

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

*2023-2024*

**LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS COMO SÍNTOMA**

**TRANSDIAGNÓSTICO**

**NON-SUICIDAL SELF-INJURY AS A TRANSDIAGNOSTIC SYMPTOM**

*Trabajo empírico*

**CELIA OLIVEROS GONZÁLEZ**

Oviedo, mayo de 2024

## Resumen

La evaluación funcional de las autolesiones no suicidas (NSSI) es un asunto de interés en psicología clínica por su elevada prevalencia en adolescentes, su presentación conjunta con otros problemas psicológicos y su edad de inicio cada vez más temprana. El objetivo del presente estudio fue analizar la frecuencia y funciones de las NSSI, así como su relación con la inflexibilidad psicológica y la urgencia negativa. Participaron 294 jóvenes (74,1% mujeres) con media de edad de  $20,4 \pm 2,11$  años. Se evaluaron NSSI, Impulsividad, Ansiedad/Depresión e Inflexibilidad Psicológica (IP). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, correlacional e inferencial. Los resultados mostraron que el 44% de los participantes se habían autolesionado alguna vez, casi siempre a solas y experimentando dolor físico al realizar la conducta. Las funciones intrapersonales de las NSSI fueron las más referidas (regulación emocional, autocastigo, expresión del sufrimiento emocional y evitación de fenómenos disociativos). Se encontraron correlaciones positivas entre NSSI y trastornos alimentarios, disforia de género, ansiedad/depresión y, especialmente, inflexibilidad psicológica. El análisis de regresión logística binomial informó de que la IP aportaba valor predictivo significativo sobre la presencia de autolesiones. Se discute la necesidad de entender estas conductas dentro de un modelo explicativo transdiagnóstico.

*Palabras clave:* autolesiones no suicidas, funciones, inflexibilidad psicológica, urgencia negativa

## Abstract

Functional assessment of non-suicidal self-injury (NSSI) is a subject of interest in clinical psychology due to its high prevalence in adolescents, its co-presentation with other psychological problems and its increasingly younger age onset. The aim of the present study was to analyze the frequency and functions of NSSI, as well as its association with psychological inflexibility and negative urgency. A total of 294 participants (74.1% female) with mean age of  $20.4 \pm 2.11$  years completed the questionnaire. NSSI, Impulsivity, Anxiety/Depression and Psychological Inflexibility (PI) were assessed. Data was analyzed using descriptive, correlational and inferential statistics. The results showed that 44% of the participants had a history of self-injury, and they were almost always alone and experiencing physical pain while performing the behavior. Intrapersonal functions of NSSI were the most frequently reported (emotional regulation, self-punishment, expression of emotional distress and anti-dissociative). Positive correlations were found between NSSI and eating disorders, gender dysphoria, anxiety/depression and, especially, psychological inflexibility. Binomial logistic regression analysis reported that PI provided significant predictive value for the presence of self-injury. The need to understand these behaviors within a transdiagnostic explanatory model is discussed.

Keywords: non-suicidal self-injury, functions, psychological inflexibility, negative urgency.

## Introducción

Las *Autolesiones no suicidas* (NSSI, por sus siglas en inglés de *Non Suicidal Self-Injury*), refieren la conducta propositiva de destrucción tisular que la persona realiza en su cuerpo sin la intención de morir (International Society for the Study of Self-Injury, 2021) y que está alejada de otras prácticas sancionadas cultural o socialmente (p. e., perforaciones, tatuajes, dilataciones). Los métodos más empleados incluyen cortarse, arañarse, quemarse y golpearse. De estos, cortarse es la forma más común de autolesión en ambos sexos.

La definición y conceptos relacionados con las NSSI son actualmente un asunto de debate. Existen dudas sobre si la definición oficial debe incluir o excluir la intención suicida. Mientras que la mayoría de autores descartan la ideación e intención de morir (Favazza, 1998; Walsh et al., 2018), otros consideran que las autolesiones son un indicador de riesgo y deseo de suicidio (Hamza y Willoughby, 2016) y conceptualizan ambos fenómenos como elementos del mismo continuo de autolesión (Angelakis y Gooding, 2021; Klonsky et al., 2013). El riesgo incrementado de suicidio se ha observado en adolescentes en tratamiento psiquiátrico, en estudiantes de secundaria y universitarios, así como en adultos de muestras comunitarias (Anestis et al., 2013). Se ha comprobado asimismo que cuanto más temprano es el inicio de NSSI, más precozmente se observan tentativas suicidas entre los practicantes (Chesin et al., 2017). Aunque, en efecto, muchas de las personas que finalmente se suicidan pueden haber experimentado con las autolesiones (Angelakis y Gooding, 2021; Farkas et al., 2023), estas estadísticas no hablan de la gran cantidad de adolescentes que se autolesionan, pero nunca contemplan, y mucho menos intentan, suicidarse. Es este grupo en rápido crecimiento de jóvenes que se autolesionan, pero que no son suicidas, el que constituye el grueso de este trabajo.

Las dificultades de la conceptualización de las NSSI dificultan el análisis de su prevalencia. Especialmente en los últimos años las cifras informadas son demoledoras, con informes que señalan que entre el 13% y 17% de adolescentes se implica en conductas autolesivas. Un reciente metaanálisis que incluyó todas las investigaciones epidemiológicas publicadas entre los años 2015 y 2020, informó de una prevalencia de autolesiones de alrededor del 18,3% (Farkas et al., 2023; Gillies et al., 2018). Un

análisis más pormenorizado, por muestras y grupos de edad, indicó que en población no clínicas de niños y adolescentes la prevalencia se sitúa entre el 16,9-22,1% (Gillies et al., 2018; Lim et al., 2019; Muehlenkamp, 2012; Swannell et al., 2014; Xiao et al., 2022). Cuando los informes proceden de muestras clínicas, las cifras aumentan hasta el 56% (Callahan et al., 2021; DiClemente et al., 1991; Kimbrel et al., 2014). Los informes de prevalencia son homogéneos a nivel internacional (Nock, 2010), lo que refleja la importancia y especialmente la urgencia en desarrollar abordajes eficaces que ayuden tanto a la prevención como al tratamiento de las autolesiones.

Las diferencias en la prevalencia en función del sexo también son notables (Bresin y Schoenleber, 2015), con claro predominio de las niñas. El 21% de mujeres frente al 16,5% de los hombres se autolesiona según los últimos informes (Farkas et al., 2023). Estas diferencias de sexos se traducen en los métodos elegidos para autolesionarse. Así, las mujeres tienden a cortarse y los hombres eligen golpearse (Barrocas et al., 2012). El riesgo y la frecuencia de autolesiones es mayor en chicas con trastornos alimentarios (Kirkpatrick et al., 2024), en quienes viven en entornos cerrados o en atención residencial (Nock y Prinstein, 2004) y tal y como se ha visto recientemente, en minorías sexuales y de género (Modrego Pardo et al., 2021; Rogers y Taliaferro, 2020). En todos estos entornos se demuestra que la autolesión es una conducta “contagiosa”, susceptible de ser imitada y fácilmente propagable (Rosen y Walsh, 1989; Taiminen et al., 1998).

Las conductas autolesivas pueden presentarse en cualquier etapa del ciclo vital, no obstante, se observa un claro aumento en su incidencia durante la adolescencia. La investigación afirma de manera consistente que la edad media de inicio para las NSSI ronda los 14 años (Ammerman et al., 2018; Gandhi et al., 2018). En su revisión de estudios longitudinales, Plener y colaboradores concluyeron que la prevalencia de las autolesiones se incrementa notoriamente hasta los 12 años, llega a su máximo entre los 14 y los 16 años y comienza a disminuir a partir de los 18 (Plener et al., 2015). Por tanto, la edad de inicio es un factor importante a considerar pues se ha encontrado una asociación negativa entre ésta y la conducta suicida (Muehlenkamp, 2018).

Las NSSI se presentan a menudo como síntoma añadido y simultáneo a otros trastornos psicológicos. Además de los mencionados TCAs y de los problemas derivados de la incongruencia con el sexo, el Trastorno Límite de Personalidad co-

ocurre con las autolesiones en un 25% de los casos (Andrewes et al., 2019). La investigación indica que autolesiones y TCA son problemas concurrentes que comparten las mismas funciones y cuyos factores de desarrollo y mantenimiento son similares (Kiekens y Claes, 2020; Turner et al., 2015). Algunas investigaciones analizan las autolesiones y los síntomas de TCA como estrategias de afrontamiento intercambiables (Muehlenkamp et al., 2014; 2019; Wedig, 2014), lo que resalta la importancia de insistir en la evaluación de las conductas autolesivas y tratar de analizar si las funciones detrás de este fenómeno son las mismas que a menudo se presentan en problemas topográficamente distintos, como los TCA.

También es llamativa la coocurrencia observada entre autolesiones y trastornos de ansiedad y depresión. Dicha asociación se presenta en ambas direcciones (Christoforou et al., 2021; Klonsky y Olin, 2008), de manera que las personas con sintomatología ansioso-depresiva presentan mayor riesgo y probabilidad de empezar a autolesionarse (Bentley et al., 2015; Xiao et al., 2023) y, tras una historia anterior de autolesiones, muchas personas desarrollan posteriormente trastornos ansiosos y depresivos (Klonsky et al., 2003; Tyler et al., 2003).

La topografía de las autolesiones es tan variada como cambiante es su presentación. Muchas de las personas que se autolesionan emplean, en general, más de un método. Las investigaciones sobre el tópico señalan que cortarse con un objeto afilado es el método preferido por la mayoría de los practicantes (Hu et al., 2021; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Whitlock et al., 2008). Una revisión sistemática reciente encontró, sin embargo, que el método autolesivo más frecuente era pellizcarse y manipular heridas, seguido de cortarse, golpearse y arañarse (Hepp et al., 2020).

