

Autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: Aspectos nucleares

Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: nuclear aspects.

Álvaro Rodríguez-López¹ Erika Rodríguez-Ortiz² Borja Romero-Gonzalez³
borja.romero@uva.es

1 Universidad de Granada, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento, Granada, España 2 Policlínica Nuestra Señora de los Remedios, Morón de la Frontera, Sevilla, España 3 Universidad de Valladolid, Facultad de Educación, Departamento de Psicología, Campus Duques de Soria. Valladolid, España.



ACCESO ABIERTO

Citación: Rodríguez LA, Rodríguez OE, Romero GB. **Autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria:**

Aspectos nucleares Colomb Med (Cali). 2021; 52(1):e2044342

<http://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4342>

Recibido : 15 May 2020

Revisado : 02 Feb 2021

Aceptado : 10 Feb 2021

Publicado: 12 Feb 2021

Palabras clave:

Trastorno de la conducta alimentaria, autolesiones no suicidas, autoestima, impulsividad, alexitimia, Bulimia nerviosa, Anorexia nerviosa, Bulimia, Anorexia, Perfeccionismo, Delgadez, Satisfacción personal, Pérdida de peso, Insatisfacción corporal, Comportamiento autolesivo, Trastornos alimentarios y de la conducta alimentaria, Comportamiento impulsivo, Comportamiento obsesivo, Comportamiento de alimentación.

Keywords:

Eating disorder, body dissatisfaction, non-suicidal self-injury, self-esteem, impulsivity, alexithymia, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Bulimia, Anorexia, Perfectionism, Thinness, Personal Satisfaction, Weight Loss, Self-Injurious Behavior, Feeding and Eating Disorders, Impulsive Behavior, Obsessive Behavior, Feeding Behavior

Resumen

Introducción:

A través de la cultura de la delgadez, cada vez más promovida en nuestra sociedad como canon de belleza, no es de extrañar que este aumentado el número de personas afectadas por Trastornos de Conducta alimentaria.

Objetivo:

Estudiar la relación entre las autolesiones no suicidas y aspectos nucleares del trastorno de conducta alimentaria que se especifican a lo largo de este artículo.

Métodos:

La muestra ha sido formada por 60 mujeres diagnosticadas de anorexia y bulimia. Se administraron cuestionarios que evaluaban la impulsividad, satisfacción corporal, alexitimia, actitud corporal y autoestima. Se compararon aquellas participantes que presentaban autolesiones no suicidas con las que no lo presentaban, además se compararon participantes con anorexia con y sin autolesiones y participantes con bulimia con y sin autolesiones.

Resultados:

Se encontraron diferencias en insatisfacción corporal = 5,71; $p \leq 0.01$), en actitudes corporales = 4.80; $p \leq 0.02$), autoestima = 14.09; $p \leq 0.00$) e impulsividad, ($t = 3.39$; $p \leq 0.01$) entre participantes con y sin autolesiones no suicidas.

Conclusiones:

Estos son factores clave para la clínica en el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria para prevenir la presencia de autolesiones, ya que permite enfocar el objetivo del tratamiento a aquellos aspectos como la insatisfacción e impulsividad, que son claves en el desarrollo de autolesiones.

Copyright: © 2021 Universidad del Valle.



Conflicto de intereses:

Los autores declaran no existir ningún conflicto de interés

Agradecimientos:

Nuestro más sincero agradecimiento a todo el personal del centro ABB de Sevilla por su colaboración y disposición. Muchas gracias a Carolina Mariño-Narvaez por editar la versión inglesa del artículo. Eternas gracias a todas las participantes que nos prestaron su tiempo y confiaron en nosotros.

Autor de correspondencia:

Borja Romero-Gonzalez. Departamento de Psicología. Facultad de Educación. Campus Duques de Soria. Universidad de Valladolid, España. Email: borja.romero@uva.es

Abstract

Background:

Through the culture of thinness, increasingly promoted in our society as a beauty canon, it is not surprising that the number of people affected by eating disorders is increasing.

Objective:

This research aims to study the relationship between non-suicidal self-injuries and nuclear aspects of eating disorders specified along with this article.

