



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN POBLACIÓN ADULTA
ESPAÑOLA: ESTUDIO COMPARATIVO DE ALGUNOS
FACTORES DE RIESGO**

Autor: María Such de Lorenzo-Cáceres

Tutor profesional: Rocío Caballero Campillo

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo de 2019

María
Such
de Lorenzo-Cáceres

**LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA:
ESTUDIO COMPARATIVO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO**



La autolesión no suicida en población española adulta: estudio comparativo de algunos factores de riesgo

María Such de Lorenzo-Cáceres¹, Rocío Caballero Campillo² y David Paniagua Sánchez³

1 Universidad Pontificia Comillas (España), 2 Universidad Pontificia Comillas (España), 3 Universidad Pontificia Comillas (España)

RESUMEN

Este trabajo pretende reflejar las características de la conducta autolesiva no suicida en la población española adulta y analizar la relación entre su prevalencia y ciertas variables psicológicas que parecen estar implicadas en su aparición o mantenimiento. Para definir la cuestión, se han tomado como referencia las definiciones propuestas por Gratz (2003), Klonsky (2007) y Nock y Favazza (2009) sobre la autolesión no suicida.

La muestra está integrada por adultos españoles (N = 1395), de entre 18 y 66 años y procedentes de múltiples provincias, de los cuales hay tanto individuos que se encuentran actualmente en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (muestra clínica, n = 427) como individuos que no (muestra general, n = 968). Se han recabado, además, otros datos como género, orientación sexual, si utilizaron alguna vez la autolesión en el pasado (incluida la adolescencia), si utilizan actualmente la autolesión y de qué tipo(s) según una clasificación cerrada de opciones. Por otra parte, se han evaluado en todos los participantes estrategias de afrontamiento, impulsividad y desregulación emocional; todas ellas variables que han demostrado estar implicadas de alguna forma con la autolesión en otras poblaciones y estudios. El análisis de los datos arroja relaciones significativas entre la autolesión y las variables demográficas y clínicas encuestadas, así como con determinadas dimensiones de afrontamiento, impulsividad y desregulación emocional. También se han hallado diferencias interesantes entre los grupos que se autolesionan y los que no, lo que podría indicar presencia de factores de riesgo y de factores protectores.

ABSTRACT

The present research aims to reflect the particularities of the nonsuicidal self-injury on a Spanish adults sample, analyzing the connection between its prevalence and some psychological variables that seems to participate in its appearance or its maintenance. To delimit the object of the study we have used the nonsuicidal self-injury definitions suggested by Gratz (2003), Klonsky (2007) and Nock & Favazza (2009).

The sample is formed by Spanish adults (N = 1395) between 18 and 66 years old and from multiple provinces, of which there are both psychological and/or psychiatric patients (clinic sample, n = 427) and general population subjects (general sample, n = 968). We have also collected data like gender, sexual orientation, if they ever used self-harm in the past (included

adolescence), if they are current using self-injury and what kind of. On the other hand, all participants have been evaluated in coping strategies, impulsivity and emotional dysregulation; all of them variables which have been proved to be related with self-injurious behavior in some way in other populations and studies. The data analysis shows significant relations between nonsuicidal self-injury and the surveyed demographic and clinical variables, just as with certain coping, impulsivity and emotional dysregulation measurements. It has also been found interesting differences between the groups that self-harm and those who not, which may be pointing the presence of some risk and protection factors.

INTRODUCCIÓN

La autolesión se define, actualmente, como una conducta deliberada y autoinfligida con la que el individuo busca alterar o dañar su superficie corporal, sin intención de suicidarse o de causar daños graves o permanentes, por lo que, habitualmente, esta conducta tiene como resultado lesiones de tipo leve o moderado. Las autolesiones a menudo se llevan a cabo a través de cortes, arañazos, quemaduras superficiales, golpearse, morderse o pegarse a sí mismo, golpear partes del cuerpo contra objetos, la introducción de objetos bajo la piel, la interferencia en la curación de heridas o, a veces, mediante el grabado de letras o símbolos en la piel (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala y Barlow, 2015; Gratz, 2003; Klonsky, 2007). Todas estas acciones suponen formas directas e inmediatas de causar daño, un criterio que diferencia a la autolesión de otro tipo de conductas perniciosas (Nock y Favazza, 2009) y, si bien los cortes suelen ser el tipo de autolesión más registrado, la realidad es que, habitualmente, la mayoría de los pacientes utilizan diversas formas de autolesión (Klonsky, 2007, 2010; Nock, 2010, citados por Bentley et al., 2015) En cuanto a la finalidad o motivación que subyace a la autolesión, una gran mayoría de autores se muestra de acuerdo en que se trata de un comportamiento desadaptativo utilizado para intentar regular emociones negativas intensas y pensamientos no deseados, ya que a menudo tiene como efecto inmediato la experimentación de alivio e incluso de emociones positivas. Además, Knock y Favazza (2009) consideran que la autolesión aparece acompañada de una fase cognitiva previa, que denominan como “pensamientos autolesivos no suicidas”, caracterizada por rumiaciones en torno a la autolesión y/o el sentimiento de necesidad de autolesionarse.

Históricamente, como nos explica Klonsky (2007), la autolesión se consideraba un síntoma de trastorno mental, crónico, y que era equiparable la esquizofrenia en cuanto a gravedad y modo de abordaje, internando al paciente y aplicándole tratamientos intensivos. No es hasta la década de los setenta cuando el tema se aborda con profundidad, tratando de esclarecer su etiología y su incidencia en la población. Finalmente, en los ochenta, la autolesión es incluida por primera vez

en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (American Psychiatric Association, 1980), o *DSM-III*, como síntoma del trastorno límite de personalidad (TLP). Ha permanecido como tal a lo largo de estos años, aun cuando se ha podido demostrar que la autolesión también aparece en personas afectadas de otros trastornos diferentes del TLP. No obstante, ha sido en el recientemente publicado *DSM 5* donde la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha abierto la opción de diagnosticar la recurrencia de autolesiones como una afección con entidad y criterios diagnósticos propios. Así, en el capítulo *Afecciones que necesitan más estudio* (*DSM 5*, págs. 803-806; APA, 2013), bajo el nombre de “Autolesión no suicida”, la APA propone seis criterios orientativos a fin de realizar un posible diagnóstico. Estos criterios reúnen, *grosso modo*, las características descritas anteriormente que acompañan a esta conducta, incluidas la finalidad, los antecedentes emocionales y cognitivos y su posición respecto al marco sociocultural. En cuanto a la temporalidad, establecen que la conducta tiene que haberse presentado al menos cinco veces en el último año para poder emitir un diagnóstico. En cualquier caso, la puerta que abre la APA al considerar tratar la conducta autolesiva como un hecho con entidad y características propias y transversal a diversos trastornos además del TLP (dejando a un lado las implicaciones sociales y económicas que a menudo se asocian con la APA) podría apoyar, en parte, la novedosa línea que empieza a surgir en algunos sectores que proponen, precisamente, dejar de relegar la autolesión al papel de simple indicador o síntoma y abordarlo holísticamente como un suceso complejo en el que participan variables físicas, psicológicas, personales y socioculturales. No obstante, este aspecto se tratará más adelante.

En lo que respecta a la epidemiología de la autolesión, resulta complejo hallar tasas consistentes de su prevalencia, tanto global como nacionalmente. Esto se debe, según Rodham y Hawton (2009), a la falta de consenso que aún persiste en la actualidad a la hora de definir qué es y qué no es autolesión, así como por la amplia gama de términos utilizados para denominar esta conducta, y que no siempre son definitorios o aclaratorios de la misma, siendo los límites bastante variables. Dicha variabilidad provoca, por tanto, que a la hora de realizar comparativas y metaanálisis de diferentes estudios sea complicado filtrar y encontrar todas las publicaciones respecto al tema, además de dificultar la realización de estadísticos y la puesta en relación de los datos sobre la autolesión, puesto que estos no se encuentran siempre suficientemente definidos u acotados convenientemente al incluirse según qué definición u objetivo unas variables u otras (por ejemplo, definiciones que incluyen el envenenamiento como forma de autolesión frente a las que no, o definiciones que no distinguen la intención, o no, suicida). Además, existe un segundo motivo que también dificulta la obtención de datos poblacionales representativos, y es que una gran parte de la información procede de bases y estudios llevados a cabo por hospitales y centros médicos, cuando en realidad, en un estudio llevado a cabo por Hawton, Harriss, Simkin, Bale y Bond en 2004 (citado en Rodham y Hawton, 2009), se pudo observar, por ejemplo, que

sólo un 6,3% de los adolescentes estadounidenses que habían llevado a cabo una autolesión llegaba a ir al hospital. Esto hace suponer, por tanto, que una parte de la población que utiliza la autolesión se encuentra infrarrepresentada, especialmente entre la considerada como no-clínica.

No obstante, a pesar de las dificultades, diferentes estudios han podido determinar intervalos de frecuencia de uso de la autolesión en una variedad de grupos poblacionales. Las cifras más actuales los proporcionan Bresin y Schoenleber (2015) citando diversas fuentes. Así, según Selby, Bender, Gordon, Nock y Joiner (2012), la incidencia de autolesiones en la población clínica de varios países va desde el 11,8% al 82,4%. Rodham y Hawton (2009) estiman que la edad de inicio en la autolesión va de los 14 a los 24 años, si bien la población de mayor riesgo es aquella que se encuentra entre los 18 y los 25. Este dato coincide con lo propuesto por el *DSM 5* (APA, 2014) que extiende la edad de riesgo hasta los 29 años, para después empezar a decaer la tendencia. Por lo tanto, parece ser que entre los adolescentes se alcanzan tasas de entre un 14 y un 24% (Heath, Schaub, Holly y Nixon, 2009; citado en Bresin y Schoenleber, 2015), de alrededor de un 13,4% en adultos jóvenes y de un 5,5% en adultos (Swannell, Martin, Page, Hasking y St. John, 2014; citado en Bresin y Schoenleber, 2015). Estas estadísticas son, más o menos, coincidentes con las de algunos otros estudios; Ross y Heath (2002) y Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) (citados en Klonsky, 2007) también establecen que entre un 14 y 17% de los adolescentes y adultos jóvenes se autolesionan, mientras que Muehlenkamp y Gutiérrez (2004), Zoroglu et al. (2003) y Ross y Heath (2002) (citados en Nock y Favazza, 2009) la estiman entre un 13,9 y un 21,4%. Además, Rodham y Hawton (2009) llaman la atención sobre la falta de datos e investigación sobre la autolesión en grupos de adultos mayores, cuando se ha podido establecer que, en dicho grupo, la autolesión está estrechamente relacionada con el riesgo de suicidio. Por otro lado, en lo que a España respecta, Díaz de Neira et al. (2015) reconocen en su estudio que actualmente se desconoce con exactitud la prevalencia de las conductas suicidas y autolesivas no-suicidas en la población adolescente española, y no parece que la situación sea diferente respecto a la autolesión en jóvenes y adultos, si bien la frecuencia parece ser menor en países mediterráneos y mayor en los países del norte de Europa. El único estudio español hasta el momento sobre este tema es el de Calvete, Orue, Aizpuru y Brotherton (2015), quienes ratifican, en una muestra de 1864 adolescentes del País Vasco, hasta un 32,2% de incidencia de conductas autolesivas. No obstante, no se han llevado a cabo, por el momento, otras investigaciones con mayor representatividad de los adolescentes españoles de otras Comunidades, mientras que el vacío existente en cuanto a investigaciones sobre la población joven y adulta de nuestro país es patente.

En cuanto a las diferencias de prevalencia de la autolesión según el sexo, Bresin y Schoenleber (2015) confirman que, efectivamente, existe una tendencia ligeramente mayor en mujeres en cuanto al uso de la autolesión, si bien la diferencia respecto a los hombres es mucho menor de lo

que hasta el momento se creía. Hasta ahora se había observado, además, que las mujeres parecían tener una mayor tendencia a utilizar métodos autolesivos que implicasen sangrado; mientras tanto, en los hombres no se presentan preferencias significativas de unos métodos sobre otros. Por otro lado, se proponen tres hipótesis para tratar de explicar la mayor prevalencia en mujeres. En primer lugar, los datos parecen apuntar a que los hombres utilizan la autolesión más con fines interpersonales o sociales, mientras que las mujeres alegan razones intrapersonales y emocionales. Segundo, podría estar influyendo el hecho de que los hombres tienen más posibilidades de involucrarse en actividades o conductas de riesgo y potencialmente dañinas que, sin embargo, se encuentran más o menos aceptadas socialmente para el género, con lo que el fin autolesivo pasaría desapercibido. Y, tercero, está el hecho de que existe mayor tendencia en las mujeres a utilizar estrategias de regulación emocional; si consideramos la autolesión como un tipo más de estrategia (eso sí, desadaptativa), podría explicarse la mayor frecuencia, además de la influencia de otras estrategias de afrontamiento más comunes en mujeres, como la rumiación, que parece ser que aumentan el riesgo. Por otra parte, y en relación con el sexo, es interesante observar también la existencia de relación entre la autolesión no suicida y la orientación sexual. Precisamente Taylor, Dhingra, Dickson y McDermott (2018) encuentran en su estudio un elevado riesgo de conductas autolesivas en una muestra de estudiantes universitarios *LGB* (siglas correspondientes a *Lesbian, Gay y Bisexual*); riesgo que los autores atribuyen a la correlación con los síntomas depresivos y ansiosos y la baja autoestima que encuentran en los participantes de su estudio, y que actuarían como factores mediadores para la aparición de la conducta autolesiva.

Como se mencionaba anteriormente, la categorización de la conducta autolesiva, y su diferenciación de otras conductas y trastornos que podrían pasar por similares, es uno de los retos a los que se enfrentan investigadores y clínicos actualmente, precisamente por la problemática que acarrea a la hora de investigar la autolesión la escasa definición de los distintos términos y la transversalidad con que se presenta la conducta en muy diferentes afecciones. Es por ello que autores como Nock y Favazza (2009) o Gratz (2003) denuncian la necesidad de utilizar un término específico para denominar a la autolesión no-suicida y distinguirla de la autolesión suicida o de la automutilación, por ejemplo, ya que los fines y la problemática subyacente en cada una de ellas es bien distinta. Así, algunos de los términos cuyo uso dichos autores cuestionan son los de “autolesión deliberada”, ya que no implica distinción en cuanto a la intencionalidad suicida; el conocido como “gesto suicida”, ya que este concepto, además de desfasado, se refiere a una autolesión con en el fin de hacer creer que ha habido un intento suicida y obtener algún “beneficio” en consecuencia (algo que, como actualmente sabemos, dista bastante de las causas de la autolesión); la ya mencionada “automutilación”, que implica una alteración radical o la destrucción total de un tejido (como una amputación), y que supone por lo tanto un nivel de daño y permanencia que rara vez se presenta en la autolesión “típica” (además de las connotaciones

particularmente negativas del término); o, finalmente, el término “parasuicidio”, de nuevo poco específico y que parece apuntar más bien a una intencionalidad suicida que, como ya se ha dicho, no está presente en la autolesión no-suicida (valga la redundancia). Además, Gratz (2003) incide especialmente en la importancia de diferenciar entre autolesión y las lesiones producto de un intento suicida, argumentando que, incluso a pesar de la comorbilidad entre ambas conductas, un considerable porcentaje de los individuos que se autolesionan no presentan historial de intentos de suicidio, y que incluso algunos estudios han llegado a evidenciar que los individuos con historial de autolesiones que intentan suicidarse lo hacen en períodos en los que no han estado utilizando la autolesión, y a menudo con métodos diferentes de los usados para autolesionarse (Schwartz et al., 1989; Walsh y Rosen, 1988; citados en Gratz, 2003).

