**

Plener y Schulze (2014) subrayaron que el tratamiento farmacológico debe ser empleado siempre como una herramienta adicional de apoyo, y nunca como un sustituto del tratamiento psicológico. En determinados casos es conveniente tratar con fármacos aquellos síntomas subyacentes y estrechamente vinculados con TCA y ANS, como la ansiedad, la depresión, la desregulación emocional o la compulsividad.

La implicación del sistema de opioides endógenos en las conductas de automutilación ofrece nuevas posibilidades de tratamiento sobre las que es necesario profundizar en investigaciones futuras. Diversos estudios ponen de manifiesto que los antagonistas de los opioides, como la naltrexona o la naloxona, son eficaces en la reducción de las ANS, por lo que podrían ser utilizados como apoyo al tratamiento psicológico. La explicación más plausible sugiere que estos fármacos, al bloquear los receptores opioides, disminuyen el valor reforzante que tienen las ANS y contribuyen así a su reducción. Por otro lado, algunas investigaciones demuestran que la acupuntura (Nixon, Cheng y Cloutier, citado en Bresin y Gordon, 2013) y el ejercicio físico (Wallenstein y Nock, citado en Bresin y Gordon, 2013), que conllevan la liberación de opioides endógenos, pueden ser útiles para disminuir las ANS.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Uno de los mayores obstáculos en el tratamiento de TCA y ANS es la frecuente falta de conciencia entre los sujetos afectados de la gravedad del problema que sufren y de la necesidad urgente de tratamiento, lo que a menudo se traduce en una actitud de rechazo o ambivalencia hacia el mismo (Bohon y McCurdy, 2014). A la hora de lidiar con estas situaciones comprometidas, los profesionales se enfrentan a un gran dilema ético, representado por el conflicto entre el deber de velar por la autonomía del sujeto (principio de autonomía) y la obligación de protegerlo del daño (principio de beneficencia).

Hay casos en los que el tratamiento del sujeto en contra de su voluntad está justificado por la situación de alto riesgo en la que se encuentra. Al forzarlo a acceder al tratamiento, podría parecer que el principio de beneficencia se está anteponiendo al principio de autonomía; sin embargo, esto no es así cuando la capacidad del individuo de autogobernarse y decidir sobre su propia vida está disminuida. Es fundamental tener en cuenta que en los TCA, y en particular en la AN, la desnutrición severa tiende a ocasionar una atrofia cerebral que merma las habilidades cognitivas del sujeto y afecta a su percepción del riesgo y a su capacidad para tomar decisiones (Tchanturia et al., 2007). En estas situaciones en las que la persona no cuenta con suficientes recursos para decidir por sí misma, está justificado que el profesional decida por ella, y hablaríamos de paternalismo débil.

El ingreso forzado de los sujetos con TCA es frecuente en la infancia y en la adolescencia, cuando la importancia del tratamiento se incrementa todavía más debido a las consecuencias particularmente graves que tienen estas conductas de riesgo en dichas etapas evolutivas, fundamentales para el crecimiento y desarrollo del individuo. Si los síntomas no se detienen en este

período crítico y se cronifican, pueden dejar secuelas irreversibles en la adultez como osteoporosis o infertilidad (Manley, Smyve y Srikameswaran, citado en Matusek y Wright, 2010).

Según afirmaron Bohon y McCurdy (2014), en el tratamiento de TCA y ANS es frecuente el empleo de prácticas restrictivas y coercitivas que parecen atentar contra los principios de autonomía y de justicia. Por ejemplo, es habitual la retirada de las pertenencias del sujeto, así como el control permanente del paciente, de tal manera que incluso sus actos más íntimos son observados, lo que implica una violación importante de la autonomía del individuo. En el tratamiento específico de los TCA, cabe mencionar el empleo de medidas coercitivas dirigidas a incrementar el peso y a reducir el gasto calórico, tales como las comidas supervisadas, la alimentación forzada o la restricción del ejercicio físico. Asimismo, es frecuente la implementación de castigos que consisten en la pérdida de determinados derechos (leer, escribir, pintar, recibir visitas de familiares y amigos, pasear...), que son considerados como "privilegios" o premios en función de los resultados obtenidos.