Por otro lado, lo que antes se estudiaba como una conducta episódica que pertenecía al ámbito de lo privado, parece haberse normalizado en la población adolescente. A pesar de tratarse de conductas socialmente inaceptables, las NSSI se han normalizado socialmente y los adolescentes afirman haber aprendido sobre autolesiones a través de los habituales medios de comunicación (televisión, películas, revistas), pero especialmente mediante redes sociales, comunidades en línea, grupos de pares y clases escolares (Wester et al., 2018). Este fenómeno de contagio social (propagación de la

NSSI a través de la influencia de las redes sociales) debería alarmar a los agentes de salud y empezar a convertirse en una preocupación importante (Tiedemann, 2022).

En resumen, las autolesiones no suicidas parecen comprenderse mejor como un fenómeno distinto del suicidio cuya conceptualización sigue necesitando de nuevas revisiones puesto que su prevalencia, topografía y funciones se encuentran en constante cambio. Especialmente en los últimos años las autolesiones parecen haberse normalizado entre los jóvenes como un método útil para la solución de problemas emocionales, lo que las convierte en un síntoma transdiagnóstico aupado por las redes sociales y vulnerable al fenómeno del contagio social.

### **Modelos Funcionales**

Una variedad de razones está detrás de las conductas autolesivas (Stänicke, 2018, 2021). Numerosos trabajos empíricos destacan su función como forma de regulación afectiva (Miller et al., 2019), de autocastigo, de freno a los propios impulsos suicidas (función anti-suicidio) e incluso como forma de auto-presentación ante otros como individuo autónomo y diferenciado (Klonsky, 2009). Parece que la autolesión reduce los sentimientos difíciles y aplastantes y llega a brindar alivio y una cierta sensación de control emocional (Pérez et al., 2012). Como en 2013 señalaron Buser y Buser, la autolesión funciona a menudo como una conducta adictiva. Las personas que se autolesionan y participan en foros online describen sus experiencias empleando palabras relacionadas con la adicción (p. e., urgencia, tolerancia, recaída) y comparan a menudo sus NSSI con el consumo de sustancias (p. ej., Himelein-Wachowiak, et al., 2022; Pritchard et al., 2021). A continuación, se presentará una breve revisión explicando los diversos modelos funcionales de las autolesiones que se han ido desarrollando a lo largo de los años.

Como se puede observar, desde que se inició la investigación en este campo, se han propuesto diversas teorías acerca de las funciones que las subyacen. El primer intento de integrarlas fue por parte de Suyemoto, quien en 1998 propuso un “modelo funcional” en el que se recogían 6 funciones distintas, como regular el estado emocional, defenderse de los estados de disociación, establecer límites con los demás, buscar refuerzos externos en el contexto, protegerse del suicidio o satisfacer motivaciones sexuales. El modelo enfatiza cómo una misma conducta puede servir a

diferentes funciones incluso simultáneamente y cómo cada individuo la realiza para cumplir distintos propósitos en cada momento, según su personalidad, su historia de aprendizaje y los problemas concomitantes que presenta.

Más adelante, Chapman et al. (2006) presentaron un nuevo modelo teórico sobre las NSSI que pretendía albergar todos los modelos disponibles. Según estos autores, el factor común a todos ellos es que las NSSI siempre sirven a una función de evitación experiencial (Callahan et al., 2021; Chapman et al., 2006). La evitación experiencial es uno de los procesos centrales que subyacen al modelo de inflexibilidad psicológica, definida como la incapacidad para contactar plenamente con las experiencias privadas aversivas y para adaptar la conducta de forma flexible al contexto, persistiendo en comportamientos que no son funcionales ni congruentes con los propios valores (Hayes et al., 2012). El modelo de la evitación experiencial postula que las NSSI y otras topografías de desregulación conductual, son formas de inflexibilidad psicológica que la persona ha aprendido a realizar como una forma de escape/evitación de experiencias privadas molestas o aversivas o de las condiciones externas que las provocan (Chapman et al., 2006). De esta forma se genera un círculo vicioso en el que la autolesión provoca de inmediato el alivio temporal de respuestas emocionales intensas, lo que refuerza y fortalece la conducta autolesiva haciendo más probable su aparición ante experiencias y condiciones similares (Angelakis y Gooding, 2020). Así, el sujeto se autolesiona como forma de evitación porque no está dispuesto a soportar fuentes internas de estimulación aversiva.

El modelo anterior se ve también apoyado por los estudios que relacionan las NSSI y la impulsividad (Claes y Muehlenkamp, 2013; Crowell et al., 2012; Dir et al., 2013; Mullins-Sweatt et al., 2013; Taylor et al., 2012). Los individuos altamente impulsivos podrían estar especialmente motivados para actuar de forma precipitada ante emociones aversivas, porque los beneficios a largo plazo pierden importancia frente a las ganancias inmediatas de poner fin a esos estados afectivos (Fisher et al., 2008; Glenn y Klonsky, 2010; Hamza et al., 2015). Por lo tanto, según este modelo, involucrarse en mecanismos de afrontamiento problemáticos favorece el alivio inmediato del sufrimiento a expensas de las consecuencias negativas de autolesionarse (cicatrices, incomodidad, estigma...) y del descuido de objetivos y valores que a largo plazo puedan importar al individuo.



Nock y Prinstein (2005) encontraron que el 88,8% de las personas que se autolesionaba tardaba menos de 5 minutos desde que se planteaban la conducta autolesiva hasta que la llevaban a cabo. En esta misma línea, Klonsky y Glenn (2010) hallaron diferencias en la subescala “Urgencia Negativa” entre el grupo de sujetos con NSSI y el grupo control, mostrando el primero puntuaciones más altas.

La experiencia de sentir alivio tras realizar una autolesión es una función documentada en una reciente revisión del modelo (Angelakis y Gooding, 2021; Franklin et al., 2013). En dicha revisión se incorpora el fenómeno del *dolor* como un nuevo elemento que contribuye a la comprensión del fenómeno. Algunas hipótesis anteriores ya sugerían el análisis de la autolesión con función de autocastigo (Hooley y Franklin, 2018) o de distracción (Chapman et al., 2006). La nueva revisión, sin embargo, muestra que no es el dolor físico el que merece consideración, si no el papel del dolor emocional previo a las autolesiones. Los autores sugieren que la eliminación o reducción del mismo produce un gran alivio, lo que constituye una poderosa motivación, una reacción emocional a la que denominan “alivio tras el dolor” (en inglés, “pain offset relief”). De esta forma las consecuencias reforzantes pasarían a ser dos: la reducción de los estados emocionales displacenteros acompañada de la elicitación de una respuesta emocional reforzante de alivio.

En la actualidad, uno de los modelos más defendidos es el modelo de las cuatro funciones de Nock y Prinstein (2004). Según estos autores, las conductas autolesivas se mantienen mediante cuatro procesos de reforzamiento funcional distintos. Cada proceso se posiciona dentro de dos dimensiones dicotómicas: contingencias positivas o negativas y contingencias automáticas o interpersonales. De esta forma, los cuatro procesos serían reforzamiento automático positivo, reforzamiento automático negativo, reforzamiento interpersonal positivo y reforzamiento interpersonal negativo (Bentley et al., 2014).

Sin embargo, en investigaciones metaanalíticas, y tomando en consideración que la mayor parte de los estudios en este ámbito basan sus conclusiones en datos de naturaleza autorreferencial, se encontró que los individuos parecen distinguir con mayor claridad si las funciones de su conducta eran interpersonales e intrapersonales, pero no si se eran contingencias positivas o negativas (Klonsky et al., 2015). Este hallazgo

sugiere que un modelo más simple, bifactorial, parece ser suficiente para entender por qué los jóvenes se autolesionan. Según el modelo propuesto por Klonsky (2007) las posibles funciones que cumplen las autolesiones se dividirían en solo dos grupos: las funciones automáticas, como la regulación afectiva, el autocastigo o evitar estados de disociación, que son las más frecuentes (Taylor et al, 2018), y las funciones interpersonales, como influenciar la conducta de otra persona, comunicar sufrimiento o emociones difíciles, poner límites interpersonales, conectar con otros o buscar la propia autonomía.

Con base en este mismo modelo, Klonsky y Glenn (2009) elaboraron el instrumento ISAS (*Inventory of Statements About Self-Injury*), cuyo objetivo es evaluar comprehensivamente cada una de las funciones de las NSSI que más ha respaldado la literatura científica. El cuestionario incluye una primera parte en la que se recogen las frecuencias con las que la persona ha incurrido en distintas formas de la conducta autolesiva a lo largo de toda su vida, seguida de una sección en la que se presenta un listado de diversas afirmaciones que reflejan las diferentes funciones que han podido motivar dicha conducta. Los sujetos deben responder en una escala Likert de 3 puntos el grado en el que se identifican con cada una de las funciones.

En cuanto a la posible presencia de varias funciones, la investigación parece indicar que los factores que contribuyen a la adquisición temprana de estas conductas problema no son necesariamente los mismos involucrados en su mantenimiento o persistencia (Brunner et al., 2007; Callahan et al., 2021; Swerdlow et al., 2020). Por tanto, es probable que factores inter e intrapersonales operen simultáneamente para influir en la aparición y repetición de las NSSI (Muehlenkamp et al., 2013). La evidencia sugiere que las funciones sociales podrían estar más relacionadas con el inicio de las NSSI, mientras que las “automáticas” podrían hacerse más predominantes con el tiempo, teniendo un rol de mayor importancia en el mantenimiento de las mismas (Muehlenkamp et al., 2013; Victor et al., 2016).

A pesar de la variedad de modelos existentes, en la actualidad hay cierto consenso en señalar la regulación afectiva como principal función de las NSSI (Pollack et al., 2020; Taylor et al., 2018; Swerdlow et al., 2020). Además de ser la función más frecuentemente referida tanto en muestra clínica como en población normal, buena parte

de las investigaciones al respecto observan que las NSSI aparecen precedidas de estados aversivos agudos y van seguidas de una sensación de alivio e inmediata reducción de los estados internos aversivos (Andrewes et al., 2017; Armey et al., 2011; Kranzler et al., 2018; Muehlenkamp et al., 2009).

