

Olalla Varela-Besteiro^{1,2}
Eduardo Serrano-Troncoso¹
Virginia Rodríguez-Vicente¹
Marta Curet-Santisteban¹
Gemma Conangla-Roselló¹
Raquel Cecilia-Costa¹
Marta Carulla-Roig¹
Josep L. Matalí-Costa¹
Montserrat Dolz-Abadía¹

Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

¹Unitat de TCA. Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
²Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Gestió de Serveis Sanitaris, Lleida

Introducción. Es conocida la presencia de ideas suicidas y comportamientos autolesivos en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo, esta asociación no está claramente definida empíricamente. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con TCA. Un segundo objetivo es estudiar la asociación entre conducta autolesiva e ideación suicida, gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva, ansiosa, motivación para el cambio y perfeccionismo.

Metodología. Se evaluaron a 109 pacientes (edad media: 14,74 años (DE:1,53); 87,2% mujeres) con el Inventario de TCA (EDI-2), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), la Escala de Perfeccionismo en Niños y Adolescentes (CAPS) y el Cuestionario de Etapas de Cambio en la Anorexia Nerviosa (ANSOCQ).

Resultados. Cuarenta y siete pacientes (43,1%) presentaron ideación suicida y 34 (31,2%) conductas autolesivas. La presencia de ideación suicida no discriminó entre pacientes TCA con y sin comportamiento autolesivo. Los pacientes con comportamiento autolesivo presentaron una puntuación significativamente mayor en todas las escalas del EDI-2, a excepción de *Miedo a Madurar*, en la puntuación total del BDI-II, STAI y en la CAPS. Se encontró una asociación entre la conducta autolesiva y la motivación para el cambio.

Conclusiones. Un porcentaje importante de adolescentes con TCA presentan ideación suicida y comportamientos autolesivos, siendo el perfil psicopatológico de estos pacientes más grave. La presencia de ideación suicida en adolescentes con TCA no tiene necesariamente implicaciones con la conducta autolesiva, este comportamiento podría explicarse como consecuencia de la necesidad de regular emociones negativas intensas.

Palabras clave: Autolesiones, Ideación suicida, Trastornos de la conducta alimentaria, Adolescentes

Actas Esp Psiquiatr 2017;45(4):157-66

Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders

Introduction. The presence of suicidal thoughts and self-injurious behaviors in patients with eating disorders (ED) is well-known; however, this association is currently not defined empirically. The aim of the study is to determine the prevalence of suicidal ideation and self-harm in adolescents with eating disorders. A second objective is to study the association between self-injurious behavior and suicidal ideation, severity of eating disorder symptoms and symptoms of depression and anxiety, motivation to change and perfectionism.

Methodology. We evaluated 109 patients (mean age, 14.74 years (SD: 1.53); 87.2% female) using the Eating Disorder Inventory (EDI-2), the Beck Depression Inventory (BDI-II), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) and the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ).

Results. Forty-seven patients (43.1%) had suicidal ideation and 34 (31.2%), self-injurious behavior. The presence of suicidal ideation did not discriminate between patients with or without self-injurious behavior. Patients who self-harm had significantly higher scores on all scales of the EDI-2, except for "maturity fears", in the total scores of BDI-II, STAI and CAPS. An association between self-injurious behavior and motivation to change was found.

Conclusions. A significant percentage of adolescents with eating disorders present suicidal ideation and self-injurious behavior, making the psychopathological profile of these patients more severe. The presence of suicidal ideation in adolescents with eating disorders does not necessarily

Correspondencia:
Eduardo Serrano-Troncoso
Paseo de Sant Joan de Déu, 2,
08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona. España
Correo electrónico: eserrano@hsjdbcn.org

imply that they have self-injurious behavior; rather, such behavior could be a result of the need to regulate intense negative emotions.

Keywords: Self-injurious behavior, Suicidal ideation, Eating disorder, Adolescents

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo, especialmente en la adolescencia y adultez temprana, siendo la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años de edad en los Estados Unidos^{1,2}.

En la actualidad se considera que el suicidio transita a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad que englobaría varios conceptos³. O'Carroll et al.⁴ plantearon una nomenclatura sobre pensamientos y conductas en la que se realiza una distinción entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. En una revisión posterior de este planteamiento, Silverman et al.^{5,6} conceptualizaron el comportamiento suicida teniendo en cuenta diversos factores como el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta. Asimismo, en dicha revisión se utilizó el término autolesión para definir aquella conducta potencialmente lesiva autoinfligida, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. Esta definición iría en la línea de lo ya descrito anteriormente por Herpetz⁷ y Borges et al.⁸.

A lo largo de los años se han empleado un amplio número de términos, definiciones y categorías para describir las conductas autolesivas sin llegar a un consenso entre los investigadores sobre cómo operacionalizar dicho comportamiento⁹⁻¹¹. Para algunos autores¹²⁻¹⁴, en Australia y en diversos países de Europa, la autolesión es concebida como la acción de intoxicarse o hacerse daño intencionalmente, con independencia del motivo o la gravedad del intento suicida. Sin embargo, otra conceptualización vigente es la utilizada en Estados Unidos y Canadá, en la cual se realiza una diferenciación dicotómica entre el acto autolesivo como un comportamiento sin intencionalidad suicida, caracterizado por infligirse lesiones en la superficie del propio cuerpo con la expectativa de experimentar daños físicos leves o moderados sin intencionalidad suicida, y entre el acto como tentativa suicida¹⁵.