Resulta necesario sopesar los costes y beneficios de estos procedimientos. Por un lado, facilitan la recuperación del peso adecuado en un menor período de tiempo. Además, pueden contribuir a que el paciente se sienta menos atormentado por la ganancia de peso, al verse obligado a actuar como le indican los profesionales y no tener en sus manos la capacidad de decidir (Goldner, Birmingham y Smyve, citado en Matusek y Wright, 2010). Sin embargo, implican una pérdida importante de libertad para el individuo, que puede percibirlos como actos hostiles y autoritarios, y experimentar sentimientos asociados de vergüenza y humillación. Además, el paciente puede vivir estos procedimientos como un castigo a su propia enfermedad, lo que puede generarle sentimientos de culpa. También pueden agravar su salud psíquica, provocándole síntomas añadidos; por ejemplo, se ha observado que los pacientes sometidos a alimentación forzada por sonda nasogástrica pueden presentar síntomas asociados de estrés post-traumático (Bohon y McCurdy, 2014).

Según afirma Sullivan (2017), el enfoque tradicional empleado en el tratamiento de las ANS también presenta limitaciones. En primer lugar, impedir las conductas autolesivas implica privar al sujeto de una importante estrategia de afrontamiento, lo que eleva sus niveles de angustia y el riesgo de que se haga daño a escondidas, por vías más peligrosas, o incluso de que lleve a cabo un intento de suicidio. La alta tasa de incidencia de ANS en las unidades de Salud Mental corrobora que el enfoque tradicional puede exacerbar la conducta problemática en lugar de contenerla. En segundo lugar, las acciones llevadas a cabo para impedir las ANS, que en ocasiones incluyen el empleo de la fuerza, el aislamiento o la sedación, no respetan el ejercicio de la autonomía de la persona, y como tal constituyen un daño (Shiffrin, citado en Sullivan, 2017). Sullivan (2017) sostiene que las

consecuencias de estas prácticas pueden llegar a ser incluso más dañinas para el sujeto que el propio comportamiento autolesivo. Inkle, citado en Sullivan (2017), confirma esta idea al sostener que la prohibición es una forma de control más que una medida de apoyo, y tiende a generar en el sujeto la sensación de falta de ayuda.

Algunos autores objetan que las ANS no constituyen una decisión autónoma, y justifican así el empleo de procedimientos restrictivos. Sin embargo, gran parte de los individuos que incurren en ANS parecen entender la naturaleza y consecuencias de sus comportamientos autolesivos; por tanto, es posible que su decisión de hacerse daño sea realizada de manera autónoma, de la misma manera que muchas personas eligen fumar, consumir alcohol o llevar a cabo otras actividades que ponen en riesgo su salud. Todas estas elecciones son dañinas y, sin embargo, son reconocidas como elecciones autónomas y legítimas (Sullivan, 2017).

En definitiva, la presión externa y los procedimientos coercitivos pueden tener un efecto contraproducente, provocando en el sujeto un gran sufrimiento psicológico e incrementando su resistencia al tratamiento. El estudio llevado a cabo por Vansteenkiste, Claes, Soenens y Verstuyf (2013) demostró que los pacientes con comorbilidad experimentan una mayor presión externa para emprender el cambio, lo que merma aún más su bienestar personal. Además, el ansia de recuperar la libertad perdida puede llevar al individuo a rebelarse en el momento en el que le den el alta, apeándose con mayor rigidez a los síntomas de TCA y ANS, aunque lo que en realidad consigue es una especie de "pseudoautonomía" (Shapiro, citado en Vansteenkiste et al., 2013). También cabe destacar que la imposición de tratamientos coercitivos promueve un ambiente de confrontación en lugar de un entorno terapéutico, y tiende a desembocar en la ruptura de la alianza terapéutica, reduciendo considerablemente la probabilidad de que el afectado vuelva a pedir ayuda en el futuro (Richmond, citado en Matusek y Wright, 2010). En cambio, si el paciente emprende el cambio voluntariamente, no necesitará desafiar a la autoridad, contando con una base motivacional más estable que contribuirá al mantenimiento de los logros alcanzados (Vansteenkiste et al., 2013).

De esto se concluye que es crucial fomentar la motivación interna del paciente hacia el cambio y limitar el empleo de prácticas restrictivas (Fedyszyn y Sullivan, 2007); cuando éstas sean imprescindibles, deben implementarse de una manera respetuosa y cuidadosa, explicando al paciente las razones que subyacen a su utilización, en un intento de que las perciba como medidas de apoyo. Bohon y McCurdy (2014) concluyeron que es fundamental favorecer una discusión abierta y colaborativa entre el equipo de tratamiento y el paciente, asignándole un papel más activo, de tal manera que se sienta corresponsable de su propio proceso terapéutico. En la misma línea,

Matusek y Wright (2010) propusieron un modelo ético de toma de decisiones que, con carácter integrador, acoge y considera las perspectivas de los distintos sujetos implicados (paciente, familiares y allegados, y miembros del equipo de tratamiento); según este modelo, la clave de la recuperación reside en el fortalecimiento de la alianza terapéutica, fruto de la negociación con el paciente y su participación en la toma de decisiones.