Methods:

The sample consisted of 60 women diagnosed with anorexia and bulimia. Questionnaires assessing impulsivity, body satisfaction, alexithymia, body attitude and self-esteem were administered. Participants with non-suicidal self-harm were compared with those without it, and participants with anorexia with and without self-harm and participants with bulimia with and without self-harm were compared.

Results:

Differences were found in body dissatisfaction= 5.71; $p \leq 0.01$), body attitudes= 4.80; $p \leq 0.02$), self-esteem= 14.09; $p \leq 0.00$) and impulsivity ($t= 3.39$; $p \leq 0.01$) between participants with and without non-suicidal self-harm.

Conclusions:

These are key factors for the clinical area in the treatment of eating disorders to prevent the presence of self-harm, as it allows focusing the treatment target on those aspects such as dissatisfaction and impulsivity, which are key in the development of self-harm.

Contribución del estudio

1) ¿Por qué se realizó este estudio?

Para estudiar la relación entre las autolesiones no suicidas y los aspectos nucleares de los trastornos alimentarios especificados.

2) ¿Cuáles fueron los resultados más relevantes del estudio?

Hay algunos elementos clave en las autolesiones no suicidas como la insatisfacción corporal, las actitudes corporales, la autoestima y la impulsividad.

3) ¿Qué aportan estos resultados?

Descubrir estos factores clave en pacientes con autolesiones no suicidas permite enfocar el objetivo del tratamiento en esos aspectos.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos graves que afectan tanto a la salud mental como física de una persona. Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa las cuales pueden ser definidas según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) como la restricción en la ingesta de alimentos por miedo excesivo a engordar conduciendo a una pérdida significativa de peso y una conducta alimentaria caracterizada por la presencia de atracones y conductas compensatorias inapropiadas y frecuentes para no aumentar peso respectivamente. Hay que destacar que estos trastornos muestran una etiología multifactorial que engloban desde factores biológicos, psicológicos y socioculturales^{1,2}. Además, los trastornos de la conducta alimentaria tienen las tasas de mortalidad más altas de todos los trastornos psiquiátricos, siendo el suicidio la segunda causa de muerte detrás de las complicaciones médicas de la enfermedad^{3,4}. Hay que hacer mención, además, que la tasa de incidencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es variable y difícil de cuantificar debido a su variabilidad según la región, pero se puede destacar que hay un mayor riesgo de que estos trastornos se presenten en mujeres que se encuentran en la adolescencia tardía, según Nichols *et al.*⁵, la tasa de incidencia para la bulimia nerviosa para edades comprendidas entre los 10 y 19 años era de 35.8/100,000 personas/año mientras que para edades entre los 15 y 19 años tenemos unas cifras de 56.4/100,000 personas/año⁶.

Según el Centers for Disease Control and Prevention⁷, el suicidio es un problema de salud pública en crecimiento, especialmente en los jóvenes de 15 a 24 años, pero además, los individuos con trastornos de la conducta alimentaria tienen tasas de suicidio que son hasta 18 veces mayores que en la población general⁸.

Uno de los predictores más potentes de la conducta suicida en los adolescentes son las denominadas autolesiones no suicidas^{9,10}, las cuales se definen como una conducta deliberada con el fin de producirse daño en la superficie del cuerpo sin intención suicida, incluyendo métodos como cortar la piel, quemar, apuñalar, golpear, raspar, rascar o tallado, entre otros^{11,12}. Tal es la importancia de este fenómeno que la APA¹ lo ha incluido en el DSM-V¹, aumentando la conciencia de la problemática y permitiendo tener las primeras tasas de incidencia y prevalencia siendo las tasas de autolesiones no suicidas para la anorexia nerviosa entre el 13.6% y el 42.1% y entre 26.0% y 55.2% para bulimia nerviosa^{13,15}. Tradicionalmente las autolesiones se han considerado frecuentes en trastornos con atracones¹⁶; sin embargo, la información científica actual rechaza esta hipótesis, mostrando el desconocimiento sobre este asunto^{17,18}.

Por otro lado, un factor que parece común entre los trastornos de la conducta alimentaria y las autolesiones no suicidas es la insatisfacción corporal, el cual se compone de actitudes negativas hacia el cuerpo y la autoimagen, y la visión del cuerpo como un objeto de desprecio, lo cual podría conllevar a la presencia de autolesiones¹⁹⁻²¹.

