



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Trabajo Final de Máster

Modalidad de Investigación. Curso 2022/2023

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**AUTOLESIONES NO SUICIDAS, TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA,
REGULACIÓN EMOCIONAL Y
AFRONTAMIENTO**

Un estudio con perspectiva de género

Ramírez López, Elisa

DNI: 53858460G

NIUB: 21120536

Tutora: Dra. Carmina Saldaña

Fecha de entrega: 09/06/2023

Número de palabras: 17.968

AGRADECIMIENTOS

A mis amigas, las del apoyo cercano y lejano;
a Abel, por el amor y el pan (y los macarrones);
a Carmina y Gemma, por permitirme transitar (y acompañarme durante) dos maravillosos
años;
a todas las que vinieron antes para que yo pudiera tener una habitación propia,
y, especialmente, a Rocío y Pep. Por todo. Os quiero.

RESUMEN

Objetivo: este estudio pretende determinar: 1) si existe relación entre las autolesiones no suicidas (ANS) y ciertas variables psicológicas; y 2) examinar la relación de las ANS con el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), con la desregulación emocional, y con el uso ciertas estrategias de afrontamiento. También se examinan posibles predictores de las ANS. Todo el estudio ha sido realizado desde una perspectiva de género.

Método: 321 personas de entre 14 y 35 años completaron cuestionarios sobre ANS, funcionamiento psicológico, TCA, emociones y estrategias de afrontamiento.

Resultados: las personas que han realizado ANS presentan niveles más elevados de alteraciones psicológicas, peor regulación emocional y más riesgo de TCA que las personas que no. También tienden a utilizar en mayor medida estrategias como la autocrítica, la expresión emocional, el pensamiento desiderativo, la retirada social y un menor uso de la reestructuración cognitiva. Las mujeres presentan peor estado psicológico que los hombres, así como una mayor desregulación emocional. Las mujeres utilizan más las ANS con función intrapersonal, presentan una mayor desregulación emocional y un mayor riesgo de TCA. La desregulación emocional, el riesgo de TCA, la ansiedad y la alexitimia, actúan como variables predictoras de las ANS en mujeres. El estrés y la presencia de un diagnóstico de salud mental actúan como variables predictoras en hombres.

Conclusión: la presencia de ANS se relaciona con mayor malestar psicológico, peor regulación emocional, mayor riesgo de TCA, mayor uso de estrategias como la autocrítica, la expresión emocional, el pensamiento desiderativo, la retirada social, y un menor uso de la reestructuración cognitiva. Aunque este estudio no pueda confirmar causalidad, las mujeres tendrían una mayor presencia de ciertas variables predictoras de ANS que podrían ser consecuencia de los roles de género femeninos.

Palabras clave: autolesiones no suicidas, trastornos de la conducta alimentaria, desregulación emocional, estrategias de afrontamiento, depresión, ansiedad, estrés, perspectiva de género, alexitimia.

ABSTRACT:

Objective: the aim of this study was: 1) to determine whether there is a relationship between non-suicidal self-injuries (NSSI) and certain psychological variables; and 2) to examine the relationship of NSSI with the risk of having an eating disorder (ED), emotional dysregulation, and the use of certain coping strategies. The study also explores possible predictors of NSSI. The whole study has been done considering a gender perspective.

Method: 321 participants between 14 and 35 years of age completed a series of questionnaires about NSSI, psychological functioning, ED, emotions, and coping strategies.

Results: individuals who had engaged in NSSI reported higher levels of psychological disturbance, worse emotional regulation, and a higher risk of ED compared to those who have not engaged in NSSI. They also reported a higher use of coping strategies such as self-criticism, emotional expression, wishful thinking and social withdrawal, and a lower use of cognitive

restructuring. Women showed worse psychological outcomes and higher emotional dysregulation than men. A relationship was found between using NSSI with an intrapersonal function and high emotional dysregulation and high ED risk in women. Emotional dysregulation, ED risk, anxiety and alexithymia acted as predictors of NSSI among women. Stress and the presence of a mental health diagnostic acted as predictors of NSSI among men.

Conclusions: the presence of NSSI is related to psychological distress, low emotional regulation, ED risk, high use of strategies such as self-criticism, emotional expression, wishful thinking, and social withdrawal, and a lower use of cognitive restructuring. Although this study cannot confirm causality, women could have a higher presence of certain predictors of NSSI which could be consequence of feminine gender roles.

Keywords: non-suicidal self-injuries, eating disorders, emotional dysregulation, coping strategies, depression, anxiety, stress, gender perspective, alexithymia.

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
1.1. Autolesiones No Suicidas. ¿Qué son?	9
1.2. Función de las Autolesiones No Suicidas	10
1.3. Trastornos de la conducta alimentaria	10
1.4. Autolesiones No Suicidas y Trastornos de la Conducta Alimentaria	11
1.5. Regulación emocional	11
1.6. Estrategias de afrontamiento	12
1.7. Objetivos del presente estudio	13
2. MÉTODO	14
2.1. Participantes	14
2.2. Instrumentos utilizados	14
2.3. Procedimiento.....	17
2.4. Análisis de datos	17
3. RESULTADOS	19
3.1. Descriptivos de las variables sociodemográficas.....	19
3.2. Descriptivos de las variables psicológicas agrupados por género y ANS.....	21
3.3. Descriptivos de las ANS agrupados por género	24
3.4. Objetivo 1: malestar psicológico general entre aquellas personas que presentan ANS y las que no en función del género	26
3.5. Objetivo 2: características de las ANS.....	27
3.6. Objetivo 3: ANS, desregulación emocional y alexitimia	30
3.7. Objetivo 4: ANS, presencia de ideación suicida y tratamiento médico	32
3.8. Objetivo 5: ANS y riesgo de TCA	34
3.9. Objetivo 6: estrategias de afrontamiento, ANS y riesgo de TCA	35
3.10. Objetivo 7: poder predictivo de diversas variables psicológicas, el diagnóstico de salud mental, los pensamientos de muerte y de suicidio y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento sobre las ANS	37
4. DISCUSIÓN	39
5. CONCLUSIONES	43
6. ACTIVIDADES REALIZADAS	44
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
8. ANEXOS	52

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En los últimos años el estudio de las autolesiones no suicidas (ANS) ha ido ganando terreno en el campo de la literatura científica. Parece que uno de los principales motivos ha sido el incremento en la prevalencia de las ANS, así como su elevada comorbilidad con diferentes trastornos.

En los siguientes apartados se conceptualizan los términos “*autolesión no suicida*” (ANS) y “*trastorno de la conducta alimentaria*” (TCA), para después hacer referencia a los estudios publicados sobre la asociación entre estos dos fenómenos. Seguidamente, se introducen los conceptos de regulación emocional y estrategias de afrontamiento y su relación con los dos conceptos previamente explicados. Finalmente, se exponen los objetivos de la investigación. El estudio ha sido realizado con una perspectiva de género debido a la importancia que tiene el género como elemento crítico de análisis de nuestras realidades.

1.1. Autolesiones No Suicidas. ¿Qué son?

Las ANS se pueden definir como aquel comportamiento en el cual una persona se inflige intencionadamente y de forma directa, algún daño en el cuerpo, sin intención de provocarse la muerte (Nock, 2009). Aunque todavía no hay un consenso sobre su definición y conceptualización, lo cual genera algunas dificultades a la hora de estudiar el suceso (Lengel et al., 2022), parece que lo que sí que queda claro es que es un problema de salud pública importante, con altas tasas de prevalencia especialmente entre la gente joven (Plener et al., 2016). Estudios recientes han encontrado prevalencias desiguales que oscilan entre el 22,37% (Lang & Yao, 2018), el 22,40% (Halverson et al., 2022), e incluso del 56,20% (Naidoo, 2019). Cabe destacar, que en España también se han hallado prevalencias significativas, concretamente del 27% en mujeres con TCA (Perez et al., 2018). Además, las ANS se consideran un suceso de especial interés tras su inclusión en la quinta edición del *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (DSM-5, por sus siglas en inglés), como condición que requería mayor investigación (American Psychiatric Association, 2013).

Continuando con la definición que se acaba de presentar, la cual se seguirá en el estudio, las formas más comunes de autolesión son: cortarse, quemarse, rascarse e interferir con el proceso de curación de heridas, entre otros (Klonsky, 2007). En cuanto al género, aunque hay estudios que han encontrado que las mujeres tienen más probabilidades de haber realizado ANS a lo largo de su vida (Bresin & Schoenleber, 2015), otros no han hallado diferencias significativas entre la presencia de ANS y el género (Wilkinson et al., 2022). Respecto al método de autolesión, se ha observado que los hombres suelen recurrir en mayor medida a golpear paredes u objetos (Halverson, et al., 2022), a darse golpes en la cabeza o quemarse (Radanović et al., 2022), mientras que las mujeres tienden en mayor medida a cortarse, rascarse o morderse (Bresin & Schoenleber, 2015).

La presencia de ANS se ha asociado con un mayor riesgo de ideación suicida (Brausch et al., 2022; Jacobson et al., 2023) y mayor riesgo de haber cometido un intento (Radanović et al., 2022). En concreto, se ha visto que una mayor variedad y frecuencia de ANS se asocia con una mayor presencia de pensamientos y comportamientos suicidas (Knorr et al., 2019); también se ha observado que una menor edad de inicio de ANS se asocia con una mayor severidad de las mismas y con una mayor variedad de métodos autolesivos (Ammerma et al., 2018). Es más, se

ha detectado que la presencia de imágenes de ANS en los últimos años se ha incrementado en redes sociales de uso adolescente (Brown et al., 2017). Este hecho podría influenciar en que la edad de inicio de las ANS cada vez sea más temprana, ya que se ha observado que un posible factor de inicio es el contagio social (Jarvi et al., 2013). Además, el uso de ANS se ha asociado con la presencia de algunos trastornos psicológicos (Balazs et al., 2018; Buelens et al., 2020; Perez et al., 2018) tales como: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno límite de personalidad y los TCA.

Por todo esto, podemos concluir, que las ANS son un suceso de interés de estudio.

1.2. Función de las Autolesiones No Suicidas

Una de las cuestiones que más interés ha suscitado entre la comunidad científica, debido a su utilidad en la práctica clínica, es las posibles funciones de las ANS. La evidencia sugiere que las funciones de las ANS se podrían agrupar en dos categorías: funciones interpersonales y funciones intrapersonales. En el primer grupo encontraríamos las funciones de carácter social, como el influenciar a otras personas o facilitar la cohesión grupal. En cuanto a las funciones intrapersonales encontraríamos la reducción de emociones desagradables o el terminar con experiencias disociativas (Klonsky et al. 2015). La identificación de la función que cumple el comportamiento autolesivo para cada persona será clave a la hora de elegir la mejor intervención clínica (Muehlenkamp et al., 2019).

La actual evidencia (Brausch & Muehlenkamp, 2018) sugiere que las personas que llevan a cabo ANS suelen estar motivadas por funciones intrapersonales en mayor proporción que funciones sociales, ya que las ANS parece que son efectivas para cumplir con la función de regular estados internos. Además, Brausch y Muehlenkamp (2018) hipotetizan que quizás, la percepción de que las ANS cumplen con su función es lo que lleva a que sea un comportamiento recurrente en la persona. En la misma línea, en 2020, se llevó a cabo un estudio con población adolescente admitida en una unidad de hospitalización psiquiátrica, donde se vio que aquellas personas que tendían a usar las ANS para regular estados internos (función intrapersonal) eran quienes más probabilidad de autolesionarse tenían, incluso en un contexto hospitalario donde el acceso a métodos autolesivos era más restringido (Pollak et al., 2020).

En síntesis, podemos observar, que las ANS pueden llegar a cumplir una importante función en la regulación emocional, concepto que introduciremos más adelante.

1.3. Trastornos de la conducta alimentaria

Según el DSM 5-TR (American Psychiatric Association, 2022) los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como *“una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial”*. En el mismo manual, aparecen dentro de los TCA los siguientes trastornos: la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

En 2019, Galmiche y su equipo, realizaron una revisión de la literatura científica existente entre los años 2000 y 2018 sobre la prevalencia de los TCA, encontrando que estos trastornos son

altamente prevalentes no solo en países occidentales, sino también en Asia y países de Oriente Medio en vías de desarrollo. En dicha revisión, se hallaron prevalencias que iban desde el 8.4% hasta el 19.4%. Además, los datos señalaban mayor prevalencia en mujeres (Galmiche et al., 2019), lo cual tendría sentido dado la mayor presión que tienden a ejercer los estándares de belleza sobre las mismas (Moradi et al., 2005).

Por otro lado, como indican Fitzsimmons-Craft y su equipo (2020), muchas personas con sintomatología propia de un TCA no acuden en búsqueda de tratamiento. Por ello, podemos decir que, en la misma línea que las ANS, los TCA son un importante problema de salud pública especialmente para las mujeres.

1.4. Autolesiones No Suicidas y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Como hemos indicado anteriormente, entre los trastornos con más presencia de ANS se encuentran los TCA (Cella et al., 2022). Concretamente, la coocurrencia de ambas problemáticas se da en aproximadamente un 27% de las personas diagnosticadas de un TCA, las cuales refieren haberse autolesionado sin intención suicida alguna vez a lo largo de su vida (Cucchi et al., 2016).

En 2019, Muehlenkamp y su equipo llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue explorar las funciones compartidas entre las ANS y los TCA. Lo que encontraron fue que en personas que llevaban a cabo ambos comportamientos, existían funciones compartidas. Aun así, sus datos dejaban ver que la saliencia de las funciones compartidas difería en función del comportamiento. Se vio que, de una parte, las funciones que más motivaban los TCA eran aquellas de carácter interpersonal (como el establecerse a uno/una mismo/a como independiente o la búsqueda de pertenencia a un grupo); de otra, las funciones que más motivaban las ANS eran aquellas de tipo intrapersonal (como la regulación emocional).