A raíz de todo lo comentado, Nock y Favazza (2009) proponen la utilización del término *NSSI*, *Non Suicidal Self-Injury*, para referirse al tipo de autolesión del que hablamos. Explican las diferencias de la autolesión no suicida respecto a otros tipos de autolesión; principalmente, la autolesión estereotípica y la autolesión mayor. La primera se define por su elevada frecuencia de uso en un período de tiempo dado, por tener como resultado directo lesiones menores o superficiales (si bien pueden ser foco de un daño mayor debido a infecciones o una mala cicatrización) y porque suelen llevarse a cabo sin la mediación de instrumentos, como cuchillas, tijeras, alfileres, mecheros, etc. Se presenta mayormente en trastornos del desarrollo y/o con un componente neurológico, como el síndrome de Tourette, el síndrome de Lesch-Nyhan o el trastorno del espectro autista, por ejemplo. Por otro lado, la autolesión mayor tiene una frecuencia de aparición muy baja, a veces de un único episodio, pero sus consecuencias siempre implican un daño severo, y suele utilizarse para ello algún tipo de instrumento (aunque no siempre). Podría decirse que es prácticamente equiparable a la automutilación. En cualquier caso, la autolesión mayor aparece sobre todo en trastornos psicóticos y a veces durante cuadros de intoxicación con sustancias y, sin lugar a dudas, tienen ésta y la autolesión estereotípica una tasa de prevalencia mucho menor que la autolesión que aparece en pacientes con un neurodesarrollo normal y sin trastornos psicóticos.

Por otro lado, es conveniente reflexionar también sobre aquellos comportamientos que, a priori, podría considerarse como autolesivos pero que no se consideran como tal. Según Klonsky (2007), lo que diferencia a otras conductas que podrían pasar por similares de la autolesión, como el abuso de sustancias o la provocación del vómito, por un lado, o la realización de piercings o tatuajes, por otro, es que en las primeras el daño que se produce en los tejidos u otros órganos es inintencionado, mientras que las segundas son modificaciones corporales con un fin estético y artístico aceptadas e integradas socialmente. No obstante, como el propio autor reconoce, no siempre es fácil establecer límites claros.

En cuanto a los diagnósticos que suelen o tienen algún riesgo de presentar conductas autolesivas entre sus síntomas, podrían ser divididos, en principio, en dos grandes bloques: por un lado, los síndromes de origen genético y/o que concurren con trastornos del neurodesarrollo, y, por otro, los trastornos psiquiátricos. Dentro del primer bloque, la prevalencia de la autolesión se estima entre un 1,7 y un 41% (Cooper et al., 2009; citado por Crapper y Ernst, 2016), siendo, según sugieren Crapper y Ernst (2016), el grado de déficit intelectual, de autismo y de déficits comunicativos los tres factores de riesgo más potentes para el desarrollo de conductas autolesivas en esta población (de Winter, Jansen y Evenhuis, 2011; citado por Crapper y Ernst, 2016). Algunos síndromes llegan a presentar, no obstante, una tasa del 100% de conductas autolesivas; es el caso del síndrome de Lesch-Nyhan. Este está provocado por una mutación en el gen *HPRT1*, que codifica una enzima que, en el caso de llegar a presentar una actividad menor a un 1,5%, se relaciona consistentemente con una incidencia del 100% de conductas autolesivas (Sher y Stanley, 2009; Crapper y Ernst, 2016). Otros síndromes que también presentan unas tasas igual de altas son el síndrome de Smith-Magenis, en la variante que presenta la mutación del gen *RAI1*, con una incidencia también del 100%, y el síndrome de Cri du Chat, causado por una deleción en el cromosoma 5p y con una incidencia de entre un 76,8 hasta un 92%, si bien los genes causantes de la conducta autolesiva en este síndrome aún no han sido identificados (Cerruti Mainardi, 2006; citado por Crapper y Ernst, 2016; Crapper y Ernst, 2016). Además, otros trastornos neurológicos o con un fuerte componente genético susceptibles de presentar conductas autolesivas, son el síndrome de Cornelia de Lange (Cataldo y Harris, 1982; citado por Luiselli, 2009), el síndrome de Prader-Willi (Antochi, Stravakaki y Emery, 2003; citado por Sher y Stanley, 2009), cuadros que cursan con una discapacidad intelectual de moderada a severa (Sher y Stanley, 2009, 2010; Crapper y Ernst, 2016), trastornos enmarcados dentro del espectro autista (Park et al., 2016; Maddox, Trubanova y White, 2016) e incluso se han descrito casos de síndrome de Tourette (Sandyk y Bamford, 1988; citado por Sher y Stanley, 2009). No obstante, el aspecto de la autolesión en los trastornos del espectro autista debe ser tratado con particular delicadeza. Maddox et al. (2016) argumentan que, hasta ahora, la autolesión en pacientes con esta condición se había estudiado desde la perspectiva utilizada para pacientes con otros déficits neurológicos, no habiendo estudios de ningún tipo que abordasen la autolesión en pacientes con autismo desde el paradigma psicológico, cuando las evidencias halladas por el grupo de Maddox muestran que hasta un 50% de sus pacientes utilizaba la autolesión no suicida con fines similares a los de los pacientes psiquiátricos. Así pues, el estudio de la autolesión en esta población puede ayudar a entender la motivación, las diferencias y los mecanismos subyacentes a dicha conducta.

Por otro lado, en lo referente a los trastornos psiquiátricos, el trastorno que con mayor frecuencia se presenta asociado a la autolesión es el trastorno límite de personalidad. En dicho trastorno, la prevalencia de conductas autolesivas oscila entre el 17 y el 80%, según Crapper y

Ernst (2016), y sigue siendo en la actualidad el único trastorno psiquiátrico que cuenta con la autolesión como uno de sus criterios diagnósticos en los dos principales manuales utilizados en psiquiatría y psicología (a saber, *CIE-10* y *DSM 5*). Este trastorno se caracteriza, además, por una marcada inestabilidad, tanto en la afectividad, como en las relaciones interpersonales y la identidad personal, así como por sensaciones intensas de vacío, conductas impulsivas o de riesgo para la persona, conductas dirigidas a evitar un abandono real o imaginario y, a veces, sensaciones disociativas o ideas de tipo paranoide asociadas al estrés agudo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Sin embargo, existen probadas evidencias de la incidencia de la autolesión en otros trastornos psiquiátricos, y son cada vez más los autores que abogan por investigar dichas asociaciones rompiendo con el estereotipo trastorno límite- autolesión. Algunos de ellos son los trastornos de la conducta alimentaria, el abuso de sustancias, la depresión mayor, el trastorno bipolar, el estrés post-traumático (TEPT), el trastorno de pánico, el de ansiedad generalizada, la ansiedad social o el trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) (McKay y Andover, 2014; Bentley et al., 2016; Crapper y Ernst, 2016). Bentley et al. (2016) o Westlund Schreiner et al. (2015) apuestan por un enfoque transdiagnóstico de la conducta autolesiva. De hecho, Bentley et al. (2016) relacionaron la autolesión con los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, encontrando que, efectivamente, los individuos diagnosticados con un trastorno de tipo emocional informaban de un uso mucho mayor de la autolesión que pacientes con otros diagnósticos, siendo la correlación particularmente estrecha con el trastorno de pánico y el TEPT. Cabe añadir, además, que resultaría particularmente interesante e importante estudiar la relación que se establece entre el TOC y la conducta autolesiva a través del trastorno de excoriación de la piel ya que, según McKay y Andover (2012), esta última es una conducta de tipo lesivo con un importante impacto físico, social y psicológico en las personas que la llevan a cabo, dando lugar a cicatrices, infecciones e incluso a deterioro profundo del tejido dérmico, y se asocia igualmente con sentimientos de tensión, ansiedad y/o frustración emocional. No obstante, la APA considera la autolesión no suicida como una afección diferente (y no explicable por) del diagnóstico de trastorno por excoriación de la piel (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Respecto a los factores de riesgo que parecen estar relacionados con la aparición de la autolesión no suicida, algunos de los más relevantes son los siguientes:

La autolesión parece presentar una fuerte relación con la vivencia de experiencias estresantes o traumáticas en la infancia o la adolescencia, como enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, pérdidas de familiares cercanos y, especialmente, la vivencia de experiencias de maltrato o abuso (Gratz, 2003; Yates, 2009). Concretamente, según cita Yates, hasta un 79% de pacientes con conductas autolesivas declara haber sufrido algún tipo de abuso en la infancia. Gratz (2003) clasifica estas posibles vivencias traumáticas en abusos sexuales, abuso físico, negligencia física, negligencia emocional, separación y/o pérdida y calidad y seguridad del apego, y encuentra

predisponentes e indicios, si no relaciones significativas, en todas estas experiencias para el desarrollo de conductas autolesivas. Yates (2009) incluso propone la hipótesis de que sería posible predecir y diferenciar tipos específicos de autolesión en relación a las experiencias traumáticas vividas.

También está relacionada la impulsividad. En este aspecto, Westlund, Schreiner et al. (2015) encontraron resultados variados y poco concluyentes a la hora de poner en relación el constructo completo de impulsividad con el de la autolesión. Sin embargo, si el comportamiento impulsivo se desglosa en sus componentes (urgencia negativa, falta de premeditación y falta de perseverancia), se pueden establecer relaciones claras con todos ellos (Hamza et al. 2015). Estos autores encontraron que la relación era particularmente fuerte con el componente “urgencia negativa”, que suele estar asociado además a perfiles de personalidad de tipo neurótico, lo que sugiere principalmente que los pacientes que se autolesionan lo hacen con el fin de evitar emociones o situaciones displacenteras o estresantes.

Finalmente, existen otras variables personales intervinientes. Gratz (2003), a partir del marco teórico de Linehan (1993), propone la reactividad y la elevada intensidad emocional; otras se relacionan con las estrategias de afrontamiento y de gestión del estrés de los pacientes que se autolesionan. Asimismo, McKay y Andover (2014) y Richmond et al. (2016), consideran que la supresión emocional y, especialmente, la rumiación, podrían ser estrategias de regulación emocional desadaptativas relacionadas e incluso predictoras de un mayor uso de la autolesión como estrategia de afrontamiento.

Así, tras haber expuesto una revisión del estado de la cuestión acerca de la autolesión no suicida, incluidos los principales factores de riesgo que parecen estar implicados en la aparición de esta conducta, el objetivo fundamental de este trabajo será analizar la relación de tres de dichos factores (impulsividad, desregulación emocional y estilos de afrontamiento) con la presencia o no de autolesiones en el momento actual en dos grupos muestrales de población adulta española (constituidas por población general y por población clínica), esperando encontrar diferencias significativas al comparar los resultados de ambas muestras. Por lo tanto, se trata de un estudio observacional ex-postfacto. Además, otros objetivos secundarios serán: analizar las relaciones entre impulsividad, desregulación y afrontamiento, esperando encontrar coherencia entre las puntuaciones de los cuestionarios; analizar la frecuencia con que se utiliza la autolesión en ambas muestras y las posibles diferencias en dicha frecuencia, así como los métodos más utilizados de autolesión; analizar la prevalencia de conductas autolesivas en ambos grupos (es decir: si se utilizó la autolesión en el pasado y si se sigue utilizando en el presente o recientemente) y la posible relación de dicha prevalencia con las tres áreas evaluadas; y, por último, analizar la relación entre la conducta autolesiva, el sexo y la orientación sexual en ambas muestras.

Por ello, la primera hipótesis de la que parte este estudio es que se encontrará una frecuencia significativamente mayor de conductas autolesivas en las mujeres y en la población LGTBQ+, en la primera franja de edad (18 a 25 años), en la muestra de población clínica y en la muestra que dice haber utilizado la autolesión en el pasado respectivamente, así como una frecuencia mayor del uso de cortes frente a otras formas de autolesión. La segunda hipótesis es que se espera hallar una relación significativamente positiva entre la presencia de conductas autolesivas y mayores puntuaciones en rechazo, interferencia y descontrol emocional, mayores puntuaciones en la dimensión “Urgencia Negativa” de la escala de impulsividad y mayores puntuaciones en las en la dimensión “Evitación” en las estrategias de afrontamiento. Finalmente, la tercera hipótesis consiste en que se espera, por un lado, observar relaciones positivas significativas entre la evitación y la urgencia negativa, la evitación y el rechazo, la interferencia y el descontrol emocional, y la urgencia negativa y las dimensiones “Rechazo”, “Interferencia” y “Descontrol emocional”. Por otro, se espera hallar una relación negativa entre el afrontamiento basado en la solución de problemas y la reestructuración cognitiva y la evitación, la urgencia negativa y el rechazo, la interferencia y el descontrol emocional.

En última instancia, lo que se busca con este estudio es poder analizar la incidencia actual de la autolesión no suicida en la población adulta española y su posible relación con determinados factores demográficos y determinados factores psicológicos frecuentemente relacionados con la aparición de esta y de otras conductas problemáticas, a fin de poder empezar a trazar uno o varios perfiles con un mayor riesgo de presentar conductas autolesivas en la etapa adulta.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio ($n = 1935$) está compuesta por dos subgrupos a los que se ha denominado “muestra general” ($n = 968$) y “muestra clínica” ($n = 427$). Los integrantes de ambos grupos son adultos españoles de entre 18 y 66 años ($M = 26,9$; $DT = 8,2$), con diferentes identidades de género (hombres cisgénero $n = 509$, mujeres cisgénero $n = 828$ y colectivo transgénero y no-binario $n = 58$) y diversas orientaciones sexuales (heterosexual $n = 791$, bisexual $n = 412$, homosexual $n = 135$ y colectivo asexual y Q+ $n = 42$). En la tabla 1 se puede observar la distribución de la muestra según las variables demográficas y clínicas.

Esta composición se ha obtenido por un procedimiento de muestreo no probabilístico denominado “bola de nieve”, solicitando a las personas su participación en el estudio a través de distintas redes sociales (principalmente Instagram©, Facebook© y Twitter©). El criterio discriminativo para formar los grupos muestrales es haber recibido o no tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en

los últimos 9 meses; de ser afirmativa la respuesta, el participante pasa a ser integrante del grupo de población clínica. Sin embargo, no se considerará parte de la población clínica a participantes que pudieran estar en tratamiento farmacológico prescrito por otros especialistas (por ejemplo, médico de Atención Primaria) al no tratarse de un abordaje especializado para problemas de salud mental. En cuanto a los criterios de exclusión, no se considerará para la investigación a aquellos sujetos que no cuenten con la nacionalidad española, que estén fuera del rango de edad establecido o que completen de forma incorrecta el estudio. El fin de la creación de estos dos grupos muestrales es observar si existen o no diferencias significativas entre ambos para las variables evaluadas.

Respecto al análisis de las variables, al tratarse de un estudio de los factores de riesgo, la conducta autolesiva es nuestra variable dependiente, mientras que las variables independientes son la edad, el sexo, la orientación sexual, el grado de impulsividad, la tendencia a la desregulación emocional y el estilo de afrontamiento del estrés.

Tabla 1
Datos demográficos y clínicos generales

Variable		
<i>N</i>	1395	
<i>M</i> Edad (<i>DT</i>)	26,9 (8,2)	
	<i>n</i>	%
Edad por grupos		
18 - 25	785	56,3
26 - 35	383	27,5
36 - 66	227	16,3
Género		
Hombre cis	509	36,50
Mujer cis	828	59,4
Trans o No Binario	58	4,2
Orientación Sexual		
Heterosexual	791	56,7
Bisexual	412	29,5
Homosexual	135	9,7
Asexual y Q+	32	2,3
NS/NC	24	1,7
En tto. los últimos 9 meses		
Sí (muestra clínica)	427	30,6
No (muestra general)	968	69,4
AL en el pasado		
Sí	758	54,3
No	637	45,7
AL en los últimos 18 meses		
Sí	435	31,2
No	960	68,8

Nota. *M* = Media. *DT* = Desviación Típica. *AL* = Autolesión.