De igual forma, otras de las características que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria son el perfeccionismo elevado, alexitimia, autoestima baja, obsesiones y la rigidez^{22,23}, pudiendo llegar a considerarse bien como factores predisponentes y precipitantes y/o como mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. De entre todas ellas, la alexitimia se ha postulado como hipótesis para subrayar la alta prevalencia de pensamientos y conductas autolesivas en esta población, conllevando a su vez a las autolesiones no suicidas^{13,20}. Sin embargo, la evidencia sobre la relación entre el resto de características y las autolesiones no suicidas no es abundante.

Por todo ello, el objetivo de la presente investigación fue comprobar la influencia de las autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, concretamente en mujeres que ya han desarrollado anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, y la relación con determinadas características de los trastornos de la conducta alimentaria como la insatisfacción corporal, la impulsividad, la alexitimia y la autoestima. Permitiendo a través de este estudio poder mejorar y desarrollar tratamientos efectivos para estos trastornos.

Materiales y Métodos

Participantes

La muestra estaba compuesta por mujeres pertenecientes al Centro de ABB de Sevilla (España) especializado en hospitalizaciones de adultos con problemas de alimentación.

Los criterios de inclusión fueron tener más de 18 años, estar diagnosticada por anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y haber dado el consentimiento informado para participar en la investigación. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta la comorbilidad con cualquier otro trastorno psicológico.

Se utilizó G*Power (versión 3.1.9.2, Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Alemania, 2007) para confirmar que el número de participantes era lo suficientemente alto como para garantizar una potencia del 95% y $\alpha \leq 0.05$ para todos los análisis. Teniendo en cuenta la existencia de dos grupos, G*Power determinó que el número total de participantes necesarios era de 56 (tamaño del efecto $d = 0.90$ - alto).

Instrumentos

Se realizó una evaluación psicológica usando los siguientes instrumentos:

Cuestionario sobre Forma Corporal (BSQ). Cuestionario autoaplicado que mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, la autodesvalorización por la apariencia física^{24,25}, el miedo a engordar, el deseo de perder peso o evitación de las situaciones dónde la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros. Consta de 34 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 1 a 6 puntos y cuya suma de puntuaciones permite obtener una puntuación global cuyo punto de corte se ha establecido en 105, donde mayor a 105, un alto grado de insatisfacción. En la versión española, el índice de consistencia interna posee un α de Cronbach de 0.97.

Cuestionario de Actitud Corporal (BAT). Evalúa la alteración de las actitudes hacia el cuerpo^{26,27}. Consta de 20 ítems que se agrupan en tres factores principales: apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal general. Cada ítem está evaluado en máximo de 6 puntos en una escala tipo Likert desde "nunca a "siempre" (0 a 5). La puntuación máxima obtenida puede ser de 100 puntos, siendo 36 el punto de corte de distinción entre población clínica y población general. El coeficiente alfa de Cronbach de la versión española es 0.93.

Escala de Autoestima de Rosenberg, versión de 10 ítems. (RSE).

Evalúa el grado de autoestima a través de 10 ítems que abordan los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a^{28,29}. Con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo) y con una puntuación total entre 10 y 40, se han establecido los siguientes puntos de corte: la autoestima será baja si queda en < 25 , autoestima media entre 26 y 29 y autoestima elevada entre 30 y 40. En la versión española, el índice de consistencia interna posee un α de Cronbach 0.82.

Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS). Evalúa impulsividad a través de 30 ítems con cuatro opciones de respuesta (0, raramente o nunca^{30,31}; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. La adaptación española muestras adecuadas características psicométricas presentando un índice de consistencia interna de α de Cronbach 0.81.

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar alexitimia, o dificultad para identificar y expresar emociones^{32,33}. Consta de 20 ítems, cada uno de ellos se contesta a través de una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. El rango de posibles resultados es 0-100. Los autores indicaron las siguientes puntuaciones para interpretar los resultados: ≤ 51 Ausencia de alexitimia, entre 52 y 60 Posible alexitimia y ≥ 61 Alexitimia. Posee buenos índices psicométricos, siendo el α de Cronbach 0.82.