Algunos autores afirman que incluso la no aceptación del cambio puede ser una decisión temporal del paciente que el terapeuta debe respetar (Vansteenkiste, Williams y Resnicow, 2012). En esta dirección, Sullivan (2017) refiere que, en determinadas ocasiones, permitir el daño es éticamente aceptable. El autor defiende el enfoque de minimización del daño como una alternativa al modelo tradicional que proporciona una respuesta pragmática y directa a las necesidades de los sujetos que se autolesionan. En efecto, esta perspectiva comprende y respeta la función que cumplen para el individuo los comportamientos autolesivos y, en lugar de prohibirlos, los acepta temporalmente como parte del proceso terapéutico mientras se desarrollan estrategias de afrontamiento alternativas. Para garantizar que, durante este período de tiempo, las ANS se lleven a cabo en las mejores condiciones de seguridad, este enfoque proporciona al sujeto pautas educativas para reducir el riesgo de infección, hemorragia, daño permanente o muerte. Al mismo tiempo, le ayuda a explorar el significado y las funciones de su comportamiento de automutilación, tratando de promover el cambio.

Permitir el daño en un entorno clínico parece ir en contra del principio de no maleficencia. Sin embargo, el enfoque de minimización del daño consiente transitoriamente la inflicción de un daño menor para prevenir un daño mayor, y conseguir así una reducción neta del daño (principio de proporcionalidad). Si bien esta propuesta no cuenta todavía con suficiente evidencia empírica, abre las puertas a un trato con el paciente más sensible y humano, buscando la construcción de una sólida alianza terapéutica, clave para la obtención de un buen resultado.

## **8. DISCUSIÓN Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA**

Tras haber revisado los modelos etiológicos y los diversos enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento de TCA y ANS, considero que el éxito de la terapia no se relaciona tanto con una determinada orientación teórica, sino más bien con una serie de aspectos fundamentales que resumiré a continuación. Además, haré alusión a las limitaciones del presente estudio, así como a las líneas de investigación futura que me resultan más interesantes para mejorar la comprensión y el tratamiento de la comorbilidad entre TCA y ANS.

En primer lugar, considero fundamental que el terapeuta intente comprender los significados más profundos que subyacen a los comportamientos autolesivos del sujeto. Al mismo tiempo, debe ayudar al sujeto a lograr la reintegración de las distintas partes disociadas del self y a subsanar sus carencias afectivas, actuando como base segura y proporcionándole una experiencia emocional correctora.

Debido a la trascendencia de determinados factores de riesgo en el desarrollo de la comorbilidad, es fundamental dotar al paciente de herramientas para contrarrestarlos. En primer lugar, cabe destacar el peso que tiene la desregulación emocional en el origen y mantenimiento de los TCA y las ANS; por ello, el tratamiento debe incluir la enseñanza de estrategias funcionales de autorregulación afectiva alternativas al empleo de conductas autolesivas. También se ha visto que los comportamientos de automutilación tienen una estrecha relación con un autoconcepto negativo y altos niveles de autocrítica y autoculpabilidad. De ahí la necesidad de fortalecer la autoestima del paciente, ya que sólo abandonará las conductas autodestructivas si se considera valioso y merecedor de cuidado.

Asimismo, en el tratamiento de TCA y ANS es crucial fomentar la motivación interna del paciente hacia el cambio. De poco servirá internar temporalmente a un paciente controlando estrictamente su alimentación y vigilándolo para que no se autolesione, si no conseguimos que elabore sus propias razones personales para abandonar las conductas autodestructivas y que, de esta manera, persiga el cambio voluntariamente, en lugar de hacerlo como una respuesta a la presión externa. En la misma dirección, es fundamental involucrar al paciente en el establecimiento de objetivos y en la toma de decisiones relativas a su proceso de tratamiento, siempre y cuando tenga capacidad de autogobierno.