1.5. Regulación emocional

Cuando hablamos de regulación emocional, nos estamos refiriendo a la capacidad de influenciar nuestras emociones de tal forma que incrementemos la probabilidad de que estas sean adaptativas (Gross, 2015). Según Gratz y Roemer (2004), la regulación emocional involucraría: a) el entendimiento y comprensión de las emociones; b) la aceptación de las mismas; c) la habilidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando experimentamos emociones desagradables; y d) la habilidad de usar de forma flexible estrategias de regulación emocional apropiadas al contexto. Además, Gratz y Roemer (2004) postulan que la ausencia de alguna de estas habilidades indicaría la presencia de dificultades en la regulación emocional. Asimismo, la literatura científica sugiere que para poder saber si la capacidad de regulación emocional de una persona es adecuada, es importante conocer el contexto en el que se usa determinada estrategia de regulación, ya que además una buena capacidad de regulación emocional se caracteriza por un uso flexible de las diferentes estrategias (Cole et al., 1994; Thompson, 1994). Cabe destacar que se han encontrado diferencias respecto al género a la hora de utilizar una estrategia de afrontamiento u otra, siendo las mujeres las que más tienden a rumiar o catastrofizar y los hombres quienes más tienden a la aceptación (Bailly et al., 2022).

La presencia de dificultades en la regulación emocional ha sido asociada con diferentes formas de psicopatología, como los trastornos del estado de ánimo, el trastorno límite de personalidad, los trastornos de ansiedad o los TCA (Aldao et al., 2010; Gross & Jazaieri, 2014). Concretamente, en cuanto a TCA y regulación emocional, Aldao y su equipo (2010) llevaron a cabo un metaanálisis donde encontraron que los atracones podrían estar cumpliendo una función de regulación emocional. Por su parte, Agüera y su equipo (2019), encontraron que las personas con TCA presentaban mayores dificultades de regulación emocional que las personas sin dicho diagnóstico. También MacDonald y su equipo (2017), encontraron que las personas con TCA que adquirían estrategias de regulación emocional al principio del tratamiento, era más probable que al acabar el mismo hubiesen dejado de realizar atracones y purgas, así como que presentasen menores niveles de depresión.

Sloan y su equipo (2017), llevaron a cabo una revisión sistemática observando que el tratamiento psicológico para diferentes problemáticas (ansiedad, depresión, TCA, adicciones y trastorno de personalidad límite), producía una mejora en la regulación emocional de las personas. En la misma revisión, se constataba que los cambios en la regulación emocional eran independientes tanto de la problemática como del protocolo de tratamiento usado. Esto, como indican Sloan y su equipo (2017), daría soporte a la hipótesis de que la regulación emocional podría ser un proceso transdiagnóstico. Por lo tanto, una intervención sobre las dificultades en la regulación emocional podría contribuir a reducir la sintomatología independientemente del diagnóstico. En la misma línea, Vervaet y su equipo (2021) realizaron un estudio en pacientes con un TCA donde buscaban explorar posibles factores transdiagnósticos a los diferentes TCA. Los resultados mostraron que un “*excesivo foco en inhibir las emociones*” jugaba un papel central en la aparición de sintomatología TCA, además de sugerir que esto podría señalar la importancia de trabajar la regulación emocional en personas con TCA.

En cuanto a la regulación emocional y las ANS, como hemos comentado anteriormente, las ANS pueden ser una conducta cuya función sea regular estados internos desagradables (Klonsky et al. 2015). No obstante, por los riesgos que pueden llegar a comportar su uso, desde daños al propio tejido corporal (Nock, 2009), hasta el riesgo de ideación suicida (Brausch et al., 2022), parece que una intervención destinada a aprender otras estrategias de regulación emocional sería pertinente.

1.6. Estrategias de afrontamiento

Un concepto que puede llegar a generar confusión con la regulación emocional es el de estrategias de afrontamiento. La principal diferencia entre ambos constructos, tal y como exponen Pascual y Conejero (2019), es que la regulación emocional involucra tanto las emociones desagradables como las agradables, pero las estrategias de afrontamiento se limitarían a las experiencias desagradables. Según Lazarus y Folkman (1984), las estrategias de afrontamiento se podrían definir como el conjunto de estrategias que se usan para intentar manejar, de la mejor forma, las demandas que se perciben como estresantes o excesivas en comparación a los recursos de los que se disponen. Lazarus y Folkman (1984) propusieron dos categorías de estrategias de afrontamiento: aquellas centradas en el problema o tarea y aquellas centradas en la emoción. En la primera categoría encontramos estrategias que se enfocan en modificar la causa del problema o el problema en sí mismo. En este primer grupo se encuentran estrategias similares a las que se usan en resolución de problemas, como el generar diferentes formas de solución, pero también se encuentran estrategias en cuanto al interior de la persona, como el uso de una técnica de relajación. En cuanto al segundo grupo de estrategias dirigidas

a la emoción, se encuentran aquellas que buscan regular la emoción que el evento estresante o problema genera. Pertenecen a este grupo: la evitación, la minimización, la distracción o el intentar extraer cosas positivas del suceso negativo. Además, Lazarus y Folkman (1984) plantean que el que una estrategia sea buena o mala, no depende de la estrategia, sino de su adecuación al contexto. Algunas autoras (Ovsyanik et al., 2022) plantean el género como una variable a tener en cuenta y señalan que el género femenino tiende a usar estrategias como la confrontación o el reevaluar una situación de forma positiva, mientras que el masculino utiliza estrategias como el autocontrol o el escapar/evitar una situación.

En cuanto a ANS, se ha investigado su relación con las estrategias de afrontamiento y la regulación emocional (Thomassin et al., 2017), constatándose que algunas estrategias como la reestructuración cognitiva o la búsqueda de apoyo social reducían el riesgo de autolesión, ya que permitían un mejor manejo de las emociones desagradables experimentadas. Además, existe evidencia de que la presencia de apoyo social percibido reduce el riesgo de ANS (Yuan et al., 2023), por lo que la búsqueda de apoyo social parecería una estrategia óptima. En relación a la reestructuración cognitiva, algunas investigaciones (Lan et al., 2022) manifiestan sobre cómo el disponer de estrategias para reformular un evento permite que las emociones bajen su intensidad, lo cual reduce la probabilidad de recurrir a las ANS. También se ha observado que la ausencia de ambas estrategias (búsqueda de apoyo social y reestructuración cognitiva) correlaciona con sintomatología TCA (Rivas et al., 2010).

Por último, cabe añadir que, como comentan Muehlenkamp y su equipo (2019), se ha observado que tanto las ANS como los TCA podrían estar causados y/o motivados por la desregulación emocional o la falta de estrategias de afrontamiento como factores comunes, lo cual explicaría porque coocurren.

1.7. Objetivos del presente estudio

El objetivo principal de este trabajo es estudiar la posible relación entre la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en las ANS y los TCA desde una perspectiva de género. En concreto, los objetivos del presente estudio son:

1. Determinar si existen diferencias en las variables de malestar psicológico general (depresión, ansiedad y estrés) entre aquellas personas que presentan ANS y las que no.
2. Explorar las características de las ANS.
3. Explorar la relación entre las ANS, la desregulación emocional y la alexitimia.
4. Indagar en la relación entre las ANS, la presencia de ideación suicida y el haber recibido un tratamiento médico a causa de las autolesiones.
5. Explorar la relación entre las ANS y el riesgo de TCA.
6. Indagar en la relación entre estrategias de afrontamiento, ANS y riesgo de TCA.
7. Explorar qué variables predicen las ANS.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

La muestra del presente estudio se obtuvo de la población comunitaria mediante un muestreo no probabilístico casual. En total se obtuvo una muestra de 745 personas, de las cuales 394 no completaron todos los cuestionarios, por lo que fueron excluidas. Además, de las 365 personas restantes, 20 fueron excluidas por tener una edad superior a 35 años y cuatro por presentar errores en algunas de sus respuestas sociodemográficas.

Finalmente, la muestra del estudio fue de 327 personas (un 43,89% de la muestra inicial), de las cuales 235 (71,86%) fueron mujeres, 86 (26,29%) fueron hombres y 6 (1,85%) fueron personas no binarias, todas con una edad comprendida entre los 16 y los 35 años.

2.2. Instrumentos utilizados

Las personas completaron los cuestionarios que se detallan a continuación:

1. **Cuestionario sociodemográfico ad hoc**: se elaboró un cuestionario *ad hoc* con la siguiente información: fecha actual, fecha de nacimiento, género, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nivel de estudios, situación laboral, ingresos, estado civil, personas con las que se convive y diagnósticos de salud mental recibidos a lo largo de la vida.
2. **Evaluación Funcional de la Automutilación (Functional Assessment of Self-Mutilation, FASM)** (Lloyd et al., 1997): este cuestionario evalúa la forma y función de las ANS mediante 21 ítems. El primer bloque de preguntas consiste en un listado de diversas formas de autolesión y se pregunta sobre cuales se han llevado a cabo en el último año, cuantas veces y si se recibió asistencia médica. A continuación, se pregunta por: 1) el tiempo que se pensó en llevar a cabo las ANS; 2) si se sintió dolor mientras se llevaban a cabo; 3) si eran con intención de quitarse la vida; 4) a qué edad ocurrieron por primera vez; y 5) en el caso de no haberse realizado esta conducta en el último año, si se ha realizado en algún momento de la vida. Seguidamente se pregunta sobre las razones que motivaron el comportamiento autolesivo y se muestran diferentes motivos para puntuar en una escala Likert de 4 puntos, la cual va desde el 0 (“nunca”) al 3 (“bastantes veces”). Por último, se pregunta sobre en qué medida se espera que las consecuencias previamente mencionadas ocurran inmediatamente después de autolesionarse y sobre si la autolesión ha podido ocasionar problemas con otras personas. En relación a las razones que motivan el comportamiento autolesivo, se encuentran cuatro factores o escalas: reforzamiento automático negativo, reforzamiento automático positivo, reforzamiento social negativo y reforzamiento social positivo. La puntuación en cada una de estas subescalas se calcula sumando la puntuación de los ítems pertenecientes a cada una. Para el presente estudio se empleó la versión española creada por Calvete et al. (2015), la cual ha obtenido una buena consistencia interna, con alfas de Cronbach de $\alpha=0,61$ (escala de reforzamiento automático negativo), $\alpha=0,76$ (escala de reforzamiento automático positivo), $\alpha=0,80$ (escala de reforzamiento negativo social) y $\alpha=0,86$ (escala de reforzamiento social positivo). Así mismo, las autoras encontraron dos factores de segundo orden que explicaban las escalas mencionadas: reforzamiento automático, que explica tanto el reforzamiento automático negativo como el positivo; y reforzamiento social, que explica el reforzamiento social positivo y el negativo. Los índices de consistencia de estos factores de segundo orden

fueron de $\alpha=0,80$ (reforzamiento automático) y $\alpha=0,84$ (reforzamiento social). En el presente estudio, los índices de consistencia interna encontrados fueron de $\alpha=0,62$ (reforzamiento social negativo), $\alpha=0,76$ (reforzamiento social positivo), $\alpha=0,48$ (reforzamiento automático negativo) y $\alpha=0,61$ (reforzamiento automático positivo). Respecto a los dos factores de segundo orden se encontró un alfa de $\alpha=0,78$ para “reforzamiento social” y $\alpha=0,75$ para “reforzamiento automático”.

3. **Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-26)** (Garner et al., 1982): este cuestionario evalúa el riesgo de padecer un TCA. Consta de 26 ítems a los cuales se ha de dar respuesta mediante una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta, las cuales van desde el “Nunca” al “Siempre”. Para calcular la puntuación total, las puntuaciones se recodifican de la siguiente forma: aquellas puntuaciones que van de 1 a 3 pasan a considerarse un 0, las puntuaciones de 4 se consideran un 1, las puntuaciones de 5 se consideran un 2, y las puntuaciones de 6 se consideran un 3. En el caso del ítem 25 es un ítem inverso por lo que la puntuación del mismo consiste en restar a 5 la puntuación marcada. Una vez hecha esta recodificación, la puntuación total se obtiene sumando las nuevas puntuaciones. Una puntuación superior a 19 implicaría síntomas compatibles con un TCA. Los ítems se pueden agrupar en 3 subescalas: la subescala “Dieta”, la subescala “Bulimia y preocupación por la comida” y la subescala “Control oral”. Para el presente estudio se administró la adaptación española realizada por Rivas et al. (2010), cuya consistencia interna demostró ser elevada ($\alpha>0,90$). El alfa de Cronbach total encontrado en nuestra muestra fue de $\alpha=0,91$, y para las diferentes escalas fueron de $\alpha=0,89$ (subescala dieta), $\alpha=0,74$ (subescala bulimia y preocupación por la comida) y $\alpha=0,65$ (subescala control oral).
4. **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties Emotion Regulation Scale, DERS)** (Gratz & Roemer, 20048): este instrumento está diseñado para medir la desregulación emocional. Está compuesto de 28 afirmaciones sobre las emociones, a las cuales hay que dar respuesta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. La escala en cuestión va desde el 1 (“casi nunca”) al 5 (“casi siempre”). Los diferentes ítems se pueden agrupar en 5 subescalas: la escala “Atención-Desatención”, la escala “Claridad-Confusión”, la escala “Aceptación-Rechazo”, la escala “Funcionamiento-Interferencia” y la escala “Regulación-Descontrol”. Asimismo, la puntuación total se obtiene del sumatorio de los resultados de las diferentes escalas. A mayor puntuación, mayor desregulación emocional. Para el presente estudio se utilizó la adaptación al español de Hervás y Jódar (2008), cuyos índices de consistencia interna para las 5 subescalas fueron buenos, así como el de la puntuación total (escala total $\alpha=0,93$, descontrol $\alpha=0,91$, rechazo $\alpha=0,90$, interferencia $\alpha=0,87$, desatención $\alpha=0,73$, confusión $\alpha=0,78$), además de demostrar una buena estabilidad temporal. La consistencia interna global encontrada en nuestra muestra fue de $\alpha=0,95$; en cuanto a las subescalas, los alfas encontrados fueron de $\alpha=0,86$ (atención-desatención), $\alpha=0,88$ (claridad-confusión), $\alpha=0,92$ (aceptación-rechazo), $\alpha=0,91$ (funcionamiento-interferencia) y $\alpha=0,93$ (regulación-descontrol).
5. **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Inventory, CSI)** (Tobin et al., 1989): este instrumento evalúa las distintas formas de afrontamiento. Inicialmente, se solicita la descripción de una situación estresante vivida en el último mes; posteriormente se presentan 40 ítems a los cuales se da respuesta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. Dicha escala va desde el 0 (“en absoluto”) al 4 (“totalmente”). Las diferentes estrategias de afrontamiento dan lugar a 8 subescalas: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva,

evitación de problemas y retirada social. La puntuación para cada una de ellas se obtiene sumando la puntuación de los ítems que la componen. Para el presente estudio se empleó la adaptación al español creada por Cano et al. (2006), cuyos índices de consistencia interna de las diferentes subescalas han demostrado ser buenos, concretamente con un alfa de Cronbach de entre 0,63 y 0,89. En nuestra muestra la consistencia interna total encontrada fue de $\alpha=0,77$. En cuanto a las diferentes estrategias de afrontamiento, los índices de consistencia interna hallados han sido igualmente buenos: $\alpha=0,87$ (resolución de problemas), $\alpha=0,91$ (autocrítica), $\alpha=0,79$ (expresión emocional), $\alpha=0,84$ (pensamiento desiderativo), $\alpha=0,86$ (apoyo social), $\alpha=0,82$ (reestructuración cognitiva), $\alpha=0,65$ (evitación de problemas) y $\alpha=0,81$ (retirada social).