Procedimiento

En primer lugar, fue necesaria la aceptación y permiso para poder realizar el estudio del Consejo de dirección del Centro ABB de Sevilla, donde se tenía prevista la recogida. Para ello, se elaboró un dossier y se concertó una reunión informativa con el director del centro, en la cual se expusieron los objetivos del estudio. Tras la aceptación por parte del centro, se reclutaron las participantes según su diagnóstico. Se les informo del estudio y se pidió su consentimiento para participar, según la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y siguiendo las directrices establecidas por la Declaración de Helsinki (revisada en Fortaleza, 2013), donde se les informaba que todos los datos proporcionados se mantendrían en el máximo anonimato. Aquellas participantes que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado y se les asignó un código tras el cual sus datos serían tratados a partir de ese momento. Tras la obtención del código, rellenaron un cuadernillo con todos los instrumentos psicológicos previamente descritos.

Análisis de datos

En primer lugar, se ha realizado un análisis estadístico descriptivo para conocer la muestra de estudio, dividida entre participantes con anorexia nerviosa con y sin autolesiones no suicidas y participantes con bulimia nerviosa con y sin autolesiones no suicidas. A su vez, se realizó una prueba Ji^2 para comprobar si existían diferencias entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en la presencia o ausencia de autolesiones no suicidas.

A continuación, para comprobar si existían diferencias en las principales variables psicológicas (insatisfacción corporal, alteración de actitudes antes el cuerpo, alexitimia y autoestima) entre participantes con y sin autolesiones no suicidas, se realizaron distintas pruebas chi-cuadrado Ji^2 , siendo la variable dependiente la presencia o ausencia de autolesiones no suicidas, y las variables independientes fueron las puntuaciones en el *Cuestionario sobre Forma Corporal* (mayor o menor a 105), *Cuestionario de Actitud Corporal* (mayor o menor a 36), *Escala de Alexitimia de Toronto* (mayor de 61 presencia de alexitimia, entre 52 y 50 posible alexitimia, menor de 51 ausencia de alexitimia) y *Escala de Autoestima de Rosenberg* (entre 30 y 40 alta autoestima, entre 26 y 29 autoestima media, o menor de 25 baja autoestima).

Tras esto, para comprobar si existían diferencias en impulsividad entre las participantes con y sin autolesiones no suicidas se realizó un análisis de diferencia de medias con la prueba t de Student, donde la variable dependiente fue la presencia o ausencia de autolesiones no suicidas, y la variable independiente la puntuación total de la Escala de Impulsividad de Barratt. Finalmente, se repitieron estos mismos análisis diferenciando entre las participantes que presentaban anorexia nerviosa y aquellas que presentaban bulimia nerviosa.

Los análisis estadísticos se realizaron con el Statistical Package for Social Sciences 22.0 (SPSS, Armonk, NY).

Resultados

Descripción de la muestra

De las 108 personas que en ese momento se encontraban ingresadas en la clínica ABB de Sevilla (España), 90 fueron mujeres, 17 hombres y 1 persona se encontraba en un proceso de cambio de género, se convocó a las 90 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 57 años, a las que se les preguntó su voluntad para participar en el estudio, de las 90, 11 mostraron disconformidad con participar en el estudio y 19 estaban cursando otro trastorno psicológico por lo que fueron descartadas para el estudio.

Finalmente, la muestra estaba compuesta por 60 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 37 años ($M= 20.05$; $DT= 4.09$) pertenecientes al Centro de ABB de Sevilla (España) especializado en hospitalizaciones de adultos con problemas de alimentación. Las participantes fueron divididas en función de si estaban diagnosticadas de anorexia nerviosa ($n= 36$) o bulimia nerviosa ($n= 24$) y según la presencia de autolesiones no suicidas ($n= 30$) o ausencia de autolesiones no suicidas ($n= 30$).

Entre las participantes que presentaban anorexia nerviosa, un 73.5% se encontraban cursando estudios universitarios, o ya los poseían, y el restante 26.5% estaban cursando estudios secundarios. En el caso de la bulimia nerviosa, el 74.7% cursaba estudios universitarios, y el 25.3% restante, estudios secundarios. Además, el índice de masa corporal que constaba para las participantes con anorexia nerviosa era de media de 15.4 kg/m² (DT= 1.77), mientras que para las participantes con bulimia era de media 18.9 kg/m² (DT= 1.44).