Instrumentos

La recogida de información se ha realizado mediante un formulario on-line, a fin de facilitar el acceso a los posibles participantes. En dicho formulario se integran los siguientes instrumentos de evaluación:

- Para la recogida de datos demográficos y relacionados con la muestra, se ha utilizado un modelo básico de entrevista semiestructurada, donde se pregunta al participante por: edad, nacionalidad, provincia actual de residencia, identidad de género y orientación sexual, si ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en el último año, si en base a la definición de autolesión proporcionada por Nock y Favazza (2009) y Klonsky (2007) el sujeto se ha infligido autolesiones en el último año y seis meses, si en base a la mencionada definición el sujeto se ha autolesionado en el pasado (incluida la adolescencia) y, en el caso de haberse autolesionado en el último año y medio, que por favor enumere los métodos utilizados. Además, se incluyó también una pregunta, de respuesta voluntaria para evitar causar malestar en los participantes en posible riesgo, sobre los tipos de autolesión utilizados según las siguientes categorías: arañazos, cortes con objetos afilados o punzantes, golpear alguna parte de mi cuerpo con o contra un objeto, golpearme o pegarme a mí mismo, morderme a mí mismo, pellizcos y quemaduras, incluidas por fricción. Al ser una pregunta multirrespuesta, también se ha contabilizado el número total de tipos utilizados.
- Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento, se ha administrado la *Escala Reducida del COPE-Abreviada (Brief-COPE Short Form*, de Carver (1997)) en un formato propuesto por Eisenberg, Shen, Schwarz y Mallon (2012) y adaptado al español por Sanjuán, Magallares, Ávila y Arranz en 2016. Esta escala está compuesta por 14 ítems medidos por una escala Likert del 0 al 6, siendo 0 “no, en absoluto” y 6 “totalmente”. Cada ítem de la escala representa una estrategia de afrontamiento, coincidentes con las subescalas propuestas en la versión del *COPE-Breve* de 28 ítems (o *COPE-28*; Morán, 2009). Estas estrategias son: Afrontamiento Activo, Planificación, Apoyo Instrumental, Apoyo Emocional, Distracción, Desahogo, Desconexión Conductual, Reinterpretación Positiva, Negación, Aceptación, Espiritualidad, Uso de Sustancias, Humor y Autoinculpación. A su vez, estas estrategias se agrupan en 6 subescalas, cuyas puntuaciones se obtienen mediante la media de las puntuaciones de los ítems que la componen. Estas subescalas son: Afrontamiento basado en solución de problemas y reinterpretación positiva (AFPOS), Afrontamiento basado en el apoyo social (APSOC), Afrontamiento basado en la Evitación (EVIT), Afrontamiento basado en la Aceptación (ACCEPT), Afrontamiento

basado en el Humor (HUMOR) y Afrontamiento basado en la Espiritualidad (ESPIRIT).

El estudio llevado a cabo por Sanjuán et al. (2016) evidenció que los ítems de esta escala presentaban buenos coeficientes de fiabilidad al agruparlos en dos factores: Afrontamiento Efectivo ($\alpha = .75$ y $.70$) y Afrontamiento Inefectivo ($\alpha = .71$ y $.69$). El análisis de la fiabilidad general llevado a cabo para nuestra muestra proporciona un $\alpha = .41$; un coeficiente que se explicaría por el reducido número de ítems que integran la Escala Reducida.

- Para la evaluación del grado de impulsividad y sus subcomponentes, se ha utilizado la escala *Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation Seeking and Positive Urgency* en su versión breve (*SUPPS-P*; Cyders, Littlefield, Coffey y Karyadi (2014); adaptación al español por Pilatti, Lozano y Cyders (2015)). Esta escala está diseñada para medir cinco dimensiones diferentes de lo que denominamos impulsividad; a saber: Urgencia Negativa (URNEG), Falta de Perseverancia (PERS), Falta de Premeditación (PREM), Búsqueda de Sensaciones (BSENS) y Urgencia Positiva (URPOS). En su versión breve, el cuestionario está compuesto de 20 ítems que se responden según una escala Likert invertida, siendo el valor 1 “completamente de acuerdo” y el 4 “completamente en desacuerdo. Cada dimensión está representada por 4 ítems. A la hora de obtener los resultados, y como la escala se encuentra invertida, será necesario revertir las puntuaciones en los ítems indicados (es decir, una puntuación de 1 en dichos ítems equivaldría a un 4). A mayor puntuación en la escala, mayores niveles de impulsividad global, si bien lo interesante es realizar un análisis por dimensiones. Puntuaciones altas en Urgencia Negativa indicarán tendencia a actuar precipitadamente cuando se experimentan emociones intensamente negativas; en Falta de Premeditación, indicarán tendencia a actuar de forma irreflexiva. Una puntuación alta en Falta de Perseverancia indicaría dificultad para permanecer centrado en una tarea, mientras que en Búsqueda de sensaciones señalaría tendencia a buscar emociones y experiencias nuevas y excitantes. Por último, una puntuación alta en Urgencia Positiva indicará una tendencia a actuar impulsivamente cuando se tienen emociones intensamente positivas. La consistencia interna de esta escala fue probada por Pilatti et al. (2015) utilizando un modelo TRI. El cálculo de la fiabilidad global de esta escala para nuestra muestra es $\alpha = .70$, mientras que la fiabilidad para las subescalas son $\alpha = .71$ para Urgencia Negativa, $\alpha = .78$ para Falta de Perseverancia, $\alpha = .81$ para Falta de Premeditación, $\alpha = .72$ para Búsqueda de Sensaciones y $\alpha = .86$ para Urgencia Positiva.

- Por último, para la evaluación de la tendencia a la desregulación emocional, se ha empleado la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*; de Scale, Gratz y Roemer (2004)) adaptada al español por Hervás y Jódar (2008). La *DERS* está pensada para evaluar dificultades en el proceso de regulación emocional. Es un cuestionario de 28 ítems que puntúan con una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”. Estos ítems pertenecen a 5 subescalas que se corresponden con los procesos implicados en la desregulación emocional que evalúa esta escala; a saber: Desatención Emocional (DESATNC), Confusión Emocional (CONF), Rechazo Emocional (RECHZ), Interferencia Cotidiana (INTERF) y Descontrol Emocional (DESCONT). Una puntuación alta en Descontrol señalará una tendencia de la persona a sentir que las emociones le desbordan; una puntuación alta en Interferencia, indica dificultad para llevar a cabo tareas rutinarias debido a la presencia de emociones intensas. Puntuaciones altas en Desatención apuntan a una baja conciencia de las emociones propias, mientras que una puntuación elevada en Confusión indicaría una dificultad para distinguir o diferenciar emociones. Finalmente, una puntuación elevada en Rechazo indicaría dificultad para aceptar la aparición de emociones. El análisis de la fiabilidad global de esta escala en nuestra muestra arroja un $\alpha = .95$.

Procedimiento

El estudio y sus particularidades fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Comillas. Tras la aprobación, la encuesta se desarrolló a través de la aplicación Google Forms© y se habilitó de forma online a partir de febrero de 2019. La recogida de datos se cerró en marzo del mismo año, habiendo reclutado a los participantes a través de distintas redes sociales. Una vez se refinaron los datos obtenidos (principalmente eliminando respuestas de otras nacionalidades y de menores de edad), se contabilizaron un total de 1395 participantes con sus correspondientes respuestas para todos los ítems, exceptuando la pregunta “Indica, por favor, tu orientación sexual”, donde se contabilizaron 1394 respuestas y un valor perdido por ausencia de la misma. Se procedió entonces al análisis cualitativo y cuantitativo de los datos.

Análisis de los datos

Se calcula la distribución de la muestra por edad y de las medias de las puntuaciones para las escalas administradas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras no paramétricas. Una vez obtenidos los resultados, y dado que $p < .05$, se asume la normalidad de la muestra según

los criterios de Curran, West y Finch (1996), ya que tanto las asimetrías como las curtosis que proporciona el análisis son todas menores de 2 y de 7, respectivamente, en sus valores absolutos.

En primer lugar, se creó una tabla de frecuencias (tabla 1) para conocer la composición de la muestra de forma detallada. En el caso de la variable edad, se determinó que era más beneficioso crear tres grupos según las frecuencias: G1, compuesto por los participantes de entre 18 y 25 años, G2, compuesto por los de entre 26 y 35, y G3, integrado por individuos de entre 36 y 66 años. Respecto al género y a la orientación sexual, se aglutinaron en el mismo grupo a transexuales y no binarios, por un lado, y a asexuales y Q+ por otro, con el fin de crear un número muestra lo suficientemente representativo con el que poder operar, a pesar de las diferencias definitorias de cada identidad. Por otro lado, se sumó el número de tipos de autolesión señalados por quienes respondieron a esa cuestión para crear una nueva variable que fuese “Total de tipos de autolesión utilizados”. Por último, también se llevó a cabo la recodificación de los valores de algunos de los ítems de los cuestionarios *SUPPS-P* y *DERS*, ya que puntuaban de forma inversa, y a continuamos con el cálculo de las puntuaciones medias de los participantes para cada dimensión de las escalas.

Una vez tratados los datos, se compusieron dos tablas de frecuencias cruzando las variables independientes de tipo categórico con la variable dependiente “Autolesión en los últimos 18 meses” (a partir de ahora, citada también como AL o AL actual), por un lado, y con los diferentes tipos de autolesión y el número de variantes utilizadas, por otro (tablas 2 y 3). Posteriormente, se realizó la prueba χ^2 de Pearson para comprobar la prevalencia en nuestra muestra de la autolesión no suicida según los el género, la orientación sexual, la pertenencia a la muestra clínica o a la muestra general y el uso o no de la autolesión en el pasado. A continuación, se llevó a cabo la prueba ANOVA de un factor para muestras independientes para obtener, primero, el análisis de la varianza de las puntuaciones medias en cada escala según los criterios demográficos y clínicos y, segundo, para analizar la varianza de las puntuaciones según los criterios demográficos y clínicos combinados con la variable “AL actual”, a fin de encontrar las diferencias de puntuación en las escalas entre las personas que utilizan la autolesión actualmente y las que no (VD) por cada categoría (VI). Para esta prueba fue necesario, por lo tanto, crear nuevos grupos resultantes de la combinación de la variable dependiente con las diferentes variables independientes. Finalmente, se realizó la prueba *r* de Pearson con el fin de detectar posibles relaciones entre dimensiones medidas por cada escala.

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas Excel del paquete Office 2013 y SPSS versión 24.0, ambos para Windows.

Resultados

El análisis de las frecuencias de las variables demográficas muestra indicios interesantes en cuanto a la prevalencia de la autolesión que pueden ser observados en la tabla 2, con un 31,2% sobre el total de la muestra que declara utilizar la autolesión.

Tabla 2
Frecuencias de AL según variables demográficas y clínicas

Variable	AL SÍ en los últimos 18 meses <i>n</i> (%)	AL NO en los últimos 18 meses <i>n</i> (%)
Grupos de edad		
18 – 25	301 (69,2%)	484 (50,4%)
26 – 35	99 (22,8%)	284 (29,6%)
36 – 66	35 (8,0%)	192 (20,0%)
Género		
Hombre cis	110 (25,3%)	399 (41,6%)
Mujer cis	287 (66,0%)	541 (56,4%)
Trans o No Binario	38 (8,7%)	20 (2,1%)
Orientación Sexual		
Heterosexual	145 (33,3%)	646 (67,3%)
Bisexual	202 (46,4%)	210 (21,9%)
Homosexual	50 (11,5%)	85 (8,9%)
Asexual y Q+	23 (5,3%)	9 (0,9%)
NS/NC	15 (3,4%)	10 (1,0%)
En tto. los últimos 9 meses		
Sí (muestra clínica)	213 (49,0%)	214 (51,0%)
No (muestra general)	222 (22,3%)	746 (77,7%)
AL en el pasado		
Sí	422 (97,0%)	336 (3,0%)
No	13 (35,0%)	624 (65,0%)
Total:	435 (31,2%)	960 (58,8%)

Nota. AL = Autolesión. Las frecuencias son las calculadas para los grupos Autolesión sí, Autolesión no.

En cuanto a los tipos de autolesión y el número de variantes utilizadas, los resultados pueden apreciarse en la tabla 3, donde aparecen ordenados de mayor a menor frecuencia en general. Uno de los aspectos más llamativos es que, realizando el análisis según el género, encontramos que los hombres cis parecen emplear con mayor frecuencia el golpearse o pegarse a sí mismos (25,1%), sucedido por golpear su cuerpo con o contra objetos (24,2%), morderse (17,1%), arañarse (15,7%), hacerse cortes (14,5%), pellizcarse (8,6%) y, finalmente, hacerse quemaduras (5,7%). Este orden de frecuencia difiere notablemente del encontrado para las mujeres y el grupo trans-no binario.

Tabla 3*Frecuencias del tipo de AL y total de tipos empleados*

Variable	f (%)	f (%) por grupos de edad ^a		f (%) por género ^b	
Tipos de autolesión propuestos					
Cortes con objetos afilados o punzantes	405 (29%)	G1	289 (36,8%)	Hcis	74 (14,5%)
		G2	91 (22,8%)	Mcis	298 (36,0%)
		G3	25 (11,0%)	TNB	33 (56,9%)
Arañazos	396 (28,4%)	G1	283 (36,1%)	Hcis	80 (15,7%)
		G2	89 (23,2%)	Mcis	290 (35,0%)
		G3	24 (10,6%)	TNB	26 (44,8%)
Golpear mi cuerpo con o contra objetos	376 (27%)	G1	247 (31,5%)	Hcis	123 (24,2%)
		G2	95 (24,8%)	Mcis	222 (26,8%)
		G3	34 (15,0%)	TNB	31 (53,4%)
Golpearme o pegarme a mí mismo	368 (26,4%)	G1	254 (32,4%)	Hcis	128 (25,1%)
		G2	87 (22,7%)	Mcis	212 (25,6%)
		G3	27 (11,9%)	TNB	28 (48,3%)
Morderme a mí mismo	319 (22,9%)	G1	222 (28,3%)	Hcis	87 (17,1%)
		G2	72 (18,8%)	Mcis	207 (25,0%)
		G3	25 (11,0%)	TNB	25 (43,1%)
Pellizcos	238 (17,1%)	G1	165 (21,0%)	Hcis	44 (8,6%)
		G2	53 (13,8%)	Mcis	175 (21,1%)
		G3	20 (8,8%)	TNB	19 (32,8%)
Quemaduras (incluidas por fricción)	138 (9,9%)	G1	106 (13,5%)	Hcis	29 (5,7%)
		G2	24 (6,3%)	Mcis	94 (11,4%)
		G3	8 (3,5%)	TNB	15 (25,9%)
Nº de tipos de AL utilizados					
Uno	146 (10,5%)	G1	75 (9,6%)	Hcis	45 (8,8%)
		G2	46 (12,0%)	Mcis	98 (11,8%)
		G3	25 (11%)	TNB	3 (5,2%)
Dos	193 (13,8%)	G1	115 (14,6%)	Hcis	54 (10,6%)
		G2	56 (14,6%)	Mcis	125 (15,1%)
		G3	22 (9,7%)	TNB	14 (24,1%)
Tres	159 (11,4%)	G1	108 (13,8%)	Hcis	51 (10,0%)
		G2	35 (9,1%)	Mcis	98 (11,8%)
		G3	16 (7,0%)	TNB	10 (17,2%)
Cuatro	113 (8,1%)	G1	72 (9,2%)	Hcis	32 (6,3%)
		G2	36 (9,4%)	Mcis	74 (8,9%)
		G3	5 (2,2%)	TNB	7 (12,1%)
Cinco	75 (5,4%)	G1	59 (7,5%)	Hcis	17 (3,3%)
		G2	12 (3,1%)	Mcis	52 (6,3%)
		G3	4 (1,8%)	TNB	6 (10,3%)
Seis	44 (3,2%)	G1	38 (4,8%)	Hcis	3 (0,6%)
		G2	5 (1,3%)	Mcis	36 (4,3%)
		G3	1 (0,4%)	TNB	5 (8,6%)
Siete	20 (1,4%)	G1	18 (2,3%)	Hcis	4 (0,8%)
		G2	2 (0,5%)	Mcis	12 (1,4%)

G3 0 (0,0%) **TNB** 4 (6,9%)

Nota. AL = Autolesión. G1 = 18 a 25 años. G2 = 26 a 35 años. G3 = 36 a 66 años. Hcis = Hombres cis. Mcis = Mujeres cis. TNB = Trans-No Binario.