En una línea más crítica con los modelos previos, las aportaciones más recientes en este campo vienen de la mano de Stånicke (2021). Esta autora noruega presenta una perspectiva mucho más idiosincrática y evolutiva del fenómeno, poniendo un mayor énfasis en el rol que juegan los retos del desarrollo propios de la adolescencia en el inicio y mantenimiento de las NSSI. Stånicke trata de dejar atrás los modelos basados en causas y factores de riesgo, para dar paso a un análisis más comprehensivo del problema, centrado en los propósitos y las consecuencias de la conducta desde la perspectiva del cada sujeto. Stånicke concluye que, efectivamente, la regulación emocional emerge como una de las funciones principales que cumple la conducta autolesiva, pero no es la única. Las autolesiones sirven a menudo a la función de representar experiencias afectivas inaceptables y hacerse consciente de las propias necesidades y emociones en personas con dificultades para expresar las mismas. Y, al mismo tiempo, es una conducta que surge y se mantiene en un contexto relacional y evolutivo, en el que el sujeto experimenta un deseo de conectarse con los demás, de comunicarse y de pertenecer a un grupo (Stånicke 2021; Stånicke et al., 2018; 2020). Así pues, las NSSI se entenderían como respuestas destructivas o estrategias de afrontamiento inadecuadas ante tareas evolutivas retadoras que surgen en la adolescencia, como son la formación de la identidad y la representación del yo.

La comprensión de las funciones de los comportamientos autolesivos es, por lo tanto, un objetivo de enorme relevancia en la investigación en este ámbito, ya que entender las variables que motivan y refuerzan las conductas autolesivas permitiría mejorar enormemente la prevención y el tratamiento de las conductas autolesivas.

Ante la relevancia social del objeto de estudio y la falta de consenso de la comunidad científica en este ámbito, el objetivo general del presente trabajo consiste en estudiar la prevalencia de NSSI, analizar su coocurrencia con otros problemas psicológicos y evaluar las razones y funciones que subyacen a la conducta suicida en los jóvenes. Los objetivos más específicos son estudiar su relación con la inflexibilidad

psicológica y con la impulsividad, así como analizar la capacidad predictiva de la inflexibilidad psicológica sobre la conducta autolesiva.

En función a estos objetivos y tomando de base el Modelo Bifactorial de Klonsky, se prevé, por un lado, encontrar que quienes se autolesionan son psicológicamente inflexibles, presentan mayor prevalencia de otros problemas psicopatológicos y presentan mayores niveles de impulsividad (Urgencia Negativa) que los jóvenes que no se autolesionan.

## **Método**

### **Participantes**

La encuesta fue cumplimentada por 294 participantes, de los cuales el 74,1% eran mujeres ( $n = 218$ ), y el 25,9% varones ( $n = 76$ ), de edades comprendidas entre los 18 y los 35 años ( $M = 20,4$ ;  $DT = 2,11$ ). Se eligió este intervalo de edad para valorar adecuadamente cada caso, tomando en consideración el pico máximo de prevalencia de las autolesiones, que es entre los 14 y los 16 años (Muehlenkamp et al., 2018; Plener et al., 2015), de tal forma que las personas hubiesen superado ese momento, pero tuviesen la adolescencia reciente de forma que la información que daban acerca de su experiencia fuese lo más exacta posible. En cuanto al nivel educativo de los sujetos, el 88,8% ( $n = 261$ ) habían completado el Bachillerato, el 9,2% habían terminado un Grado universitario ( $n = 27$ ), y el 2% ( $n = 6$ ) habían realizado una Formación Profesional.

De la muestra recogida, un 43,9 % (129) de los participantes se había autolesionado alguna vez a lo largo de su vida, frente al 56,1% (165) que nunca lo habían hecho. De los que presentaban conducta autolesiva, el 39,53% (51) referían haberse autolesionado en el último año, y el 52,71% (68) en los últimos 3 años. La edad media de inicio encontrada fue a los 13,6 años. En cuanto a cómo experimentan los sujetos este tipo de conductas, el 43,1% (50) de los sujetos que presentan NSSI refieren sentir siempre dolor físico al autolesionarse, frente al 14,7% que expresa no sentir nunca dolor alguno. Además, el 68,7% siempre se autolesionan cuando están solos, mientras que un 6,1% solo se autolesiona en presencia de otros. Referente a la impulsividad de esta conducta, el 63,9% de los sujetos con NSSI tardaban menos de 1 hora desde que

sentían la necesidad de autolesionarse hasta que lo hacían. No obstante, el 20,4% tardaban, por lo general, más de 1 día. Por último, ante la pregunta dicotómica sobre el deseo de cesar esta conducta, el 81,7% de los sujetos, afirmaron querer dejar de autolesionarse.

## **Instrumentos**

Los instrumentos utilizados para medir las variables objeto de estudio fueron, la traducción al español del ISAS, las adaptaciones al español del AAQ-II, del UPPS y del HAD (véase Anexos 1, 2, 3 y 4).

*Inventory of Statements About Self-injury (ISAS; Klonsky y Olino, 2008)*. Prueba de autoinforme que consta de dos partes: la primera, que evalúa la frecuencia a lo largo de la vida de 12 tipologías distintas de conducta autolesiva sin intención suicida (p.ej., cortarse, morderse y quemarse), para lo cual se pide a los participantes que estimen el número de veces que han llevado a cabo cada conducta a lo largo de toda su vida. Además, esta sección incluye 5 ítems adicionales que valoran factores descriptivos y contextuales, como son la edad de inicio, la experiencia de dolor durante la autolesión, si la realizan en soledad o acompañados, el tiempo que pasa desde que surge la urgencia de autolesionarse hasta que lo hacen y la voluntad del sujeto de dejar de hacerlo. A aquellas personas que hayan respondido afirmativamente a haber realizado alguna de las NSSI, se les indica que completen la segunda parte del cuestionario, que valora 13 funciones potenciales de las autolesiones: regulación afectiva, autocastigo, antidisociación, antisuicidio, expresar el sufrimiento, crear límites interpersonales, autocuidado, búsqueda de sensaciones, ejercer influencia interpersonal, establecer vínculos, venganza, autonomía y demostrarse fortaleza. Se pregunta a las personas cómo de relevantes son o han sido cada una de estas funciones en su experiencia de las NSSI, mediante 39 ítems de escala Likert con 3 opciones de respuesta que van desde 1 = “*nada relevante*” hasta “*muy relevante*”. Cada función se mide con 3 ítems y las puntuaciones de éstas se calculan sumando el valor de los ítems correspondientes, de forma que cuanto mayor sea la puntuación mayor es la importancia de esa función para la persona. Aunque no disponemos de la adaptación al español del instrumento, en el estudio original del desarrollo del ISAS (Klonsky y Olino 2008; Klonsky y Glenn, 2009) se obtuvieron valores  $\alpha$  de Cronbach de ,84 para la primera parte y ,87 para la

segunda. Debido a esta circunstancia se procedió a la elaboración propia de una adaptación, siguiendo las indicaciones de Muñiz y Hambleton (2013). La versión española del ISAS empleada en este estudio obtuvo un valor  $\alpha$  de Cronbach de ,743 para la primera parte del cuestionario, y de ,888 para la segunda. Es este uno de los instrumentos más utilizados para este campo de investigación (p. ej.: Bentley et al., 2015; Case et al., 2020; Greene et al., 2019; Singhal et al., 2021).

*Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II*; Bond et al., 2011). Esta segunda prueba evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, y consta de 7 ítems medidos a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (desde 1 = “*nunca es verdad*” hasta 7 = “*siempre es verdad*”). Los ítems reflejan la apertura de la persona a experimentar emociones y pensamientos aversivos o indeseados y la capacidad de estar en el momento presente y dirigir la conducta a los propios valores cuando las circunstancias no son favorables. A mayor puntuación, mayor evitación experiencial ( $M = 34,2$ ;  $D.T. = 13$ ). Esta escala fue adaptada al español por Ruiz y Luciano (2013), en cuyo estudio obtuvieron un coeficiente de Cronbach de ,88. En el presente estudio la fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach fue de ,914.

*Escala Breve de Impulsividad (UPPS-P*; Cándido et al., 2012) Prueba autoinformada que evalúa la impulsividad. Consta de 20 ítems, medidos con una escala Likert de 4 puntos (desde 1 = “*totalmente en desacuerdo*” hasta 4 = “*totalmente de acuerdo*”), que evalúan 5 rasgos de impulsividad, basándose en el modelo multidimensional de Whiteside y Lynam (2001), a saber: *urgencia negativa* ( $M = 2,76$ ;  $D.T. = ,737$ ), *urgencia positiva* ( $M = 2,83$ ;  $D.T. = ,634$ ), *búsqueda de sensaciones* ( $M = 2,9$ ;  $D.T. = ,717$ ), *falta de premeditación* ( $M = 1,89$ ;  $D.T. = ,605$ ) y *falta de perseverancia* ( $M = 1,9$ ;  $D.T. = ,623$ ). La escala fue adaptada al español por Cándido y colaboradores (2012), que obtuvieron un valor  $\alpha$  de Cronbach de ,68 para la subescala de *urgencia negativa*; ,61 para *urgencia positiva*; ,81 para la subescala *búsqueda de sensaciones*; ,78 para *falta de premeditación* y ,79 para la subescala *falta de perseverancia*. En el presente estudio los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach obtenidos fueron de ,84 para la escala total, y de ,796; ,728; ,824; ,759; y ,814 para cada subescala respectivamente. Este cuestionario ha sido también ampliamente aplicado en múltiples

investigaciones acerca de las funciones que subyacen a las autolesiones (p. ej.: Lynam et al., 2011; Maxfield y Pepper, 2018; Peterson y Fischer, 2012; Schmidt et al., 2023)

*Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond y Snaith, 1983)*. La última prueba del cuestionario es también de modalidad autoinformada y consta de 2 subescalas, una para evaluar la ansiedad y una para evaluar la depresión, cada una compuesta por 7 ítems con puntuaciones de 0 a 3 cada una. A mayor puntuación, mayor índice de ansiedad o depresión. Los puntos de corte originales son de 8 puntos para casos posibles y más de 10 para casos probables en cada subescala. La adaptación al español del instrumento fue desarrollada por Herrero y colaboradores (2003), que obtuvieron como coeficiente  $\alpha$  de Cronbach ,90 para la escala completa; ,84 para la subescala *Depresión*; y ,85 para la subescala *Ansiedad*. En el presente estudio los valores de  $\alpha$  de Cronbach fueron de ,856 para la escala total; ,734 para *Depresión*; y ,825 para *Ansiedad*.