Por otra parte, pocos estudios han examinado las conductas autolesivas a través de un continuum incluyendo comportamientos tanto directos (cortar o quemarse la piel, por ejemplo) como indirectos (abuso de sustancias tóxicas,

conductas sexuales de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria)¹⁶⁻¹⁸. En los comportamientos indirectos, la motivación principal es secundaria a tener dolor o hacerse daño tisular visible, y la relación entre el comportamiento y la consecuencia física no suele ser instantánea e inequívoca como en los comportamientos directos^{19,20}.

Los hallazgos sobre la prevalencia de conductas autolesivas muestran que en población adolescente alrededor del 10% realizan dichos actos. Cerca de uno de cada ocho adolescentes que se autolesionan acuden al hospital, siendo el motivo más frecuente la realización de una sobreingesta medicamentosa²¹⁻²³. En estudios donde se revisan las conductas autolesivas bajo la denominación específica de "autolesiones no suicidas" ["non-suicidal self-injury" (NSSI)], se ha observado una prevalencia a lo largo de la vida del 15% al 18% entre adolescentes de la población general²⁴, mientras que en población psiquiátrica va del 40% al 80%^{13,25}. Con respecto a ésta, la asociación entre conductas autolesivas y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha sido descrita en diversas ocasiones, generalmente en población adulta. Por ejemplo, Favazza et al.²⁶ concluyeron que los pacientes con TCA tenían un alto riesgo de autolesionarse debido a las similitudes fenomenológicas de ambas manifestaciones, como son el inicio en la adolescencia o adultez temprana, mayor ocurrencia en mujeres, y el experimentar psicopatología severa asociada, como impulsividad y disociación. Entre el 25% y el 38% de las personas con TCA refieren comportamientos autolíticos²⁷⁻²⁹. Svirko et al.³⁰ en un estudio de revisión encontraron una prevalencia de NSSI entre las personas con este trastorno que se sitúa entre el 25% y 55%.

En población adolescente con TCA, Peebles et al.³¹ llevaron a cabo una revisión encontrándose que, de los pacientes evaluados, el 40,8% había informado de conductas autolesivas. La prevalencia de NSSI parece ser mayor en los pacientes con bulimia nerviosa (26%-55,2%) o anorexia nerviosa tipo purgativo (27,8%-68,1%), en comparación con el subtipo restrictivo (13,6%-42,1%)^{9,30,32}. Existen evidencias de que los comportamientos de tipo purgativo están asociados a mayor riesgo de realizar autolesiones no suicidas^{31,33,34}.

También ha sido observada la prevalencia de ideación suicida en adolescentes con TCA, encontrándose un alto porcentaje (36,27%)³⁵. Existe mayor número de investigaciones en población general o clínica adulta, en comparación con población adolescente, acerca de la asociación entre ideación suicida, conducta autolesiva y TCA; aunque esta relación es compleja y todavía no ha sido resuelta^{36,37}. En relación a la sintomatología alimentaria, se ha descrito mayor gravedad de la misma en población adulta con conductas autolesivas e ideación suicida, en comparación con los que no experimentaban ambos factores o sólo uno de ellos. Sin embargo, esta asociación no se ha encontrado en la totalidad de variables nucleares de la clínica alimentaria, pudiendo

do mediar en la relación otros factores de riesgo, como la personalidad^{35,38}.

En población adolescente con TCA, factores como la psicopatología asociada^{31,39,40}, el haber vivido situaciones de abuso sexual^{41,42} o el consumo de sustancias³⁰, han sido relacionados en numerosas ocasiones a conductas autolesivas.

Sin embargo, la motivación para el cambio o disposición a la recuperación de la enfermedad en TCA, a pesar de haber sido un factor asociado a la gravedad de sintomatología del trastorno por un lado⁴³⁻⁴⁵, y a la realización de conductas autolesivas por otro⁴⁶, requiere mayor investigación en pacientes con ambos síndromes o manifestaciones. Hasta el momento actual, los hallazgos encontrados reflejan que los pacientes con TCA que realizan conductas autolesivas muestran menor motivación interna y mayor presión externa para el cambio (por ejemplo, por parte de padres y familiares)^{47,48}.

El propósito de este estudio es: a) determinar, en una muestra de adolescentes con TCA, la prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas, b) estudiar la asociación entre las conductas autolesivas y la ideación suicida, la gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva y ansiosa, la motivación para el cambio y el perfeccionismo.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo transversal que analiza una muestra de adolescentes atendida en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) de un hospital general pediátrico.