^a Las frecuencias están calculadas dentro de cada grupo de edad.

^b Las frecuencias están calculadas dentro de cada grupo de género.

La autolesión en la población española

La primera hipótesis de este estudio apostaba por encontrar diferencias significativas en la prevalencia de la autolesión según las diferentes variables sociodemográficas evaluadas. Así, tras realizar una χ^2 cruzando estas variables con la VD “Autolesión en los últimos 18 meses” (AL Sí o AL No), obtuvimos los siguientes resultados (resumidos en la tabla 4):

En primer lugar, se han obtenido asociación significativa ($\chi^2(2) = 50,1; p < .001$) entre la aparición de la autolesión y la edad, siendo esta relación positiva para el grupo 1 (G1) de edad, es decir: para la muestra de entre 18 y 25 años.

Se ha hallado también una relación significativa ($\chi^2(2) = 58,26; p < .001$) entre la prevalencia de autolesión y el género, siendo esta más frecuente en mujeres cis y población trans y no binaria que en hombres cis. En cuanto a la orientación sexual, también se observa una relación significativa con la autolesión ($\chi^2(4) = 158,55; p < .001$), siendo positiva para la muestra bisexual, homosexual, asexual y Q+ y para aquellos que no supieron o no desearon contestar a esta cuestión.

En lo respectivo a la faceta clínica, se puede observar una relación significativa ($\chi^2(1) = 100,28; p < .001$) entre la conducta autolesiva y el criterio “estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico”, siendo más prevalente esta conducta en la muestra clínica que en la muestra general. Por último, también existe una relación significativa ($\chi^2(1) = 463,95; p < .001$) entre utilizar la autolesión actualmente y haberla utilizado antes en el pasado, siendo esta relación positiva en aquellos que afirman haberse servido de ella con anterioridad.

Por otra parte, y aunque no se han sometido estos resultados a la prueba de χ^2 , en lo tocante a los métodos de autolesión preferentemente utilizados (tabla 3), ha sido sorprendente encontrar que los hombres cis encuestados dicen usar con mayor frecuencia un estilo de autolesión más basado en las contusiones que en los cortes, mientras los grupos de mujeres cis y de trans o no binarios coincidirían, en principio, con lo hipotetizado en este estudio.

Tabla 4
Prueba χ^2 AL y datos demográficos y clínicos

Variable			AL SÍ en los últimos 18 meses	AL NO en los últimos 18 meses
	χ^2 (gl)	valor <i>p</i>	RC	RC
Edad por grupos	50,13 (2)	.001**		
18 - 25			6,5	-6,5

26 - 35			-2,5	2,6
36 - 66			-5,6	-5,6
Género	58,26 (2)	.001**		
Hombre cis			-5,8	5,8
Mujer cis			3,4	-3,4
Trans o No Binario			5,8	-5,8
Orientación Sexual	158,55 (4)	.001**		
Heterosexual			-11,9	11,9
Bisexual			9,3	-9,3
Homosexual			1,5	-1,5
Asexual y Q+			5	-5
NS/NC			3,1	-3,1
En tto. los últimos 9 meses	100,28 (1)	.001**		
Sí (muestra clínica)			10	-10
No (muestra general)			-10	10
AL en el pasado	463,95 (1)	.001**		
Sí			21,5	-21,5
No			-21,5	21,5

** p < .001

Nota. AL = Autolesión. RC = Residuos Corregidos.

La autolesión en relación a las estrategias de afrontamiento, la impulsividad y la desregulación emocional

La segunda hipótesis del estudio apostaba por encontrar relaciones significativas entre algunas de las dimensiones evaluadas en afrontamiento, impulsividad y desregulación emocional y la utilización de la autolesión, principalmente en el momento actual pero también en el pasado. Para ello, se ha llevado a cabo la prueba ANOVA de un factor a fin de comparar las diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes en las dimensiones de cada escala. Esta comparativa se ha hecho en dos fases: primero, analizando las posibles diferencias de medias según las variables demográficas y clínicas (puesto que es esperable que ciertos factores o características varíen en función de la edad, el género o la orientación sexual, por ejemplo) y, segundo, analizando la diferencia de las medias entre los grupos creados en función de si han empleado la autolesión últimamente o no (es decir: si hay diferencias de puntuación entre los hombres cis que se autolesionan y los que no, por ejemplo). Todo ello con el fin de esbozar posibles hipótesis explicativas que puedan ser ratificadas en un futuro sobre qué lleva a ciertas personas a preferir la autolesión sobre otras estrategias de gestión y afrontamiento (adaptativas o desadaptativas).

Así, para las estrategias de afrontamiento evaluadas (tabla 5), se han encontrado diferencias significativas en diferentes dimensiones según la edad, el género, la orientación sexual o si se está en tratamiento o no. Es interesante observar que en cuanto a la variable “autolesión”, tanto en el pasado como actual, es donde más se han hallado diferencias significativas de puntuación. Por lo

tanto, si analizamos la variable “AL actual”, se observa que la puntuación en solución de problemas es significativamente mayor ($F = 67,62, p < .001$). En la dimensión “apoyo social” también se aprecian diferencias significativas entre los dos grupos ($F = 95,69, p < .001$), siendo también mayor la media en quienes no se autolesionan. Por otro lado, en evitación, es el grupo que utiliza la autolesión el que presenta una puntuación significativamente mayor ($F = 59,83, p < .001$) que quienes no la utilizan. En aceptación, el grupo que no se autolesiona obtiene una media significativamente mayor ($F = 26,07, p < .001$) que los que sí. La tendencia se repite también para la dimensión “espiritualidad”, con puntuaciones significativamente más altas ($F = 95,69, p < .001$) en el grupo que no usa la autolesión.

Tabla 5*Análisis de la Varianza de las Puntuaciones Medias en Afrontamiento*

Variables	COPE SF																	
	AFPOS			APSOC			EVIT			ACEPT			HUMOR			ESPIRIT		
	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2
Edad por grupos		.001**	.012		.962	.00		.001**	.013		.643	.001		.003*	.008		.001**	.034
18 - 25 (G1)	4,06			3,4			2,31			4,24			4,24				0,62	
26 - 35 (G2)	4,29			3,39			2,15			4,2			3,97				0,98	
36 - 66 (G3)	4,32			3,42			2,03			4,31			3,85				1,44	
Género		.015	.006		.001**	.011		.001**	.010		.002*	.009		.001**	.021		.014	.006
Hombre cis	4,14			3,18			2,1			4,41			4,44				0,69	
Mujer cis	4,21			3,54			2,29			4,14			3,91				0,95	
Trans o No Binario	3,79			3,42			2,33			4,26			4				0,91	
Orientación Sexual		.001**	.030		.005*	.011		.001**	.050		.005**	.011		.026	.008		.001**	.030
Heterosexual	4,33			3,51			2,04			4,36			4,04				1,09	
Bisexual	3,98			3,32			2,48			4,15			4,24				0,58	
Homosexual	3,99			3,33			2,45			4,03			4,31				0,42	
Asexual y Q+	3,7			2,58			2,32			3,78			3,63				0,44	
NS/NC	3,77			2,96			2,52			4,04			3,44				0,8	
En tto. los últimos 9 meses		.203	.001		.029	.003		.001**	.030		.001**	.012		.010	.005		.678	.000
Sí (muestra clínica)	4,11			3,55			2,47			4,02			3,92				0,88	
No (muestra general)	4,19			3,34			2,11			4,35			4,19				0,84	
AL en el pasado		.001**	.030		.001**	.034		.001**	.071		.001**	.017		.001**	.008		.001**	.016
Sí	3,99			3,13			2,45			4,08			3,96				0,67	
No	4,38			3,73			1,95			4,44			4,28				1,08	
AL en los últimos 18 meses		.001**	.040		.001**	.026		.001**	.048		.001**	.010		.002*	.007		.001**	.012
Sí	3,84			3,01			2,53			4,04			3,89				0,6	
No	4,32			3,58			2,08			4,34			4,2				0,97	

* $p < .005$ ** $p < .001$

Nota. AL = Autolesión. AFPOS = Afrontamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. APSOC = Apoyo social. EVIT = Evitación. ACCEPT = Aceptación. HUMOR = Humor. ESPIRIT = Espiritualidad/Religiosidad.

En cuanto a los resultados de la escala de impulsividad (ver tabla 6), se han encontrado diferencias significativas en todas las categorías respecto a las dimensiones “urgencia negativa” y “urgencia positiva”. Concretamente, en lo referente a la variable “autolesión en el último año y medio”, observamos que la media en urgencia negativa es significativamente mayor ($F = 57,23$, $p < .001$) en quienes emplean la autolesión actualmente. En contraposición, se observa que la puntuación media en urgencia positiva ($F = 55,33$, $p < .001$) es significativamente mayor en aquellos que no utilizan la autolesión; si bien el tamaño del efecto para ambos resultados es medio-bajo.

Tabla 6
Análisis de la Varianza de las Puntuaciones Medias en Impulsividad

Variables	SUPPS-P														
	URNEG			PERS			PREM			BSENS			URPOS		
	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2
Edad por grupos		.051	.004		.043	.005		.316	.002		.001**	.019		.001**	.015
18 - 25 (G1)	2,58			2,18			2,04			2,79			3,3		
26 - 35 (G2)	2,55			2,13			1,99			2,87			3,42		
36 - 66 (G3)	2,49			2,27			2,06			3,09			3,54		
Género		.001**	.021		.600	.001		.001**	.010		.001**	.043		.001**	.010
Hombre cis	2,46			2,2			1,95			2,65			3,32		
Mujer cis	2,61			2,17			2,08			2,99			3,42		
Trans o No Binario	2,67			2,18			2,15			2,86			3,11		
Orientación Sexual		.001**	.015		.306	.003		.002*	.012		.002*	.012		.001**	.040
Heterosexual	2,5			2,16			1,98			2,87			3,49		
Bisexual	2,61			2,23			2,14			2,81			3,22		
Homosexual	2,65			2,13			2,02			2,99			3,27		
Asexual y Q+	2,66			2,33			2,14			3,09			3,12		
NS/NC	2,63			2,15			2,02			2,4			2,94		
En tto. los últimos 9 meses		.001**	.027		.784	.000		.005*	.007		.009	.005		.001**	.023
Sí (muestra clínica)	2,68			2,17			2,12			2,95			3,21		
No (muestra general)	2,5			2,18			1,99			2,83			3,45		
AL en el pasado		.001**	.066		.352	.001		.001**	.011		.059	.003		.001**	.037
Sí	2,67			2,2			2,09			2,9			3,24		
No	2,42			2,16			1,96			2,82			3,53		
AL en los últimos 18 meses		.001**	.039		.016	.004		.005*	.006		.171	.001		.001**	.038
Sí	2,7			2,25			2,11			2,91			3,16		
No	2,49			2,15			1,99			2,84			3,45		

* $p < .005$ ** $p < .001$

Nota. AL = Autolesión. URNEG = Urgencia Negativa. PERS = (Falta de) Perseverancia. PREM = (Falta de) Premeditación. BSENS = Búsqueda de Sensaciones. URPOS = Urgencia Positiva.

El tercer factor que se ha evaluado en nuestra muestra es la desregulación emocional, donde se ha obtenido la mayor proporción de diferencias significativas en las puntuaciones (tabla 7). Finalmente, el análisis según la variable “autolesión actual” arroja datos muy similares a los

anteriores. La media del grupo que no usa la autolesión es significativamente mayor ($F = 37,48$, $p < .001$) en desatención que la del grupo que se autolesiona. En confusión, es el grupo que usa la autolesión el que presenta una puntuación significativamente más elevada ($F = 103,41$, $p < .001$) que el que no. En la dimensión “rechazo”, no sorprende tampoco encontrar que la media del grupo que emplea la autolesión es significativamente mayor ($F = 333,17$, $p < .001$) que la del grupo que no, con un valor de η^2 alto. Lo mismo ocurre con las puntuaciones en interferencia, siendo significativamente más alta ($F = 198,65$, $p < .001$) la media del grupo “sí” que la del grupo “no”, siendo el tamaño del efecto elevado. Por último, encontramos unos resultados similares en descontrol, con una puntuación, de nuevo, significativamente más alta ($F = 362,40$, $p < .001$) en esta dimensión en el grupo que se autolesiona y un tamaño del efecto también muy alto.

Tabla 7*Análisis de la Varianza de las Puntuaciones Medias en Desregulación Emocional*

Variables	DERS														
	DESATNC			CONF			RECHZ			INTERF			DESCONT		
	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2
Edad por grupos		.017	.006		.001**	.076		.001**	.014		.001**	.052		.001**	.030
18 - 25	3,70			3,05			3,20			3,79			2,85		
26 - 35	3,81			2,70			3,04			3,42			2,60		
36 - 66	3,85			2,61			2,80			3,17			2,35		
Género		.001**	.019		.001**	.012		.001**	.033		.001**	.013		.001**	.046
Hombre cis	3,65			2,84			2,83			3,47			2,43		
Mujer cis	3,84			2,88			3,22			3,63			2,82		
Trans o No Binario	3,38			3,23			3,71			4,05			3,33		
Orientación Sexual		.002*	.012		.001**	.075		.001**	.098		.001**	.079		.001**	.107
Heterosexual	3,84			2,71			2,76			3,33			2,40		
Bisexual	3,63			3,11			3,54			3,97			3,12		
Homosexual	3,70			3,01			3,40			3,75			2,96		
Asexual y Q+	3,63			3,16			3,79			4,15			3,27		
NS/NC	3,63			3,15			3,76			3,92			3,19		
En tto. los últimos 9 meses		.725	.000		.001**	.030		.001**	.070		.001**	.055		.001**	.112
Sí (muestra clínica)	3,74			3,06			3,59			3,97			3,24		
No (muestra general)	3,76			2,80			2,88			3,42			2,46		
AL en el pasado		.001**	.026		.001**	.089		.001**	.172		.001**	.119		.001**	.212
Sí	3,62			3,07			3,57			3,93			3,15		
No	3,91			2,65			2,53			3,19			2,16		
AL en los últimos 18 meses		.001**	.026		.001**	.069		.001**	.156		.001**	.125		.001**	.206
Sí	3,54			3,15			3,82			4,15			3,42		
No	3,85			2,76			2,76			3,33			2,37		

* $p < .005$ ** $p < .001$

Nota. AL = Autolesión. DESATNC = Atención-Desatención. CONF = Claridad-Confusión. RECHZ = Aceptación-Rechazo. INTERF = Funcionamiento-Interferencia. DESCONT = Regulación-Descontrol.