Diferencia entre Trastornos de la Conducta Alimentaria con y sin autolesiones no suicidas.

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre los dos tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria estudiados, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en función de la presencia o ausencia de autolesiones no suicidas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Ji^2 = 10.00; p < 0.01$) entre ambos grupos (anorexia nerviosa vs BN). Las autolesiones no suicidas estaban presentes en 12 de las 36 participantes que estaban diagnosticadas con anorexia nerviosa, mientras que en el caso de BN, eran 18 de las 24 las que habían tenido autolesiones no suicidas.

Diferencia en las principales características de Trastornos de la Conducta Alimentaria y la presencia o ausencia de autolesiones no suicidas. Se exploraron las diferencias entre las principales características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, insatisfacción corporal, actitudes hacia el cuerpo, alexitimia, autoestima e impulsividad, y la presencia o ausencia de autolesiones no suicidas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas insatisfacción corporal a través del BSQ ($Ji^2 = 5.71; p \leq 0.01$), en actitudes corporales con el BAT ($Ji^2 = 4.80; p \leq 0.02$), autoestima mediante RSE ($Ji^2 = 14.09; p \leq 0.00$) e impulsividad, medida a través del BIS-11 ($t = 3.39; p \leq 0.01$). En la Tabla 1 pueden consultarse las principales diferencias en los aspectos nucleares de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en ambos grupos.

Diferencia en las principales características entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en las principales características de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En el caso de las pacientes con anorexia nerviosa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en insatisfacción corporal ($Ji^2 = 3.56; p \leq 0.05$) y autoestima ($Ji^2 = 5.625; p \leq 0.01$) en función de la presencia o no de autolesiones no suicidas. Para las participantes que mostraban bulimia nerviosa se encontraron diferencias estadísticamente significativas en autoestima ($Ji^2 = 7.407; p \leq 0.05$) y en impulsividad ($t = 2.251; p \leq 0.05$). Estos resultados pueden consultarse en la Tabla 2.

Tabla 1. Diferencias en las principales características de los trastornos de la conducta alimentaria entre participantes con y sin autolesiones no suicidas

	Self-harm n(%) / M(DT)		Non self-harm n(%) / M(DT)		test*	p
BSQ	> 105	23 (76.7)	14 (53.3)	5.71	0.01	
	< 105	7 (23.3)	16 (46.7)			
BAT	> 36	24 (80.0)	16 (53.3)	4.80	0.02	
	< 36	6 (20.0)	14 (46.7)			
TAS-20	> 61	7 (23.3)	6 (20.0)	1.97	0.37	
	52-60	9 (30.0)	5 (16.7)			
	< 51	14 (46.7)	19 (63.3)			
RSE	30-40	2 (6.7)	10 (33.3)	14.09	0.00	
	26-29	2 (6.7)	8 (26.7)			
	< 25	26 (68.4)	12 (40.0)			
BIS-11			57.7 (13.5)	45.8 (13.6)	3.39	0.00

Nota: *Estadístico Ji^2 para variables categóricas, t-student para variables cuantitativas.

BSQ = Cuestionario sobre Forma Corporal; BAT = Cuestionario sobre Actitud Corporal; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; RSE = Escala de Autoestima de Rosenberg; BIS-11 = Escala de Impulsividad de Barrat.

Tabla 2. Diferencias en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en las principales características de los trastornos de la conducta alimentaria entre participantes con y sin autolesiones