6. **Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995):** este instrumento evalúa los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés, que ha experimentado la persona a lo largo de los últimos siete días. Consta de 21 ítems a los cuales se da repuesta mediante una escala tipo Likert de 4 puntos. Dicha escala va desde el 0 (“*nada aplicable a mí*”), hasta el 3 (“*muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo*”). El instrumento se compone de tres factores: depresión, ansiedad y estrés, cada uno compuesto de 7 ítems, los cuales cargan en un factor de orden superior (malestar psicológico general), por lo que es adecuado calcular también una puntuación total. Los ítems 22 y 23 del cuestionario presentado en este estudio no pertenecen a la escala original y no puntúan, pero se han añadido para detectar posibles pensamientos de muerte y suicidio. La corrección del instrumento se realiza mediante la suma de los distintos ítems de cada escala (a excepción de los ítems 22 y 23) y su posterior multiplicación por dos. Para el presente estudio se empleará la adaptación española realizada por Bados et al. (2005), la cual presenta buenas medidas de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de $\alpha=0,84$ para la escala de Depresión, $\alpha=0,70$ para la de Ansiedad y $\alpha=0,82$ para la de Estrés. En el presente estudio el alfa de Cronbach total fue de $\alpha=0,94$; en cuanto a las subescalas se obtuvieron las siguientes: $\alpha=0,92$ (depresión), $\alpha=0,87$ (ansiedad) y $\alpha=0,81$ (estrés).
7. **Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) (Bagby et al., 1994a):** este cuestionario busca medir las dificultades a la hora de identificar y describir los sentimientos. Consta de 20 ítems con respuesta tipo escala Likert de 5 puntos. La escala representa el grado de acuerdo con cada ítem, y va desde el 1 (“*completamente en desacuerdo*”) al 5 (“*completamente de acuerdo*”). Presenta tres subescalas: dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos y pensamiento orientado hacia lo externo. La puntuación total se obtiene sumando los distintos ítems. Una puntuación de 51 o menos indicaría una ausencia de alexitimia, de 52 a 60 probable alexitimia y 61 o más, alexitimia (Bagby et al., 1994). Para el presente estudio se utilizó la versión española creada por Martínez Sánchez (1996), en la cual se obtuvo una consistencia interna alta, concretamente $\alpha=0,78$. En nuestra muestra, el alfa de Cronbach encontrado fue de $\alpha=0,81$.

2.3. Procedimiento

La presente investigación siguió la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el estudio fue aprobado por parte la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona (véase Anexo 1).

Para el estudio se llevó a cabo la creación de una encuesta compuesta por diferentes instrumentos destinados a evaluar diferentes aspectos de la persona: actitudes ante la alimentación, regulación emocional, ANS, estrategias de afrontamiento, estado psicológico de la persona (depresión, ansiedad y estrés), además de un cuestionario sociodemográfico. Previa participación en la misma, todas las personas dieron su consentimiento libre e informado, dónde se les exponía la información relacionada con los objetivos del estudio, así como lo relativo a la confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Concretamente, la encuesta constaba, en el siguiente orden, de: el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y los instrumentos FASM, EAT-26, DERS, CSI, DASS-21 y el TAS-20. Después del cuestionario sociodemográfico, se exponía una breve definición de las ANS y se preguntaba a las personas si alguna vez se había recurrido a ellas; solamente aquellas personas que contestaban SI tenían acceso al cuestionario FASM.

La encuesta fue administrada a través de una plataforma segura (*Qualtrics*) vía online y se invitó a participar en la misma a aquellas personas comprendidas entre los 14 y los 35 años. Para la captación de las personas participantes, la encuesta fue difundida a través de diferentes redes sociales. Así mismo, se solicitó a las personas participantes que difundieran la encuesta entre sus contactos, consiguiendo así un muestreo de “bola de nieve”. Además, con el objetivo de poder llegar a público más amplio, se contactó mediante correo electrónico con diferentes personas con influencia dentro de la red social de Instagram para solicitar su colaboración en la difusión de la encuesta. De esta forma, perfiles (relacionados con el mundo de la psicología) colgaron el enlace de la encuesta en sus respectivas redes. Por último, para poder aumentar la probabilidad de acceso a muestra clínica, se contactó por correo electrónico con asociaciones sin ánimo de lucro relacionadas con los TCA, las autolesiones, la nutrición y la regulación emocional. Algunas de ellas aceptaron colaborar difundiendo la encuesta entre sus asociados.

La encuesta estuvo activa durante 3 meses (diciembre 2022- febrero 2023). Como criterio de inclusión además de cumplir con los requisitos de edad, se estableció que tenían que completar todos los cuestionarios.

2.4. Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 21 para Windows (IBM SPSS Statistics, Chicago, IL, USA).

Para realizar los descriptivos de las variables sociodemográficas y de las ANS, se utilizó la prueba Chi cuadrado (χ^2) para estudiar si existían diferencias en las variables en función del género y las ANS.

Se aplicaron las pruebas U de Mann-Whitney (cuando las variables no cumplían con los criterios de normalidad) o *t* de Student (cuando la variable sí cumplía criterios de normalidad) para muestras independientes para analizar las diferencias entre las variables psicológicas en función del género.

Para analizar las diferencias en las variables psicológicas según género y ANS, se crearon cuatro grupos (mujeres con ANS, hombres con ANS, mujeres sin ANS y hombres sin ANS) y se compararon las puntuaciones entre grupos mediante la prueba Kruskal Wallis. Para llevar a cabo las pruebas post hoc se realizaron comparaciones por pares mediante la *t* de Student o la U de Mann-Whitney, en función de si la variable era normal o no. En este último caso, se realizó la corrección de Bonferroni para evitar el error tipo 1, por lo que el nivel de significación en dichas pruebas post hoc pasó a ser de 0,0083.

Para calcular correlaciones se empleó la correlación de Spearman. Para su interpretación se utilizaron los criterios propuestos por Cohen (1988), con lo que la correlación se consideró pequeña si se encontraba entre 0,10 y 0,29, mediana si se encontraba entre 0,30 y 0,49, y grande si se encontraba entre 0,50 y 1.

Tras aplicar las pruebas estadísticas mencionadas, se empleó la *g* de Hedges (Hedges & Olkin, 1985) para el cálculo de los tamaños del efecto en aquellos datos en los que se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se utilizaron los criterios señalados por Cohen (1988) para interpretar los tamaños del efecto. Se consideró el tamaño del efecto pequeño si el valor de la *g* de Hedges se encontraba en el intervalo entre 0,20 y 0,49, mediano de 0,50 a 0,79 y grande si superaba el valor de 0,80.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos para examinar el poder predictivo de ciertas variables sobre la presencia de ANS en función del género.

3. RESULTADOS

3.1.Descriptivos de las variables sociodemográficas

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, agrupados en función del género¹. No se han incluido en esta tabla las 6 personas que indicaron tener género no binario, debido al reducido tamaño de la muestra de dicho grupo.

Para la variable edad se llevó a cabo el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney, cuyo resultado resultó ser estadísticamente significativo ($U=7662,0$; $Z=-3,329$; $p<0,01$); señalando que las mujeres que participaron en el estudio fueron más jóvenes que los hombres.

Para el resto de variables se utilizó el estadístico Chi cuadrado (χ^2) y se halló una asociación estadísticamente significativa con el nivel de educación ($\chi^2=22,974$; $gl=8$; $p^a<0,01$), viéndose que las mujeres tenían un nivel educativo superior a los hombres; y el hecho de haber recibido algún diagnóstico a lo largo de la vida ($\chi^2=31,270$; $gl=10$; $p^a<0,01$), observándose que las mujeres habían sido diagnosticadas con mayor frecuencia que los hombres de trastornos de ansiedad y de TCA, mientras que los hombres habían sido diagnosticados con mayor frecuencia que las mujeres de depresión.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas de los/las participantes

	Hombres (N=86, 26,8%)	Mujeres (N=235, 73,2%)	Total (N=321, 100%)	U de Mann-Whitney	Z	p
Edad [M, (DT)]	25,80 (4,55)	24,01 (4,32)	24,49 (4,45)	7662,0	-3,329	0,001**
Rango de edad	16-34	16-35	16-35	χ^2		p^a
Educación [N, (%)]						0,003**
Elemental	2 (2,33%)	2 (0,85%)	4 (1,25%)			
Secundaria y FP	28 (32,56%)	73 (31,03%)	101 (31,46%)			
Superior	56 (65,12%)	160 (68,09%)	216 (67,29%)			
Situación laboral [N, (%)]						0,134
No trabajo, labores domesticas	6 (6,98%)	14 (5,96%)	20 (6,23%)			
Estudiante	41 (47,67%)	134 (57,02%)	175 (54,52%)			
Asalariado	46 (53,49%)	111 (47,23%)	157 (48,91%)			

¹ Se ha decidido emplear el término género y no sexo a lo largo del trabajo porque, en la encuesta, a los/las participantes se les pidió que indicaran su género, de manera que no es posible afirmar su sexo biológico.

Autónomo	12 (13,95%)	19 (8,09%)	31 (9,66%)	
Baja/incapacidad laboral	-	5 (2,13%)	5 (1,56%)	
En paro	10 (11,63%)	6 (2,55%)	16 (4,98%)	
Nivel socioeconómico [N, (%)]				0,131
Sin ingresos	18 (20,93%)	76 (32,34%)	94 (29,28%)	
<1MW	25 (29,07%)	78 (33,19%)	103 (32,09%)	
1MW-2MW	30 (34,88%)	56 (23,83%)	86 (26,79%)	
2 MW – 3MW	11 (12,79%)	23 (9,79%)	34 (10,59%)	
>3MW	2 (2,33%)	2 (0,85%)	4 (1,25%)	
Estado civil [N, (%)]				0,078
Soltero/a	48 (55,81%)	98 (41,7%)	146 (45,48%)	
En una relación	36 (41,86%)	131 (55,74%)	167 (52,02%)	
Casado/a / pareja de hecho	2 (2,33%)	6 (2,55%)	8 (2,49%)	
Nacionalidad [N, (%)]				0,405
España	78 (90,7%)	213 (90,64%)	291 (90,65%)	
Otros países de Europa	1 (1,16%)	7 (2,98%)	8 (2,49%)	
Latinoamérica	7 (8,14%)	15 (6,38%)	22 (6,85%)	
Lugar de residencia [N, (%)]				0,866
España	82 (95,35%)	221 (94,04%)	303 (94,39%)	
Otros países de Europa	-	8 (3,4%)	8 (2,49%)	
Latinoamérica	4 (4,65%)	6 (2,55%)	10 (3,12%)	
Diagnóstico [N, (%)]				0,001**
No	57 (66,28%)	149 (63,4%)	206 (64,17%)	
Trastornos de ansiedad	6 (6,98%)	46 (19,57%)	52 (16,2%)	
TCA	2 (2,33%)	17 (7,23%)	19 (5,92%)	
Depresión	14 (16,28%)	10 (4,26%)	28 (8,72%)	
Otros	7 (8,14%)	13 (5,53%)	20 (6,23%)	

Nota: M=Media; DT=Desviación Típica; MW=Salario mínimo del año 2023; a=Significatividad del estadístico χ^2 ; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.2.Descriptivos de las variables psicológicas agrupados por género y ANS

En la tabla 2 se exponen los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de las variables psicológicas agrupadas por género y ANS, y se realiza una comparación entre el total de personas con ANS y sin ANS. Igual que en el apartado anterior, no se incluyen a las seis personas de género no binario.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables relativas al estado psicológico general: Desregulación emocional ($U=5878,0$; $p=0,000$); Alexitimia ($U=8352,5$; $p=0,002$), Riesgo de TCA ($U=6006,5$; $p=0,000$); Ansiedad ($U=6044,5$; $p=0,000$), Depresión ($U=6630,0$; $p=0,000$) y Estrés ($t=7,164$; $p=0,000$), siendo las personas (hombres y mujeres) que se autolesionan las que obtienen puntuaciones superiores en todas las variables. En cuanto a las variables referidas a las estrategias de afrontamiento, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las siguientes estrategias: Autocrítica ($U=6764,0$; $p=0,000$), Pensamiento desiderativo ($U=7855,5$; $p=0,000$), Retirada social ($U=6984,0$; $p=0,000$) y Reestructuración cognitiva ($U=7742,5$; $p=0,000$), siendo las personas que se autolesionan las que más emplean las tres primeras y en menor medida la última. Respecto a las variables de ideación suicida, ambas fueron estadísticamente significativas: Pensamientos de muerte ($U=7538,0$; $p=0,000$) y Pensamientos de suicidarse ($U=8445,5$; $p=0,000$), siendo en ambos casos las personas que se autolesionan las que tienen más frecuentemente pensamientos de muerte y de suicidarse.

Se observaron tamaños del efecto grandes para las variables de Desregulación emocional ($g=0,90$), Riesgo de TCA ($g=0,84$), Ansiedad ($g=0,85$) y Estrés ($g=0,87$); medianos para las variables de Depresión ($g=0,76$), Pensamientos de muerte ($g=0,75$), Pensamientos de suicidarse ($g=0,57$), Autocrítica ($g=0,74$) y Retirada social ($g=0,66$); y pequeños para las variables de Alexitimia ($g=0,44$), Pensamiento desiderativo ($g=0,48$) y Reestructuración cognitiva ($g=0,49$).

Tabla 2.