Una vez se han encontrado, como hemos visto, diferencias significativas de puntuación según las variables encuestadas, y especialmente diferencias significativas en las medias de quienes emplean la autolesión no suicida, se ha considerado relevante llevar a cabo un segundo análisis de la varianza, esta con el fin de hallar diferencias significativas entre las personas que se autolesionan y las que no dentro de cada grupo demográfico para las dimensiones evaluadas mediante las escalas. Con ello se pretende formular nuevas hipótesis acerca de posibles factores de riesgo, o predisponentes, para utilizar la autolesión como estrategia de afrontamiento o de gestión emocional frente a otras. En otras palabras, se busca empezar esbozar una explicación sobre por qué, entre dos personas de un mismo grupo, una acaba eligiendo la autolesión no suicida y la otra no.

Así, en el análisis de las estrategias de afrontamiento (tabla 8), encontramos que, según la muestra por edad, existen diferencias significativas ($F = 14,99, p < .001$) en las medias de los tres grupos en la dimensión “solución de problemas y reestructuración cognitiva”: las puntuaciones de las personas que no se autolesionan del G1, el G2 y el G3 son significativamente mayores que las del G1 que sí se autolesionan. Lo mismo ocurre para el grupo 2: las medias de quienes no se autolesionan en el G1, G2 y G3 son significativamente más altas que las de las que sí se autolesionan del grupo 2. Sin embargo, resulta sorprendente encontrar que no hay diferencias significativas en la puntuación (para esta dimensión) de las personas que se autolesionan del grupo 3 respecto a los demás grupos, utilicen o no la autolesión. En cualquier caso, el tamaño del efecto es elevado.

En cuanto a la estrategia “apoyo social”, se observan también diferencias significativas ($F = 7,73, p < .001$) entre quienes se autolesionan y quienes no según el grupo de edad. Concretamente, se aprecia que las personas del G1 que no se autolesionan puntúan significativamente más alto en esta dimensión que las que sí se autolesionan en el mismo grupo de edad, si bien el tamaño del efecto es medio. Por lo demás, no se hallan diferencias significativas entre los demás grupos.

Respecto a la evitación, encontramos que las puntuaciones en esta dimensión son significativamente mayores ($F = 15,84, p < .001$) en las personas del G1 que emplean la autolesión en comparación con las de los participantes de los tres grupos que no la usan. Por otra parte, las puntuaciones del G2 que usa la autolesión también serían, a su vez, más altas que las del G3.

No se han encontrado diferencias significativas en el uso de la aceptación entre las personas que se autolesionan y las que no agrupadas por edades. En cuanto a la dimensión “humor”, curiosamente se ha encontrado que la puntuación del G2 que no se autolesiona es significativamente mayor ($F = 6,52, p < .001$) que la del G1 que sí se autolesiona; la puntuación del G2 que no se autolesiona es también mayor que la del G2 que sí. El tamaño del efecto es, no

obstante, bajo. Por último, en espiritualidad, se ha observado que las puntuaciones del G2 y el G3 que no se autolesiona son significativamente mayores ($F = 11,71, p < .001$) que las del G1 que sí se autolesiona; de la misma forma, las puntuaciones del G3 que no usa la autolesión son significativamente más altas que las del G2 que sí la utiliza. No se encuentran, sin embargo, diferencias entre las personas que se autolesionan y las que no del grupo 3. El valor de η^2 es bajo.

En cuanto a la combinación de género y autolesión en afrontamiento, se han hallado diferencias significativas para todas las dimensiones. En solución de problemas, encontramos que las puntuaciones de los hombres cis y mujeres cis que no se autolesionan son significativamente mayores ($F = 13,27, p < .001$) que las de los hombres cis que sí. Igualmente, las puntuaciones de los hombres cis y mujeres cis que no usan la autolesión son significativamente mayores que las de las mujeres cis que sí la usan, sin haber diferencias, por otra parte, entre estas y los hombres cis que también se autolesionan. Por último, las puntuaciones de los hombres cis y mujeres cis que no se autolesionan son, de nuevo, significativamente mayores que las del grupo trans-no binario que sí se autolesiona, siendo sorprendente encontrar que, sin embargo, las puntuaciones del grupo trans-NB que no usa la autolesión no son significativamente más altas que las de ninguno de los otros grupos para esta dimensión. El tamaño del efecto, por otra parte, es medio-alto.

Respecto al uso del apoyo social, se ha encontrado que las puntuaciones de las mujeres cis que no se autolesionan son significativamente mayores ($F = 12,87, p < .001$) que las de los hombres cis y mujeres cis que se autolesionan, pero también significativamente mayores que las de los hombres cis que no utilizan la autolesión. No ocurre así con los grupos trans-no binario, que no difieren significativamente de ninguno de los demás grupos.

En cuanto a la evitación, observamos que las puntuaciones de las mujeres cis que sí se autolesionan son significativamente mayores ($F = 16,32, p < .001$) en esta área que las de los hombres y mujeres cis que no se autolesionan, con un tamaño del efecto medio. No obstante, no se encuentran diferencias significativas entre los hombres cis que se autolesionan y los que no, ni entre los grupos trans-no binarios, con ellos mismos y respecto a otros grupos.

En aceptación, se aprecia que la media de los hombres cis que no usan la autolesión es significativamente mayor ($F = 4,75, p < .001$) que la de las mujeres cis que sí se autolesionan, pero sin más diferencias entre los otros grupos y con un tamaño del efecto bajo. Por otra parte, en la dimensión “humor” se puede ver que las medias de los hombres cis que no se autolesionan son significativamente mayores ($F = 7,47, p < .001$) que las de las mujeres cis que sí, pero también son mayores que las de las mujeres cis que no usan la autolesión, si bien el tamaño del efecto es bajo. Por último, para la dimensión espiritualidad, ocurre algo similar y encontramos que las puntuaciones de las mujeres cis que no se autolesionan son significativamente mayores ($F = 6,69,$

$p < .001$) que las de los hombres y las mujeres cis que sí se autolesionan, pero también mayores que las de los hombres cis que no se autolesionan. De nuevo, el valor de η^2 es bajo.

En cuanto a la orientación sexual, encontramos que las personas hetero que no se autolesionan tienen puntuaciones significativamente más altas ($F = 8,77, p < .001$) para la dimensión “solución de problemas” que los heteros, bisexuales y homosexuales que sí se autolesionan, con un tamaño del efecto medio. Por otra parte, en apoyo social, sólo encontramos que la media del grupo hetero que no se autolesiona es significativamente mayor ($F = 5,22, p < .001$) que la del grupo hetero que sí, con un valor de η^2 bajo. En cuanto a la evitación, se observa que las puntuaciones de los grupos bisexual y homosexual que sí se autolesionan son significativamente más altas ($F = 12,89, p < .001$) que la de los heteros que no se autolesionan, y también es mayor la del grupo bisexual que sí respecto al grupo bisexual que no. No se encuentran diferencias entre los demás grupos, si bien el tamaño del efecto es medio.

Respecto a la estrategia “aceptación”, el análisis de la varianza arroja una diferencia significativa general ($F = 3,68, p < .001$); sin embargo, la prueba de Bonferroni no señala diferencias significativas en la comparación de medias entre grupos, y el tamaño del efecto es bajo. Por otra parte, en humor se observa que las medias de los heteros que no se autolesionan son significativamente más altas ($F = 3,71, p < .001$) que las de los heteros que sí se autolesionan, aunque el tamaño del efecto es bajo. Para acabar, en la dimensión “espiritualidad”, encontramos en este caso que la puntuación del grupo hetero que no se autolesiona es significativamente mayor ($F = 5,50, p < .001$) que la del grupo bisexual que usa la autolesión, si bien de nuevo el valor de η^2 es bajo.

Respecto a la muestra clínica y la muestra general, se ha hallado que tanto quienes están en tratamiento y no se autolesionan y quienes no lo están y tampoco lo hacen tienen una media significativamente mayor ($F = 19,96, p < .001$) en resolución de problemas que la de los participantes que sí se autolesionan, estén o no estos en tratamiento. También es indicativo observar que no existen diferencias en este aspecto entre la muestra clínica y la muestra general que no se autolesiona. No obstante, el tamaño del efecto es medio-bajo.

En apoyo social, se observa un resultado llamativo, y es que tanto los que están en tratamiento, tanto si se autolesionan como si no, y quienes no lo están y no se autolesionan, tienen todos una media significativamente más alta ($F = 18,39, p < .001$) en esta dimensión que el grupo que no está en tratamiento pero sí usa la autolesión. No obstante, el tamaño del efecto es medio-bajo.

Respecto a la dimensión “evitación”, encontramos que aquellos que están en tratamiento y utilizan la autolesión tienen puntuaciones significativamente más altas ($F = 30,56, p < .001$) que aquellos que tiene tratamiento pero no se autolesionan, y los que ni tienen tratamiento ni se autolesionan. Sin embargo, en cuanto a los que no tienen tratamiento pero sí se autolesionan, se

observa que sólo tienen puntuaciones significativamente mayores que los que no van a terapia y tampoco se autolesionan. El tamaño del efecto es, además, alto.

En aceptación, sólo encontramos que las puntuaciones de la muestra general que no utiliza la autolesión son significativamente mayores ($F = 8,67, p < .001$) que las de la muestra clínica que utiliza la autolesión, con un tamaño del efecto bajo. Por último, en la dimensión “espiritualidad”, observamos de nuevo con sorpresa que las medias de la muestra clínica que no se autolesiona y la muestra general que tampoco son significativamente mayores ($F = 7,17, p < .001$) que las del grupo que no está en tratamiento y sí se autolesiona, mientras que no hay diferencias respecto a quienes van a tratamiento y se autolesionan también. No obstante, el tamaño del efecto es bajo.

Para acabar, en cuanto a las diferencias entre quienes se autolesionaban o no en el pasado y quienes lo hacen ahora, hallamos que en solución de problemas, tanto los que nunca han usado la autolesión (ni en el pasado ni actualmente), como los que la usaron en el pasado pero no en la actualidad, tienen puntuaciones significativamente mayores ($F = 21,74, p < .001$) que los que empleaban la autolesión en el pasado y ahora también, si bien con un tamaño del efecto medio-bajo. Por otra parte, en apoyo social, se observa que quienes nunca se han autolesionado presentan medias significativamente mayores ($F = 18,49, p < .001$) que quienes se autolesionaban antes y ahora y quienes se autolesionaban anteriormente pero no actualmente, si bien el tamaño del efecto es bajo.

Respecto a la dimensión “evitación”, de nuevo se ha encontrado que, tanto quienes utilizaban la autolesión pero ahora no y quienes la utilizaban y la siguen empleando, tienen ambos medias significativamente mayores ($F = 39,09, p < .001$) en este aspecto que quienes no la han empleado nunca, con un tamaño del efecto medio, además. Por otra parte, en cuanto a la aceptación, observamos que quienes nunca han empleado la autolesión tienen una puntuación significativamente mayor ($F = 9,07, p < .001$) que quienes la han utilizado y utilizan aún, si bien el valor de η^2 es bajo. El mismo efecto ocurre con la dimensión “humor” ($F = 6,54, p < .001$), si bien el nivel de significación por Bonferroni es de $p < .005$ y el valor de η^2 es bajo. Finalmente, respecto a la espiritualidad, los resultados tampoco varían mucho, teniendo de nuevo el grupo que nunca se ha autolesionado una media significativamente mayor ($F = 9,71, p < .001$) que el que usaba y sigue usando la autolesión, con un tamaño del efecto bajo.

Tabla 8

Análisis de la Varianza de las Puntuaciones Medias en Afrontamiento

Variables	COPE SF																	
	AFPOS			APSOC			EVIT			ACCEPT			HUMOR			ESPIRIT		
	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2
Edad por grupos y AL Sí/No	.001** .051			.001** .027			.001** .054			.008 .011			.001** .023			.001** .040		
G1 Sí	3,83			3,05			2,59			4,10			4,12			0,50		

G1 No	4,21	3,62	2,14	4,34	4,32	0,71						
G2 Sí	3,74	2,98	2,40	3,89	3,42	0,73						
G2 No	4,48	3,54	2,06	4,31	4,17	1,06						
G3 Sí	4,22	2,76	2,35	4,00	3,23	1,06						
G3 No	4,34	3,55	1,97	4,37	3,97	1,51						
Género y AL Sí/No	.001**	.046	.001**	.044	.001**	.055	.001**	.017	.001**	.026	.001**	.024
Hombre cis Sí	3,69	2,72	2,34	4,18	4,10	0,55						
Hombre cis No	4,27	3,31	2,03	4,48	4,54	0,73						
Mujer cis Sí	3,94	3,08	2,63	3,97	3,81	0,59						
Mujer cis No	4,36	3,78	2,12	4,23	3,96	1,15						
Trans o No Binario Sí	3,56	3,39	2,38	4,16	3,87	0,76						
Trans o No Binario No	4,22	3,48	2,24	4,45	4,25	1,20						
Or. Sexual y AL Sí/No	.001**	.054	.001**	.033	.001**	.077	.001**	.023	.001**	.024	.001**	.035
Hetero Sí	3,99	3,02	2,29	4,03	3,46	0,85						
Hetero No	4,41	3,62	1,98	4,43	4,17	1,15						
Bisex Sí	3,82	3,14	2,70	4,09	4,23	0,49						
Bisex No	4,14	3,49	2,26	4,20	4,24	0,67						
Homosex Sí	3,77	2,95	2,55	4,16	4,12	0,44						
Homosex No	4,11	3,55	2,39	3,95	4,42	0,41						
Asex o Q+ Sí	3,58	2,46	2,34	3,78	3,61	0,35						
Asex o Q+ No	4,00	2,89	2,27	3,78	3,67	0,67						
NS/NC Sí	3,40	2,33	2,77	3,47	3,13	0,53						
NS/NC No	4,33	3,90	2,14	4,90	3,90	1,20						
Tto. Y AL Sí/No	.001**	.041	.001**	.038	.001**	.062	.001**	.018	.003*	.010	.001**	.015
Sí Sí	3,92	3,29	2,68	3,97	3,87	0,77						
No Sí	3,76	2,75	2,39	4,11	3,91	0,43						
Sí No	4,30	3,80	2,26	4,06	3,98	1,00						
No No	4,32	3,52	2,03	4,42	4,27	0,97						
AL en el pasado y AL Sí/No	.001**	.045	.001**	.038	.001**	.078	.001**	.019	.001**	.014	.001**	.021
Sí Sí	3,83	3,00	2,55	4,02	3,92	0,61						
Sí No	4,20	3,29	2,33	4,16	4,01	0,74						
No Sí	4,18	3,38	1,88	4,85	2,92	0,15						
No No	4,38	3,74	1,95	4,43	4,30	1,10						

* $p < .005$ ** $p < .001$

Nota. AL = Autolesión. G1 = 18 a 25 a. G2 = 26 a 35 a. G3 = 36 a 66 a. AFPOS = Afrontamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. APSOC = Apoyo social. EVIT = Evitación. ACEPT = Aceptación. HUMOR = Humor. ESPIRIT = Espiritualidad/Religiosidad.

El análisis de las diferentes dimensiones de la impulsividad (tabla 9) muestra resultados variados pero interesantes. Comenzando por los grupos de edad y la presencia de autolesión, observamos que para la dimensión “urgencia negativa”, las puntuaciones del G1 que utiliza la autolesión son significativamente mayores ($F = 11,71$, $p < .001$) que las de los grupos 1, 2 y 3 que no la utilizan. En cuanto a las personas del G2 que también usan la autolesión, igualmente se encuentra que sus puntuaciones son mayores que las del G1 y G2 sin autolesión, con una significación de $p < .005$ según Bonferroni, y significativamente mayores también que las del G3

sin autolesión. No obstante, no se encuentran diferencias entre las personas que se autolesionan y las que no del G3. El tamaño del efecto es medio. Por el contrario, para la dimensión “urgencia positiva” se observa que los grupos 1, 2 y 3 que no emplean la autolesión tienen medias significativamente más altas ($F = 13,38, p < .001$) que el G1 que utiliza la autolesión, e igualmente el G3 que no se autolesiona muestra también una puntuación significativamente más alta en este aspecto que el G2 que sí se autolesiona. El tamaño del efecto es medio.