El respeto de la ética profesional cobra especial relevancia en estos trastornos, en los que es habitual la negación de la enfermedad y el rechazo del tratamiento por parte del paciente; esto determina que los profesionales se enfrenten con frecuencia a un dilema ético, en el que resulta difícil conciliar el principio de autonomía y el principio de beneficencia. En todo caso, es fundamental limitar, en la medida de lo posible, los procedimientos coercitivos, especialmente aquellos que atentan contra los derechos y la dignidad de la persona; estas prácticas tienen efectos contraproducentes para el sujeto, aumentando en muchos casos su resistencia al cambio y favoreciendo la cronicidad de los síntomas. A la hora de tratar a niños y adolescentes, las decisiones terapéuticas deben ser moduladas por los riesgos añadidos que suponen estos trastornos en dichas etapas evolutivas, pero sin olvidar que ellos también son sujetos con derechos.

La familia juega un papel muy importante en la prevención y el tratamiento de ambos trastornos. En lo que se refiere a la prevención, es conveniente que las líneas futuras de investigación profundicen en los factores de protección familiares, dada su potencialidad para reducir el riesgo de aparición de TCA y ANS. En cuanto al proceso de tratamiento, es de gran importancia involucrar a la familia en el mismo, considerándola como un valioso recurso para la recuperación del paciente, y no como factor causal de la enfermedad.

La mayor parte de los modelos etiológicos revisados no han sido diseñados específicamente para explicar la comorbilidad entre TCA y ANS, sino, más bien, la desregulación emocional y su implicación comportamental en general, lo que supone una limitación importante. Además, muchos de ellos no han sido verificados en muestras de sujetos que presenten ambos trastornos simultáneamente, centrándose en la presencia de sólo uno de los mismos. Por ello, es conveniente que las investigaciones futuras vayan encaminadas al desarrollo de un modelo explicativo más específico que recoja los factores que explican la aparición y mantenimiento de ANS en sujetos con TCA. Este modelo permitirá una comprensión más sólida de la comorbilidad entre ambos trastornos, lo que supondrá un avance considerable tanto en el tratamiento como en el ámbito de la prevención y detección precoz.

Hemos visto que el Modelo de la Cascada Emocional describe un ciclo emoción negativa-rumiación que se retroalimenta y puede desembocar en actos autolíticos. Estos hallazgos sugieren la importancia de realizar investigaciones adicionales que persigan identificar los contenidos específicos de los pensamientos, así como las emociones concretas que preceden a los comportamientos de TCA y ANS. Esto permitirá aplicar técnicas enfocadas directamente a los precursores emocionales y cognitivos propios de dichas conductas autolesivas.

Los TCA y ANS presentan una serie de factores de riesgo compartidos con múltiples trastornos psicopatológicos. Ahora bien, algunos de los estudios citados han encontrado que un determinado factor de riesgo general, al combinarse con otras variables de riesgo, se convierte en un factor de riesgo más específico para la comorbilidad entre TCA y ANS. Por ejemplo, la desregulación emocional, cuando está acompañada por actitudes negativas hacia el cuerpo, aumenta significativamente la probabilidad de co-ocurrencia entre TCA y ANS. Es importante que los profesionales conozcan estas combinaciones entre factores de riesgo para llevar a cabo una mejor evaluación del sujeto, así como un tratamiento multifocal dirigido a las diversas variables

vinculadas. Por ello, es fundamental profundizar en este tipo de investigaciones, incorporando sus resultados al modelo mencionado.

Otra limitación de mi trabajo se debe a que la gran mayoría de las investigaciones existentes en este ámbito se basan en estudios transversales, o bien utilizan un diseño correlacional. Considero importante realizar en el futuro más estudios de carácter experimental, que posibiliten inferir relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Asimismo, es conveniente llevar a cabo más estudios longitudinales, que permitan observar la secuencia temporal de los hechos y la evolución del sujeto.

La mayor parte de los estudios realizados hasta ahora se han centrado en aplicar los diversos modelos de tratamiento a los TCA y las ANS por separado. Por ello, es importante que las futuras investigaciones vayan dirigidas al diseño y aplicación de tratamientos que intenten abordar simultáneamente las conductas disfuncionales propias de los TCA y las ANS, atendiendo a las conexiones existentes entre ellas, en lugar de considerarlas como comportamientos aislados. Asimismo, los estudios que demuestran la relación entre el sistema de opioides endógenos y las conductas autolesivas abren una prometedora línea de investigación que puede contribuir al hallazgo de terapias que complementen el tratamiento psicológico de estos trastornos.