Diferencias en las variables psicológicas según presencia o ausencia de ANS

	Rango	Muestra si ANS			Muestra no ANS			U de Mann-Whitney	Z	p	g de Hedges [IC 95%]
		Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Total (N=95)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)	Total (N=226)				
		M (DT)	M(DT)	M(DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)				
Variables psicológicas											
Desregulación emocional	28-140	72,95 (21,77)	81,18 (25,68)	79,1 (24,90)	56,98 (18,65)	61,04 (19,77)	59,93 (19,51)	5878,0	-6,449	0,000***	0,90 (0,65; 1,15)
Alexitimia	20-100	57,75 (14,12)	58,66 (12,04)	58,43 (12,53)	52,74 (11,58)	53,57 (11,0)	53,34 (11,14)	8352,5	-3,141	0,002**	0,44 (0,20; 0,68)
Riesgo de TCA	0-78	8,1 (6,86)	15,07 (14,02)	13,31 (12,92)	3,87 (4,64)	5,65 (8,88)	5,16 (7,97)	6006,5	-6,267	0,000***	0,84 (0,59; 1,09)
Ansiedad	0-42	14,75 (10,44)	21,04 (12,18)	19,45 (12,03)	8,22 (7,53)	11,39 (10,49)	10,52 (9,85)	6044,5	-6,198	0,000***	0,85 (0,60; 1,09)
Depresión	0-42	20,25 (14,14)	21,77 (13,87)	21,38 (13,88)	11,38 (10,31)	12,54 (11,38)	12,23 (11,08)	6630,0	-5,421	0,000***	0,76 (0,52; 1,01)
								t de Student	gl		
Estrés	0-42	21,91 (9,31)	24,28 (9,23)	23,68 (9,26)	12,90 (7,62)	16,74 (9,36)	15,69 (9,06)	7,164	319	0,000**	0,87 (0,62; 1,12)
								U de Mann-Whitney	Z		
Variables ideación suicida											
Pensamientos de muerte	0-3	n=14 1 (1,06)	n=32 0,9 (1,14)	n=46 0,93 (1,12)	n=18 0,42 (0,73)	n=32 0,27 (0,63)	n=50 0,31 (0,66)	7538,0	-5,222	0,000***	0,75 (0,51; 1,00)
Pensamientos de suicidarse	0-3	n=8 0,5 (0,85)	n=24 0,62 (1,03)	n=32 0,59 (0,95)	n=11 0,27 (0,65)	n=18 0,16 (0,54)	n=29 0,19 (0,57)	8445,5	-4,415	0,000***	0,57 (0,32; 0,81)

Variables estrategias de afrontamiento

Autocrítica	0-20	8,41 (6,71)	11,29 (6,61)	10,56 (6,72)	5,93 (5,17)	6,35 (5,56)	6,24 (5,45)	6764,0	-5,244	0,000***	0,74 (0,49; 0,98)
Expresión emocional	0-20	7,16 (4,66)	11,05 (5,03)	10,07 (5,20)	8,53 (4,47)	10,87 (4,76)	10,23 (4,79)	10604,5	-0,172	0,863	
Pensamiento desiderativo	0-20	13,29 (5,75)	15,53 (4,51)	14,96 (4,92)	10,58 (5,62)	13,15 (5,18)	12,44 (5,41)	7855,5	-3,806	0,000***	0,48 (0,23; 0,72)
Apoyo social	0-20	11,45 (5,4)	11,14 (6,12)	11,22 (5,92)	10,19 (5,79)	12,81 (5,48)	12,09 (5,67)	9794,0	-0,214	0,214	
Reestructuración cognitiva	0-20	7,04 (5,23)	7,09 (5,14)	7,08 (5,13)	9,62 (4,79)	9,33 (4,59)	9,41 (4,64)	7742,5	-3,950	0,000***	0,49 (0,24; 0,73)
Evitación de problemas	0-20	4,95 (3,22)	6,01 (4,38)	5,74 (4,13)	4,70 (3,55)	5,05 (3,56)	4,96 (3,55)	9641,5	-1,446	0,148	
Retirada social	0-20	8,70 (5,66)	8,92 (5,25)	8,87 (5,33)	5,88 (4,12)	5,78 (4,47)	5,80 (4,37)	6984,0	-4,958	0,000***	0,66 (0,41; 0,90)
Resolución de problemas	0-20	10,41 (5,80)	10,30 (5,88)	10,33 (5,83)	12,11 (5,22)	11,7 (4,96)	11,81 (5,02)	9340,5	-1,840	0,066	

Nota: M=Media; DT=Desviación Típica; IC=Intervalo de confianza; * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

3.3.Descriptivos de las ANS agrupados por género

Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2) con el objetivo de analizar si existían diferencias en cuanto al haber realizado ANS en algún momento de la vida entre mujeres y hombres. Igual que en el apartado anterior, no se incluyen a las seis personas de género no binario. En este caso no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p^a=0,689$).

A continuación, se realizó la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2) para analizar si existían diferencias significativas entre géneros al comparar las características de las ANS (ANS en el último año, tipos de ANS, consumo de alcohol/drogas durante las ANS, ideación suicida durante la ANS y tratamiento médico por la ANS) que se habían evaluado. Tan solo se encontró que existían diferencias significativas a la hora de autolesionarse mediante cortes o arañazos en la piel ($\chi^2=4,635$; $gl=1$; $p^a=0,031$), siendo las mujeres quienes más recurrían a dicho método (véase la tabla 3).

Tabla 3.
Descriptivos ANS según el género

	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Total (N=95)	p^a
ANS en el último año [N (%)]	22 (91,7%)	63 (88,7%)	85 (89,5%)	0,686
Cortarte o arañarte la piel	5 (20,83%)	32 (45,7%)	37 (39,4%)	0,031*
Golpearte a ti mismo a propósito	11 (45,8%)	29 (41,4%)	40 (42,6%)	0,706
Arrancarte el pelo	4 (16,7%)	9 (13,0%)	13 (14,0%)	0,659
Hacerte un tatuaje	8 (34,8%)	23 (33,3%)	31 (33,7%)	0,899
Hurgarte una herida	8 (33,3%)	26 (37,1%)	34 (36,2%)	0,737
Quemarte la piel (con un cigarrillo u otro objeto caliente)	-	4 (5,8%)	4 (4,3%)	0,228
Tipo de ANS [N (%)]				
Introducir objetos por debajo de las uñas o de la piel	-	6 (8,7%)	6 (6,5%)	0,135
Morderte a ti mismo (ej. la boca o el labio)	16 (66,7%)	41 (57,7%)	57 (60,0%)	0,441
Hurgarte en zonas del cuerpo hasta el punto de que sangren	3 (12,5%)	13 (18,6%)	16 (17,0%)	0,495
Rasparte la piel	3 (12,5%)	15 (21,4%)	18 (19,1%)	0,337
Frotarte tu piel hasta el punto de que sangre	1 (4,2%)	6 (8,6%)	7 (7,4%)	0,478
Otros	3 (13,0%)	9 (13,8%)	12 (13,6%)	0,923
Alcohol/drogas durante la ANS [N (%)]	2 (8,3%)	4 (5,6%)	6 (6,3%)	0,638
Ideación suicida durante la ANS [N (%)]	-	4 (5,6%)	4 (4,2%)	0,235
Tratamiento médico por la ANS [N (%)]	2 (9,1%)	6 (9,2%)	8 (9,2%)	0,984

Nota: se han calculado los porcentajes de cada variable por columnas; ^a=Significatividad del estadístico χ^2 ; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

En las tablas 4 y 5 se pueden observar las frecuencias con las que se han llevado a cabo los diferentes métodos de autolesiones (tabla 4 para las mujeres y tabla 5 para los hombres).

Tabla 4.*Descriptivos de frecuencia de los métodos de ANS (mujeres)*

Tipo [N (%)]:	Mujeres (N=71)			
	1 vez	2-5 veces	6-10 veces	>11 veces
Cortarte o arañarte la piel	3 (4,23%)	12 (16,9%)	10 (14,08%)	7 (9,86%)
Golpearte a ti mismo a propósito	1 (1,41%)	15 (21,13%)	8 (11,27%)	6 (8,45%)
Arrancarte el pelo	1 (1,41%)	4 (5,63%)	1 (1,41%)	2 (2,82%)
Hacerte un tatuaje	12 (16,9%)	9 (12,68%)	1 (1,41%)	-
Hurgarte una herida	1 (1,41%)	8 (11,27%)	2 (2,82%)	15 (21,13%)
Quemarte la piel	1 (1,41%)	2 (2,82%)	1 (1,41%)	1 (1,41%)
Introducir objetos por debajo de uñas o piel	-	1 (1,41%)	1 (1,41%)	3 (4,23%)
Morderte a ti mismo (ej., La boca o el labio)	-	9 (12,68%)	9 (12,68%)	22 (30,99%)
Hurgarte en zonas hasta que sangren	-	-	5 (7,04%)	7 (9,86%)
Rasparte la piel	1 (1,41%)	5 (7,04%)	2 (2,82%)	6 (8,45%)
Frotarte tu piel hasta que sangre	-	3 (4,23%)	1 (1,41%)	3 (4,23%)
Otros	2 (2,82%)	2 (2,82%)	1 (1,41%)	4 (5,63%)

Nota: se han calculado los porcentajes de cada variable respecto al total de cada género.

Tabla 5.*Descriptivos de frecuencia de los métodos de ANS (hombres)*

Tipo [N (%)]:	Hombres (N=24)			
	1 vez	2-5 veces	6-10 veces	>11 veces
Cortarte o arañarte la piel	3 (12,50%)	-	2 (8,33%)	-
Golpearte a ti mismo a propósito	3 (12,50%)	6 (25,00%)	2 (8,33%)	1 (4,14%)
Arrancarte el pelo	1 (4,14%)	-	1 (4,14%)	2 (8,33%)
Hacerte un tatuaje	5 (20,83%)	3 (12,50%)	-	-
Hurgarte una herida	-	5 (20,83%)	3 (12,50%)	1 (4,17%)
Quemarte la piel	-	1 (4,17%)	-	-
Introducir objetos por debajo de uñas o piel	-	2 (8,33%)	-	-
Morderte a ti mismo (ej., La boca o el labio)	-	5 (20,83%)	2 (8,33%)	8 (33,33%)
Hurgarte en zonas hasta que sangren	-	1 (4,14%)	3 (12,50%)	-
Rasparte la piel	-	2 (8,33%)	-	1 (4,17%)
Frotarte tu piel hasta que sangre	-	2 (8,33%)	-	-
Otros	1 (4,17%)	1 (4,17%)	-	1 (4,17%)

Nota: se han calculado los porcentajes de cada variable respecto al total de cada género.

En la tabla 6, se presentan los descriptivos de las características de las ANS. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables relativas a la función de las ANS: Función interpersonal ($U=593,5$; $p=0,026$) y Función Intrapersonal ($t=-2,219$; $p=0,029$), siendo las mujeres aquellas que más uso hacían de ambas funciones. En cuanto a los tamaños del efecto, estos fueron medianos: Función interpersonal ($g=0,527$) y Función intrapersonal ($g=0,525$).

Mencionar que, en la variable edad de inicio, la n total de los grupos se ha visto modificada por tres errores de respuesta (dos en dos mujeres y uno en un hombre), consistiendo en un total de 23 hombres y 69 mujeres.

Tabla 6.
Descriptivos características ANS

	Rango	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Total (N=95)	U de Mann- Whitney	Z	p	g de Hedges [IC 95%]
Dolor sentido [M (DT)]	1-4	2,83 (0,70)	2,80 (0,71)	2,81 (0,70)	846,0	-0,057	0,955	
Edad inicio [M (DT)]	7-34	n=23 13,86 (4,90)	n=69 14,94 (4,15)	14,67 (4,34)	645,0	-1,347	0,178	
Función ANS [M (DT)]								
Función interpersonal	0-51	3,04 (3,34)	5,97 (5,97)	5,23 (5,56)	593,5	-2,226	0,026*	0,527 (0,07; 1,00)
					<i>t de Student</i>	<i>gl</i>		
Función intrapersonal	0-15	5,62 (4,34)	7,78 (4,05)	7,24 (4,21)	-2,219	93	0,029*	0,525 (0,05; 0,99)

Nota: M=Media; DT=Desviación Típica; IC=Intervalo de confianza; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.4. Objetivo 1: malestar psicológico general entre aquellas personas que presentan ANS y las que no en función del género

Se procedió a comparar las puntuaciones medias de aquellas variables psicológicas relacionadas con el nivel de malestar psicológico (Ansiedad, Depresión y Estrés) entre los cuatro grupos: mujeres que en algún momento de su vida habían presentado ANS (N=71), hombres que en algún momento de su vida habían presentado ANS (N=24), mujeres que nunca habían realizado ANS (N=164) y hombres que nunca habían llevado a cabo ANS (N=62).

En la tabla 7 podemos ver la comparación de medias entre los cuatro grupos mediante la prueba Kruskal-Wallis. Podemos observar que existen diferencias significativas en las tres variables: Ansiedad ($p=0,000$), Depresión ($p=0,000$) y Estrés ($p=0,000$). Tras las pruebas post hoc, en cuanto a la variable Ansiedad se dan mayores niveles de ansiedad en los hombres que se autolesionan comparados con aquellos hombres que no y en las mujeres que se autolesionan comparadas con aquellos hombres que no se autolesionan y con aquellas mujeres que tampoco. En cuanto a la variable Depresión, se observan mayores niveles de depresión en aquellos hombres que se autolesionan comparados con aquellos hombres que no y en las mujeres que se autolesionan comparadas con los hombres que no y con las mujeres que no. Respecto a la variable Estrés, se observan niveles más elevados de estrés en aquellos hombres que se autolesionan comparados con aquellos hombres que no, en las mujeres que se autolesionan comparadas con los hombres que no se autolesionan y con las mujeres que no se autolesionan y en las mujeres que no se autolesionan comparadas con los hombres que no se autolesionan.