		Self-harm n(%) / M(DT)	Non self-harm n(%) / M(DT)	Test*	p	
Anorexia nerviosa	BSQ	>105	9 (75.0)	10 (41.7)	3.567	0.04
		<105	3 (25.0)	14 (58.3)		
	BAT	>36	9 (75.0)	11 (45.8)	2.756	0.09
		<36	3 (25.0)	13 (54.2)		
	TAS-20	>61	2 (16.7)	5 (20.8)	0.380	0.87
		52-60	3 (25.0)	4 (16.7)		
		<51	7 (58.3)	15 (62.5)		
		RSE	30-40	1 (8.3)		
		26-29	1 (8.3)	6 (25.0)		
		<25	10 (41.7)	10 (41.7)		
BIS-11	48.3 (12.7)	44.6 (12.2)	0.828	0.413		
Bulimia nerviosa	BSQ	>105	14 (77.8)	4 (66.7)	0.296	0.61
		<105	4 (22.2)	2 (33.3)		
	BAT	>36	15 (83.3)	5 (83.3)	0.000	0.99
		<36	3 (16.7)	1 (16.7)		
	TAS-20	>61	7 (38.9)	4 (66.7)	1.400	0.49
		52-60	6 (33.3)	1 (16.7)		
		<51	5 (27.8)	1 (16.7)		
		RSE	30-40	1 (5.6)		
		26-29	1 (5.6)	2 (33.3)		
		< 25	16 (88.9)	2 (33.3)		
BIS-11		64.0 (10.1)	50.7 (18.7)	0.307	0.03	

Nota: *Estadístico χ^2 para variables categóricas, t-student para variables cuantitativas.

BSQ = Cuestionario sobre Forma Corporal; BAT = Cuestionario sobre Actitud Corporal; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; RSE = Escala de Autoestima de Rosenberg; BIS-11 = Escala de Impulsividad de Barrat.

Discusión

Los trastornos de la conducta alimentaria, debido a su prevalencia y su tasa de mortalidad suponen un problema global ⁴, que, además, al unirse con fenómenos como las autolesiones no suicidas, agravan el problema. Por ello, el objetivo de esta investigación fue comprobar la tasa de autolesiones no suicidas en dos tipos de trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, además de comprobar si existen componentes de los trastornos de la conducta alimentaria, como la insatisfacción corporal, la impulsividad, la alexitimia y la autoestima, presentes en las autolesiones no suicidas.

En primer lugar, se encontró un mayor número de participantes que presentaban autolesiones no suicidas con bulimia nerviosa frente a anorexia nerviosa, indicando que la probabilidad de llevar a cabo autolesiones es más alta para aquellas personas que sean diagnosticadas de bulimia nerviosa. Este resultado concuerda con las primeras informaciones de prevalencia, que situaban los casos de bulimia por encima de los de anorexia en el contexto de las autolesiones ¹³⁻¹⁵. Este hecho puede deberse a la propia naturaleza de ambos trastornos, mientras que la anorexia se centra mayoritariamente en un patrón restrictivo alimentario, la bulimia se caracteriza en gran medida por un patrón purgativo en el cual se lleva a cabo un ritual de “lesión” corporal como puede ser el vómito ¹.

En segundo lugar, se analizaron las principales características de los trastornos de la conducta nerviosa, la insatisfacción corporal y las actitudes hacia el cuerpo, la alexitimia, la autoestima e impulsividad, para comprobar si estaban presentes en mayor o menor medida en pacientes con autolesiones no suicidas. En relación a la insatisfacción corporal y las actitudes hacia el cuerpo, ambas características se encontraban presentes en las participantes con autolesiones no suicidas, teniendo éstas una mayor insatisfacción corporal y peores actitudes hacia el propio cuerpo. La insatisfacción corporal y el sentir el propio cuerpo como un objeto de desprecio

podrían explicar que este aspecto se encuentre en mayor medida en pacientes con autolesiones no suicidas¹⁹⁻²¹. No obstante, no se pueden establecer relaciones causales entre ambas, ya que al tratarse de las dos características principales de los trastornos de la conducta alimentaria, podrían estar igualmente alterados independientemente de la presencia o no de autolesiones³⁴.

En lo relativo a la alexitimia, no se encontraron mayores síntomas en pacientes con autolesiones no suicidas. La alexitimia esta a su vez muy relacionada con la insatisfacción corporal, habiendo sido propuesta como un posible factor predisponente para esta insatisfacción, pero sin relación alguna con las autolesiones no suicidas en los trastornos de la conducta alimentaria^{35,36}. Otros autores postulan que la alexitimia puede desembocar en otro tipo de problemáticas, no relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual podría explicar estos resultados³⁷.

Muy relacionado también con la insatisfacción corporal se encuentra la autoestima, siendo esta más baja en presencia de autolesiones no suicidas, lo cual de nuevo podría explicarse por la presencia de una mayor insatisfacción corporal. Concuerdan los resultados con los hallados por Svirko y Hawton²⁰ los cuales postulaban la baja autoestima como un factor de riesgo para la presencia de trastornos de la conducta alimentaria.