Muestra

Fueron evaluados de forma consecutiva un total de 109 adolescentes, atendidos entre los meses de enero de 2013 a diciembre de 2014, de edades comprendidas entre 12 y 17 años (Media: 14,74; DE: 1,53). El 87,2% (n=95) de la muestra fueron mujeres y el 12,8% (n=14) fueron hombres. Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: edad correspondiente a la etapa adolescente; diagnóstico de TCA en base al juicio clínico del psicólogo clínico o psiquiatra acorde a los criterios DSM-IV-TR⁴⁹; realización de conductas autolesivas durante el proceso terapéutico; consentimiento informado por parte del paciente y su tutor legal para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: diagnóstico de trastorno psiquiátrico comórbido a TCA (correspondiente a Eje I o Eje II siguiendo criterios DSM-IV-TR). Todos los pacientes y sus familias propuestos para participar en el estudio accedieron voluntariamente a

formar parte del mismo. Del total de la muestra, un total de 65,1% de pacientes (n=71) realizaba seguimiento en hospital de día y 34,9% (n=38) en consulta ambulatoria. Con referencia al diagnóstico, el 58,4% (n=66) tenían anorexia nerviosa (AN) [92,4% (n=61) tipo restrictivo y 7,6% (n=5) tipo atracón / purga]; el 6,2% (n=7) tenía bulimia nerviosa (BN) [85,7% (n=6) tipo purgativo, 14,3% (n=1) tipo no purgativo]; y el 31,9% (n=36) fue diagnosticado de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCA-NE).

Todos los participantes y los respectivos representantes legales manifestaron su conformidad para participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito.

Procedimiento

La evaluación fue llevada a cabo por dos psicólogos clínicos especialistas en evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos alimentarios de una unidad especializada de TCA de un hospital general pediátrico, con más de 15 años de experiencia.

El protocolo de evaluación se administró de forma consecutiva desde enero de 2013 a diciembre de 2014 a los pacientes que ya se encontraban en tratamiento en aquel momento y los nuevos casos a partir de la fecha de inicio del estudio. El 70,6% (n=77) de los participantes realizaron el protocolo de evaluación dentro de los primeros cuatro meses de tratamiento desde el primer contacto con la unidad de TCA. El tiempo de administración del protocolo se situaba entre los 60-90 minutos.

El tratamiento que recibieron los pacientes con TCA fue multidisciplinar: psicológico de orientación cognitivo-conductual, consejo nutricional por parte de enfermería, psicofarmacológico en los casos que precisaron y terapia familiar (grupo psicoeducativo y multifamiliar).

Instrumentos

Conductas autolesivas

El comportamiento autolesivo es concebido en este estudio como la realización de daño físico autoinfligido, incluyendo conductas destinadas a la intoxicación medicamentosa, existiendo evidencia de que la persona no tiene intención de morir¹²⁻¹⁵. Se tuvieron en cuenta las conductas autolesivas llevadas a cabo durante el proceso terapéutico y evaluadas en las entrevistas mediante juicio clínico de un médico psiquiatra o un psicólogo clínico. El antecedente de conductas autolesivas fue explorado de forma retrospectiva mediante la revisión del historial clínico. Se realizaron dos grupos según la realización o no de comportamientos

autolesivos, grupo CANS (Conducta Autolesiva No Suicida) y grupo No CANS (No Conducta Autolesiva No Suicida), respectivamente.

Ideación suicida

Ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck-II: este ítem evalúa directamente los pensamientos suicidas. El paciente tiene que contestar en este ítem cuáles han sido sus pensamientos o deseos en las últimas dos semanas respecto al suicidio: 0. "No tengo ningún pensamiento de suicidio", 1. "Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo", 2. "Me gustaría suicidarme", 3. "Me suicidaría si tuviese la oportunidad". Se consideró que el paciente tenía ideación suicida en todas las respuestas marcadas entre la 1 y la 3. Este ítem es habitualmente utilizado para supervisar cambios en los pensamientos suicidas durante el tratamiento, debido a su capacidad predictiva de cometer una tentativa suicida⁵⁰. Por ejemplo, en un estudio sobre la validez predictiva del inventario de depresión de Beck-II se ha visto que los pacientes con puntuación mayor o igual a dos en este ítem, fueron 6,9 veces más propensos a cometer suicidio que pacientes con puntuación inferior a dos⁵¹.

Psicopatología

Diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria: a juicio clínico de un psicólogo clínico o psiquiatra, en base a la entrevista clínica con el paciente y los padres y criterios DSM-IV-TR.

Variables clínicas

Se elaboró para el presente estudio un cuaderno de recogida de datos donde, entre otras variables, se registraba la edad, el sexo, la edad de inicio del trastorno, la presencia de conductas purgativas y el índice de masa corporal (IMC).

*EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2 (Eating Disorder Inventory-2)*⁵². Instrumento de autoinforme para evaluar los síntomas que caracterizan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Incluye tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y la silueta (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal), y otras ocho más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los TCA (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Consciencia Interoceptiva, Miedo a Madurar, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad). Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Está compuesto de 91

preguntas, a las que se contesta en una escala de 6 puntos de tipo Likert que va de 0 a 5, los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre "nunca", "pocas veces", "a veces", "a menudo", "casi siempre" o "siempre". El rango de puntuación oscila de 0 a 273. El instrumento ha demostrado una consistencia interna (alfa de Cronbach) superior a 0,80 en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, y coeficientes comprendidos entre 0,65 y 0,92 en muestras no clínicas⁵³.

*BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II)*⁵⁴. Cuestionario tipo autoinforme que consta de 21 ítems los cuales evalúan la gravedad e intensidad de un amplio espectro de sintomatología depresiva. Para cada ítem hay 4 alternativas de respuesta, y el paciente debe seleccionar la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación en el momento actual y las dos últimas semanas. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es la gravedad de la sintomatología evaluada. El rango de puntuación oscila de 0 a 63 puntos. Ha demostrado una consistencia interna (alfa de Cronbach) superior a 0,85 en estudios realizados en población española⁵⁵.

*STAI: Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory)*⁵⁶. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de dos partes, con 20 preguntas cada una de ellas y que se contestan en base a un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad (0=casi nunca/nada; 1=algo/a veces; 2=bastante/a menudo; 3=mucho/casi siempre). La primera parte (STAI-E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda parte (STAI-R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a las personas con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. La puntuación total para cada escala oscila entre 0 y 30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. En muestras de población española se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan, tanto para la puntuación total como para cada una de las subescalas, entre 0,84 y 0,93⁵⁷.

*CAPS: Escala de Perfeccionismo de Niños y Adolescentes (The Child and Adolescent Perfectionism Scale)*⁵⁸. El cuestionario consta de 22 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos tipo Likert, donde 1 corresponde a "cierto" y 5 a "falso". Está formado por dos escalas, por un lado, la escala Perfeccionismo-Autoorientado, que hace referencia a las auto-imposiciones poco reales, está formada por 12 ítems y las puntuaciones pueden oscilar entre 1 y 60, y por otro lado, la escala Perfeccionismo Prescrito Socialmente, que hace referencia a la presión que recibe la persona de los demás para alcanzar metas poco realistas, está formada por 10 ítems y cuya puntuación oscila entre 1 y 50. Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de perfeccionismo.

En la adaptación española de Castro et al.⁵⁹ los coeficientes alfa de Cronbach para estas escalas fueron 0,88 y 0,87 respectivamente.

Motivación para el cambio

ANSOCQ: Cuestionario de Etapas de Cambio en Anorexia Nerviosa (*The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire*)^{60,61}. Es un cuestionario tipo autoinforme de 20 ítems para evaluar la disposición a recuperarse de la enfermedad en individuos con anorexia nerviosa. Los ítems valoran aspectos sobre el peso y figura corporal, la conducta alimentaria, los métodos de control de peso y problemas emocionales y de relación. La estructura del cuestionario se basa en las etapas de cambio del modelo desarrollado por Prochaska y DiClemente⁶². Para cada ítem, los pacientes deben elegir entre cinco respuestas posibles, las cuales reflejan sus etapas de motivación para el cambio: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El rango de puntuación es de 0 a 80, a mayor puntuación total en el ANSOCQ significa una mayor motivación para el cambio. La adaptación española de Serrano et al.⁶³ para población adolescente mostró una buena consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,94, y fiabilidad test-retest a la semana de 0,94.

Análisis estadístico

El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v.22. Se utilizaron tablas de contingencia y la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) para la descripción de prevalencias y asociación entre variables nominales. Mediante el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney se analizaron las diferencias en variables cuantitativas entre el grupo que realizó comportamientos autolesivos con respecto al grupo que no los llevó a cabo.

RESULTADOS

Prevalencia de la ideación suicida y las conductas autolesivas

De los 109 pacientes, el 43,1% (n=47) refirió ideación suicida, entre éstos, el 34,9% (n=38) manifestó *"tener pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo"*; el 4,6% (n=5) que *"le gustaría suicidarse"* y el 3,7% (n=4) que *"se suicidaría si tuviese la oportunidad"*. El 56,9% (n=62) de la muestra no refirió ideación suicida en el momento de la evaluación.

Por otro lado, el 31,2% (n=34) realizaron conductas autolesivas durante su proceso terapéutico, en contraposición

al 68,8% (n=75) de los que no se había encontrado ningún registro de las mismas. De los pacientes que se había registrado historia de comportamiento autolesivo (n=34), el 55,9% (n=19) refirió ideación suicida en el momento de la evaluación.

Conductas autolesivas y características sociodemográficas y clínicas

No se encontró una asociación significativa entre realizar comportamientos autolesivos y la edad del paciente (U=1.206,5; p=0,648), el sexo ($\chi^2=0,051$; p=0,821), la edad de inicio de la enfermedad (U=1.254,00; p=0,889), el índice de masa corporal (IMC) (U=1.164,50; p=0,626), el diagnóstico de TCA ($\chi^2=0,475$; p=0,789), y la presencia de conductas purgativas ($\chi^2=0,152$; p=0,696). Con respecto a la relación entre experimentar ideación suicida y llevar a cabo conductas autolesivas, los resultados reflejan que estas variables son independientes, y por lo tanto no están asociadas ($\chi^2=3,282$; p=0,07) (Tabla 1).