Tabla 7.*Diferencias en las variables de malestar psicológico general en función del género y la presencia o ausencia de ANS*

Variable	Si ANS		No ANS		Kruskall Wallis (<i>gI</i>) <i>p</i>	Pruebas post hoc significativas	g de Hedges [IC 95%]
	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)			
Ansiedad [M (DT)]	14,75 (10,44)	21,04 (12,18)	8,22 (7,53)	11,39 (10,49)	$\chi^2(3)=44,663$ $p=0,000^{***}$	H. ANS >H. no ANS ^a H. no ANS < M. ANS ^a M. no ANS < M. ANS ^a	0,77 (0,28; 1,25) 1,24 (0,87; 1,61) 0,87 (0,58; 1,16)
Depresión [M (DT)]	20,25 (14,14)	21,77 (13,87)	11,38 (10,31)	12,54 (11,38)	$\chi^2(3)= 29,906$ $p=0,000^{***}$	H. ANS >H. no ANS ^a H. no ANS < M. ANS ^a M. no ANS < M. ANS ^a	0,76 (0,28; 1,25) 0,84 (0,48; 1,19) 0,76 (0,47; 1,04)
Estrés [M (DT)]	21,91 (9,31)	24,28 (9,23)	12,90 (7,62)	15,69 (9,06)	$\chi^2(3)= 52,177$ $p=0,000^{***}$	H. ANS >H. no ANS ^a H. no ANS < M. ANS ^{b***} M. no ANS < M. ANS ^{b***} H. no ANS < M. no ANS ^{b**}	1,10 (0,60; 1,60) 1,33 (0,95; 1,70) 0,94 (0,65; 1,23) 0,32 (0,03; 0,61)

Nota: M= media; DT= desviación típica; H.= hombres, M.= mujeres, ^a= prueba U de Mann-Whitney ($p<0,0083$ (corrección de Bonferroni)); ^b= prueba *t* de Student; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.5. Objetivo 2: características de las ANS

Para poder conocer las diferentes características de las ANS, se dividió el grupo de participantes que presentaba ANS en función del género, obteniendo así un grupo formado por mujeres (N=71) y otro por hombres (N=24).

3.5.1. Método de ANS, frecuencia y género

Se quiso averiguar que método de autolesión era el más utilizado en función del género. Para ello, se procedió a explorar si existía alguna relación estadísticamente significativa entre ser hombre o mujer y el uso de algún método (véase la tabla 8). Solamente se encontró que existía una relación estadísticamente significativa respecto al método “cortarte o arañarte la piel” ($\chi^2=4,635$, $gI=1$, $p=0,031$), siendo las mujeres las que empleaban con mayor frecuencia dichos métodos.

Además, se quiso averiguar si existían diferencias entre la frecuencia de las ANS y el género. Se decidió calcular la media de la frecuencia de ambos géneros en cada tipo de autolesión y compararlos. Para dicha comparación de medias, se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney. De nuevo, se pudo observar una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al método autolesivo “Cortarte o arañarte la piel” ($U=610,000$; $Z=-2,365$; $p=0,018$), siendo las mujeres las que emplean con mayor frecuencia dicho método. En cuando al resto de métodos autolesivos, las comparaciones no fueron significativas.

Tabla 8.*Método de ANS y género*

Tipo de ANS [N (%)]	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	χ^2	gl	p
Cortarte o arañarte la piel	5 (20,8%)	32 (45,7%)	4,635	1	0,031*
Golpearte a ti mismo a propósito	11 (45,8%)	29 (41,4%)	0,142	1	0,706
Arrancarte el pelo	4 (16,7%)	9 (13,0%)	0,194	1	0,659
Hacerte un tatuaje	8 (34,8%)	23 (33,3%)	0,016	1	0,899
Hurgarte una herida	8 (33,3%)	26 (37,1%)	0,112	1	0,737
Quemarte la piel (con un cigarrillo u otro objeto caliente)	-	4 (5,8%)	1,454	1	0,228
Introducir objetos por debajo de las uñas o de la piel	-	6 (8,7%)	2,231	1	0,135
Morderte a ti mismo (ej. la boca o el labio)	16 (66,7%)	41 (57,7%)	0,595	1	0,441
Hurgarte en zonas del cuerpo hasta el punto de que sangren	3 (12,5%)	13 (18,6%)	0,466	1	0,495
Rasparte la piel	3 (12,5%)	15 (21,4%)	0,920	1	0,337
Frotarte tu piel hasta el punto de que sangre	1 (4,2%)	6 (8,6%)	0,503	1	0,478
Otros	3 (13,0%)	9 (13,8%)	0,009	1	0,923

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.5.2. Función de las ANS y género

Se quiso explorar que género reportaba un mayor uso de las diferentes funciones de las ANS (función interpersonal vs. intrapersonal). Se llevó a cabo una comparación de medias de las variables Función Interpersonal y Función Intrapersonal entre mujeres y hombres (véase la Tabla 9). Se observaron diferencias significativas en ambas variables: Función Interpersonal ($U=593,5$; $Z=-2,226$; $p=0,026$) y Función Intrapersonal ($t=-2,219$; $gl=93$; $p=0,029$), siendo en ambos casos las mujeres las que con mayor frecuencia utilizan las ANS como función interpersonal e intrapersonal. Los tamaños del efecto fueron medianos.

Tabla 9.*Comparación entre la función de las ANS y el género*

Función ANS	Rango	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	U de Mann-Whitney	Z	p	g de Hedges [IC 95%]
Interpersonal	0-51	3,04 (3,34)	5,97 (5,97)	593,5	-2,226	0,026*	0,53 (0,07; 1,00)
Intrapersonal	0-15	5,62 (4,34)	7,78 (4,05)	<i>t de Student</i> -2,219	<i>gl</i> 93	0,029*	0,52 (0,05; 0,99)

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.5.3. Función intrapersonal y dolor sentido

Se quiso indagar sobre la posible existencia de una correlación entre un uso elevado de las ANS con función intrapersonal y el dolor sentido durante las mismas. Se llevó a cabo la prueba no paramétrica *correlación de Spearman* tanto con el grupo de mujeres (N=71) que presentaban ANS como con el grupo de hombres que presentaban ANS (N=24). Las correlaciones halladas fueron mínimas, sin significación estadística tanto para el grupo de hombres ($r=0,033$; $p=0,877$) como para el grupo de mujeres ($r=0,028$; $p=0,818$).

3.5.4. Función interpersonal y problemas interpersonales

Se quiso saber si existía algún tipo de relación entre un mayor uso de la función interpersonal de las ANS y el hecho de haber tenido un mayor número de problemas interpersonales. Para ello, se llevó a cabo una correlación de Spearman entre la variable Función Interpersonal de las ANS y el número total de áreas interpersonales donde la persona reportaba haber tenido problemas a causa de autolesionarse (amigos, familia, centro escolar u otros). En la tabla 10 se puede observar que tanto para hombres como para mujeres se obtiene una correlación positiva y, aunque la misma no es una correlación fuerte, sí resulta ser estadísticamente significativa en el caso de las mujeres ($r=0,379$; $p=0,001$).

Tabla 10.

Correlación entre uso interpersonal de las ANS y problemas interpersonales

	Función interpersonal (0-51) [M (DT)]	Problemas interpersonales (0-4) [M (DT)]	r	p
Hombres (N=24)	3,04 (3,34)	0,17 (0,55)	0,299	0,156
Mujeres (N=71)	5,97 (5,97)	0,22 (0,64)	0,379	0,001**

Nota: M= media; DT= desviación típica; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.5.5. Edad de inicio y variedad de métodos de ANS

Con el objetivo de indagar si existía alguna relación entre la edad de inicio de las ANS y la variedad de métodos de autolesiones, se llevó a cabo la correlación de Spearman entre la variable Edad de Inicio y la cantidad de diferentes métodos de ANS usados por la persona. En la tabla 11 puede observarse que tanto para mujeres como para hombres la correlación obtenida es negativa, indicando que, a menor edad de inicio de ANS, aumenta la variedad de los métodos utilizados. Además, dichas correlaciones son medianas (hombres: $r=-0,458$; mujeres: $r=-0,324$) y estadísticamente significativas para ambos grupos (hombres: $p=0,028$; mujeres: $p=0,007$).

Tabla 11.*Correlación entre edad de inicio y variedad de métodos de ANS*

	Edad de inicio [M (DT)]	Variedad ANS (0-12) [M (DT)]	r	p
Hombres (N=24)	13,86 (4,90)	2,58 (1,76)	-0,458	0,028*
Mujeres (N=71)	14,94 (4,15)	3,00 (2,14)	-0,324	0,007**

Nota: M= media; DT= desviación típica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.5.6. Diagnóstico de salud mental y ANS

Con el fin de observar si existía relación entre haber recibido un diagnóstico de salud mental (DSM) en algún momento de la vida y haber realizado ANS, se llevó a cabo la prueba Chi cuadrado encontrándose que había una relación significativa entre ambas variables, tanto para hombres ($\chi^2 = 19,92$; $gl = 5$; $p = 0,001$) como para mujeres ($\chi^2 = 21,30$; $gl = 10$; $p = 0,019$). Parece pues que la presencia de un diagnóstico de salud mental guarda relación con la presencia de ANS (véase la tabla 12).

Tabla 12.*Relación entre recibir un diagnóstico salud mental y las ANS*

	Grupo si ANS [N (%)]		Grupo no ANS [N (%)]		χ^2	gl	p
	Si DSM	No DSM	Si DSM	No DSM			
Hombres (N=86)	14 (16,27%)	10 (11,62%)	15 (17,44%)	47 (54,65%)	19,92	5	0,001**
Mujeres (N=235)	40 (17,02%)	31 (13,19%)	46 (19,57%)	118 (50,21%)	21,30	10	0,019*

Nota: los porcentajes han sido calculados en base al total de hombres y mujeres; DSM= diagnóstico; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.6. Objetivo 3: ANS, desregulación emocional y alexitimia

Se llevó a cabo la comparación de medias de las variables Desregulación Emocional y Alexitimia, entre: hombres que se autolesionaban, hombres que no se autolesionaban, mujeres que se autolesionaban y mujeres que no se autolesionaban. De igual manera, se quiso averiguar si a mayor uso de ANS con función intrapersonal se encontraba una peor regulación emocional.

3.6.1. ANS y desregulación emocional

Se compararon las medias de la variable Desregulación Emocional entre los cuatro grupos; para ello se llevó a cabo la prueba no paramétrica Kruskal Wallis, cuyo resultado fue estadísticamente significativo ($p=0,000$) (véase la Tabla 13). A continuación, con el objetivo de saber entre qué grupos se daban las diferencias se realizaron las pruebas post hoc mediante el uso de la prueba U de Mann-Whitney. Tras las pruebas post hoc se pudo observar que la variable Desregulación Emocional es mayor en el grupo de hombres que se autolesionan comparado con el grupo de hombres que no se autolesionan, en el grupo de hombres que se autolesionan comparados con las mujeres que no se autolesionan y en el grupo de mujeres que se autolesionan comparadas con el grupo de hombres que no se autolesionan, y con el grupo de mujeres que no se autolesionan.

Tabla 13.

Diferencias en las variables desregulación emocional en función del género y la presencia o ausencia de ANS

Variable	Si ANS		No ANS		Kruskall Wallis (<i>gl</i>) <i>p</i>	Pruebas post hoc significativas	g de Hedges [IC 95%]
	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)			
DERS	72,95	81,18	56,98	61,04	$\chi^2(3)=43,91$ $p=0,000***$	H. ANS> H. no ANS ^a	0,81 (0,32; 1,29)
[M (DT)]	(21,95)	(25,68)	(18,65)	(19,77)		H. ANS> M. no ANS ^a	0,59 (0,16; 1,02)
						H. no ANS< M. ANS ^a	1,06 (0,70; 1,42)
						M. ANS> M. no ANS ^a	0,92 (0,63; 1,22)

Nota: M= media; DT= desviación típica; H.= hombres; M.= mujeres; ^a= $p<0,0083$ (corrección de Bonferroni); IC= intervalo de confianza; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.6.2. ANS y Alexitimia

Se compararon las medias de la variable Alexitimia entre los cuatro grupos y para ello se llevó a cabo la prueba no paramétrica Kruskal Wallis, cuyo resultado fue estadísticamente significativo ($p=0,014$) (véase la Tabla 14). A continuación, con el objetivo de saber entre qué grupos se daban diferencias, se realizaron las pruebas post hoc mediante la prueba U de Mann-Whitney, observándose que la variable Alexitimia es más elevada en el grupo de mujeres que se autolesionan comparadas con el grupo de mujeres que no se autolesionan y con el grupo de hombres que tampoco.

Tabla 14.

Diferencias en las variables alexitimia en función del género y la presencia o ausencia de ANS

Variable	Si ANS		No ANS		Kruskall Wallis (<i>gl</i>) <i>p</i>	Pruebas post hoc	g de Hedges [IC 95%]
	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)			
Alexitimia	57,75	58,66	52,74	53,57	$\chi^2(3)=10,67$ $p=0,014*$	M. ANS> M. no ANS ^a	0,45 (0,17; 0,73)
[M (DT)]	(14,12)	(12,04)	(11,58)	(11,00)		H. no ANS< M. ANS ^a	0,50 (0,15; 0,84)

Nota: M= media; DT= desviación típica, ^a= $p<0,0083$ (corrección de Bonferroni); IC= intervalo de confianza; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.6.3. Desregulación emocional y función intrapersonal

Para saber si existía relación entre la desregulación emocional y un mayor uso de las autolesiones con función intrapersonal, se llevó a cabo la correlación de Spearman. Como puede verse en la tabla 15, en el grupo de mujeres la correlación es significativa ($r=0,485$; $p=0,000$), siendo ésta positiva y mediana.

Tabla 15.

Correlación entre uso intrapersonal de las ANS y desregulación emocional

	Función intrapersonal (0-15) [M (DT)]	Desregulación emocional (28-140) [M (DT)]	r	p
Hombres (N=24)	5,62 (4,34)	61,44 (20,73)	0,382	0,065
Mujeres (N=71)	7,78 (4,05)	67,13 (23,57)	0,485	0,000***

Nota: M= media; DT= desviación típica; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.6.4. Alexitimia y función intrapersonal de las ANS

Para averiguar si existía relación entre la variable Alexitimia y un mayor uso de las autolesiones con función intrapersonal, se llevó a cabo una correlación de Spearman. Como puede verse en la tabla 16, la correlación de las mujeres resultó ser significativa, la cual además fue mediana y directa ($r=0,449$; $p=0,000$).

Tabla 16.

Correlación entre uso intrapersonal de las ANS y desregulación emocional

	Función intrapersonal (0-15) [M (DT)]	Alexitimia (20-100) [M (DT)]	r	p
Hombres (N=24)	5,62 (4,34)	57,75 (14,12)	0,035	0,871
Mujeres (N=71)	7,78 (4,05)	58,66 (12,04)	0,449	0,000***

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.7. Objetivo 4: ANS, presencia de ideación suicida y tratamiento médico

Se realizó una comparación de medias de aquellas variables relativas a la ideación suicida entre: las mujeres que habían realizado ANS, las mujeres que no habían realizado ANS, los hombres que realizaban ANS y los hombres que no habían realizado ANS. De igual forma se quiso

averiguar si el haber recibido tratamiento médico tras una autolesión correlacionaba con la presencia de ideación suicida.