En el análisis según el género, encontramos que las mujeres cis que se autolesionan tienen una media significativamente mayor ($F = 15,29, p < .001$) en urgencia negativa que los hombres y las mujeres cis que no se autolesionan, mientras que los trans-no binarios que la utilizan también presentan puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres cis que no usan la autolesión. El tamaño del efecto es medio. No obstante, no se encuentran diferencias significativas entre los hombres que se autolesionan y el resto de los grupos (usen o no la autolesión). En cuanto a la falta de premeditación, encontramos que las mujeres cis que se autolesionan tienen una puntuación significativamente mayor ($F = 4,14, p < .001$) que los hombres cis que no lo hacen, si bien el tamaño del efecto es bajo. Por último, en la dimensión “urgencia positiva”, se observa que la media de las mujeres cis que no emplean la autolesión es significativamente mayor ($F = 15,14, p < .001$) que la de los hombres cis, mujeres cis y trans-no binarios que sí la utilizan, pero también es significativamente mayor que la de los hombres cis que no se autolesionan, con un tamaño del efecto medio.

Respecto a la orientación sexual, se ha observado que los grupos heterosexual, bisexual y homosexual que sí emplean la autolesión tienen puntuaciones significativamente mayores en urgencia negativo ($F = 7,17, p < .001$) que el grupo heterosexual que no utiliza la autolesión, con un tamaño del efecto medio-bajo. Por el contrario, en la dimensión “urgencia positiva” se produce el efecto contrario, siendo el grupo heterosexual que no se autolesiona el que muestra una media significativamente más alta ($F = 9,97, p < .001$) que la de los grupos bisexual y homosexual que se autolesiona, así como para el grupo que no deseaba contestar a la pregunta pero también emplea la autolesión. El tamaño del efecto es, además, medio.

En cuanto a las diferencias entre el grupo clínico y el grupo general, encontramos que en urgencia negativa, el grupo que está en tratamiento y utiliza la autolesión tiene una media significativamente mayor ($F = 25,83, p < .001$) que el grupo que está en tratamiento pero no se autolesiona y el grupo que no recibe tratamiento ni se autolesiona. Por otra parte, el grupo que no recibe terapia pero sí se autolesiona tiene también puntuaciones significativamente más elevadas que los que no están en tratamiento ni usan la autolesión. Finalmente, las personas que están recibiendo tratamiento pero no emplean la autolesión tienen puntuaciones significativamente mayores que la muestra general que no se autolesiona. Sin embargo, en cuanto a las diferencias

halladas en urgencia positiva, se puede observar que el grupo general que no usa la autolesión tiene una media significativamente mayor ($F = 23,76, p < .001$) que los participantes que reciben tratamiento y se autolesionan y los que no lo reciben pero también lo hacen. Aparte, también se aprecia que quienes reciben tratamiento pero no se autolesionan tienen una puntuación significativamente mayor que quienes están en terapia y usan la autolesión.

Por último, respecto a la autolesión en el pasado y la autolesión en la actualidad, se ha encontrado que quienes se autolesionaban en el pasado, tanto si lo siguen haciendo ahora como si no, tienen medias significativamente mayores ($F = 35,41, p < .001$) que quienes no lo han hecho nunca, con un tamaño del efecto medio alto además. En cuanto a la falta de premeditación, también se ha encontrado que quienes se autolesionaban en el pasado y lo siguen haciendo ahora tienen una media significativamente mayor ($F = 5,50, p < .001$) que quienes no lo han hecho nunca. Finalmente, en urgencia positiva, se observa que quienes nunca se han autolesionado presentan una media significativamente mayor ($F = 23,31, p < .001$) que quienes lo hacían en el pasado y lo hacen actualmente y quienes la utilizaban pero ya no. A su vez, quienes emplearon alguna vez la autolesión pero ya no la usan tienen también una puntuación significativamente más elevada que quienes la usaron y la siguen utilizando.

Tabla 9
Análisis de la Varianza de las Puntuaciones Medias en Impulsividad

Variables	SUPPS-P														
	URNEG			PERS			PREM			BSENS			URPOS		
	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2
Edad por grupos y AL Sí/No		.001**	.040		.014	.010		.010	.011		.001**	.024		.001**	.046
G1 Sí	2,71			2,26			2,11			2,87			3,13		
G1 No	2,50			2,13			2,01			2,74			3,41		
G2 Sí	2,70			2,21			2,16			2,97			3,22		
G2 No	2,49			2,10			1,93			2,84			3,49		
G3 Sí	2,69			2,28			2,01			3,04			3,28		
G3 No	2,45			2,27			2,06			3,10			3,59		
Género y AL Sí/No		.001**	.052		.028	.009		.001**	.015		.001**	.046		.001**	.052
Hombre cis Sí	2,60			2,28			2,05			2,72			3,17		
Hombre cis No	2,42			2,18			1,92			2,63			3,36		
Mujer cis Sí	2,73			2,26			2,13			3,00			3,19		
Mujer cis No	2,54			2,12			2,05			2,99			3,55		
Trans o No Binario Sí	2,76			2,05			2,16			2,72			2,95		
Trans o No Binario No	2,51			2,31			2,13			3,09			3,41		
Or. Sexual y AL Sí/No		.001**	.044		.189	.009		.005*	.018		.005*	.017		.001**	.061
Hetero Sí	2,66			2,18			2,06			2,98			3,35		
Hetero No	2,47			2,16			1,96			2,85			3,53		
Bisex Sí	2,71			2,31			2,14			2,86			3,10		
Bisex No	2,53			2,15			2,14			2,77			3,33		
Homosex Sí	2,79			2,22			2,20			2,92			3,06		
Homosex No	2,56			2,08			1,92			3,04			3,40		
Asex o Q+ Sí	2,70			2,33			2,10			3,17			3,00		

Asex o Q+ No	2,56	2,33	2,25	2,86	3,42					
NS/NC Sí	2,75	2,05	2,03	2,38	2,75					
NS/NC No	2,45	2,30	2,00	2,43	3,23					
Tto. Y AL Sí/No	.001**	.053	.078	.005	.005*	.010	.036	.006	.001**	.049
Sí Sí	2,77	2,23	2,17	2,93	3,08					
No Sí	2,64	2,26	2,06	2,88	3,24					
Sí No	2,59	2,11	2,06	2,96	3,33					
No No	2,46	2,16	1,98	2,81	3,51					
AL en el pasado y AL Sí/No	.001**	.071	.092	.005	.001**	.012	.172	.004	.001**	.048
Sí Sí	2,70	2,25	2,12	2,90	3,16					
Sí No	2,63	2,13	2,08	2,90	3,35					
No Sí	2,67	2,17	2,00	3,08	3,35					
No No	2,41	2,16	1,95	2,81	3,53					

* $p < .005$ ** $p < .001$

Nota. AL = Autolesión. G1 = 18 a 25 a. G2 = 26 a 35 a. G3 = 36 a 66 a URNEG = Urgencia Negativa. PERS = (Falta de) Perseverancia. PREM = (Falta de) Premeditación. BSENS = Búsqueda de Sensaciones. URPOS = Urgencia Positiva.

Finalmente, en el análisis de las medidas en desregulación emocional (tabla 10), encontramos que, por grupos de edad, los grupos 1, 2 y 3 que no se autolesionan tienen niveles significativamente mayores ($F = 8,71, p < .001$) de desatención que el G1 que se autolesiona, aunque el tamaño del efecto es bajo. En confusión, se observa que el G1 que se autolesiona puntúa significativamente más alto ($F = 39,33, p < .001$) que los G1, G2 y G3 que no se autolesionan, pero también más alto que el G2 que sí lo hace. Por otra parte, el G2 que se autolesiona tiene, a su vez, una media significativamente más alta que el G3 que no se autolesiona. El tamaño del efecto es, además, alto. En cuanto a la dimensión “rechazo”, observamos que todos los grupos por edad que se autolesionan presentan medias significativamente más altas ($F = 52,54, p < .001$) que todos los grupos de edad que no lo hacen; tanto entre grupos como respecto al propio grupo de edad, con un valor de η^2 elevado. Respecto a la interferencia, observamos que tanto los grupos 1 y 3 que se autolesionan tienen medias significativamente más altas ($F = 51,58, p < .001$) en este aspecto que los G1, G2 y G3 que no lo hacen, mientras que el G2 que usa la autolesión lo hace respecto a G2 y G3 que no emplean la autolesión, pero no muestra diferencias respecto al G1 que no se autolesiona. H2 vuelve a tener un valor alto, además. Por último, en cuanto a la percepción de descontrol emocional, los resultados son idénticos a los de la dimensión “rechazo”: todos los grupos de edad que se autolesionan tienen puntuaciones significativamente mayores ($F = 76,29, p < .001$) que los todos los grupos de edad que no lo hacen, con un tamaño del efecto alto.

En el análisis según el género, encontramos que las medias en desatención son significativamente mayores ($F = 14,20, p < .001$) en las mujeres cis que no se autolesionan respecto a los otros tres grupos que sí lo hacen, pero también respecto al grupo de hombres cis que no se autolesionan; además, la puntuación de los hombres cis que no se autolesionan son significativamente mayores que las de los trans-no binarios que sí lo hacen, aunque el valor de η^2

es medio. En cuanto a la confusión, se aprecia que las mujeres cis y los trans-no binarios que se autolesionan tienen niveles significativamente mayores ($F = 24,99, p < .001$) que las mujeres y hombres cis que no lo hacen, mientras que los hombres cis que usan la autolesión sólo presentan un nivel significativamente mayor que las mujeres que no la usan, con un tamaño del efecto alto. En la dimensión “rechazo”, el efecto es parecido: los hombres y mujeres cis y los trans-no binarios que se autolesionan presentan todas medias significativamente más altas ($F = 56,39, p < .001$) que los hombres y las mujeres cis que no lo hacen, sin diferencias respecto al grupo trans-NB que no. El valor de η^2 vuelve a ser alto, además. Respecto a los niveles de interferencia, se reproducen exactamente las mismas diferencias que en la dimensión rechazo ($F = 41,90, p < .001$), incluido el tamaño del efecto elevado. Por último, en la percepción de descontrol se vuelve a observar que tanto los hombres cis, mujeres cis y trans-no binarios que se autolesionan tienen niveles significativamente mayores ($F = 82,25, p < .001$) que los hombres y las mujeres cis que no lo hacen; sin embargo, también surge que las mujeres que no se autolesionan tienen igualmente un nivel significativamente mayor de percepción de descontrol que los hombres que tampoco se autolesionan. El valor de η^2 es, además, bastante alto.

Respecto a la orientación sexual, se ha encontrado que el grupo heterosexual que no se autolesiona tiene niveles significativamente mayores ($F = 5,66, p < .001$) en desatención que los grupos bisexual y homosexual que sí se autolesionan, pero no hay diferencias respecto al grupo heterosexual que también lo hace. No obstante, el tamaño del efecto es bajo. En cuanto a la confusión, encontramos que el grupo bisexual que se autolesiona presenta niveles significativamente mayores ($F = 19,21, p < .001$) que los grupos heterosexual, bisexual y homosexual que no se autolesionan, pero el grupo bisexual que no usa autolesión también presenta puntuaciones más altas en confusión que los heterosexuales que no lo hacen. Por otra parte, los homosexuales que sí usan la autolesión sólo presentan niveles significativamente más altos respecto al grupo heterosexual que no se autolesiona. El valor de η^2 es, además, medio-alto. En la dimensión “rechazo” esta tendencia es aún más llamativa: todos los grupos que se autolesionan, incluido el grupo NS/NC, presentan niveles significativamente más altos ($F = 37,91, p < .001$) que el grupo heterosexual que no se autolesiona; pero además, los grupos bisexual y homosexual que no se autolesionan también tienen puntuaciones significativamente mayores que el grupo heterosexual que tampoco lo hace. El tamaño del efecto es elevado.

En cuanto a la percepción de interferencia, de nuevo el efecto es el mismo que en la dimensión anterior: todos los grupos que se autolesionan tienen medias significativamente mayores ($F = 28,79, p < .001$) que los heterosexuales que no lo hacen, y además los homosexuales y bisexuales que tampoco se autolesionan tienen también niveles mayores que los heteros que no se autolesionan. También se replican los resultados entre los grupos bisexual y homosexual: los bisexuales que se autolesionan tienen puntuaciones significativamente mayores que los bisexuales

y homosexuales que no, y los homosexuales que sí tienen sólo medias mayores respecto a los heterosexuales que no. El valor de η^2 vuelve a ser bastante elevado. Finalmente, en cuanto a la percepción de descontrol, una vez más la tendencia es idéntica en todos los aspectos a la de las últimas dos dimensiones ($F = 49,56, p < .001$), con un tamaño del efecto muy alto.

Respecto a las diferencias entre la muestra clínica y la muestra general, se observa que quienes no se autolesionan, estén o no recibiendo tratamiento, tienen puntuaciones significativamente mayores en desatención ($F = 13,19, p < .001$) que los dos grupos que sí lo hacen. En cuanto al nivel de confusión, encontramos que es significativamente más alto ($F = 41,10, p < .001$) en quienes se autolesionan y están en tratamiento que quienes no se autolesionan, estén recibiendo tratamiento o no, mientras que el de quienes se autolesionan pero no están en terapia sólo es mayor que el de quienes no van a terapia ni se autolesionan, con un tamaño del efecto medio-alto, además. Por otra parte, tanto para la dimensión “rechazo” ($F = 107,81, p < .001$) como la dimensión “interferencia” ($F = 83,12, p < .001$), se observa que las puntuaciones de los grupos que se autolesionan, con o sin tratamiento, son significativamente mayores que las de los que no se autolesionan, de nuevo estén o no en tratamiento, mientras que las de quienes están en tratamiento pero no se autolesionan son, a su vez, mayores que quienes ni lo hacen, ni reciben tratamiento. Finalmente, en la percepción de descontrol, hallamos que las personas que se autolesionan y están en terapia tienen puntuaciones significativamente mayores ($F = 160,21, p < .001$) que el resto de los grupos, incluido el que se autolesiona y pero no recibe tratamiento, mientras que este tiene puntuaciones mayores sólo respecto a los dos grupos que no se autolesionan. Además, las puntuaciones de quienes están en tratamiento pero no se autolesionan son, de nuevo, significativamente más altas que las de los que no se autolesionan ni reciben tratamiento.

Para acabar, según si se utilizaban o no las autolesiones en el pasado, en desatención observamos que quienes nunca han usado la autolesión, o quienes la utilizaban pero ya no lo hacen, tienen puntuaciones significativamente mayores ($F = 12,05, p < .001$) que quienes la utilizaban y la siguen usando, aunque el tamaño del efecto es bajo. Por otra parte, encontramos también que las puntuaciones en confusión del grupo que usaba y usa la autolesión son significativamente mayores ($F = 52,46, p < .001$) que las de los grupos que nunca la han usado, o que la usaban pero ya no; a su vez, las puntuaciones de este último grupo en confusión son mayores que las del grupo que no utilizaban ni utilizan la autolesión. El valor de η^2 es medio-alto. En rechazo, el grupo que se autolesionaba y se autolesiona aún tiene una puntuación significativamente mayor ($F = 124,72, p < .001$) que quienes se autolesionaban pero ya no lo hacen y quienes no lo han hecho nunca, mientras que los grupos “antes sí, ahora no” y “antes no, ahora sí” tienen unas medias significativamente mayores que el grupo “antes no, ahora no”; η^2 es elevada. En cuanto a la dimensión “interferencia” ($F = 85,04, p < .001$), las relaciones halladas

son las mismas que en la dimensión “confusión”, con un tamaño del efecto elevado. Finalmente, en cuanto a la percepción de descontrol, se observa de nuevo que el grupo “antes sí, ahora sí” tiene puntuaciones significativamente mayores ($F = 168,76$, $p < .001$) que quienes no se han autolesionado nunca y quienes lo hacían pero ya no, mientras que los grupos “antes sí, ahora no” y “antes no, ahora sí” repiten con medias más altas que quienes no se autolesionaban ni se autolesionan. El tamaño del efecto es, además, bastante elevado.