Por otro lado, como muestra la Tabla 2, el grupo de pacientes con TCA y conductas autolesivas obtuvo puntuaciones significativamente superiores, en comparación con el grupo TCA sin conductas autolesivas, en la puntuación total del BDI-II (p<0,001), del STAI-E (p<0,001) y STAI-R

Tabla 1	Porcentajes, medias y desviaciones estándar por grupo diagnóstico		
	Grupo CANS (n=34) Media (DE)	Grupo No CANS (n=75) Media (DE)	p
Edad	14,62 (1,51)	14,80 (1,54)	0,648 ¹
Varón n (%)	4 (11,8)	10 (13,3)	0,821 ²
Mujer n (%)	30 (88,2)	65 (86,7)	
Edad inicio enfermedad	13,53 (1,48)	13,61 (1,47)	0,889 ¹
IMC	17,94 (1,47)	18,42 (2,89)	0,626 ¹
AN n (%)	20 (58,8)	46 (61,3)	0,789 ²
BN n (%)	3 (8,8)	4 (5,3)	
TCA-NE (%)	11 (32,4)	25 (33,3)	
Conductas purgativas			0,696 ²
Sí n (%)	4 (11,8)	7 (9,3)	
No n (%)	30 (88,2)	68 (90,7)	
Ideación suicida			0,070 ²
Sí n (%)	19 (55,9)	28 (37,3)	
No n (%)	15 (44,1)	47 (62,7)	

CANS: conducta autolesiva no suicida; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCA-NE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado
¹U de Mann-Whitney; ²Chi-cuadrado

Tabla 2	Medias, desviaciones estándar y comparación de las escalas por grupo diagnóstico			
	Grupo CANS (n=34) Media (DE)	Grupo No CANS (n=75) Media (DE)	U de Mann-Whitney	p
BDI-II	27,32 (10,,92)	17,55 (11,43)	693,00	<0,001
STAI				
STAI-E	39,39 (10,24)	27,48 (14,22)	613,00	<0,001
STAI-R	44,50 (9,39)	29,79 (13,53)	480,00	<0,001
EDI-2				
Obsesión por la Delgadez	13,76 (6,88)	9,19 (7,78)	826,00	<0,01
Bulimia	3,00 (3,82)	1,22 (2,00)	841,50	<0,01
Insatisfacción Corporal	17,76 (7,32)	10,88 (8,69)	681,50	<0,001
Ineficacia	15,00 (7,60)	7,34 (6,26)	546,00	<0,001
Perfeccionismo	6,91 (3,69)	4,51 (4,24)	779,50	0,001
Desconfianza Interpersonal	8,29 (5,43)	4,69 (4,47)	755,00	0,001
Consciencia Interoceptiva	14,71 (7,20)	6,57 (4,80)	467,00	<0,001
Miedo a Madurar	10,88 (6,12)	8,43 (4,84)	969,00	0,055
Ascetismo	9,41 (4,57)	5,50 (4,45)	627,00	<0,001
Impulsividad	9,03 (5,29)	4,73 (4,79)	675,50	<0,001
Inseguridad	11,41 (5,21)	5,16 (4,34)	445,50	<0,001
CAPS				
Autoorientado	42,62 (10,24)	39,47 (10,67)	1002,50	0,075
Prescrito Socialmente	26,15 (7,90)	24,11 (7,79)	1078,00	0,190
Total	70,29 (11,89)	63,55 (15,86)	945,50	<0,05
ANSOCQ	22,32 (16,03)	36,56 (22,15)	498,50	<0,01

CANS: conducta autolesiva no suicida; DE: desviación estándar; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II; STAI: Escala de Ansiedad Estado-Rasgo; EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2; CAPS: Escala de Perfeccionismo de Niños y Adolescentes; ANSOCQ: Cuestionario de Etapas de Cambio en Anorexia Nerviosa

($p < 0,001$), y en todas las escalas del EDI-2 [*Obsesión por la delgadez* ($p < 0,01$), *Bulimia* ($p < 0,01$), *Insatisfacción corporal* ($p < 0,001$), *Ineficacia* ($p < 0,001$), *Perfeccionismo* ($p = 0,001$), *Desconfianza Interpersonal* ($p = 0,001$), *Consciencia Interoceptiva* ($p < 0,001$), *Ascetismo* ($p < 0,001$), *Impulsividad* ($p < 0,001$) e *Inseguridad* ($p < 0,001$), a excepción de *Miedo a Madurar* ($p = 0,055$), en la que no se encontraron diferencias significativas entre pacientes TCA con y sin conducta autolesiva]. Los pacientes con autolesiones también puntuaron significativamente superior frente a los pacientes sin autolesiones en la puntuación total de la CAPS ($p < 0,05$). Por último, se encontró una asociación significativa entre la conducta autolesiva y la motivación para el cambio ($p < 0,01$). De los

pacientes que realizaron conductas autolesivas, la distribución de los estadios de cambio según el ANSOCQ fue la siguiente: el 32,35% ($n = 11$) se encontraba en Pre-contemplación; el 32,35% ($n = 11$) en Contemplación; el 5,88% ($n = 2$) en Preparación; y el 2,94% ($n = 1$) en Acción.