## **Procedimiento**

Los datos se recogieron mediante la aplicación de un mismo cuestionario en dos formatos: el 21,2% de la muestra se recogió en formato *online* desde la plataforma *Google Forms*, y el 78,9% restante en formato físico a los alumnos de los distintos cursos de la facultad de Psicología y de Ingeniería Informática. En el primer caso, durante los meses de junio a noviembre de 2023 se difundió por redes sociales y por mensajes directos a contactos personales, a través de un enlace desde el que se accedía directamente a la encuesta. El enlace de difusión del cuestionario fue el siguiente: <https://forms.gle/p8jLJokqX3ptMtd9A>. En el segundo caso, entre los meses de octubre de 2023 y febrero de 2024, se acudió a las clases de los distintos cursos del Grado de Psicología y de Ingeniería Informática de la Universidad de Oviedo, y se les distribuyó el cuestionario en papel que iban entregando según lo terminaban, sin establecer un límite de tiempo concreto para cumplimentarlo. Toda participación en la investigación fue voluntaria, y se aseguró el anonimato y el consentimiento informado de los sujetos. Este trabajo cumple las pautas éticas para la investigación con humanos, conforme a los estándares éticos del manual de la American Psychological Association (APA, 2017). Los resultados fueron utilizados únicamente para fines de investigación.

## **Diseño**

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y de corte transversal. El trabajo sigue un diseño correlacional para el estudio de la relación existente entre las distintas variables, la intensidad de esta relación y su dirección.

### **Análisis de Datos**

El análisis de los datos obtenidos se llevó a cabo mediante el programa Jamovi en su versión 2.3 (The jamovi Project, 2014).

En primer lugar, para comprobar si la prevalencia de otros trastornos psicopatológicos era mayor en personas con autolesiones. Con respecto a la ansiedad y la depresión, se calcularon las diferencias de medias en la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* y sus subescalas, entre los sujetos con NSSI en algún momento de su vida y aquellos que nunca se habían autolesionado, mediante la prueba *T* de Student. Esta prueba tiene la función de comparar dos medias muestrales independientes y comprobar si presentan diferencias en la magnitud de la variable que se está estudiando. Como estimador del tamaño del efecto se empleó la *d* de Cohen. Valores entre 0,2 y 0,4 son indicativos de un tamaño del efecto pequeño, entre 0,4 y 0,8 de un tamaño del efecto mediano y, a partir de 0,8, un tamaño del efecto grande. En cuanto a los TCA y la disforia de género, dado que tanto estas variables como la variable “Presencia de NSSI” eran categóricas, para analizar la relación entre las mismas, se utilizó una prueba Chi-cuadrado. Esta, analiza si las frecuencias que se dan en la muestra difieren significativamente de las frecuencias que cabría esperar. De esta forma, se comparan las frecuencias observadas con las esperadas y se examinan sus desviaciones. Como estimador de la fuerza de la asociación entre las variables categóricas se empleó la *V* de Cramer, donde valores a partir de 0,4 son indicativos de asociaciones fuertes entre las variables.

Para estudiar la relación entre la inflexibilidad psicológica y las autolesiones, se calcularon las diferencias de medias en el nivel de inflexibilidad psicológica, medido mediante el AAQ, entre las personas con y sin NSSI mediante la aplicación de la prueba *T* de Student. Además, con el objetivo de analizar qué variables predecían el hecho de autolesionarse, se realizó una regresión logística binomial por pasos. En un primer bloque se introdujo en el modelo la ansiedad y la depresión como variables independientes y en un segundo bloque se introdujo la inflexibilidad psicológica. La



idea era examinar si, por un lado, la ansiedad y la depresión ayudaban a predecir que la presencia o no de autolesiones y, por otro, si la inflexibilidad psicológica aumenta la capacidad predictiva sobre la variable dependiente, por encima de la ansiedad y de la depresión. Se empleó el  $R^2$  de Nagelkerke para estimar el porcentaje de varianza explicada de la variable “presencia o no de autolesiones” por parte del primer modelo (ansiedad y depresión) y del segundo modelo (ansiedad, depresión e inflexibilidad psicológica).

Por último, para estudiar la relación entre la impulsividad y las NSSI, se analizaron las diferencias de medias en la subescala *Urgencia Negativa* del cuestionario UPPS-P, entre el grupo de sujetos con autolesiones y el grupo que nunca las había presentado, también mediante la aplicación de la prueba *T* de Student.

## Resultados

Los datos recogidos no presentaron una distribución normal según la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Sin embargo, al realizar Gráficas Q-Q de las variables, se observó un claro ajuste de los datos a una distribución normal, por lo que para todos los análisis realizados se utilizaron pruebas paramétricas (Ver Anexo 2).

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, se aplicó la prueba Chi-cuadrado para estudiar su relación con la presencia de autolesiones y no se encontró asociación entre el sexo y las NSSI ( $\chi^2 = ,807, p = ,369$ ), ni tampoco entre estas y el nivel de estudios ( $\chi^2 = 4,31, p = ,116$ ). Asimismo, al realizar la prueba de correlación de Pearson, se observó ausencia de relación lineal entre la variable edad y la frecuencia de autolesiones de los sujetos ( $R = -,059; p = ,316$ ).

En cuanto a las funciones que servían a las conductas autolesivas, las más referidas por los sujetos fueron regulación emocional ( $M = 3,62, D.T. = 2,03$ ), autocastigo ( $M = 2,34, D.T. = 2,04$ ), expresar el sufrimiento ( $M = 1,68, D.T. = 1,89$ ) y evitar o poner fin a episodios de disociación ( $M = 1,28, D.T. = 1,55$ ) en ese orden, siendo todas ellas funciones categorizadas como intrapersonales. Por el contrario, aquellas con las que se sintieron menos identificados fueron establecer vínculos ( $M = ,063, D.T. = ,411$ ), vengarse de alguien ( $M = ,07, D.T. = ,336$ ), sentirse autónomos ( $M$

= ,266, *D.T.* = ,798) y la búsqueda de sensaciones ( $M = ,336$ , *D. T.* = ,713), entendidas, todas ellas, como funciones interpersonales. Además, algunos participantes añadieron alguna función que no les parecía que estuviera representada en el cuestionario. La mayoría de ellas se podían incluir en las categorías ya existentes (p.ej.: “Para descargar la frustración”, “para no desbordarme”, “para mitigar pensamientos de culpabilidad” son razones que entrarían dentro de la función de regulación emocional); sin embargo, algunas no estaban contempladas en el listado de funciones, como, por ejemplo, “porque me resulta placentero”, “para sentir control”, “para darme un motivo válido por el que llorar”, o “porque es una manía o costumbre”.

Para calcular la prevalencia de otros problemas psicopatológicos en personas con conducta autolesiva, se aplicó la prueba Chi-cuadrado, y se encontró una asociación positiva de intensidad moderada entre la presencia de TCA y de autolesiones ( $\chi^2 = 22,4$ ,  $p < ,001$ ;  $V = ,276$ ), así como entre la presencia de disforia de género y de autolesiones ( $\chi^2 = 20,7$ ,  $p < ,001$ ;  $V = ,265$ ). En ambos casos, se hallaron frecuencias observadas más altas de lo esperado de personas que presentaban los dos problemas.

En cuanto a la relación con las variables Ansiedad y Depresión, se aplicó una prueba *T* de Student para estudiar las diferencias de medias entre las puntuaciones de las subescalas del HAD entre los sujetos con y sin NSSI. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con un tamaño de efecto moderado, tanto para la variable *Ansiedad*, como para *Depresión*, obteniendo puntuaciones más altas, en ambos casos, los sujetos del grupo con presencia de NSSI, como puede comprobarse en la Tabla 1.

Para examinar si la Inflexibilidad Psicológica variaba en función del grupo, se calcularon también las diferencias de medias en la puntuación del *AAQ* entre las personas con autolesiones y las personas sin autolesiones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con un tamaño de efecto grande, obteniendo puntuaciones más elevadas el grupo que presentaba autolesiones, como se refleja en la Tabla 1.

**Tabla 1***Resultados de la prueba T de Student para muestras independientes*

	No NSSI	NSSI	T de Student	gl	p	d de Cohen
Ansiedad	7,57	10,52	-6,62	290	<,001	-0,781
Depresión	3,72	5,26	-4,32	292	<,001	-0,508
Inflexibilidad Psicológica	29,45	40,26	-7,68	289	<,001	-0,908

*Nota.*  $H_a \mu_{no\ nssi} \neq \mu_{nssi}$ 

Para analizar el valor predictor que tienen las diversas variables independientes (Inflexibilidad Psicológica, Ansiedad y Depresión) en la presencia o no de autolesiones, se llevó a cabo un estudio de la regresión logística binomial por pasos, en el que se introdujeron para el primer modelo las variables de Ansiedad y Depresión, y para el segundo modelo la variable Inflexibilidad Psicológica. Los resultados mostraron que el primer modelo, que incluye solo Ansiedad y Depresión, explicaba el 10,4% ( $R^2 = ,104$ ) de la varianza de la presencia de autolesiones, y el segundo modelo el 14,2% ( $R^2 = ,142$ ). De lo cual se deduce que la Inflexibilidad Psicológica explica un 3,8% más de la varianza de la presencia de autolesiones. Al realizar la comparación de los modelos se concluye que el segundo modelo, que incluye las tres variables independientes, es significativamente mejor que el primero ( $p < .001$ ). La razón de odds indica que por cada unidad que aumente la inflexibilidad psicológica, el riesgo de autolesionarse es de 1,05 veces. Los coeficientes del modelo seleccionado se pueden observar en la Tabla 2.