3.7.1. ANS, pensamientos de muerte y pensamientos de suicidio

Se realizó una comparación de medias de las variables Pensamientos de Muerte y Pensamientos de Suicidarse entre los cuatro grupos. Como puede verse en la tabla 17, ambas variables resultaron significativas: Pensamientos de Muerte ($p=0,000$) y Pensamientos de Suicidarse ($p=0,000$).

Para identificar entre qué grupos se daban las diferencias, se llevaron a cabo pruebas post hoc mediante el uso de pruebas U de Mann Whitney, observándose que, respecto a pensamientos de muerte, estos son más frecuentes en los hombres que se autolesionan comparados con los hombres que no se autolesionan y con las mujeres que no se autolesionan, y en las mujeres que se autolesionan comparadas con aquellas mujeres que no se autolesionan. En cuanto a pensamientos de suicidio, se comprobó que estos son más frecuentes en los hombres que se autolesionan comparados con aquellas mujeres que no se autolesionan y en las mujeres que se autolesionan comparadas con aquellas mujeres que no se autolesionan.

Tabla 17.

Diferencias en las variables desregulación emocional en función del género y la presencia o ausencia de ANS

Variable	Si ANS		No ANS		Kruskall Wallis (<i>gl</i>) <i>p</i>	Pruebas post hoc	g de Hedges [IC 95%]
	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)			
Pensamientos de muerte (0-3) [M (DT)]	1,00 (1,06)	0,90 (1,14)	0,42 (0,73)	0,27 (0,63)	$\chi^2(3)=30,11$ $p=0,000^{***}$	H. ANS> H. no ANS ^a H. ANS> M. no ANS ^a M. ANS> M. no ANS ^a	0,69 (0,21; 1,17) 1,04 (0,60; 1,48) 0,77 (0,48; 1,06)
Pensamientos de suicidarse (0-3) [M (DT)]	0,50 (0,88)	0,62 (1,03)	0,27 (0,65)	0,16 (0,31)	$\chi^2(3)=20,90$ $p=0,000^{***}$	H. ANS> M. no ANS ^a M. ANS> M. no ANS ^a	0,80 (0,36; 1,23) 0,74 (0,45; 1,02)

Nota: M= media; DT= desviación típica; H.= hombres; M= mujeres; IC= intervalo de confianza; ^a= $p<0,0083$ (corrección de Bonferroni); * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.7.2. ANS, tratamiento médico e ideación suicida

Para saber si hay relación entre la presencia de pensamientos de suicidarse y el haber recibido tratamiento médico tras una autolesión, se llevó a cabo la prueba Chi cuadrado entre ambas variables. Como puede verse en la tabla 18, la relación resulta significativa tanto para hombres ($\chi^2=22,00$; $gl=2$; $p=0,000$) como para mujeres ($\chi^2=7,93$; $gl=3$; $p=0,047$), lo cual quiere decir que existe una relación entre el haber recibido tratamiento médico tras una ANS y la presencia de pensamientos de suicidio.

Tabla 18.

Relación entre haber recibido tratamiento médico por una ANS y la presencia de pensamientos de suicidarse en función del género

	Si tratamiento médico [N (%)]	No tratamiento médico [N (%)]	χ^2	gl	p
Hombres con pensamientos de suicidio (N=8)	2 (25%)	6 (75%)	22,00	2	0,000***
Mujeres con pensamientos de suicidio (N=23)	5 (21,73%)	18 (78,26%)	7,93	3	0,047*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.8.Objetivo 5: ANS y riesgo de TCA

Para este objetivo se llevó a cabo una comparación de medias de la variable Riesgo de TCA entre aquellas personas que habían realizado ANS y aquellas que no. También se quiso saber si existía una relación entre TCA, regulación emocional y las ANS.

3.8.1. ANS y riesgo de TCA

Con el objetivo de averiguar si la presencia de ANS tenía alguna relación con el tener un mayor riesgo de TCA, se procedió a realizar una comparación de medias de la variable Riesgo de TCA entre los siguientes grupos: hombres que se autolesionan, mujeres que se autolesionan, hombres que no se autolesionan y mujeres que no se autolesionan. Para ello, se llevó a cabo la prueba no paramétrica Kruskal Wallis cuyo resultado, como puede observarse en la tabla 19, es estadísticamente significativo ($p = 0,000$).

Para poder averiguar entre qué grupos se encontraban las diferencias se llevaron a cabo pruebas post hoc, mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. Como podemos ver, la puntuación del riesgo de TCA es más elevada en el grupo de hombres que se autolesionan comparados con aquellos hombres que no y en el grupo de mujeres que se autolesionan comparadas con los hombres que no se autolesionan y con el grupo de mujeres que no se autolesionaban.

Tabla 19

Diferencias en la variable Riesgo de TCA en función del género y las ANS

Variable	Si ANS		No ANS		Kruskall Wallis (gl) p	Pruebas post hoc	g de Hedges [IC 95%]
	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)			
Riesgo TCA [M (DT)]	8,12 (6,86)	15,07 (14,02)	3,87 (4,64)	5,65 (8,88)	$\chi^2(3)=41,98$ $p=0,000***$	H. ANS > H. no ANS ^a M. ANS > H. no ANS ^a M. ANS > M. no ANS ^a	0,79 (0,30; 1,27) 1,04 (0,68; 1,40) 0,88 (0,59; 1,17)

Nota: M= media; DT= desviación típica; ^a $p < 0,0083$ (corrección de Bonferroni); IC= intervalo de confianza; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.8.2. Función intrapersonal y riesgo de TCA

Con el propósito de investigar si existía una relación entre la función intrapersonal de las autolesiones y el hecho de tener un mayor riesgo de TCA, se llevó a cabo una correlación de Spearman. Como se puede ver en la tabla 20 dicha correlación es significativa para el grupo de mujeres. Dicha correlación es, además, mediana y directa ($r= 0,340$; $p=0,001$), lo cual quiere decir que aquellas mujeres que presenten un mayor uso intrapersonal de las ANS también presentarían un mayor riesgo de TCA.

Tabla 20.

Correlación entre uso intrapersonal de las ANS y riesgo de TCA

	Función intrapersonal (0-15) [M (DT)]	Riesgo de TCA (0-78) [M (DT)]	r	p
Hombres (N=24)	5,62 (4,34)	5,05 (5,64)	0,340	0,104
Mujeres (N=71)	7,78 (4,05)	8,50 (11,51)	0,398	0,001**

Nota: M= media; DT= desviación típica; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

3.8.3. ANS, riesgo de TCA y desregulación emocional

Se quiso indagar sobre si aquellas personas que compartían tanto el uso de ANS como un riesgo de TCA, además, también compartían una peor regulación emocional. Para ello, aquellas personas cuya puntuación en el EAT-26 era superior o igual a 19, se identificaron como aquellas en riesgo de padecer un TCA y se creó un grupo con las mismas (N=39). No se hizo una división entre hombres y mujeres, ya que el grupo de hombres era muy reducido (N=2). A continuación, se procedió a realizar una comparación de medias de la variable Desregulación Emocional entre aquellas personas con riesgo de TCA que se autolesionaban, con aquellas personas en riesgo de TCA que no se autolesionaban. Para ello, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Dicha comparación no fue significativa (U=93,00; Z=-1,906; $p=0,057$).

3.9. Objetivo 6: estrategias de afrontamiento, ANS y riesgo de TCA

3.9.1. ANS y estrategias de afrontamiento

Para poder obtener información sobre qué estrategias de afrontamiento eran más utilizadas por aquellas personas que cometían ANS, se procedió a realizar una comparación de las medias de las estrategias de afrontamiento entre los siguientes grupos: hombres que se autolesionan, hombres que no se autolesionan, mujeres que se autolesionan y mujeres que no se autolesionan. Para ello se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal Wallis, con la cual se vio que había diferencias estadísticamente significativas en las variables: Autocrítica ($p=0,000$), Expresión Emocional ($p=0,000$), Pensamiento Desiderativo ($p=0,000$), Apoyo Social ($p=0,013$), Reestructuración Cognitiva ($p=0,001$), y Retirada Social ($p=0,000$) (véase la tabla 21).

A continuación, para poder saber entre qué grupos existían las diferencias, se procedió a llevar a cabo pruebas post hoc mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. Al observar las comparaciones post hoc se puede concluir que: en cuanto a la estrategia *autocrítica* esta la utilizan más las mujeres que se autolesionan comparadas con los hombres que no se autolesionan y con las mujeres que no se autolesionan; respecto a la estrategia *expresión emocional* esta la utilizan más todos los grupos de mujeres comparadas con todos los grupos de hombres; respecto a la estrategia *pensamiento desiderativo* esta la emplean en mayor medida las mujeres que se autolesionan comparadas con los hombres que no y con las mujeres que no se autolesionan, y en las mujeres que no se autolesionan comparadas con los hombres que tampoco; en cuanto a la estrategia *apoyo social* esta es más empleada por las mujeres que no se autolesionan comparadas con los hombres que no se autolesionan; respecto a la estrategia *reestructuración cognitiva* esta se utiliza más por el grupo de hombres que no se autolesiona comparados con el grupo de mujeres que se autolesionan, y por el grupo de mujeres que no se autolesionan comparadas con el grupo de mujeres que se autolesionan; por último, en cuanto a la estrategia *retirada social* esta es más empleada por las mujeres que se autolesionan en comparación con los hombres y mujeres que no se autolesionan.

Tabla 21.

Diferencias en las variables de estrategias de afrontamiento en función del género y ANS

Variable [M (DT)]	Si ANS		No ANS		Kruskall Wallis (gl) p	Pruebas post hoc	g de Hedges [IC 95%]
	Hombres (N=24)	Mujeres (N=71)	Hombres (N=62)	Mujeres (N=164)			
Autocrítica	8,41 (6,71)	11,29 (6,61)	5,93 (5,17)	6,35 (5,56)	$\chi^2(3)=30,60$ p=0,000***	H. no ANS<M. ANS ^a M. ANS>M. no ANS ^a	0,89 (0,53; 1,25) 0,84 (0,55; 1,12)
Expresión emocional	7,16 (4,65)	11,05 (5,03)	8,53 (4,47)	10,87 (4,76)	$\chi^2(3)=21,05$ p=0,000***	H. ANS< M. ANS ^a H. ANS< M. no ANS ^a H. no ANS<M. ANS ^a H. no ANS<M.no ANS ^a	0,78 (0,31; 1,26) 0,78 (0,34; 1,21) 0,52 (0,18; 0,87) 0,50 (0,20; 0,79)
Pensamiento desiderativo	13,29 (5,75)	15,53 (4,51)	10,58 (5,62)	13,15 (5,18)	$\chi^2(3)=25,80$ p=0,000***	H. no ANS<M. ANS ^a M. ANS>M. no ANS ^a H.no ANS<M. no ANS ^a	0,97 (0,61; 1,33) 0,48 (0,19; 0,76) 0,48 (0,19; 0,78)
Apoyo social	11,45 (5,40)	11,14 (6,12)	10,19 (5,79)	12,81 (5,48)	$\chi^2(3)=10,75$ p=0,013*	H. no ANS<M.no ANS ^a	0,47 (0,17; 0,76)
Reestructu- ración cognitiva	7,04 (5,23)	7,09 (5,14)	9,62 (4,79)	9,33 (4,59)	$\chi^2(3)=15,85$ p=0,001**	H. no ANS>M. ANS ^a M. ANS<M. no ANS ^a	0,51 (0,16; 0,85) 0,47 (0,19; 0,75)
Evitación de problemas	4,95 (3,22)	6,01 (4,38)	4,70 (3,55)	5,05 (3,56)	$\chi^2(3)=3,14$ p=0,370		
Retirada social	8,70 (5,66)	8,92 (5,25)	5,88 (4,12)	5,78 (4,47)	$\chi^2(3)=24,9$ p=0,000***	H. no ANS<M. ANS ^a M. ANS>M. no ANS ^a	0,64 (0,29; 0,98) 0,66 (0,38; 0,95)
Resolución de problemas	10,41 (5,80)	10,30 (5,88)	12,11 (5,22)	11,70 (4,96)	$\chi^2(3)=3,77$ p=0,287		

Nota: M= media; DT= desviación típica; ^a= p<0,0083 (corrección de Bonferroni); IC= intervalo de confianza; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

3.9.2. ANS, riesgo de TCA y estrategias de afrontamiento

Se quiso indagar sobre si aquellas personas que compartían tanto el uso de ANS como un riesgo de TCA, además, compartían el uso de alguna estrategia de afrontamiento. Para ello, aquellas personas cuya puntuación en el EAT-26 era superior o igual a 19, se identificaron como aquellas en riesgo de padecer un TCA y se creó un grupo con las mismas (N=39). No se hizo una división entre hombres y mujeres, ya que el grupo de hombres era muy reducido (N=2). A continuación, se procedió a realizar una comparación de medias de las diferentes estrategias de afrontamiento, entre aquellas personas con un riesgo de TCA que se autolesionaban, con aquellas personas en riesgo de TCA que no se autolesionaban. Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Dicha comparación no fue significativa para ninguna variable: Autocrítica (U=153,00; Z=-0,031; $p=0,975$), Expresión Emocional (U=99,00; Z=-1,720; $p=0,085$), Pensamiento Desiderativo (U=100,50; Z=-1,699; $p=0,089$), Apoyo Social (U=148,50; Z=-0,172; $p=0,863$); Reestructuración Cognitiva (U=140,50; Z=-0,423; $p=0,590$), Evitación de Problemas (U=136,00; Z=0,572; $p=0,590$), Retirada Social (U=126,50; Z=-0,861; $p=0,396$) y Resolución de Problemas (U=141,50; Z=-0,391; $p=0,701$), lo cual quiere decir que no hay ninguna estrategia de afrontamiento que sea usada en mayor medida por ninguno de los dos grupos.

3.10. Objetivo 7: poder predictivo de diversas variables psicológicas, el diagnóstico de salud mental, los pensamientos de muerte y de suicidio y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento sobre las ANS

Se realizó una regresión logística binaria por pasos para evaluar en qué medida se pueden predecir las ANS a través de diversas variables en función del género. Se consideró como variable dependiente la presencia de ANS y como independientes aquellas que en los análisis previos habían resultado significativas: malestar psicológico general (depresión, ansiedad y estrés), diagnóstico de salud mental, desregulación emocional, alexitimia, pensamientos de muerte y suicidio, riesgo de TCA y las estrategias de expresión emocional, autocrítica, pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva y retirada social.