CONCLUSIONES

Los objetivos planteados en el presente estudio han sido determinar la prevalencia de la ideación suicida y las conductas autolesivas en adolescentes con TCA, y estudiar la asociación entre las conductas autolesivas y la ideación sui-

cida, la gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva y ansiosa, el perfeccionismo y la motivación para el cambio.

Los resultados obtenidos reflejan que, de la muestra de adolescentes con TCA evaluada, cerca de la mitad presenta ideación suicida en el momento de la evaluación y más de un tercio realiza comportamientos autolesivos durante el proceso terapéutico. Los hallazgos muestran que la presencia de ideación suicida no se relaciona con llevar a cabo un comportamiento autolesivo. Asimismo, el comportamiento autolesivo no se asocia a la edad, sexo, IMC, edad de inicio de la enfermedad, a ningún subtipo de TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, TCA-NE) ni a la presencia de conductas purgativas. En cuanto a la clínica y el perfil psicopatológico, los pacientes que realizan conductas autolesivas presentan mayor gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva y ansiosa, perfeccionismo y una menor motivación para el cambio.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio acerca de la prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas son acordes con los hallazgos descritos en la literatura existente^{9,32,34}. El resultado obtenido referente a la no asociación entre ideación suicida y conducta autolesiva, puede resultar en consonancia a lo postulado por modelos explicativos que abogan por describir la funcionalidad de la autolesión como una estrategia de regulación emocional. El modelo de Nocky Prinstein²⁵, por ejemplo, especifica cuatro funciones principales de los comportamientos autolesivos sin intención suicida: reforzamiento negativo intrapersonal (conseguir el cese de emociones desagradables), reforzamiento positivo automático (crear una emoción que reemplace experiencias de entumecimiento o disociativas), reforzamiento social negativo (para evitar una situación no deseada) y reforzamiento social positivo (como manera de pedir ayuda a los demás).

Sin embargo, este hallazgo referente a la no asociación entre ideación suicida y conducta autolesiva, junto a los obtenidos con respecto a la no asociación entre el subtipo de TCA y la conducta autolesiva, difieren de los encontrados en otros estudios donde sí describen una relación entre llevar a cabo conductas autolesivas y las variables experimentar ideación suicida, subtipo de TCA (más asociado a bulimia nerviosa y anorexia nerviosa purgativa), y realización de conductas purgativas en general^{30,64,65}. Esta discrepancia podría explicarse por el bajo número de casos diagnosticados de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa purgativa en nuestra muestra.

Por otra parte, los resultados hallados que reflejan la relación entre comportamientos autolesivos y sintomatología depresiva y perfeccionismo, corroboran las investigaciones en donde se ha puesto de manifiesto que el comportamiento autolesivo comparte con el trastorno alimentario ciertos factores de riesgo⁶⁶⁻⁶⁸, e irían en la línea de modelos expli-

cativos de la etiología de los comportamientos autolesivos que destacan como conceptos centrales el perfeccionismo y la impulsividad^{69,70}.

Por lo que refiere a la motivación para el cambio o disposición para la recuperación del trastorno, se pone de manifiesto su implicación clínica debido a la asociación que se observa con la realización de conductas autolesivas, tal y como se describe en estudios anteriores⁴⁸. Por lo tanto, podría ser un factor a tener en cuenta en el abordaje terapéutico, pudiendo ser de utilidad el intervenir de manera que se potencien las capacidades del paciente, guiando en la exploración de motivos para la recuperación y en la resolución de la ambivalencia habitual de los procesos de cambio⁷¹.

De los hallazgos expuestos se podría inferir que, la ideación suicida y el tipo de signos o manifestaciones características del trastorno de conducta alimentaria, como conductas purgativas o restrictivas, no muestran una relación directamente establecida con la realización de comportamientos autolesivos en población adolescente con TCA, pudiendo ser lo que discrimina el llevarlos a cabo o no, la intensidad de la afectividad negativa (manifestada en forma de sintomatología depresiva o ansiosa, por ejemplo), creencias desadaptativas sobre uno mismo y su físico (insatisfacción corporal, inseguridad o ineficacia) y rasgos psicológicos como la perfección e impulsividad. Estos factores de riesgo participarían, junto a la baja disposición para la recuperación, en una interacción que conduciría a incrementar la intensidad de afectividad y creencias negativas, teniendo que recurrir, como explica el modelo de cascada emocional de Selby y Joiner⁷², a estrategias de afrontamiento extremas (como conductas autolesivas, purgativas o restrictivas, por ejemplo), debido a que las estrategias moderadas no serían lo suficientemente eficaces para regular las intensas emociones negativas experimentadas¹⁹.