**Tabla 2***Coefficientes de regresión logística binominal del Modelo 2*

	B	p	Razón de odds
Constante	-2,9831	<,001	0,0506
Ansiedad	0,1093	,022	1,1155
Depresión	-0,0400	,473	0,9608
Inflexibilidad Psicológica	0,0559	<,001	1,0575

Finalmente, con respecto a la Urgencia Negativa, se aplicó igualmente la prueba T para muestras independientes, para analizar las diferencias de medias entre el grupo con autolesiones y el grupo sin autolesiones, en las diferentes subescalas de la prueba *UPPS-P*. Solo se encontraron diferencias significativas, con un tamaño de efecto pequeño, entre los grupos en las puntuaciones para la Urgencia Negativa: el grupo con presencia de autolesiones obtuvo puntuaciones más bajas en esta subescala de la *UPPS-P*. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para ninguna de las otras subescalas. Los resultados de esta prueba se reflejan en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Resultados de la prueba T de Student para muestras independientes*

	No NSSI	NSSI	T de Student	gl	p	d de Cohen
Urgencia N	2,9	2,59	3,571	290	<,001	0,421
Urgencia P	2,88	2,77	1,392	291	,165	0,164
Búsqueda Sens	2,9	2,9	,029	291	,976	0,004
Falta Premedit	1,88	1,91	-,477	292	,633	-0,056
Falta Persever	1,86	1,96	-1,275	292	,203	-0,149

*Nota.*  $H_a \mu_{no\ nssi} \neq \mu_{nssi}$

## Discusión

El presente trabajo tiene como objetivo hacer un análisis comprensivo de la conducta autolesiva, sus funciones y su frecuente coocurrencia con otros trastornos psicopatológicos, así como estudiar su posible relación con otras variables y categorías transdiagnósticas, como son la inflexibilidad psicológica y la impulsividad, y analizar el poder predictivo de estas sobre la conducta autolesiva. Para ello se asumieron tres supuestos: que se observaría una mayor prevalencia de problemas psicopatológicos en sujetos con autolesiones; que éstos obtendrían una puntuación significativamente más alta en el cuestionario *AAQ* de inflexibilidad psicológica; y, por último, que se

encontrarían, también, diferencias estadísticamente significativas en los niveles de *Urgencia Negativa* entre el grupo con historia de autolesiones y el grupo que no presentaba autolesiones.

Los resultados obtenidos confirmaron la alta coocurrencia de las autolesiones con otras conductas disfuncionales. Al igual que en la mayoría de estudios revisados (Kiekens y Claes, 2020; Kirkpatrick et al., 2024; Modrego Pardo et al., 2021; Rogers y Taliaferro, 2020), se encontró una relación directa entre la presencia de autolesiones y los problemas de disforia/incongruencia de género así como de trastornos de la alimentación. En su estudio del año 2018, Pérez y colaboradores encontraron que un tercio de las personas con trastornos de la alimentación presentaban también conductas autolesivas. Este trabajo no sólo denunció la falta de investigación sobre la presentación conjunta de estos problemas (Pérez et al., 2018) sino que alertó sobre la importancia de estudiar la relación entre NSSI y todos los problemas derivados de la imagen corporal, como los TCA o la propia disforia. De igual forma, se encontraron puntuaciones significativamente más altas en ansiedad y depresión en el grupo de personas que se autolesionaba que en el resto de la muestra, lo cual es congruente con la literatura revisada (Christoforon et al., 2021; Bentley et al., 2015, Xiao et al., 2023).

Y, efectivamente, al analizar las funciones de las NSSI, se encontró que la más referida por los sujetos era la de regulación emocional, seguida del resto de funciones categorizadas como “intrapersonales”, como el autocastigo y la representación del sufrimiento interno. Por el contrario, las referidas con menos frecuencia fueron todas las funciones “interpersonales”, como el establecer vínculos o vengarse de alguien. Esto es congruente con la literatura previa (Case et al., 2020; Hepp et al., 2020; Swerdlow et al., 2020; Taylor et al., 2018), en la que las funciones automáticas aparecen siempre como las más frecuentes. No obstante, no se debe perder de vista que los factores que contribuyen al desarrollo de las autolesiones no son necesariamente los mismos que influyen en su mantenimiento; es más, algunos autores defienden que las funciones sociales tienen una gran influencia en el desarrollo de esta conducta, mientras que las funciones automáticas, que se van haciendo más predominantes con el tiempo, estarían más involucradas en su mantenimiento (Muehlenkamp et al., 2013; Pollak et al., 2020; Whitlock et al., 2011). Además, se ha demostrado en diversas investigaciones (Muehlenkamp y Brausch, 2018; Nock y Prinstein, 2005; Pollack et al., 2020) que las

funciones automáticas son un factor predictor de la gravedad y cronicidad de las NSSI, así como de las conductas suicidas. Por todo ello la evaluación funcional previa es especialmente importante en el diseño e implementación de las intervenciones psicológicas para las NSSI.

En relación con la Inflexibilidad Psicológica, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo con y el grupo sin autolesiones, lo que confirma el supuesto planteado de que los jóvenes que se autolesionan muestran niveles más altos de inflexibilidad psicológica. Estos hallazgos son congruentes con la literatura científica previa en la que se ha encontrado de forma consistente que la inflexibilidad psicológica tiene una clara asociación con este tipo de conductas problemáticas (Callahan et al., 2021; Haywood et al., 2023; Howe-Martin et al., 2015; Hu et al., 2021).

Aunque los análisis predictivos muestran cómo la ansiedad y depresión explican en torno a 10% de la varianza del hecho de autolesionarse, los resultados muestran cómo la inflexibilidad psicológica aporta valor predictivo significativo por encima de la depresión y de la ansiedad. La variable transdiagnóstica “Inflexibilidad Psicológica”, explica casi un 4% más de la varianza de la presencia de autolesiones de lo que ya explican las variables Ansiedad y Depresión. Esto no resulta sorprendente porque tanto la ansiedad como las autolesiones pueden y deben analizarse como ejemplos de inflexibilidad psicológica. La inflexibilidad psicológica es, de hecho, un constructo global, transdiagnóstico, vinculado a un rango muy amplio de conductas desadaptadas.

Finalmente, en relación con la Impulsividad y más concretamente con la Urgencia Negativa, aunque se encontraron diferencias significativas entre el grupo de sujetos con autolesiones y el grupo sin autolesiones, fue este último el que obtuvo puntuaciones más altas en la escala. Así pues, basándonos en los resultados obtenidos en la presente investigación, parece ser que los sujetos que presentan conductas autolesivas muestran niveles más bajos de Urgencia Negativa, es decir, menor impulsividad ante eventos aversivos, ya sean internos o externos. Además, en las pruebas de regresión logística, la urgencia negativa apenas mostró poder predictor para la conducta autolesiva.

A pesar de que los datos obtenidos mediante el UPPS-P no son consistentes con la mayoría de estudios en este campo (Chapman et al., 2006; Claes y Muehlenkamp, 2013;

Crowell et al., 2012; Dir et al., 2013; Klonsky y Glenn, 2010; Mullins-Sweatt et al., 2013), existen investigaciones en las que tampoco se hallaron diferencias entre el conjunto de sujetos que presentaban autolesiones y los que no, como es el caso del análisis de casos latentes llevado a cabo por Case y cols. en 2020, en el que únicamente encontraron niveles más altos de urgencia en los sujetos con NSSI de mayor gravedad; o el estudio longitudinal de Callahan (2020), en el que la urgencia negativa no mostró poder predictor sobre las autolesiones; o el estudio experimental de Mars y col. (2014), en el que no se hallaron evidencias de asociación entre estas dos variables.

No obstante, al analizar cualitativamente la urgencia mediante un ítem del ISAS (*“Por lo general, ¿cuánto tiempo pasa desde que sientes la necesidad de autolesionarte hasta que lo haces?”*), se encontró que el 63,9% de los sujetos que se autolesionaban tardaban menos de una hora en pasar de la urgencia a la acción, lo cual podría ser indicativo de una alta impulsividad e incluso una alta urgencia negativa para este tipo de conducta concretamente. Algo parecido sucedió en la revisión de Hepp y col. (2020), cuyo objetivo era estudiar la transición del impulso a la autolesión, para lo que, en vez de medir la urgencia como rasgo del sujeto, la midieron como una variable situacional, anclada a la conducta de autolesionarse, como un estímulo disparador. Los autores encontraron evidencia de que la urgencia predice un incremento del riesgo de autolesionarse solo en ese día o momento, lo cual si que encajaría con los datos encontrados en el presente estudio. Apoyándose en estos datos se podría plantear que, no es que los sujetos que se autolesionan tengan mayores niveles de urgencia negativa de base, si no que, la propia conducta de autolesionarse suele ir precedida de una sensación de urgencia, que incrementa la motivación del sujeto para llevar a cabo la conducta.

Otro posible enfoque que explique la falta de asociación entre urgencia negativa y NSSI en el presente estudio, es que, al estar la muestra compuesta de sujetos con historia de autolesiones, las variables psicológicas que muestren poder predictor sobre las conductas autolesivas serán variables relacionadas con el mantenimiento de las mismas. De acuerdo con el modelo de Evitación Experiencial de Chapman, mientras que altos niveles de urgencia negativa aumentan el riesgo de iniciar esta conducta, su mantenimiento podría estar gobernado por otros procesos. Esta explicación encajaría también con el modelo transdiagnóstico propuesto por Hayes et al. (2012) según el cual

sería la inflexibilidad psicológica el proceso que subyace al desarrollo y persistencia de las NSSI.

Los diferentes resultados obtenidos en este trabajo no deben verse como datos aislados: tanto la alta coocurrencia con otras conductas disfuncionales, como los trastornos de la alimentación, como la relevancia de la función de “regulación emocional” según la experiencia de los sujetos, así como el alto poder predictivo que parece tener la variable Inflexibilidad Psicológica en las NSSI, son hallazgos que apoyan de forma conjunta un mismo modelo transdiagnóstico, en el que las autolesiones se entienden como una topografía de conducta problemática más, a menudo relacionada con otras formas conductuales desadaptadas y que tienden a utilizar personas con una alta inflexibilidad psicológica con el mismo objetivo funcional de tratar de evitar/escapar de experiencias internas que son desagradables para ellos. Por lo tanto, todos los resultados descritos previamente apoyarían la necesidad de un modelo transdiagnóstico para la comprensión de las NSSI.