Además, en lo relativo a la impulsividad, distintos autores afirmaban que las autolesiones no suicidas no son actos impulsivos, sino planificados³⁸. Contrario a esta afirmación, nuestros resultados encuentran una mayor impulsividad en aquellas participantes que presentaban autolesiones no suicidas, convirtiéndose la impulsividad en una característica diferencial en los trastornos de la conducta alimentaria con presencia o no de autolesiones no suicidas. Este hecho permite aportar un peso importante a la impulsividad en las intervenciones a esta población.

Finalmente, cuando se diferenció entre las dos entidades (anorexia y bulimia nerviosa) se encontró que las participantes con anorexia y que presentaban autolesiones tenían una menor satisfacción corporal y una menor autoestima, mientras que para las participantes con bulimia se encontraba una menor autoestima y una mayor impulsividad. Estos resultados van en la línea de la definición propia de anorexia y bulimia, y es que las pacientes con anorexia suelen presentar una alta insatisfacción corporal²⁰, mientras que las pacientes con bulimia (trastorno más asociado a la purga) presentan altos niveles de impulsividad. Estos resultados parecen indicar que los tratamientos psicológicos destinados a esta población deben ser diferentes, poniendo el foco en mejorar la autoestima en ambos trastornos, y para el caso de anorexia, trabajar la satisfacción corporal, y la impulsividad en el caso de la bulimia.

A pesar de estos novedosos resultados, la investigación continúa buscando una mayor comprensión del fenómeno de las autolesiones no suicidas en los trastornos de la conducta alimentaria¹². Se debe seguir profundizando en este fenómeno, incluyendo aspectos que no han sido considerados en esta investigación, como pueden ser la tipología y frecuencia de las autolesiones no suicidas. Además, otra probable limitación es el tamaño de la muestra, 60 participantes es un número aceptable teniendo en cuenta las características, pero hay que tener cautela con la generalización de los resultados. Sería interesante aumentar esta muestra para poder realizar análisis secundarios entre los distintos trastornos. Además, los resultados presentados diferenciando entre anorexia y bulimia deben tomarse con precaución, debido al bajo tamaño muestral. Pueden considerarse como resultados preliminares, por lo que se espera seguir profundizando en esta diferenciación. En futuras investigaciones además nos gustaría abordar la misma problemática en participantes varones, cuya tasa de incidencia y prevalencia está aumentando día tras día³⁹. Los resultados encontrados aportan importantes conclusiones e implicaciones clínicas para el tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria. Se debe prestar especial atención a factores como la impulsividad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de intentar prevenir la aparición de autolesiones no suicidas. Finalmente, las intervenciones deben poner también su foco de atención en tratar las ideas y cogniciones relacionadas con dañar el propio cuerpo y la visión negativa hacia el

mismo. Se abre de esta forma una gran cantidad de contenido psicológico para tratar y añadir a las intervenciones destinadas a los trastornos de la conducta alimentaria, sin importar la presencia o no de autolesiones no suicidas. Únicamente de esta manera, se estará dando un paso a un avance para prevenir de forma precoz la presencia de autolesiones no suicidas, o para incluso evitar su recurrencia.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed.), Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: clínica y epidemiología. En: Behar RR, Figueroa G. Trastornos de la conducta alimentaria, Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2004.
3. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 724-31. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
4. Fedorowicz VJ, Falissard B, Foulon C, Dardennes R, Divac SM, Guelfi JD, et al. Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2007;14:309-13. doi:10.1002/eat.20415
5. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011;198:295-301. doi: 10.1192/bjp.bp.110.081356.
6. de Portela SML, da Costa RH, Mora GM, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27:391-401. doi:10.3305/nh.2012.27.2.5573.
7. Centers for Disease Control and Prevention. 10 leading causes of death by age group, United States - 2015. Consultada: 2 septiembre 2019. Disponible en: https://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2015-a.pdf.
8. Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER, Krishna M, Franko DL, Herzog DB, et al. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55:1773-84. doi:10.1016/j.comppsy.2014.07.017.
9. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016; 46: 225-36. doi:10.1017/S0033291715001804.
10. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017; 143: 187-32. doi:10.1037/bul0000084.
11. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ, Lewis SP, Walsh B. Nonsuicidal Self-Injury. Ashland, EE.UU: Hogrefe; 2011. Doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0609.
12. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2004;34:12-23. doi:10.1521/suli.34.1.12.27769
13. Claes L, Fernández-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Botella C, Casanueva FF, de la Torre R, et al. Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions. *Pers Individ Dif*. 2013;54:137-40. doi:10.1016/j.paid.2012.07.035