Por lo que, en este punto, cabe destacar la importancia de la desregulación emocional como un factor de riesgo establecido para desarrollar un trastorno alimentario y llevar a cabo conductas autolesivas, en la línea de lo concluido por anteriores investigaciones^{73,74}, incrementándose dicho riesgo cuando va asociada a actitudes negativas hacia el propio cuerpo⁷⁵ y a sintomatología depresiva⁶⁸.

En este estudio cabe tener en cuenta algunas limitaciones derivadas del tamaño de la muestra, la baja prevalencia de pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa, y la no inclusión en el análisis de factores de riesgo como el uso de drogas, historia de abuso sexual u otras experiencias traumáticas de negligencia emocional, los cuales han sido asociados a la realización de comportamientos autolesivos en personas con TCA en investigaciones anteriores⁷⁶. Por otro lado, la valoración de la conducta autolesiva tiene un carácter retrospectivo y no coincide en el tiempo con la evalua-

ción de la ideación suicida, lo que podría explicar, al menos en parte, la falta de relación entre conductas autolesivas e ideación suicida. Asimismo, la evaluación de la sintomatología clínica en algunos casos no se realizó antes de recibir tratamiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, sino que se llevó a cabo durante el mismo, por lo que las puntuaciones en las variables clínicas podrían haberse visto influenciadas por el efecto del tratamiento. Cabe tener en cuenta también que al ser un estudio transversal las relaciones analizadas no pueden demostrar causalidad.

A pesar de las limitaciones expuestas, podemos concluir de los resultados del estudio que, en población adolescente con trastorno de la conducta alimentaria atendida en un recurso especializado, existe una elevada prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas. Estas conductas están asociadas a un perfil psicopatológico caracterizado por una mayor gravedad de sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, afectividad negativa, perfeccionismo y a una baja motivación para el cambio. La presencia de ideación suicida en adolescentes con TCA no tiene necesariamente implicaciones con la conducta autolesiva, este comportamiento podría explicarse como consecuencia de la necesidad de regular emociones negativas intensas, las cuales se incrementarían al existir actitudes negativas hacia el propio cuerpo.

Por último, los hallazgos de nuestro estudio pueden tener implicaciones en futuras investigaciones. Las conductas autolesivas son habitualmente omitidas en la exploración psicopatológica rutinaria y deberían ser regularmente valoradas en los TCA con un doble objetivo: la detección precoz (ya que es un potente factor de riesgo para el suicidio consumado)^{36,77} y la conceptualización de la funcionalidad (como estrategia de afrontamiento o de regulación emocional)⁷²⁻⁷⁴. Asimismo, la comprensión de la gravedad y complejidad de los casos TCA que presentan autolesiones, tendrá implicaciones tanto en el diagnóstico, como en el proceso terapéutico y su resultado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:372-394.
2. Nock MK, Greif Green J, Irving Hwang MA, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*. 2013;70(3):300-10.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Available in: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
4. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26(3):237-52.
5. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):248-63.
6. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-77.
7. Herpetz S. Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:57-68.
8. Borges G, Anthony JC, Garrison CZ. Methodological issues relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiol Rev*. 1995;17(1):228-39.
9. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat Behav*. 2001;2(3):263-72.
10. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(8):537-42.
11. Welch SL, Fairburn CG. Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse Negl*. 1996;20(7):633-42.
12. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: A study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44:1191-8.
13. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):10.
14. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: longer term management. NICE clinical guideline 133. London: National Institute for Clinical Excellence; 2011. Available in: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/self-harm-in-over-8s-longterm-management-35109508689349>
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
16. St. Germain SA, Hooley JM. Aberrant pain perception in direct and indirect non-suicidal self-injury: An empirical test of Joiner's interpersonal theory. *Compr Psychiatry*. 2013;54(6):694-701.
17. Osuch EA, Noll JG, Putnam FW. The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 1999;62(4):334-46.
18. Patton GC, Harris R, Carlin JB, Hibbert ME, Coffey C, Schwartz M., et al. Adolescent suicidal behaviors: A population-based study of risk. *Psychol Med*. 1997;27:715-24.
19. Claes L, Muehlenkamp JJ. Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders: Advancements in Etiology and Treatment. New York: Springer; 2014. Available in: <http://www.springer.com/us/book/9783642401060>
20. Claes L, Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry*. 2007;48(2):137-44.
21. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self-

- harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325(7374):1207-11.
22. Hawton K, Saunders K, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-82.
 23. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2008;49(6):667-77.
 24. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Non suicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Cmaj*. 2008;178(3):306-12.
 25. Nock M, Prinstein M. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-90.
 26. Favazza AR, DeRose L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 1989;19(4):352-61.
 27. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Personality traits in eating-disordered patients with and without self-injurious behaviors. *J Pers Disord*. 2004;18:399-404.
 28. Sansone RA, Sansone LA. Self-harm behavior and eating disorders. En P. I., Swain, ed. *Eating disorders: New research*. New York: Nova Publications; 2005. p. 1-17.
 29. Unikel C, Von Holle A, Bulik CM, Ocampo R. Disordered eating and suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shame and family criticism. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(1):39-48.
 30. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(4):409-21.
 31. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-Injury in Adolescents With Eating Disorders: Correlates and Provider Bias. *J Adolesc Heal*. 2011;48(3):310-3.
 32. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *Eur Eat Disord Rev*. 2003;11(5):379-96.
 33. Favaro A, Santonastaso P. Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *Int J Eat Disord*. 1996;20(1):99-103.
 34. Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto AM. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14(5):276-81.
 35. Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Compr Psychiatry*. 2007;48(3):218-24.
 36. Paul E, Tsypes A, Eidlitz L, Ernout C, Whitlock J. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):276-82.
 37. Victor SE, Styer D, Washburn JJ. Characteristics of non-suicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9(1):20.
 38. Eichen DM, Kass AE, Fitzsimmons-Craft EE, Gibbs E, Trockel M, Barr Taylor C, et al. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation in relation to eating and general psychopathology among college-age women. *Psychiatry Res*. 2015;235:77-82.
 39. Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2014;22(1):39-44.
 40. Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009;79(1):83-92.
 41. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(1):32-9.
 42. Mayes SD, Fernandez-Mendoza J, Baweja R, Calhoun S, Mahr F, Aggarwal R, et al. Correlates of suicide ideation and attempts in children and adolescents with eating disorders. *Eat Disord*. 2014;22(4):352-66.
 43. Ålgars M, Ramberg C, Moszny J, Hagman J, Rintala H, Santtila P. Readiness and motivation for change among young women with broadly defined eating disorders. *Eat Disord*. 2015;23(3):242-52.
 44. Ametller L, Castro J, Serrano E, Martínez E, Toro J. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: Prediction of hospital admission. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2005;46(4):394-400.
 45. Bustin LA, Lane-Loney S, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Motivational stage of change in young patients undergoing day treatment for eating disorders. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(2):151-6.
 46. Kress VE, Hoffman RM. non-suicidal self-injury and motivational interviewing enhancing readiness for change. *J Ment Heal Couns*. 2008;30(4):311-29.
 47. Fernández-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Sánchez I, Islam MA, Menchon JM. Males with Non-suicidal Self-Injury and Eating Disorder: A Unique Approach. In: Claes L, Muehlenkamp JJ, ed. *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders Advancements in Etiology and Treatment*; 2014. p. 341-51.
 48. Vansteenkiste M, Claes L, Soenens B, Verstuyf J. Motivational dynamics among eating-disordered patients with and without non-suicidal self-injury: A self-determination theory approach. *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(3):209-14.
 49. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author; 2000.
 50. Whisman MA. *Adapting Cognitive Therapy for Depression: Managing Complexity and Comorbidity*. New York: Guilford Press; 2008.
 51. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:371-7.
 52. Garner DM. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid: Tea Ediciones, SA; 1998.
 53. Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. In: Garner DM, ed. *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA; 1998. p. 69-80.
 54. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
 55. Sanz J, García-Vera MP. The Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II): factor congruence and generalizability of its indexes of internal consistency. En ehulka E, ed. *School and health 21. General issues in health education*. Brno: MSD; 2009. p. 331-42.
 56. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1970.
 57. Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. 8º ed*. Madrid: TEA Ediciones; 2011.
 58. Flett GL, Hewitt PL, Boucher DJ, Davidson LA, Munro Y. The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment. Department of Psychology Reports (Nº 203). Toronto, Canadá: York University; 1992.
 59. Castro J, Gila A, Gual P, Lahortiga F, Saura B, Toro J. Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *J Adolesc Heal*. 2004;35:382-98.
 60. Rieger E, Touyz S, Beumont P. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its

- psychometric properties. *Int J Eat Disord.* 2002;32:24-38.
61. Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beumont P, Russell J, Clarke S, Kohn M, Griffiths R. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000;28:387-96.
 62. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory, Res Pract.* 1982;19:276-88.
 63. Serrano E, Castro J, Ametller L, Martínez E, Toro J. Validity of a measure of readiness to recover in Spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychol Psychother.* 2004;77(Pt 1):91-9.
 64. Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, Bellodi L, Mauro M, Rotondo A, et al. Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):285-9.
 65. Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Compr Psychiatry.* 2007;48(3):218-24.
 66. Bardone-Cone AM, Wonderlich S a., Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(3):384-405.
 67. Holm-Denoma JM, Gordon KH, Bardone-Cone AM, Vohs KD, Abramson LY, Heatherton TF, et al. A test of an interactive model of bulimic symptomatology in adult women. *Behav Ther.* 2005;36(4):311-21.
 68. Muehlenkamp JJ, Peat CM, Claes L, Smits D. Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide Life Threat Behav.* 2012;42(4):416-25.
 69. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44(3):371-94.
 70. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991;110(1):86-108.
 71. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press; 1991.
 72. Selby EA, Joiner TE. Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Rev Gen Psychol.* 2009;13:219-29.
 73. Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse and Neglect.* 2012;36:32-9.
 74. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *Int J Eat Disord.* 2010;43:352-7.
 75. Anderson CB, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR, Bulik CM. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2002;10(3):227-43.
 76. Dohm F-A, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM, Hook J, Fairburn CG. Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2002;32(4):389-400.
 77. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(4):282-97.