A pesar de las numerosas investigaciones disponibles, la falta de consenso sobre las razones detrás de las NSSI sigue siendo la tónica. Este trabajo trata de subrayar la necesidad de emplear nuevos enfoques en el análisis de las autolesiones, en sus funciones y en su relación con otros trastornos y variables psicológicas. Estos enfoques deberían orientar la investigación futura hacia modelos explicativos más globales o transdiagnósticos. Uno de tales podría ser el del marco teórico ofrecido por el modelo Modelo de inflexibilidad psicológica aquí desarrollado.

El estudio no está exento de algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta para su interpretación y en vistas a futuros trabajos para el avance en este campo. En primer lugar, la recogida de datos se llevó a cabo por medio de cuestionarios autoinformados, por lo que los sesgos memorísticos o por deseabilidad social no han podido ser controlados. A esto se le suma el tipo de muestreo utilizado, el muestreo de conveniencia, ya que el cuestionario se distribuyó principalmente entre los estudiantes de dos facultades de la Universidad de Oviedo, lo que implica una menor representatividad de la muestra recogida. Por último, al ser un estudio de corte transversal, los resultados obtenidos son de naturaleza correlacional, no causal, lo que no permite realizar ninguna inferencia acerca de la dirección de las relaciones



encontradas, y, además, al no incluir una fase de seguimiento a largo plazo de los participantes, no es posible medir la estabilidad de los resultados en el tiempo.

Por todo esto, se recomienda de cara a futuras investigaciones utilizar un método de captación que permita una mayor representatividad y heterogeneidad de la muestra. Por ejemplo, acudir también a institutos y centros de Formación Profesional para poder analizar también este fenómeno en muestra no universitaria. También sería de gran interés el desarrollo de estudios basados en el método de evaluación ecológica momentánea, para poder recoger datos cualitativos de mayor validez acerca de la experiencia del sujeto antes, durante y tras la autolesión (si va precedida siempre de una sensación de urgencia, o de afecto negativo, la vivencia del dolor, los pensamientos que acompañan a la acción, las emociones que aparecen inmediatamente después, si mejora su estado afectivo...). Finalmente, en relación con el tipo de diseño del estudio, sería conveniente llevar a cabo más estudios longitudinales que permitan realizar inferencias de naturaleza causal, y discriminar las variables que afectan en el desarrollo de las conductas autolesivas y las que influyen más en su mantenimiento.

### **Conclusiones**

Sobre la base de los resultados obtenidos, se puede concluir que se encontró evidencia empírica sólida de una alta coocurrencia de las autolesiones con otros problemas psicopatológicos, como son los trastornos de la conducta alimentaria, la disforia de género, la ansiedad y la depresión; que la función con la que más identificados se sienten los sujetos con autolesiones de la presente muestra es la de “regulación emocional”; y del significativo poder predictivo de la variable Inflexibilidad Psicológica sobre las NSSI, que además difiere significativamente entre el grupo de sujetos con y sin autolesiones.

Por lo tanto, basándonos en los resultados del presente estudio empírico, se asume la existencia de una mayor prevalencia de problemas psicopatológicos en los sujetos con conducta autolesiva, así como el supuesto que defiende que estos mismos sujetos presentan niveles más altos de inflexibilidad psicológica, que además resulta ser una variable con poder predictor para la presencia de autolesiones. Sin embargo, se refuta la

posibilidad de que los sujetos con NSSI presenten mayores índices de urgencia negativa.

Los dos primeros hallazgos se encuentran en concordancia con el modelo de la regulación afectiva de Chapman, que defiende que el proceso que subyace a las autolesiones y a muchas otras conductas disfuncionales es la inflexibilidad psicológica. Las NSSI serían, pues, una conducta al servicio de la regulación afectiva de un sujeto, que no se ve capaz de experimentar ningún estado interno que le resulte aversivo, y, por tanto, lo evita de mediante este tipo de conductas. Esto explicaría la alta coocurrencia de las autolesiones con otros muchos problemas psicológicos, así como el valor explicativo que tiene la inflexibilidad psicológica sobre ellas.

La falta de relación con la urgencia negativa, sin embargo, no es coherente con la mayor parte de la literatura científica en este campo, que defiende que los sujetos que se autolesionan suelen tener niveles más altos de impulsividad, que les hace estar especialmente motivados para actuar de forma precipitada ante estados afectivos aversivos a los que quieren poner fin. La posible explicación que se le encuentra a la ausencia de asociación entre las dos en el presente trabajo, es que la urgencia negativa parece ser un factor más involucrado en el inicio de la conducta autolesiva, y como los participantes son sujetos con historia de autolesiones, las variables que van a tener más relevancia son las involucradas en el mantenimiento de la misma.

En suma, los datos obtenidos en el presente estudio son congruentes con un modelo explicativo transdiagnóstico del fenómeno, según el cual, los sujetos con una alta inflexibilidad psicológica, que tienen baja tolerancia a eventos privados desagradables, tienen más probabilidades de acudir a las conductas autolesivas, y otros comportamientos disfuncionales, como solución para escapar o evitar estos eventos que les son aversivos.

Sería conveniente que en el futuro se puedan llevar a cabo investigaciones aplicando el diseño de evaluación ecológica momentánea con el objetivo de conocer con mayor detalle la experiencia de las distintas personas que se autolesionan con mayor exactitud, de cara a diseñar intervenciones más eficaces e individualizadas.

## Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2017). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., y McCloskey, M. S. (2018). The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of Self-Harm. *Suicide & life-threatening behavior*, 48(1), 31–37. <https://doi.org/10.1111/sltb.12330>
- Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., y Chanen, A. M. (2017). Ecological momentary assessment of nonsuicidal self-injury in youth with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 357–365. <https://doi.org/10.1037/per0000205>
- Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., y Chanen, A. M. (2019). Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early intervention in psychiatry*, 13(2), 194–201. <https://doi.org/10.1111/eip.12461>
- Anestis, M. D., Pennings, S. M., Lavender, J. M., Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2013). Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 996–1002. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.04.005>
- Angelakis, I., y Gooding, P. (2021). Experiential avoidance in non-suicidal self-injury and suicide experiences: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51, 978–992. <https://doi.org/10.1111/sltb.12784>
- Arney, M. F., Crowther, J. H., y Miller, I. W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior therapy*, 42(4), 579–588. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.002>
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., y Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>

- Bentley, K. H., Nock, M. K., y Barlow, D. H. (2014). The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury: Key Directions for Future Research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656.  
<https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Bentley, K. H., Nock, M. K., y Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638–656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Bentley K.H., Sauer-Zavala S., Wilner J. (2015) The Unique Contributions of Distinct Experiential Avoidance Domains to Severity and Functionality of Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6(1):40-57.  
<https://doi.org/10.5127/jep.040613>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bresin, K., y Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 55–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., y Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(7), 641–649. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.641>
- Buser, T. J., y Buser, J. K. (2013). Conceptualizing Nonsuicidal Self-Injury as a Process Addiction: Review of Research and Implications for Counselor Training and Practice. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 34(1), 16-29.  
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2013.00011.x>
- Callahan, K. E., Stori, S. A., y Donahue, J. J. (2021). Psychological inflexibility processes and nonsuicidal self-injury: Concurrent and prospective

- associations. *Journal of clinical psychology*, 77(6), 1394–1411.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.23086>
- Cándido, A., Orduña, E., Perales, J.C., Verdejo-García, A., Billieux, J. (2012).  
 Validation of a short Spanish version of the UPPS-P impulsive behaviour scale.  
*Trastornos Adictivos*, 14(3), 73–78. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70048-X](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70048-X)
- Case, J. A. C., Burke, T. A., Siegel, D. M., Piccirillo, M. L., Alloy, L. B., y Olino, T. M.  
 (2020). Functions of Non-Suicidal Self-Injury in Late Adolescence: A Latent  
 Class Analysis. *Archives of suicide research: official journal of the International  
 Academy for Suicide Research*, 24(2), 165–S186.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586607>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate  
 self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*,  
 44(3), 371–394. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chesin, M. S., Galfavy, H., Sonmez, C. C., Wong, A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., y  
 Stanley, B. (2017). Nonsuicidal Self-Injury Is Predictive of Suicide Attempts  
 Among Individuals with Mood Disorders. *Suicide & life-threatening behavior*,  
 47(5), 567–579. <https://doi.org/10.1111/sltb.12331>
- Christoforou, R., Boyes, M., y Hasking, P. (2021). Emotion profiles of university  
 students engaging in non-suicidal self-injury: Association with functions of self-  
 injury and other mental health concerns. *Psychiatry research*, 305, 114253.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114253>
- Claes, L., y Muehlenkamp, J. (2013). The Relationship between the UPPS-P Impulsivity  
 Dimensions and Nonsuicidal Self-Injury Characteristics in Male and Female  
 High-School Students. *Psychiatry journal*, 2013, 654847.  
<https://doi.org/10.1155/2013/654847>
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Hsiao, R.C., Vasilev, C.A., Yaptangco, M.,  
 Linehan, M.M., et al. (2012). Differentiating adolescent self-injury from  
 adolescent depression: Possible implications for borderline personality

development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 45–57.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9578-3>

DiClemente, R. J., Ponton, L. E., y Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(5), 735–739.

Dir, A.L., Karyadi, K., y Cyders, M.A. (2013). The uniqueness of negative urgency as a common risk factor for self-harm behaviors, alcohol consumption and eating problems. *Addictive Behaviors*, 38, 2158–2162.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.025>

Farkas, B. F., Takacs, Z. K., Kollárovics, N., y Balázs, J. (2023). The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, Advanced online publication.

<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>

Fischer, S., Smith, G. T., y Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: a meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical psychology review*, 28(8), 1413–1425.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.001>

Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., Lee, G. E., Hanna, E. K., Spring, V. L., y Prinstein, M. J. (2013). The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury: A laboratory study. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 110–119.