Para finalizar, me gustaría destacar la notable influencia que ejerce el contexto sociocultural en los trastornos estudiados. Los altos niveles de exigencia que la sociedad actual impone, así como los estándares de imagen corporal que promueve, se transmiten masivamente a través de las redes sociales y los medios de comunicación, a la vez que no se propicia, e incluso se castiga, la expresión de las emociones negativas. La respuesta estigmatizante de la sociedad frente a las conductas autolesivas agrava aún más el sufrimiento de los afectados; sólo si la sociedad aprende a escuchar sin juzgar, no sólo las palabras, sino también los actos, podrá comprender que los comportamientos autolesivos son, en definitiva, un grito silencioso de dolor e incompreensión.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Arbuthnott, A.E., Lewis, S. P., y Bailey, H.N. (2015). Rumination and emotions in nonsuicidal self-injury and eating disorder behaviors: A preliminary test of the emotional cascade model. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 62-71. doi: 10.1002/jclp.22115.
- Baetens, I., Claes, L., Willem, L., Muehlenkamp, J., y Bijttebier, P. (2011). The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child-and parent-report. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 527-530. Doi: 10.1016/j.paid.2010.11.015.

- Bateman, A., y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. doi: 10.1176/appo.ajp.2009.09040539
- Bohon, C., y McCurdy, D. (2014). Ethical considerations in the treatment of eating disorders. *Focus*, 12(4). doi: 10.1176/appi.focus.120405.
- Bresin, K., y Gordon, K.H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 374-383. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.020.
- Claes, L., Fagundo, A.B., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Giner-Bartolome, C., Granero, R.,...Fernández-Aranda, F. (2015). Is non-suicidal self-injury related to impulsivity in anorexia nervosa? Results from self-report and performance-based tasks. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 28-33. doi: 10.1002/erv.2329.
- Claes, L., y Muehlenkamp, J.J. (2014). Non-suicidal self-injury and eating disorders: Dimensions of self-harm. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. Advancements in etiology and treatment* (pp. 3-18). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_4.
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., y Vandereycken, W. (2011). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 196-202. doi: 10.1002/erv.1158.
- Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2004). Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *European Psychiatry*, 19(8), 494-498. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.001.
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A., Renshaw, S.,...Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(7), 1345-1358. doi: 10.1017/S0033291716000027.
- Depestele, L., Claes, L., Dierckx, E., Baetens, I., Schoevaerts, K., y Lemmens, G.M. (2015). The role of non-suicidal self-injury and binge-eating/purging behaviours in family functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 413-416. doi: 10.1002/erv.2371.7.
- Depestele, L., Soenens, B., Lemmens, G.M., Dierckx, E., Schoevaerts, K., y Claes, L. (2017). Parental autonomy-support and psychological control in eating disorder patients with and without binge-eating/purging behavior and non-suicidal self-injury. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(2), 126-141. doi: 10.1521/jscp.2017.36.2.126.
- Farber, S.K. (2008). Dissociation, traumatic attachments, and self-harm: Eating disorders and self-mutilation. *Clinical Social Work Journal*. 36(1), 63-72. doi: 10.1007/s10615-007-0104-6.

- Favaro, A., Ferrara, S., y Santonastaso, P. (2004). Impulsive and compulsive self-injurious behavior and eating disorders: An epidemiological study. En J. Levitt, R. Sansone y L. Cohn (Ed.), *Self-harm behavior and eating disorders. Dynamics, Assesment, and Treatment* (pp. 31-44). New York, USA: Brunner-Routledge.
- Fedyszyn, I.E., y Sullivan, G.B. (2007). Ethical re-evaluation of contemporary treatments for anorexia nervosa: Is an aspirational stance possible in practice?. *Australian Psychologist*, *42*, 198-211. doi: 10.1080/00050060701326962.
- Fonagy, P., y Target, M. (1995). Understanding the violent patient: the use of the body and the role of the father. *International Journal of Psychoanalysis*, *76*(3), 487-501.
- Fujimori, A., Wada, Y., Yamashita, T., Choi, H., Nishizawa, S., Yamamoto, H., y Fukui, K. (2011). Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *65*, 272-279. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02192.x.
- Gordon, K., Kwan, M., Minnich, A. y Carter, D. (2014). Etiological models of non-suicidal self-injury and eating disorders. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. Advancements in etiology and treatment* (pp. 55-70). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_4.
- Hughes, E., Allan, E., y Le Grange, D. (2014). Family therapy for eating disorders and non-suicidal self-injury. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. Advancements in etiology and treatment* (pp. 147-162). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_9.
- Islam, M.A. Steiger, H., Jiménez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z.,...Fernández-Aranda, F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: Relevance of personality traits and gender. *European Eating Disorders Review*, *23*(6), 553-560. doi: 10.1002/erv.2374.
- Jacobson, C.M., y Luik, C.C. (2014). Epidemiology and sociocultural aspects of non-suicidal self-injury and eating disorders. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. Advancements in etiology and treatment* (pp. 147-162). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_2.
- Jacobson, C.M., Muehlenkamp, J.J., Miller, A.L., y Turner, E.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. doi: 10.1080/15374410801955771.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Matusek, J.A., y Wright, M.O. (2010). Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. *European Eating Disorders Review*, *18*, 434-452. doi: 10.1002/erv.1036.

- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., y Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 83-87. doi: 10.1016/j.brat.2008.10.011.
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C.M., Claes, L., y Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: Expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 416-425. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00100.x.
- Nock, M., y Mendes, W. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28-38. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.28.
- Nock, M., y Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
- Peat, C.M. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. advancements in etiology and treatment* (pp. 105-124). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_7.
- Peebles, R., Wilson, J.L., y Lock, J.D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 310-313. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.017.
- Plener, P. y Schulze, U. (2014). Pharmacological treatment of non-suicidal self-injury and eating disorders.. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. Advancements in etiology and treatment* (pp. 197-214). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_12.
- Robinson, P.H. (2014). Mentalisation-Based Therapy of non-suicidal self-injury and eating disorders: MBT-ED. En L. Claes y J.J. Muehlenkamp (Ed.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders. Advancements in etiology and treatment* (pp. 163-179). London, England: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40107-7\_10.
- Robinson, P., Barrett, B., Bateman, A., Hakeem, A., Hellier, J., Lemonsky, F.,... Fonagy, P. (2014). Study Protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14(51). doi: 10.1186/1471-244X-14-51.
- Ross, S., Heath, N.L., y Toste, J.R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83-92. doi: 10.1037/a0014826.
- Rossouw, T.I., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.018.

- Selby, E.A., Connell, L.D., y Joiner, T.E., Jr. (2010). The Pernicious blend of rumination and fearlessness in non-suicidal self-injury. *Cognitive and Therapy research*, 34, 421-428. doi:org/10.1007/s10608-009-9260-z.
- Selby, E.A., y Joiner, T.E., Jr. (2013). Emotional cascades as prospective predictors of dysregulated behaviors in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 168-174. doi:10.1037/a0029933.
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, y Mann, J. (2010). Nonsuicidal 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.
- Sullivan, P.J. (2017). Should healthcare professionals sometimes allow harm? The case of self-injury. *Journal of Medical Ethics*, 43(5), 319-323. doi: 10.1136/medthics-2015-103146.
- Svirko, E., y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421. doi: 10.1521/suli.2007.37.4.409.
- Tchanturia, K., Liao, P-C., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., y Campbell, I. (2007). An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 635-641. doi: 10.1017/S1355617707070798.
- Treasure, J., Claudino, A.M., y Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
- Turner, B.J., Yiu, A., Layden, B.K., Claes, L., Zaitsoff, S., y Chapman, A.L. (2015). Temporal associations between disordered eating and nonsuicidal self-injury: examining symptom overlap over 1 year. *Behavior Therapy*, 46(1), 125-138. doi: 10.1016/j.beth.2014.09.002.
- Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B., y Verstuyf, J. (2013). Motivational Dynamics Among Eating-disordered Patients With and Without Nonsuicidal Self-injury: A Self-Determination Theory Approach. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 209-214. doi: 10.1002/erv.2215.
- Vansteenkiste, M., Williams, G.C., y Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between Self-determination Theory and Motivational Interviewing examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(23). doi: 10.1186/1479-5868-9-23.
- Vieira, A.I., Machado, B.C., Machado, P.P., Brandao, I., Roma-Torres, A., y Gonçalves, S. (2017). Putative risk factor for non-suicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 544-550. doi: 10.1002/erv.2545.

- Vieira, A. I., Ramalho, S., Brandao, I., Saraiva, J., y Gonçalves, S. (2016). Adversity, emotion, regulation, and non-suicidal self-injury in eating disorders. *Eating Disorders*, 24(5), 440-452. doi: 10.1080/10640266.2016.1198205.
- Wang, S. B., 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. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.02.005.