Tabla 10*Análisis de la Varianza de las Puntuaciones Medias en Desregulación Emocional*

Variables	DERS														
	DESATNC			CONF			RECHZ			INTERF			DESCONT		
	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2	<i>M</i>	<i>p</i>	η^2
Edad por grupos y AL Sí/No		.001**	.030		.001**	.124		.001**	.159		.001**	.157		.001**	.215
G1 Sí	3,48			3,27			3,81			4,24			3,45		
G1 No	3,83			2,91			2,83			3,52			2,48		
G2 Sí	3,68			2,87			3,83			3,88			3,36		
G2 No	3,86			2,63			2,77			3,26			2,33		
G3 Sí	3,70			2,94			3,89			4,19			3,38		
G3 No	3,88			2,55			2,60			2,98			2,17		
Género y AL Sí/No		.001**	.049		.001**	.083		.001**	.169		.001**	.131		.001**	.228
Hombre cis Sí	3,45			3,02			3,56			4,03			3,11		
Hombre cis No	3,70			2,79			2,62			3,32			2,24		
Mujer cis Sí	3,63			3,19			3,91			4,20			3,54		
Mujer cis No	3,96			2,71			2,85			3,32			2,44		
Trans o No Binario Sí	3,16			3,22			3,90			4,11			3,45		
Trans o No Binario No	3,81			3,25			3,34			3,94			3,10		
Or. Sexual y AL Sí/No		.001**	.035		.001**	.111		.001**	.198		.001**	.158		.001**	.244
Hetero Sí	3,72			2,99			3,56			3,96			3,18		
Hetero No	3,86			2,65			2,58			3,19			2,22		
Bisex Sí	3,48			3,26			4,00			4,30			3,58		
Bisex No	3,77			2,97			3,10			3,65			2,69		
Homosex Sí	3,34			3,15			3,81			4,00			3,46		
Homosex No	3,91			2,93			3,15			3,60			2,66		
Asex o Q+ Sí	3,55			3,13			3,75			4,34			3,41		
Asex o Q+ No	3,83			3,22			3,89			3,67			2,94		
NS/NC Sí	3,35			3,22			4,13			4,27			3,61		
NS/NC No	4,05			3,05			3,20			3,40			2,54		
Tto. Y AL Sí/No		.001**	.028		.001**	.081		.001**	.189		.001**	.152		.001**	.257
Sí Sí	3,60			3,21			3,92			4,21			3,63		
No Sí	3,49			3,09			3,73			4,10			3,22		
Sí No	3,88			2,91			3,26			3,73			2,85		
No No	3,84			2,71			2,62			3,22			2,24		
AL en el pasado y AL Sí/No		.001**	.034		.001**	.102		.001**	.212		.001**	.155		.001**	.267
Sí Sí	3,53			3,16			3,82			4,16			3,43		
Sí No	3,74			2,95			3,25			3,64			2,80		
No Sí	3,96			2,69			3,89			3,94			3,16		
No No	3,91			2,65			2,50			3,17			2,14		

* $p < .005$ ** $p < .001$

Nota. AL = Autolesión. G1 = 18 a 25 a. G2 = 26 a 35 a. G3 = 36 a 66 a. DESATNC = Atención-Desatención. CONF = Claridad-Confusión. RECHZ = Aceptación-Rechazo. INTERF = Funcionamiento-Interferencia. DESCNT = Regulación-Descontrol.

Relación entre las estrategias de afrontamiento, la impulsividad y la desregulación emocional

Una vez analizadas las relaciones y diferencias estadísticamente significativas en nuestra muestra respecto a la autolesión y a las características evaluadas, es interesante observar si, como se propuso en la tercera hipótesis, existen relaciones entre las diferentes dimensiones valoradas y que podrían influir en la aparición de la conducta autolesiva.

Encontramos, por tanto, que la estrategia centrada en solución de problemas se relaciona negativamente con la estrategia basada en la evitación. También mantiene relaciones negativas con la dimensión Urgencia Negativa y con las dimensiones Confusión, Rechazo, Interferencia y Descontrol Emocional. Sin embargo, se puede observar que se relaciona positivamente con la dimensión Desatención Emocional y, sorprendentemente, con la dimensión Urgencia Positiva (si bien la intensidad es baja). Por otro lado, la dimensión Evitación se relaciona positivamente con la Urgencia Negativa y con las dimensiones Confusión, Rechazo, Interferencia y Descontrol, con una intensidad media-alta además. En contraposición, mantiene una relación negativa con la Urgencia Positiva y con la Desatención.

En cuanto a la Urgencia Negativa, se aprecia que se relaciona negativamente con la Urgencia Positiva y que mantiene una relación positiva con la Confusión, el Rechazo, la Interferencia y el Descontrol Emocional, con una intensidad media-alta para las tres últimas. También resulta llamativo observar que la dimensión Desatención se relaciona positivamente con la dimensión Solución de Problemas y negativamente con la dimensión Confusión; en ambas con una intensidad media.

Respecto a la dimensión Confusión, se observa que se relaciona positivamente con las dimensiones Rechazo, Interferencia y Descontrol, en un nivel medio-alto. Por últimos, observamos que ocurre lo mismo con el Rechazo respecto a la Interferencia y el Descontrol, y entre la Interferencia y el Descontrol, siendo esta relación positiva de una intensidad alta en general.

BSENS	<i>r</i> de Pearson	-0,017	0,043	-.072**	-.082**	-,142**	0,024	0,007	0,024	-,091**	1	,269**	0,030	-0,031	,072**	0,047	0,033
	valor <i>p</i>	0,533	0,110	0,007	.002	** .001	0,379	0,785	0,378	** .001	** .001	** .001	0,256	0,247	0,007	0,078	0,211
URPOS	<i>r</i> de Pearson	,216**	,102**	-,336**	,120**	-0,044	0,023	-,281**	-,123**	-,282**	,269**	1	,177**	-,263**	-,235**	-,239**	-,364**
	valor <i>p</i>	** .001	** .001	** .001	** .001	0,104	0,381	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001
DESATNC	<i>r</i> de Pearson	,376**	,332**	-,132**	,120**	,055*	,121**	-,110**	-,058*	-,150**	0,030	,177**	1	-,376**	-,223**	-,086**	-,176**
	valor <i>p</i>	** .001	** .001	** .001	** .001	0,040	** .001	** .001	0,031	** .001	0,256	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001
CONF	<i>r</i> de Pearson	-,279**	-,141**	,362**	-,212**	-0,033	-,087**	,259**	,085**	,166**	-0,031	-,263**	-,376**	1	,486**	,404**	,549**
	valor <i>p</i>	** .001	** .001	** .001	** .001	0,212	** .001	** .001	** .001	** .001	0,247	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001
RECHZ	<i>r</i> de Pearson	-,236**	-,091**	,486**	-,259**	-,063*	-,100**	,345**	0,038	,141**	,072**	-,235**	-,223**	,486**	1	,571**	,741**
	valor <i>p</i>	** .001	** .001	** .001	** .001	0,018	** .001	** .001	0,159	** .001	0,007	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001
INTERF	<i>r</i> de Pearson	-,264**	-0,025	,414**	-,210**	-,107**	-,146**	,355**	,120**	,144**	0,047	-,239**	-,086**	,404**	,571**	1	,699**
	valor <i>p</i>	** .001	0,345	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	0,078	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001
DESCONT	<i>r</i> de Pearson	-,324**	-,078**	,540**	-,304**	-,122**	-,131**	,493**	,091**	,248**	0,033	-,364**	-,176**	,549**	,741**	,699**	1
	valor <i>p</i>	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	0,211	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001	** .001

** *p* < .001

Nota. AFPOS = Afrontamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. APSOC = Apoyo social. EVIT = Evitación. ACCEPT = Aceptación. HUMOR = Humor. ESPIRIT = Espiritualidad/Religiosidad. URNEG = Urgencia Negativa. PERS = (Falta de) Perseverancia. PREM = (Falta de) Premeditación. BSENS = Búsqueda de Sensaciones. URPOS = Urgencia Positiva. DESATNC = Atención-Desatención. CONF = Claridad-Confusión. RECHZ = Aceptación-Rechazo. INTERF = Funcionamiento-Interferencia. DESCONT = Regulación-Descontrol.

DISCUSIÓN

Tras haber realizado el análisis de los resultados, podemos afirmar que se cumple la primera hipótesis propuesta en el estudio. La prevalencia del uso de la autolesión de forma reciente (31,2%) es similar a la obtenida por Calvete et al. (2015) en su investigación con adolescentes vascos, y ligeramente superior a la encontrada por otros autores en estudios internacionales. Por otra parte, la tasa de autolesión en el grupo clínico de nuestra muestra (49,9%) entraría dentro del rango propuesto por Selby et al. (2012) en cuanto al uso de esta conducta en distintos países. En cuanto a la relación de la autolesión con las variables demográficas encuestadas, este estudio confirma que existe una relación positiva entre su uso y la edad, siendo más frecuente que se de entre los 18 y los 25 años respecto a las siguientes franjas de edad, donde la tasa parece ir disminuyendo de forma gradual. Respecto al género y la orientación sexual, también se confirma lo predicho y se observa una relación significativa positiva entre la conducta autolesiva y ser mujer cis, transgénero o de género no binario, y lo mismo ocurre respecto a ser bisexual, homosexual, asexual o Q+. También se da esta relación en las personas que no sabían o no deseaban identificarse en su orientación sexual. Estos resultados referentes a los hombres y mujeres cis coinciden con los recogidos por Rodham y Hawton (2009), y parcialmente con los obtenidos por Bresin y Schoenleber (2015); no obstante, difieren respecto a los hallados por Victor et al. (2018), que sostienen que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para muchas de las características de la autolesión, incluida la frecuencia. En cuanto a la población transgénero y no binaria, prácticamente no existen todavía estudios consistentes sobre la prevalencia de la autolesión en estos dos grupos con los que poder comparar; no obstante, esta investigación señala que, de los encuestados pertenecientes a este grupo, un 65,5% señaló haber estado utilizando la autolesión recientemente. Este resultado es coherente con investigaciones como la de Guzmán-Parra et al. (2016), quienes analizan la salud psicológica de hombres y mujeres trans españoles y encuentran que presentan altas tasas de depresión, un uso frecuente de estrategias evitativas y que un 52,3% declaraba haber tenido ideaciones suicidas, y un 22,8% había llegado a intentar suicidarse. En cuanto a la orientación sexual, los datos obtenidos coinciden con los ofrecidos por Taylor et al. (2018); sin embargo, se reproduce la misma situación que con la población trans y no binaria: no hay apenas estudios sobre la prevalencia de la autolesión según la orientación sexual. Por ello, sería muy interesante aumentar las líneas de investigación que profundicen sobre la realidad de la conducta autolesiva en las comunidades *LGTBQ+*, tanto nacionales como internacionales.

En cuanto a los estilos de autolesión, hemos visto que nuestra muestra en general parece preferir, en primer lugar, el uso de cortes; esta tendencia se reproduce también para la primera franja de edad y para los grupos de mujeres cis y trans-no binario; sin embargo, los hombres cis de nuestra muestra señalan que prefieren el uso de golpes, ya sea contra sí mismos o con objetos.

Este detalle resulta relevante, ya que podría estar relacionado con el modelo social de la autolesión propuesto por Nock (2008) según el cual la autolesión cumple un papel no sólo regulador sino también comunicativo, con lo que determinados estilos de autolesión podrían ser una forma especialmente intensa de indicar estrés pero también de señalar fuerza, filiación o límites. Dado que, como iremos viendo, se han encontrado diferencias en los resultados que podrían ser atribuidas a los roles de género, sería particularmente interesante ahondar en estas diferencias teniendo en cuenta los estilos de comunicación y relación social de hombres y mujeres. No obstante, no podemos afirmar en este estudio que las diferencias halladas sean, además, significativas. Por otra parte, también se ha visto que, en general, los participantes suelen utilizar entre dos y tres variantes de autolesión, disminuyendo la frecuencia a medida que aumenta el número de variables.

Por lo demás, tal y como se esperaba, podemos confirmar la existencia de una relación positiva entre el uso de la autolesión y la pertenencia a la muestra clínica (es decir: hay significativamente más personas que se autolesionan recibiendo tratamiento que no recibéndolo) y entre el uso de la autolesión en la actualidad y haberla utilizado en el pasado.

En segundo lugar, podemos afirmar que la hipótesis formulada acerca de la relación de la autolesión con determinados estilos de afrontamiento, de impulsividad y de regulación emocional es también correcta, si bien han surgido detalles que deben ser comentados a continuación. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el estudio confirma la relación entre el uso de la autolesión, tanto en el pasado como recientemente, y el uso de la evitación como estrategia de afrontamiento, con un tamaño del efecto medio. De hecho, en el análisis comparativo más detallado entre quienes se autolesionan y no según los diferentes grupos muestrales, encontramos que las medias significativamente más altas en evitación se corresponden con las personas que se autolesionan incluidas en los grupos predichos en la hipótesis primera; es decir: más uso de la evitación en el primer rango de edad que en el resto, en las mujeres cis que se autolesionan que en los hombres cis que lo hacen, en la muestra clínica que en la general y en las personas que se autolesionaban en el pasado que en las que no lo hacían. Por otro lado, en cuanto al colectivo *LGTBQ+*, sólo se halló que las puntuaciones eran significativamente altas en los bisexuales y homosexuales en general, y concretamente en los que se autolesionan; sin embargo, debe señalarse que, en los resultados para este apartado, es probable que al crear subgrupos en dos, y sobre todo al dividirlos en dos, en función o no de la autolesión, la *n* resultante para la comparación fuese demasiado pequeña para obtener datos significativos (además de recoger un tamaño del efecto medio). En cualquier caso, estos resultados coinciden con estudios como los de Bentley et al. (2015), Andrews, Martin, Hasking y Page (2013), o Nock y Cha (2009); de hecho, coinciden también hasta cierto punto en cuanto a los datos obtenidos en la dimensión Solución de Problemas y Reestructuración Cognitiva: en general, parece ser que quienes se autolesionan

utilizan más estrategias de evitación y menos estrategias centradas en la solución de problemas (Andrews et al., 2013), o no utilizan estas últimas eficientemente (Nock y Cha, 2009). Por ejemplo, esta es una de las diferencias encontradas entre las personas que se autolesionan y las que no dentro de la muestra clínica: quienes son pacientes pero no emplean la autolesión parecen usar con más frecuencia estrategias de solución de problemas, a pesar de que utilicen también estrategias basadas en la evitación. Se observa exactamente el mismo efecto cuando se compara a quienes se autolesionaban en el pasado pero ya no lo hacen y a los que lo hacían y lo siguen haciendo. Y también es parecido al que se encuentra en la comparación por grupos de edad. A pesar de que el tamaño del efecto es medio-bajo, y las diferencias no se reproducen rigurosamente para todos los grupos (como sí parece ocurrir con la evitación) el papel de la habilidad en solución de problemas y la reestructuración cognitiva es un punto a considerar en cuanto a la prevención y la recuperación y que requeriría un análisis más detallado, ya que autores como McKay y Andover (2014) y Richmond et al. (2016) consideran, por ejemplo, que estrategias como el uso de la rumiación podrían ser predictoras de un mayor uso de la autolesión. Por otra parte, Prinstein, Guerry, Browne y Rancourt (2009) consideran que una mayor o menor habilidad en reestructuración cognitiva, y sobre todo en cognición social, podría ser una variable mediadora en el desarrollo de la autolesión según el modelo interpersonal de la misma, y se relacionaría, en parte, con la desregulación emocional asociada a la autolesión.