<https://doi.org/10.1177/2167702612474440>

Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., y Claes, L. (2018). Age of onset of NSSI in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170-178.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., y Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality disorders*, 1(1), 67–75.  
<https://doi.org/10.1037/a0017427>
- Greene D, Hasking P, Boyes M. (2019) The associations between alexithymia, non-suicidal self-injury, and risky drinking: The moderating roles of experiential avoidance and biological sex. *Stress and Health*. 35, 457–467.  
<https://doi.org/10.1002/smi.2879>
- Hamza, C. A., y Willoughby, T. (2016). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Risk Among Emerging Adults. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4), 411–415.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.019>
- 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.010>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Haywood, S. B., Hasking, P., & Boyes, M. E. (2023). Associations between non-suicidal self-injury and experiential avoidance: A systematic review and Robust Bayesian Meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 325, 470–479.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.027>
- Hepp, J., Carpenter, R. W., Störkel, L. M., Schmitz, S. E., Schmahl, C., y Niedtfeld, I. (2020). A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury

- based on the four-function model. *Clinical psychology review*, 82.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101888>
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General hospital psychiatry*, 25(4), 277–283.  
[https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4)
- Himelein-Wachowiak, M., Giorgi, S., Kwarteng, A., Schriefer, D., Smitterberg, C., Yadeta, K., Bragard, E., Devoto, A., Ungar, L., y Curtis, B. (2022). Getting "clean" from nonsuicidal self-injury: Experiences of addiction on the subreddit r/selfharm. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(1), 128–139. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1556/2006.2022.00005>
- Hooley, J. M., y Franklin, J. C. (2018). Why Do People Hurt Themselves? A New Conceptual Model of Nonsuicidal Self-Injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428-451. <https://doi.org/10.1177/2167702617745641>
- Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., & Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *Journal of clinical psychology*, 68(7), 809–829.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.21868>
- Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., y Hu, M. (2021). Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and behavior*, 11(12), e2419. <https://doi.org/10.1002/brb3.2419>
- The jamovi project (2024). jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.or>
- Kiekens, G., y Claes, L. (2020). Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An Update on What We Do and Do Not Know. *Current Psychiatry Reports*, 22(12): 68 <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01191-y>
- Kirkpatrick, R. H., Breton, E., Biorac, A., Munoz, D. P., y Booij, L. (2024). Non-suicidal self-injury among individuals with an eating disorder: A systematic



review and prevalence meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 57(2), 223–248. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1002/eat.24088>

Kimbrel, N. A., Johnson, M. E., Clancy, C., Hertzberg, M., Collie, C., Van Voorhees, E. E., Dennis, M. F., Calhoun, P. S., y Beckham, J. C. (2014). Deliberate self-harm and suicidal ideation among male Iraq/Afghanistan-era veterans seeking treatment for PTSD. *Journal of traumatic stress*, 27(4), 474–477.

<https://doi.org/10.1002/jts.21932>

Klonsky E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226–239.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Klonsky E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>

Klonsky, E. D., y Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215–219.

<https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., y Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 44.

<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>

Klonsky, E. D., May, A. M., y Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 231–237.

<https://doi.org/10.1037/a0030278>

Klonsky, E. D., y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045–1056.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20412>

- Klonsky, E. D., y Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American journal of psychiatry*, 160(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Kranzler, A., Fehling, K. B., Lindqvist, J., Brillante, J., Yuan, F., Gao, X., Miller, A. L., y Selby, E. A. (2018). An Ecological Investigation of the Emotional Context Surrounding Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Adolescents and Young Adults. *Suicide & life-threatening behavior*, 48(2), 149–159. <https://doi.org/10.1111/sltb.12373>
- Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., y Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality disorders*, 2(2), 151–160. <https://doi.org/10.1037/a0019978>
- Maxfield, B.L., Pepper, C.M. (2018). Impulsivity and Response Latency in Non-Suicidal Self-Injury: The Role of Negative Urgency in Emotion Regulation. *Psychiatric Quarterly*, 89, 417–426. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9544-5>
- Miller, A. B., Eisenlohr-Moul, T., Glenn, C. R., Turner, B. J., Chapman, A. L., Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2019). Does higher-than-usual stress predict nonsuicidal self-injury? Evidence from two prospective studies in adolescent and emerging adult females. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(10), 1076–1084. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13072>

- Miller, A. B., Linthicum, K. P., Helms, S. W., Giletta, M., Rudolph, K. D., Hastings, P. D., Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2018). Reciprocal Associations Between Adolescent Girls' Chronic Interpersonal Stress and Nonsuicidal Self-Injury: A Multi-wave Prospective Investigation. *The Journal of adolescent health*, 63(6), 694–700. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.033>
- Modrego Pardo, I., Gómez Balaguer, M., Hurtado Murillo, F., Cuñat Navarro, E., Solá Izquierdo, E., y Morillas Ariño, C. (2021). Self-injurious and suicidal behaviour in a transsexual adolescent and young adult population, treated at a specialised gender identity unit in Spain. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 68(5), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.endien.2020.04.009>
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., y Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide & life-threatening behavior*, 43(1), 67–80. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., y Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour research and therapy*, 47(1), 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.011>
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., y Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide & life-threatening behavior*, 42(4), 416–425. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00100.x>
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., y Brausch, A. M. (2019). Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 23(4), 551–563. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>
- Mullins-Sweatt, S., Lengel, G.J., y Grant, D.M. (2013). Non-suicidal self-injury: The contribution of general personality functioning. *Personality and Mental Health*, 7, 56–68. <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1211>
- Muñiz, J., Elosua, P., Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>

- Nock M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339–363.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., y Sharp, C. (2012). The Difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 393-404. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7>
- Peterson, C. M., y Fischer, S. (2012). A prospective study of the influence of the UPPS model of impulsivity on the co-occurrence of bulimic symptoms and non-suicidal self-injury. *Eating behaviors*, 13(4), 335–341.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.007>
- Plener, P.L., Schumacher, T.S., Munz, L.M., y Groschwitz, R.C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(2). <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Pollak, O. H., D'Angelo, E. J., y Cha, C. B. (2020). Does function predict persistence? Nonsuicidal self-injury among adolescents during and after hospitalization. *Psychiatry research*, 286, 112839.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112839>
- Pritchard, T. R., Fedchenko, C. A., y Lewis, S. P. (2021). Self-Injury Is My Drug: The Functions of Describing Nonsuicidal Self-Injury as an Addiction. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(9), 628–635.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001359>

- Rogers, Megan y Taliaferro, Lindsay. (2020). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Among Sexual and Gender Minority Youth: a Systematic Review of Recent Research. *Current Sexual Health Reports*. 12(4), 1-16.  
<https://doi.org/10.1007/s11930-020-00295-z>
- Rosen PM, Walsh BW. (1989) Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *The American Journal of Psychiatry*, 146(5):656-658.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.146.5.656>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Schmidt, C., Briones-Buixassa, L., Nicolaou, S., Soler, J., Pascual, J. C., y Vega, D. (2023). Autolesión no suicida en adultos jóvenes con y sin trastorno límite de la personalidad: el papel de la desregulación emocional y la urgencia negativa. *Annals of Psychology*, 39(3), 345–353. <https://doi.org/10.6018/analesps.492631>
- Singhal, N., Bhola, P., Reddi, V. S. K., Bhaskarapillai, B., y Joseph, S. (2021). Non-suicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: Sub-group profiles and their clinical relevance. *Psychiatry research*, 300, 113877.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113877>
- Stänicke L. I. (2021). The Punished Self, the Unknown Self, and the Harmed Self - Toward a More Nuanced Understanding of Self-Harm Among Adolescent Girls. *Frontiers in psychology*, 12, 543303.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.543303>
- Stänicke, L.I., Haavind, H. y Gullestad, S.E. (2018) How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Research Review* 3, 173–191.  
<https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>
- Stänicke, L. I., Haavind, H., Rø, F. G., y Gullestad, S. E. (2020). Discovering One's Own Way: Adolescent Girls' Different Pathways Into and Out of Self-Harm. *Journal of Adolescent Research*, 35(5), 605-634.  
<https://doi.org/10.1177/0743558419883360>

- Suyemoto K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
- Svirko, E., y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(4), 409–421. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.409>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., y St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Swerdlow, B. A., Pearlstein, J. G., Sandel, D. B., Mauss, I. B., y Johnson, S. L. (2020). Maladaptive behavior and affect regulation: A functionalist perspective. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20(1), 75–79. <https://doi.org/10.1037/emo0000660>
- Taliaferro, L. A., y Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American college health*, 63(1), 40–48. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.953166>
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., y Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 211–217. <https://doi.org/10.1097/00004583-199802000-00014>
- Taylor, J., Peterson, C.M., y Fischer, S. (2012). Motivations for self-injury, affect, and impulsivity: A comparison of individuals with current self-injury to individuals with a history of self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 602–613. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00115.x>
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., y Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*, 227, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Tiedemann, B. L. (2022). School-Based Mental Health Programs for Preadolescent Girls: Mitigating Social Contagion of Non-Suicidal Self-Injury. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 56(1), 24–46. <https://doi.org/10.47634/cjcp.v56i1.71662>

- Turner, B. J., Yiu, A., Layden, B. K., Claes, L., Zaitsoff, S., y Chapman, A. L. (2015). Temporal associations between disordered eating and nonsuicidal self-injury: examining symptom overlap over 1 year. *Behavior therapy*, *46*(1), 125–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.002>
- Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., y Johnson, K. D. (2003). Self-mutilation and homeless youth: The role of family abuse, street experiences, and mental disorders. *Journal of Research on Adolescence*, *13*(4), 457–474. <https://doi.org/10.1046/j.1532-7795.2003.01304003.x>
- Victor, S. E., Styer, D., y Washburn, J. J. (2016). Functions of nonsuicidal self-injury (NSSI): Cross-sectional associations with NSSI duration and longitudinal changes over time and following treatment. *Psychiatry Research*, *241*, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.083>
- Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., y Franklin, J. C. (2018). Predicting suicide attempts in adolescents with longitudinal clinical data and machine learning. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *59*(12), 1261–1270. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12916>
- Whiteside, S. P., y Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *30*(4), 669-689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., y Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American college health : J of ACH*, *59*(8), 691–698. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>

- Wedig, M.M. (2014). Psychological Meanings and Functions of Non-suicidal Self-Injury and Eating Disorders. En Claes, L. y Muehlenkamp, J.J. (Eds.), *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders: Advancements in treatment* (pp. 73-84). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-40107-7>
- Wester, K. L., Morris, C. W., y Williams, B. (2018). Nonsuicidal self-injury in the schools: A tiered prevention approach for reducing social contagion. *Professional School Counseling, 21*(1), 142–151. <https://doi.org/10.5330/1096-2409-21.1.142>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., y Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry, 13*, 912441. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2023). Association between life events, anxiety, depression and non-suicidal self-injury behavior in Chinese psychiatric adolescent inpatients: a cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry, 14*, 1140597. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1140597>
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>



## Anexo 1

### *Adaptación española del Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*

Este cuestionario pregunta sobre una variedad de conductas autolesivas. Por favor, marca la conducta que corresponda sólo si la has realizado intencionadamente (a propósito) y sin la intención de suicidarte.