De los predictores introducidos, para el grupo de mujeres el modelo seleccionó como aquellos relevantes: la desregulación emocional, riesgo de TCA, ansiedad y alexitimia, arrojando cuatro pasos y obteniéndose un valor R^2 de 0,202 para el primer modelo, 0,254 para el segundo, 0,285 para el tercero y 0,322 para el cuarto. Es decir, la desregulación emocional parece explicar el 20,2% de la varianza de las ANS, cuando al modelo se le añade la variable Riesgo de TCA esto explica el 28,5% de la varianza, si se le añade la variable Ansiedad este pasaría a explicar el 28,5%, y finalmente si se le añade la variable alexitimia quedaría explicada el 32,2% de la varianza.

En el modelo final se vio que las cuatro variables contribuían de forma significativa a la predicción de las ANS: a mayor desregulación emocional, mayor riesgo de TCA y mayor ansiedad predecían una mayor probabilidad de presentar ANS en las mujeres; y una menor alexitimia predecía una mayor probabilidad de ANS (véase la tabla 22).

Tabla 22.*Análisis de regresión logística para predecir las ANS (mujeres)*

	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>B</i>
Desregulación emocional	0,038***	0,028***	0,015	0,030**
Riesgo de TCA		0,047**	0,046**	0,054**
Ansiedad			0,042*	0,056**
Alexitimia				-0,057**
R² de Nagelkerke	0,202	0,254	0,285	0,322

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Para el grupo de hombres el modelo seleccionó como predictores relevantes: el estrés y la variable Diagnóstico, arrojando dos pasos, obteniéndose un valor R^2 de 0,272 para el primer modelo y de 0,361 para el segundo. Es decir, el estrés parece explicar el 27,2% de la varianza de las ANS y cuando al modelo se le añade la variable Diagnóstico este explica el 36,1% de la varianza.

En el modelo final se vio que las dos variables contribuyeron de forma significativa a la predicción de las ANS: a mayor estrés mayor probabilidad de ANS en los hombres, y a su vez el haber recibido un diagnóstico de salud mental también aumentaría la probabilidad de realizar ANS (véase la Tabla 23).

Tabla 23.*Análisis de regresión logística para predecir las ANS (hombres)*

	Paso 1	Paso 2
	<i>B</i>	<i>B</i>
Estrés	0,124***	0,123***
Diagnóstico		1,465*
R² de Nagelkerke	0,272	0,361

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

4. DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio se ha centrado en indagar en las características de las ANS y su relación con la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y el riesgo de TCA teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Los primeros objetivos consistían en averiguar si había diferencias en el malestar psicológico general entre aquellas personas que realizan ANS y aquellas que no. Los resultados indican que tanto mujeres como hombres que realizaban ANS tenían mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés que aquellas que no realizaban ANS, lo cual concuerda con estudios recientes como el de Wilkinson y su equipo (2022) donde vieron que las ANS se relacionaban con un peor estado psicológico general. En cuanto al género, aunque sin significación estadística, se pudo observar que las mujeres presentaban peor estado psicológico general que los hombres. Esta tendencia es importante de mencionar ya que coincidiría con investigaciones en materia de género donde se expone que los roles de género femeninos se relacionan con mayores niveles de estrés y depresión (Montesó-Curto, 2014).

En cuanto a las características de las ANS, se encontró que las ANS estaban igual de presentes en ambos géneros, lo cual es congruente con investigaciones previas (Wilkinson et al., 2022). En cuanto al método autolesivo se observó que todos eran usados por igual en ambos géneros con excepción del método “cortarte o arañarte la piel”, el cual reportó un mayor uso por parte de las mujeres, lo cual concuerda parcialmente con estudios previos. La literatura existente señala un mayor uso por parte de las mujeres de métodos como cortarse o arañarse (Bresin & Schoenleber, 2015), pero también un mayor uso de golpearse, golpear objetos o quemarse por parte los hombres (Halverson et al., 2022; Radanović et al., 2022), resultado que no se ha encontrado en el presente estudio. Además, la prevalencia de ANS encontrada fue del 29,6%, dato semejante a los hallados por Halverson et al. (2022) o por Lang y Yao (2018).

En cuanto a la función de las ANS, se encontró que las mujeres reportaban un mayor uso tanto de la función interpersonal como de la intrapersonal. También, se encontró una relación entre el uso interpersonal de las ANS y mayor número de problemas interpersonales en el grupo de mujeres. Dichos resultados podrían relacionarse con que se ha visto que los roles de género femeninos predisponen a las mujeres a experimentar una mayor intensidad emocional (Yuan et al., 2021), así como a buscar ayuda o apoyo social en mayor proporción que a las personas que se identifican con los roles de género masculinos (Komlenac et al., 2022; Voguel et al., 2011). Este objetivo estaría dentro de las funciones interpersonales de las ANS y podría explicar el por qué son las mujeres quienes han reportado una relación entre el uso interpersonal de las ANS y problemas interpersonales.

Se observó que no había una relación entre un uso intrapersonal de las ANS y el dolor sentido, lo cual, aunque con cautela, podría interpretarse como en algunos estudios que señalan que hay otros factores (como el ver sangre tras una ANS) más allá del dolor, que participarían en el efecto regulatorio de las ANS (Stacy et al., 2022). Además, en dicha relación podría estar jugando un papel importante el hecho de que, a mayor presencia de ANS, se produce una habituación al dolor (Willoughby et al., 2015).

Se vio que, a menor edad de inicio de las ANS, se encontraba una mayor variedad en los métodos autolesivos usados en ambos géneros, lo cual concuerda con estudios previos (Ammerman et al., 2018). Por último, se observó, al igual que en otros estudios (Balazs et al.,

2018; Buelens et al., 2020; Perez et al., 2018), que en ambos géneros había una relación entre el hecho de haber recibido un diagnóstico de salud mental en algún momento de la vida y el presentar ANS.

Al explorar las emociones en las ANS se halló que las personas con ANS presentaban una mayor desregulación emocional que aquellas que no reportaban ANS; concretamente, en el caso de las mujeres, se observó una correlación positiva entre la desregulación emocional y un uso de las ANS con función intrapersonal. En cuanto a la alexitimia, se encontró que aquellas personas que presentaban ANS presentaban mayores niveles de la misma. Dicho resultado estaría en consonancia con lo hallado recientemente por Dong y su equipo (2023). En su conjunto, estos resultados respaldarían la hipótesis de que las ANS podrían ser utilizadas como forma de regulación emocional (Brausch y Muehlenkamp, 2018; Klonsky et al. 2015), especialmente en las mujeres.

Al explorar la relación entre ANS e ideación suicida, se encontró que los grupos que realizaban ANS tenían mayor presencia de pensamientos de muerte y pensamientos de suicidarse comparados con los grupos sin ANS. Dichos resultados concuerdan con lo encontrado por Brausch et al. (2022) y Jacobson et al. (2023).

Se encontró relación entre el haber recibido tratamiento médico tras una autolesión, con una mayor presencia de ideación suicida. Este resultado debería interpretarse con cautela; haber recibido tratamiento médico tras una ANS podría deberse a la severidad de la misma pudiéndose relacionar con lo propuesto por algunos estudios respecto a que las ANS predisponen a una mayor ideación suicida, debido en parte a que reducen la sensibilidad al dolor, la cual, suele funcionar como factor protector contra el suicidio (Kim et al., 2022; Willoughby et al., 2015). En conclusión, podríamos decir que, a mayor gravedad de la ANS, es posible que exista una mayor tolerancia al dolor y, en consecuencia, más probable es la ideación suicida.

Se exploraron las ANS en relación al riesgo de TCA. Se encontró que los grupos que se autolesionaban presentaban un riesgo más elevado de tener un trastorno de la conducta alimentaria que aquellos grupos que no, lo cual respalda la hipótesis de que ambos comportamientos puedan tener funciones compartidas (Muehlenkamp et al., 2019). Estos resultados van en la línea de que las ANS y los TCA presentan una elevada comorbilidad tal y como indican las prevalencias descritas por Cella et al. (2022) y Cucchi et al. (2016). Teniendo en cuenta la variable género, aunque los resultados no sean estadísticamente significativos, se encontró que los grupos de mujeres en ambas condiciones (ANS y no ANS) presentaban un riesgo más elevado de TCA que los hombres, dato que concuerda con investigaciones previas (Galmiche et al., 2019). Además, se observó una correlación positiva entre el riesgo de TCA y un mayor uso de las ANS con función intrapersonal para el grupo de mujeres.

Por otro lado, se encontró que no había diferencias significativas en la desregulación emocional entre aquellas personas con riesgo de TCA y ANS, y aquellas con riesgo de TCA y sin ANS. Dichos resultados concuerdan parcialmente con lo encontrado por Muehlenkamp et al. (2019) ya que, aunque no sean significativos, sí que se pudo observar una diferencia de medias pudiéndose ver que las personas en riesgo de TCA con ANS presentaban una tendencia a una peor regulación emocional que aquellas que no.

Al analizar qué estrategias de afrontamiento tenían relación con las ANS se encontró que, las personas con ANS tenían tendencia a hacer un mayor uso de la autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social, así como un menor uso de la reestructuración cognitiva. Una

mayor tendencia a la retirada social y un menor uso de la reestructuración cognitiva, son hallazgos que investigaciones previas ya habían asociado a las ANS (Lan et al., 2022; Thomassin et al., 2017; Yuan et al., 2023). En cuanto a un mayor uso de la autocrítica y el pensamiento desiderativo, dichos resultados tendrían sentido si se consideran dichas estrategias de afrontamiento como opuestas a la reestructuración cognitiva.

Teniendo en cuenta la variable género, se vio que la expresión emocional y el pensamiento desiderativo eran usados en mayor medida por las mujeres que por los hombres en ambas condiciones (ANS y no ANS); este dato concuerda con el hallado por González y Sandoval (2015). Además, respecto al uso de la expresión emocional, el resultado podría interpretarse como el estudio de Yuan, et al. (2021) que señala que los roles de género ejercen influencia a la hora de experimentar una mayor intensidad emocional por parte de las mujeres. Esto explicaría que ellas recurriesen más a dicha estrategia, dando sentido al resto de resultados del presente estudio que muestran que el género femenino es el que ha reportado mayores niveles de desregulación emocional.

También se encontró que la estrategia apoyo social era en menor medida utilizada por el grupo de hombres sin ANS, dato que coincide con el hallazgo de Tamres et al. (2002), pero opuesto al encontrado por González y Sandoval (2015).

Además, se observó que aquellas personas en riesgo de TCA y ANS no presentaban un uso significativo de determinadas estrategias de afrontamiento en comparación con las personas en riesgo de TCA sin ANS. No obstante, aunque no llegue a ser significativo, se encontró una diferencia de medias destacable en las estrategias de expresión emocional y pensamiento desiderativo, observándose que están más presentes en las personas con TCA y ANS. De nuevo, estos resultados habrían de interpretarse con cautela; no obstante, apoyarían el supuesto de que las ANS y los TCA podrían compartir funciones en cuanto a la regulación emocional.

Por último, al averiguar el poder predictivo de ciertas variables sobre las ANS se halló que una mayor desregulación emocional, un mayor riesgo de TCA, una mayor ansiedad y una menor alexitimia predecían parte de la varianza de las ANS en mujeres. Para los hombres, se encontró que un mayor nivel de estrés y haber recibido un diagnóstico de salud mental predecían parte de la varianza de las ANS.

Estos hallazgos concuerdan parcialmente con varias investigaciones. Algunos estudios han indicado que una peor regulación emocional predice las ANS (Tatnell et al., 2017); otros, señalan los TCA y la ansiedad como predictores (Steine, et al., 2020), estando ambos resultados en la línea del presente estudio. No obstante, en cuanto a alexitimia lo que se ha constatado en otros estudios es que un mayor nivel de la misma predecía las ANS (Lüdtke et al., 2016), resultado contrario a lo hallado en el presente trabajo. Esta disparidad de resultados hace pensar que la alexitimia y las ANS son un campo que quizás requeriría de más estudio.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que pueden haber sesgado los resultados, por lo que deberían ser consideradas y subsanadas en futuras investigaciones.

Por un lado, la proporción de participantes hombres fue más baja que la de las mujeres y, concretamente, el grupo de hombres que se autolesionaban fue muy pequeño. Además, una gran cantidad de personas abandonó la encuesta antes de haber contestado a todas las preguntas, por lo que sería interesante de analizar si las personas que abandonaron presentaban características particulares. Por último, aunque se intentó obtener muestra con TCA, las personas con dicha

condición fueron pocas. En futuras investigaciones sería pertinente incluir más personas con TCA de ambos géneros.

Por otro lado, el instrumento utilizado para evaluar las ANS se administraba si la persona había realizado ANS en algún momento de la vida; a nuestro juicio, hubiera resultado más pertinente administrarlo solo si la persona había realizado ANS en el último año o en los últimos 6 meses. Además, dicho instrumento no incluía algunos métodos autolesivos como el golpear objetos, el cual se da más en hombres (Halverson et al., 2022), e incluía el tatuarse como una autolesión, comportamiento que actualmente está socialmente aceptado, siendo posible haya personas que lo han señalado como autolesión sin realmente ser tal cosa. Además, este instrumento recogía información en retrospectiva por lo que podría haber un sesgo de la memoria de las personas que han participado. Todo esto puede haber afectado a los resultados relativos a las ANS y en el futuro sería pertinente utilizar otro instrumento de medida más preciso.

Es muy importante tener en cuenta que se trata de un estudio correlacional, de manera que no se puede afirmar causalidad en los resultados.

Hasta donde sabemos, este estudio parece ser la primera investigación sobre ANS y riesgo de TCA en relación a la desregulación emocional y las estrategias de afrontamiento con perspectiva de género.

5. CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las conclusiones que pueden extraerse del estudio realizado:

1. Quienes han realizado ANS, presentan peor funcionamiento psicológico que aquellas personas que no. Las mujeres tienen cierta tendencia a tener un peor estado psicológico que los hombres.
2. Las mujeres recurren más al método autolesivo de cortarse o arañarse la piel que los hombres y además presentan un mayor uso de las funciones interpersonal e intrapersonal de las ANS.
3. Un inicio más temprano de las ANS se relaciona con una mayor variedad de métodos autolesivos. Además, haber recibido un diagnóstico de salud mental se relaciona con mayor presencia de ANS.
4. Quienes presentan ANS tienen peor capacidad de regulación emocional que las personas que no, así como mayores niveles de alexitimia. Las mujeres presentan niveles más elevados de desregulación emocional. Además, en ellas, las ANS parecen cumplir una función de regulación emocional.
5. Quienes presentan ANS tienen mayor presencia de ideación suicida. Es más probable que presenten ideación suicida quienes por la gravedad de sus ANS han recibido tratamiento médico.
6. Quienes presentan ANS tienen un mayor riesgo de TCA, siendo este más elevado para el grupo de mujeres. Las mujeres que utilizan las ANS como modo de regulación emocional es más probable que presenten riesgo de TCA.
7. Quienes presentan ANS hacen un mayor uso de estrategias de afrontamiento como la autocrítica, la expresión emocional, el pensamiento desiderativo, la retirada social y un menor uso de la reestructuración cognitiva. Las mujeres hacen un mayor uso de la estrategia expresión emocional, independientemente de las ANS.
8. La desregulación emocional, el riesgo de TCA, la ansiedad y la alexitimia actúan como variables predictoras de las ANS en mujeres. El estrés y el haber recibido un diagnóstico de salud mental actúan como variables predictoras de las ANS en los hombres.
9. A raíz de estos resultados y teniendo en cuenta que parece que el uso de las ANS va en aumento, parece necesario educar en diferentes formas de regular las emociones y de relacionarse con los demás sin necesidad de recurrir a las ANS. De la misma forma, sería pertinente educar en una visión crítica sobre el género y como este juega un papel en nuestras vidas. En el contexto de este estudio cobra importancia la necesidad de comprender cómo los roles de género podrían ejercer ciertas presiones hacia las personas que se identifican como mujeres (desde estéticas, hasta cómo se las socializa para ser más emocionales) y como esto puede predisponer a una peor calidad de vida.

6. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante la realización de esta investigación, llevé a cabo las tareas que se exponen a continuación, bajo la supervisión de mi tutora.

Inicialmente, una vez elegida la temática de estudio y habiendo consultado bibliografía, procedí a diseñar la investigación mediante la construcción del cuestionario sociodemográfico y eligiendo el resto de instrumentos de evaluación. Además, redacté el consentimiento informado e incorporé estos documentos a la plataforma *Qualtrics*. Paralelamente, se realizaron los trámites necesarios para obtener la aprobación por parte del Comité de Bioética de la Universitat de Barcelona (CBUB).

Una vez obtenida la aprobación del CBUB, inicié la difusión de la encuesta la cual duró tres meses. Difundí el estudio mediante redes sociales y asociaciones. Paralelamente, realicé la búsqueda de bibliografía sobre el tema, pudiendo así realizar la fundamentación teórica del estudio.

Tras finalizar la captación de la muestra, analicé los datos mediante el programa SPSS: depuré la base de datos, calculé las puntuaciones de los cuestionarios utilizados y llevé a cabo los análisis estadísticos pertinentes.

Finalmente, extraje los resultados y los contrasté con el marco teórico establecido, generando una discusión y conclusiones.

Durante este proceso he adquirido conocimientos tanto teóricos como prácticos: cómo funciona y se organiza una investigación, cuáles son los requisitos para que una investigación sea aprobada por un Comité de Bioética, cómo diseñar una encuesta online, cómo hacer la búsqueda de participantes, cómo trabajar con datos reales, cómo aplicar la perspectiva de género en la investigación, etc. Además, me ha permitido adentrarme en el campo de las ANS, pudiendo comprobar que es un campo de investigación muy relevante y necesario.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüera, Z., Paslakis, G., Munguía, L., Sánchez, I., Granero, R., Sánchez-González, J., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2019). Gender-related patterns of emotion regulation among patients with eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 161–. <https://doi.org/10.3390/jcm8020161>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ammerman, B.A., Jacobucci, R., Kleiman, E.M., Uyeji, L.L., & 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>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 679-683.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bailly, N., Pothier, K., Ouhmad, N., Deperrois, R., Cojean, S., & Combalbert, N. (2022). Effects of gender and age on cognitive emotional regulation. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03557-2>
- Balazs, J., Gyori, D., Horvath, L. O., Mnszaros, G., & Szentivanyi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*, 18(1), 34–34. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1620-3>
- Brausch, A.M., Muehlenkamp, J. J., Fergerson, A. K., Laves, E. H., Whitfield, M. B., & Clapham, R. B. (2022). Examining nonsuicidal self-injury features as motivational moderators in the relationship between hopelessness and suicide ideation. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1108–1121. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1853638>
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2018). Perceived effectiveness of NSSI in achieving functions on severity and suicide risk. *Psychiatry Research*, 265, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.038>
- Bresin, K., & 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>

- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwich, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. (2018). Cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 48(2), 337–346. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001751>
- Buelens, T., Costantini, G., Luyckx, K., & Claes, L. (2020). Comorbidity between non-suicidal self-injury disorder and borderline personality disorder in adolescents: a graphical network approach. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 580922–580922. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580922>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223–228.
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29–39.
- Cella, S., Cipriano, A., Aprea, C., Milano, W., Carizzone, F., & Cotrufo, P. (2022). Non-suicidal self-injury in eating disorders: prevalence, characteristics, DSM-5 proposed diagnostic criteria, and correlates. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7, 100292–. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100292>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd Ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73–100. <https://doi.org/10.2307/1166139>
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A. Ş., Renshaw, S., Landau, S., & Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(7), 1345–1358. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000027>
- Dong, Z., Zhou, J., Conti, A., Westwood, S. J., Fu, X., Liu, Q., Yuan, Y., Huang, X., Qiu, C., Zhang, X., & Tang, W. (2023). Association between alexithymia and non-suicidal self-injury in psychiatric patients: the mediating role of self-esteem and the moderating role of emotional intelligence. *Journal of Psychiatric Research*, 162, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.04.006>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Krauss, M. J., Costello, S. J., Floyd, G. M., Wilfley, D. E., & Cavazos-Rehg, P. A. (2020). Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment. *Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1681–1692. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00808-3>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J. & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Halverson, T. F., Mann, A. J. D., Zerkowicz, R. L., Patel, T. A., Evans, M. K., Aho, N., Beckham, J. C., Calhoun, P. S., Pugh, M. J., & Kimbrel, N. A. (2022). Nonsuicidal self-injury in veterans: prevalence, clinical characteristics, and gender differences from a national cohort. *Psychiatry Research*, 315, 114708–114708. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114708>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando: Academic Press.
- Hervás Torres, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139–156.
- Jacobson, S. V., Gilbert, A. C., O’Loughlin, C. M., Widman, C., Law, K. C., & Ammerman, B. A. (2023). Effects of sexual orientation and NSSI severity on suicide risk. *Journal of Psychiatric Research*, 157, 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.11.021>
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748404>
- Kim, D. J., Job, A., Gokarakonda, S., Huang, C., Chekuri, L., Carbajal, J. M., & Cáceda, R. (2022). Synergistic effect of chronic pain and nonsuicidal self-harm on pain sensitivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(3), 371–380. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01283-7>
- Klonsky, E. D. (2007). Non-suicidal self-injury: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1039–1043. <https://doi.org/10.1002/jclp.20411>
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & 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(1), 44–44. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Knorr, A. C., Ammerman, B. A., Hamilton, A. J., & McCloskey, M. S. (2019). Predicting status along the continuum of suicidal thoughts and behavior among those with a

- history of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 273, 514–522.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.067>
- Komlenac, N., Maresch, F., Lamp, E., & Hochleitner, M. (2022). Conformity to masculine norms and self-stigma of help-seeking are not unique barriers to formal help-seeking in men, but are also relevant for women. *European Psychiatry*, 65(S1), S611–S612.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1566>
- Bresin, B. & 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>
- Lang, J. & Yao, Y. (2018). Prevalence of nonsuicidal self-injury in chinese middle school and high school students: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(42), e12916–e12916.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012916>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York, NY, EE.UU.: Springer.
- Lan, Z., Pau, K., Md Yusof, H., & Huang, X. (2022). The effect of emotion regulation on non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating roles of sleep, exercise, and social support. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 1451–1463.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S363433>
- Lengel, G. J., Ammerman, B. A., & Washburn, J. J. (2022). Clarifying the definition of nonsuicidal self-injury: clinician and researcher perspectives. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(2), 119–126.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000764>
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C., & Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry Research*, 239, 346–352.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.026>
- MacDonald, D. E., Trottier, K., & Olmsted, M. P. (2017). Rapid improvements in emotion regulation predict intensive treatment outcome for patients with bulimia nervosa and purging disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(10), 1152–1161.
<https://doi.org/10.1002/eat.22766>
- Martínez Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19.
- Montesó-Curto, P. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres = The construction of gender roles and their relation to chronic stress and depression in women. *Comunitania. Revista Internacional De Trabajo Social Y Ciencias Sociales*, (8), 105–126.
<https://doi.org/10.5944/comunitania.8.6>
- Moradi, B., Dirks, D., & Matteson, A. V. (2005). Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: a test

- and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 420–428. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.420>
- Muehlenkamp, J. J., Takakuni, S., Brausch, A. M., & Peyerl, N. (2019). Behavioral functions underlying NSSI and eating disorder behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1219–1232. <https://doi.org/10.1002/jclp.22745>
- Naidoo, S. (2019). The prevalence, nature, and functions of non-suicidal self-injury (NSSI) in a South African student sample. *South African Journal of Education*, 39(3), 1–10. <https://doi.org/10.15700/saje.v39n3a1697>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? new insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science: a Journal of the American Psychological Society*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Ovsyanik, O. A.; Nesterova, A. A., & Sidyacheva, N. V. (2022). Gender Features of Coping Strategies in Men and Women. *Vestnik Rossijskogo Universiteta Druzhby Narodov. Seriya Psikhologija i Pedagogika*, 19(4), 765–780. <https://doi.org/10.22363/2313-1683-2022-19-4-765-780>
- Pascual Jimeno, A., & Conejero López, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74–83.
- Pérez, S., Marco, J. H., & Cañabate, M. (2018). Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.003>
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, 16(1), 353–353. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1060-x>
- Pollak, O. H., D’Angelo, E. J., & Cha, C. B. (2020). Does function predict persistence? Nonsuicidal self-injury among adolescents during and after hospitalization. *Psychiatry Research*, 286, 112839–112839. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112839>
- Radanović, A., Kostić, M., Pejović-Milovančević, M., Tošković, O., Videnović, M., Mitković-Vončina, M., Radosavljev-Kirčanski, J., Mandić-Maravić, V., & Lazarević, L. B. (2022). Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in Serbia: Nationally representative sample study. *Psychiatry Research Communications*, 2(3), 100051. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100051>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): Reliability and validity in spanish female samples. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044–1056. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002687>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression,

- substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Stacy, S. E., Pepper, C. M., Clapp, J. D., & Reyna, A. H. (2022). The effects of blood in self-injurious cutting: Positive and negative affect regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 78(5), 926–937. <https://doi.org/10.1002/jclp.23267>
- Steine, I. M., Nielsen, B., Porter, P. A., Krystal, J. H., Winje, D., Grønli, J., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2020). Predictors and correlates of lifetime and persistent non-suicidal self-injury and suicide attempts among adult survivors of childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1815282–1815282. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1815282>
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2–30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Tatnell, R., Hasking, P., Newman, L., Taffe, J., & Martin, G. (2017). Attachment, Emotion Regulation, Childhood Abuse and Assault: Examining Predictors of NSSI Among Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 21(4), 610–620. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1246267>
- Thomassin, K., Guérin Marion, C., Venasse, M., & Shaffer, A. (2017). Specific coping strategies moderate the link between emotion expression deficits and nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 21–21. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0158-3>
- Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Vervaeke, M., Puttevils, L., Hoekstra, R. H., Fried, E., & Vanderhasselt, M.-A. (2021). Transdiagnostic vulnerability factors in eating disorders: a network analysis. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 86–100. <https://doi.org/10.1002/erv.2805>
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). “Boys Don’t Cry”: Examination of the Links Between Endorsement of Masculine Norms, Self-Stigma, and Help-Seeking Attitudes for Men From Diverse Backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368–382. <https://doi.org/10.1037/a0023688>
- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Jesmont, C., Neufeld, S. A. S., Kaur, S. P., Jones, P. B., & Goodyer, I. M. (2022). Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 306, 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.021>
- Willoughby, T., Heffer, T., & Hamza, C. A. (2015). The Link Between Nonsuicidal Self-Injury and Acquired Capability for Suicide: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), 124(4), 1110–1115. <https://doi.org/10.1037/abn0000104>

- Yuan, J., Li, H., Long, Q., Yang, J., Lee, T. M. C., & Zhang, D. (2021). Gender Role, But Not Sex, Shapes Humans' Susceptibility to Emotion. *Neuroscience Bulletin*, 37(2), 201–216. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00588-2>
- Yuan, Z., Li, W., Ding, W., Song, S., Qian, L., & Xie, R. (2023). Your support is my healing: the impact of perceived social support on adolescent NSSI — a sequential mediation analysis. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04286-w>

8. ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del proyecto por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona.



Comissió de Bioètica Universitat de Barcelona

Dictamen favorable

La Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona (CBUB), en sessió ordinària del dia 27 de setembre de 2022, va avaluar els aspectes metodològics, ètics i legals del projecte de recerca, enviat el 28 de juliol, “La regulación emocional y las estrategias de afrontamiento como nexos entre las autolesiones no suicidas y los trastornos de la conducta alimentaria.” La CBUB va efectuar observacions que havien de ser incloses en el projecte per a poder emetre dictamen favorable. La investigadora principal, la doctora Carmina Saldaña Garcia, va enviar la documentació requerida el 7 de novembre de 2022, que ha estat avaluada per la Secretaria de la CBUB, obtenint dictamen favorable.

A Barcelona, el 29 de novembre de 2022.

JORDI GARCIA
FERNANDEZ - DNI
35030054L (TCAT)

Firmado digitalmente por
JORDI GARCIA FERNANDEZ
DNI 35030054L (TCAT)
Fecha: 2022.11.29 12:37:55
+01'00'

Dr. Jordi García Fernández
Vicerector de Recerca
President de la Comissió de Bioètica
Universitat de Barcelona

Institutional Review Board (IRB00003099)

<http://www.ub.edu/comissioibioetica/> Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona cbub@ub.edu