En cuanto a la dimensión Urgencia Negativa, se confirman también los resultados esperados: existe una relación significativa entre la autolesión, pasada y actual, y esta dimensión, y concretamente se observa que, de nuevo, los subgrupos que se autolesionan tienen, en general, medias significativamente mayores en esta dimensión que los que no lo hacen. En este caso, llaman además la atención dos detalles: respecto al género y la orientación sexual, los grupos que se autolesionan tienen medias mayores que el grupo de hombres cis que no lo hacen y el grupo de heterosexuales que tampoco la usan, y respecto a la muestra clínica y la general, volvemos a observar que, si bien la muestra clínica tiene puntuaciones más altas que la general en esta dimensión, los participantes que están en tratamiento y que usan la autolesión tienen medias significativamente mayores que el grupo en tratamiento que no la usa (al igual que hemos visto que ocurría con la evitación y la reestructuración cognitiva) y también que el grupo que utiliza la autolesión pero no está recibiendo tratamiento. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas de puntuación entre quienes se autolesionaban y ya no lo hacen y quienes usaban la autolesión y lo siguen haciendo. En cualquier caso, el resultado global coincide con lo hallado por Hamza et al. (2015), y resulta una variable relevante por su relación, como veremos, con la reactividad emocional. Por otro lado, ha sido un hallazgo sorprendente encontrar que, al igual que los grupos que utilizan la autolesión y/o que reciben tratamiento tienen puntuaciones más altas en Urgencia Negativa, los grupos que no la emplean, que no reciben tratamiento (la utilicen o no) y

que no usaban la autolesión en el pasado ni tampoco ahora, tienen todas puntuaciones significativamente más altas en la dimensión Urgencia Positiva. Esto resulta llamativo dado que esta dimensión de la escala está diseñada para detectar una impulsividad potencialmente problemática guiada por emociones placenteras; no obstante, si se observan las medias de puntuación, son bajas a pesar de la diferencia entre muestras, lo que lleva a plantear la hipótesis de que, tal vez, lo que predomine en estos grupos sea, en primer lugar, una frecuencia mayor de experiencia de emociones positivas y, en segundo lugar, una mayor espontaneidad en la expresividad emocional. Esta hipótesis sería congruente con los datos comentados por Andrews et al. (2013), Bentley et al. (2015) y Gratz (2006) que señalan los individuos que usan la autolesión parecen mostrar un mayor uso de la supresión emocional y cognitiva y una mayor dificultad para expresar emociones, además experimentar emociones displacenteras con mayor intensidad y frecuencia, lo que hace lógico que la autolesión se vea asociada a la Urgencia Negativa: no parece haber indicios de que esta se use para regular afectos positivos, pero está clara su función respecto a las emociones negativas. En cualquier caso, la cuestión propuesta necesitaría de una mayor investigación para aclarar su causa.

Por último, se confirma también una relación muy potente entre el uso de la autolesión y la disregulación emocional en nuestra muestra. Según la edad, los tres grupos que se autolesionan presentan medias significativamente mayores en rechazo, interferencia y descontrol, pero además encontramos una asociación con una η^2 media-alta entre los dos primeros grupos de edad que se autolesionan y la dimensión Confusión. Esta tendencia también se reproduce según el género (mayores medias en esas cuatro dimensiones en mujeres cis y personas trans o no binarias que se autolesionan); sin embargo respecto a la orientación sexual, llama la atención que el grupo bisexual destaca en confusión respecto al resto, tanto si utilizan la autolesión como si no, y lo mismo ocurre para este grupo y el grupo homosexual en las dimensiones Rechazo, Interferencia y Descontrol: si bien quienes se autolesionan tienen puntuaciones significativamente más altas que los demás, los bisexuales y homosexuales que no usan la autolesión también tienen medias mayores que los heterosexuales que tampoco lo hacen. Este dato resulta relevante porque podría estar señalando una tendencia relacionada con la aceptación social que tienen o no determinadas emociones y roles, y parece consistente con lo señalado por Taylor et al. (2018) sobre los altos niveles de estrés y rechazo que sufren los colectivos minoritarios y, concretamente, con el bajo sentido de pertenencia social que presentan las personas *LGB*. Por lo demás, en cuanto a la muestra clínica y general, encontramos que los niveles de rechazo e interferencia son mayores en los grupos que se autolesionan, estén o no recibiendo tratamiento, mientras que los niveles de confusión y descontrol emocional son mayores en quienes se autolesionan y están en tratamiento respecto de quienes también lo están, pero no lo hacen; y este grupo, a su vez, tiene mayores niveles de descontrol emocional que quien no se autolesiona ni recibe terapia, reproduciéndose

una vez más el efecto encontrado para la urgencia negativa o la evitación. Y lo mismo ocurre para los grupos en función de la autolesión en el pasado: quienes continúan usándola hoy tienen medias más altas que el resto en confusión, rechazo, interferencia y descontrol, pero quienes la usaban y ahora no tienen medias más altas que quienes nunca utilizaron la autolesión, pero menores que quienes la utilizan ahora. Esta tendencia, que coincide aproximadamente con la hallada respecto a las dimensiones analizadas anteriormente, resulta especialmente relevante, porque si bien necesitaría ser ampliada y estudiada más a fondo, estaría apuntando a la existencia de un “continuo” en el que el incremento del uso de ciertas estrategias y de ciertas experiencias, y la disminución de otras, podría marcar la diferencia en cuanto a la recuperación y el abandono de la autolesión como estrategia de afrontamiento. En cualquier caso, los resultados obtenidos coinciden con lo promulgado por autores como Gratz (2006), Nock (2008), Nock y Cha (2009), Prinstein et al. (2009), Bentley et al. (2009) o Palmer et al. (2018): las emociones, sobre todo las negativas, su intensidad y la habilidad para su regulación y/o expresión son una de las piedras angulares de un posible modelo explicativo global de la autolesión no suicida, y las intermediarias entre el modelo psicológico y el modelo interpersonal de la autolesión. Además, se encuentra fuertemente relacionado con uno de los factores de riesgo distales más potentes en el desarrollo de la autolesión (pero que no ha sido incluido en este estudio): la vivencia de experiencias traumáticas, estresantes o de abuso en la infancia y la adolescencia. Para acabar, es importante comentar también el efecto hallado respecto a la dimensión Desatención: al contrario de lo que proponen Fliege, Lee, Grimm y Klapp (2009), ha sido sorprendente encontrar que quienes no se autolesionan tienen, en general, puntuaciones significativamente mayores en esta área, lo que podría relacionarse, por ejemplo, con unos cuantos modelos explicativos de diferentes psicopatologías, en las que la excesiva atención a la experiencia interna interfiere con el procesamiento de la información y la puesta en marcha de estrategias más adaptativas de afrontamiento. No deja de ser, por tanto, otra línea con bastante potencial de cara al tratamiento y que necesita de mayor estudio.

Finalmente, sólo queda añadir que la tercera hipótesis promulgada en esta investigación también se cumple según lo esperado, mostrando una serie de interacciones positivas y negativas entre las dimensiones que ratifican la relación entre las variables estudiadas y su probable participación en una línea explicativa del fenómeno de la autolesión, y que justifica la evaluación llevada a cabo en este estudio. Así, si se pudiese empezar a esbozar un “perfil de riesgo” que lleve a incurrir en la autolesión a los adultos españoles, diríamos que este sería tener entre 18 y 25 años, ser mujer cis y/o identificarse con las orientaciones *LGTBQ+*, estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico y tener antecedentes de autolesiones en el pasado, además de utilizar preferentemente estrategias como la evitación, la rumiación o la supresión emocional y cognitiva, presentar mayores niveles de confusión, rechazo, interferencia y descontrol emocional, y percibir

mayores tasas de urgencia negativa. Además, emplearía entre uno y tres métodos de autolesión, y entre ellos muy probablemente los cortes.

Limitaciones y fortalezas del estudio

En cuanto a las limitaciones que se han observado en este estudio, la primera está con la recogida de la información clínica mediante preguntas cerradas pero que no aportan mayores detalles sobre la situación y la salud de quienes reciben o no tratamiento, o sobre la experiencia con la autolesión en el pasado. En segundo lugar, el tamaño de algunos de los grupos resultantes según la edad, el género o la orientación sexual es más pequeño que lo deseable, con lo que al dividirlos además según el uso de la autolesión probablemente haya impedido sacar conclusiones significativas respecto a las variables psicológicas. Por otro lado, por motivos éticos y de privacidad, no se ha recogido tampoco la existencia de antecedentes de abusos o maltrato, ni de intentos de suicidio, a pesar de que son, ambas, variables relevantes en un paradigma global de la autolesión. Finalmente, cabe también señalar que, aunque el tamaño muestral es satisfactoriamente grande, el hecho de haber distribuido el cuestionario por las redes sociales, y especialmente en Twitter©, puede haber introducido ciertos sesgos en variables como el nivel cultural, nivel socioeconómico, la edad, etc. De hecho, esto se observa bien en la evaluación de la dimensión Espiritualidad: a pesar de las diferencias significativas, las puntuaciones son extremadamente bajas en parte, seguramente, porque el usuario medio de esta red se declara ateo o agnóstico. Por lo tanto, sería deseable incluir más variabilidad en estos aspectos en futuros estudios.

Respecto a las fortalezas, puede decirse que esta investigación se ha esforzado en cuidar la inclusión y visibilización de un colectivo vulnerable para el tema que nos ocupa. Además, como se ha mencionado, el tamaño muestral es más amplio que el de muchos de los estudios que se llevan a cabo sobre este tema, incluidas las dos investigaciones españolas citadas. En relación con esto, otro punto fuerte de este trabajo es su novedad en cuanto a la población española, ya que apenas existen estudios sobre autolesión en nuestro país y no deja de ser necesario ratificar o descartar la posible influencia cultural en este fenómeno, además de proveer de información novedosa a los profesionales que trabajan con estas personas. Finalmente, es reseñable también el enfoque global que trata de adoptar nuestra investigación, centrándose en variables funcionales que pueden ser diana de tratamientos en lugar de meras etiquetas diagnósticas, y buscando ampliar con mayores detalles el corpus de información existente sobre la conducta autolesiva no suicida.

Propuestas para el futuro

De cara a futuras investigaciones, y en cuanto al abordaje de la autolesión en general, proponemos seguir afianzando la visión de la autolesión como una conducta transversal a diferentes situaciones y diagnósticos, contemplándola como una estrategia de afrontamiento y

regulación emocional desadaptativa y de alto coste pero muy útil para los fines que persigue, lo que probablemente resulte más efectivo de trasladar a la práctica terapéutica que su tratamiento como un mero “síntoma”. Para ello, es importante seguir profundizando en modelos globales de interacción, afrontamiento y autorregulación, incorporando además el enfoque funcional interpersonal propuesto por Nock (2008) y Prinstein et al. (2009). También resultaría muy interesante estudiar la funcionalidad de la autolesión desde la tesis de la evitación experiencial propuesta por los modelos de las terapias contextuales. Además, sería necesario ahondar en los cambios y diferencias sutiles en afrontamiento y regulación emocional que parecen estar relacionados tanto con el inicio de esta conducta, como con el abandono de la misma y la consiguiente “recuperación”. Por último, es igualmente imperativo continuar con el estudio de la autolesión en la población española y crear un cuerpo propio de conocimientos sobre este tema.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se desprenden de esta investigación son que queda reforzado el enfoque de la autolesión como una conducta transversal, que aparece tanto en la población clínica (y probablemente diagnosticada) como en la general y que está relacionada con múltiples variables que pueden actuar como factores de riesgo predisponentes o precipitantes, mediadores o protectores, de entre los cuales la emoción y su regulación tienen un papel central en distintos niveles de análisis. Por ello, debemos considerar la autolesión como un fenómeno complejo y multivariado. Además, también se hace patente la necesidad de tener en cuenta variables sociodemográficas que hacen a determinados grupos más vulnerables e incluirlas en futuros estudios. Por último, la caracterización de la autolesión en la población española adulta no parece diferir demasiado de lo encontrado en otros países; eso sí, todos ellos predominantemente occidentales.

REFERENCIAS

- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P. y Page, A., (2013). Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescent Health*, 53, 40-46.

- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5* (pp. 803-806). Arlington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Asociación Americana de Psiquiatría, (1980), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III*. Arlington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Bentley, K. H., Cassiello-Robins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S. Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72-88.

- Bresin, K. y Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.

- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-226.

- Crapper, L. y Ernst, C. (2016). Comparative analysis of self-injury in people with psychopathology or neurodevelopmental disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 62, 619-631.

- Curran, P. J., West, S., y Finch, J. F. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.

- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Pérez-Fominaya, M., Baca-García, E. y Carballo, J. J. (2015). Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145.

- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A. y Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477-493.

- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.

- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.

- Guzmán-Parra, J., Sánchez-Álvarez, N., de Diego-Otero, Y., Pérez-Costillas, L., Esteva de Antonio, I., Navais-Barranco, M., Castro-Zamudio, S. y Bergero-Miguel, T. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 587-596.

- Hamza, C. A., Willoughby, T. y Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 13-24.

- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

- Klonsky, D. E. (2007). Non-Suicidal self-injury: An introduction. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11), 1039-1043.

- Luiselli, J. K. (2009). Nonsuicidal self-injury among people with developmental disabilities. En M. K. Nock. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 157-179). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association.

- Maddox, B. B., Trubanova, A. y White, S. W. (2016). Untended wounds: non-suicidal self-injury in adults with autism spectrum disorder. *Autism*.

- McKay, D. y Andover, M. (2012). Should non-suicidal self-injury be a putative obsessive-compulsive related condition? A critical appraisal. *Behavior Modification*, 36(1), 3-17.

- Morán, C., Landero, R. y González, M.T. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.

- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159-168.

- Nock, M. K. y Cha, C. (2009). Psychological models of nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 9-18). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Nock, M. K. y Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. En M. K. Nock. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 9-18). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Palmer, C., Connor, C., Channa, S., Lavis, A., Leung, N., Parsons, N. y Birchwood, M. (2018). The development of first-episode direct self-injurious behavior and association with difficulties in emotional regulation in adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B. y Rancourt, D. (2009). Interpersonal models of nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 157-179). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Richmond, S., Hasking, P. y Meaney, R. (2016). Psychological distress and non-suicidal self-injury: the mediating roles of rumination, cognitive reappraisal and expressive suppression. *Archives of Suicide Research*, 0, 1-11.
- Rodham, K. y Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 37-62). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Sanjuán, P., Magallares, A., Ávila, M. y Arranz, H. (2016). Effective and ineffective coping strategies: Psychometric properties of a reduced version of brief-COPE for heart patients. *Official Proceedings of European Conference on Psychology and Behavioral Sciences*, 3, 33-42.
- Taylor, P.J., Dhingra, K., Dickson, J. y McDermott, E. (2018). Psychological Correlates of Self-Harm withing Gay, Lesbian and Bisexual UK University Students. *Archives of Suicide Research*.
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M. y Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 53-60.
- Verdejo-García, A., Lozano, Ó., Moya, M., Alcázar, M.Á. y Pérez-García, M. (2010). Psychometric Properties of a Spanish Version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale:

Reliability, Validity and Association With Trait and Cognitive Impulsivity. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 70-77.

- Westlund Schreiner, M., Klimes-Dougan, B., Begnel, E. D. y Cullen, K. R. (2015). Conceptualizing the neurobiology of non-suicidal self-injury from the perspective of the Research Domain Criteria Project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 57, 381-391.

- Yates, T. M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 117-137). Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association.