---

Por favor, indica el número de veces (aproximadamente) que has realizado cada autolesión a lo largo de tu vida (p. ej., 0, 10, 100, 500)

---

Cortarte	_____	Arañarte gravemente	_____
Morderte	_____	Golpearte contra algo o darte golpes	_____
Quemarte	_____	Impedir la sanación de alguna herida	_____
Rasparte	_____	Frotarte la piel contra superficies ásperas	_____
Pellizcarte	_____	Clavarte agujas	_____
Tirarte del pelo	_____	Tragar sustancias peligrosas	_____
Otro	_____		

---

¡IMPORTANTE! Si has realizado uno o más de los comportamientos enumerados anteriormente, completa la parte final de este cuestionario. Si no has realizado ninguno de los comportamientos enumerados anteriormente, has terminado con este cuestionario en particular y debes continuar con el siguiente

1. Si consideras que tienes una forma principal de autolesión, indícala a continuación:
2. ¿A qué edad te autolesionaste por primera vez?
3. ¿Cuándo fue la última vez que te autolesionaste? (Indica la fecha aproximada)
4. ¿Experimentas dolor físico durante la autolesión? Sí/a veces/no
5. ¿Cuándo te autolesionas, estás solo? Sí/a veces/no
6. Por lo general ¿cuánto tiempo pasa desde que sientes la necesidad de autolesionarte hasta que lo haces?
  - < 1 hora
  - 1-3 horas
  - 3-6 horas

- 6-12 horas
- 12-24 horas
- > 1 día

7. ¿Quieres/quisiste alguna vez dejar de autolesionarte?

- Sí
- No

Hemos escrito este inventario para entender mejor la vivencia de las autolesiones no suicidas. Debajo encontrarás un listado de afirmaciones que pueden ser o no ser relevantes en tu experiencia con las autolesiones. Por favor, identifica las afirmaciones que son más relevantes para ti:

Cuando me autolesiono, estoy...

1. Calmándome	0	1	2
2. Creando límites entre yo y los demás	0	1	2
3. Castigándome	0	1	2
4. Dándome una razón para cuidar de mí mismo (curando la herida)	0	1	2
5. Causándome dolor para dejar de sentirme embotado	0	1	2
6. Evitando el impulso de suicidarme	0	1	2
7. Haciendo algo que me provoca euforia	0	1	2
8. Estableciendo vínculos con amigos	0	1	2
9. Comunicando a los demás el grado de dolor emocional que tengo	0	1	2
10. Observando si puedo soportar el dolor	0	1	2
11. Creando una señal física de que me siento fatal	0	1	2
12. Vengándome de alguien	0	1	2
13. Asegurándome de que soy autosuficiente	0	1	2
14. Descargando presión emocional que se ha ido acumulando dentro de mí	0	1	2
15. Demostrando que estoy separado de otras personas	0	1	2
16. Expresando mi enfado contra mí mismo por ser inútil o estúpido	0	1	2
17. Creando una herida física que es más fácil de cuidar que mi sufrimiento emocional	0	1	2
18. Tratando de sentir algo (en oposición a no sentir nada) incluso aunque sea dolor físico	0	1	2

19. Respondiendo a pensamientos suicidas sin llegar a realizar el suicidio	0	1	2
20. Entreteniéndome a mi o a otros haciendo algo extremo	0	1	2
21. Encajando con los demás	0	1	2
22. Pidiendo ayuda o cuidado de otros	0	1	2
23. Demostrando que soy duro o fuerte	0	1	2
24. Demostrándome que mi dolor emocional es real	0	1	2
25. Vengándome de otros	0	1	2
26. Demostrándome que no necesito apoyarme en otros para buscar ayuda	0	1	2
27. Reduciendo mi ansiedad, frustración, ira u otras emociones abrumadoras	0	1	2
28. Estableciendo una barrera entre los demás y yo	0	1	2
29. Reaccionando a sentirme infeliz o asqueado conmigo mismo	0	1	2
30. Permitiéndome concentrarme en curar la herida, lo cual puede resultar gratificante o satisfactorio	0	1	2
31. Asegurándome de que estoy vivo cuando no me siento real	0	1	2
32. Parando pensamientos suicidas	0	1	2
33. Poniéndome al límite como si me tirase en paracaídas	0	1	2
34. Creando un signo de amistad o alianza con amigos	0	1	2
35. Evitando que alguien al que quiero me deje o me abandone	0	1	2
36. Demostrando que puedo soportar dolor físico	0	1	2
37. Representando el sufrimiento emocional que estoy experimentando	0	1	2
38. Tratando de hacer daño a alguien cercano	0	1	2
39. Estableciendo que soy independiente/autónomo	0	1	2

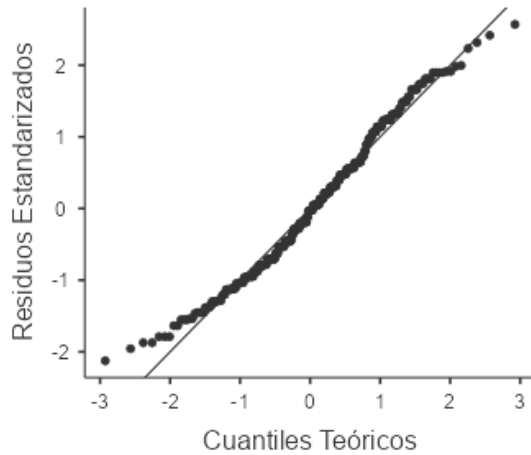
En el siguiente espacio, por favor, escribe cualquier afirmación que consideres más precisa para ti que las enumeradas en la lista anterior:

En el espacio que sigue, por favor, escribe cualquier afirmación que crees que debería estar incluida en la lista anterior, incluso si no son aplicables a tu situación o experiencia:

## Anexo 2

**Figura 1**

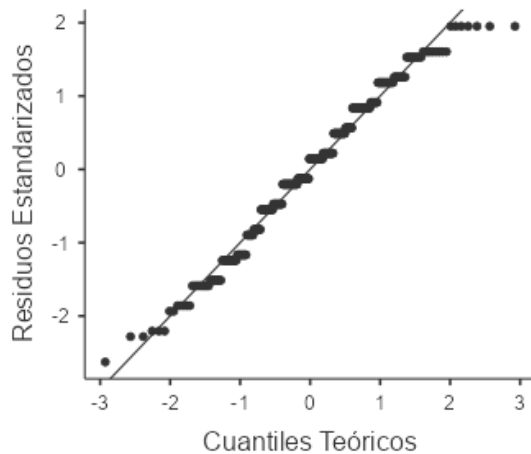
*Gráficos Q-Q para la variable Inflexibilidad Psicológica*



*Nota.* Se puede observar en el presente gráfico la existencia de una tendencia lineal para la variable *Inflexibilidad Psicológica*, lo que implica un ajuste de los datos a la distribución normal.

**Figura 2**

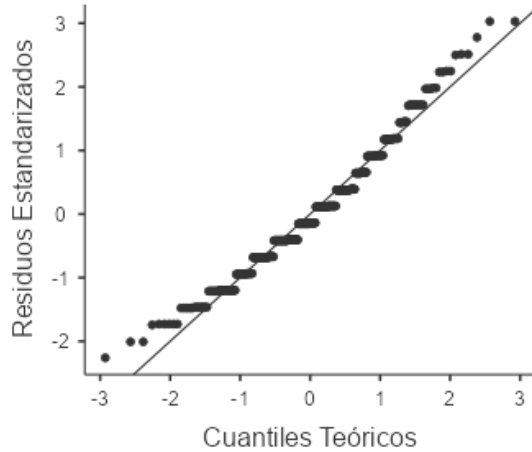
*Gráfico Q-Q para la variable Urgencia Negativa*



*Nota.* Se puede observar en el presente gráfico la existencia de una tendencia lineal para la variable *Urgencia Negativa*, lo que implica un ajuste de los datos a la distribución normal.

**Figura 3**

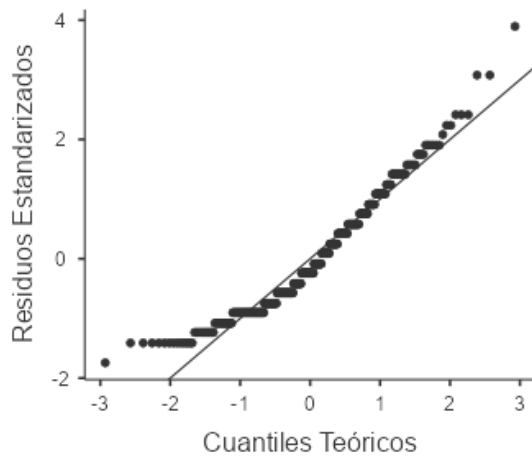
*Gráfico Q-Q para la variable Ansiedad*



*Nota.* Se puede observar en el presente gráfico la existencia de una tendencia lineal para la variable *Ansiedad*, lo que implica un ajuste de los datos a la distribución normal.

**Figura 4**

*Gráfico Q-Q para la variable Depresión*



*Nota.* Se puede observar en el presente gráfico la existencia de una tendencia lineal para la variable *Depresión*, lo que implica un ajuste de los datos a la distribución normal.