14. Claes L, Norré J, Van Assche L, Bijttebier P. Non-suicidal self-injury (functions) in eating disorders: Associations with reactive and regulative temperament. *Pers Individ Dif*. 2014;57:65-9. doi:10.1016/j.paid.2013.09.022
15. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *J Am Coll Heal*. 2015;63:40-8. doi:10.1080/07448481.2014.953166
16. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:121-31. doi:10.4088/JCP.v68n0117
17. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat Behav*. 2001;2:263-72. doi:10.1016/S1471-0153(01)00033-2
18. Claes L, Islam MA, Fagundo AB, Jimenez-Murcia S, Granero R, Agüera Z, et al. The relationship between non-suicidal self-injury and the UPPS-P impulsivity facets in eating disorders and healthy controls. *PLoS One*. 2015;10: e0126083. doi:10.1371/journal.pone.0126083
19. Anderson CB, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR, Bulik CM. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eat Disord*. 2002;10:227-43. doi:10.1002/erv.472
20. Svirko E, Hawton K. Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2007;37:409-21. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409
21. Walsh B. Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *J Clin Psychol*. 2007;63:1057-68. doi:10.1002/jclp.20413
22. Mas MB, Navarro MLA, Jiménez AML, Pérez IT, Sánchez CDR, San Gregorio MÁP. Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011;11:205-27.
23. Peck LD, Lightsey OR. The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *J Couns Dev*. 2008;86:184-192. doi:10.1002/j.1556-6678.2008.tb00496.x
24. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord*. 1987;6:485-94.
25. Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L, et al. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clin y Salud*. 1996;7:51-66.
26. Probst M, Vandereycken W, Coppenolle H Van, Vanderlinden J. The body attitude test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat Disord*. 1995;3:133-44. doi:10.1080/10640269508249156
27. Gila A, Castro J, Gómez MJ, Toro J, Salamero M. The body attitude test: Validation of the Spanish version. *Eat Weight Disord*. 1999;4:175-78. doi:10.1007/BF03339733
28. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1965. Doi: 10.1515/9781400876136
29. Vázquez MAJ, Jiménez GBR, Vázquez-Morejón JR. Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22:247-55.
30. Barratt, ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept Mot Skills*. 1959;9:191-8. doi:10.2466/pms.9.3.191-198
31. Oquendo MA, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *Eur J Psychiatry*. 2001;15:147-55. doi: 10.1016/j.jchp.2015.07.002

32. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994;38:33-40. doi:10.1016/0022-3999(94)90006-X
33. Martínez SF. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y salud.* 1996;7:19-32.
34. Smithuis L, Kool-Goudzwaard N, de Man-van Ginkel JM, van Os-Medendorp H, Berends T, Dingemans A, et al. Self-injurious behaviour in patients with anorexia nervosa: A quantitative study. *J Eat Disord.* 2018;6:26. doi:10.1186/s40337-018-0214-2
35. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37:321-9. doi:10.1002/eat.20132
36. Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD. Emotional expression and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord.* 2002;31:57-62. Doi: 10.1002/eat.1111
37. Greene D, Hasking P, Boyes M. The associations between alexithymia, non-suicidal self-injury, and risky drinking: The moderating roles of experiential avoidance and biological sex. *Stress Heal.* 2019;260:140-66. doi:10.1002/smi.2879
38. Vega D, Vilà-Balló A, Soto À, Amengual J, Ribas J, Torrubia R, et al. Preserved error-monitoring in borderline personality disorder patients with and without non-suicidal self-injury behaviors. *PLoS One.* 2015;10:1-16. doi:10.1371/journal.pone.0143994
39. Muehlenkamp JJ, Claes L, Smits D, Peat CM, Vandereycken W. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Res.* 2011;188:102-8. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.023