



Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery

POR CARRIE ERNHOUT, PAMELA BABINGTON, Y MEGAN CHILDS

¿Cuál es la relación?

Autolesión no suicida y trastornos de alimentación

¿Para quién es?

Cualquiera persona interesada en conocido más sobre la relación entre la autolesión y los trastornos de alimentación.

¿Qué se incluye?

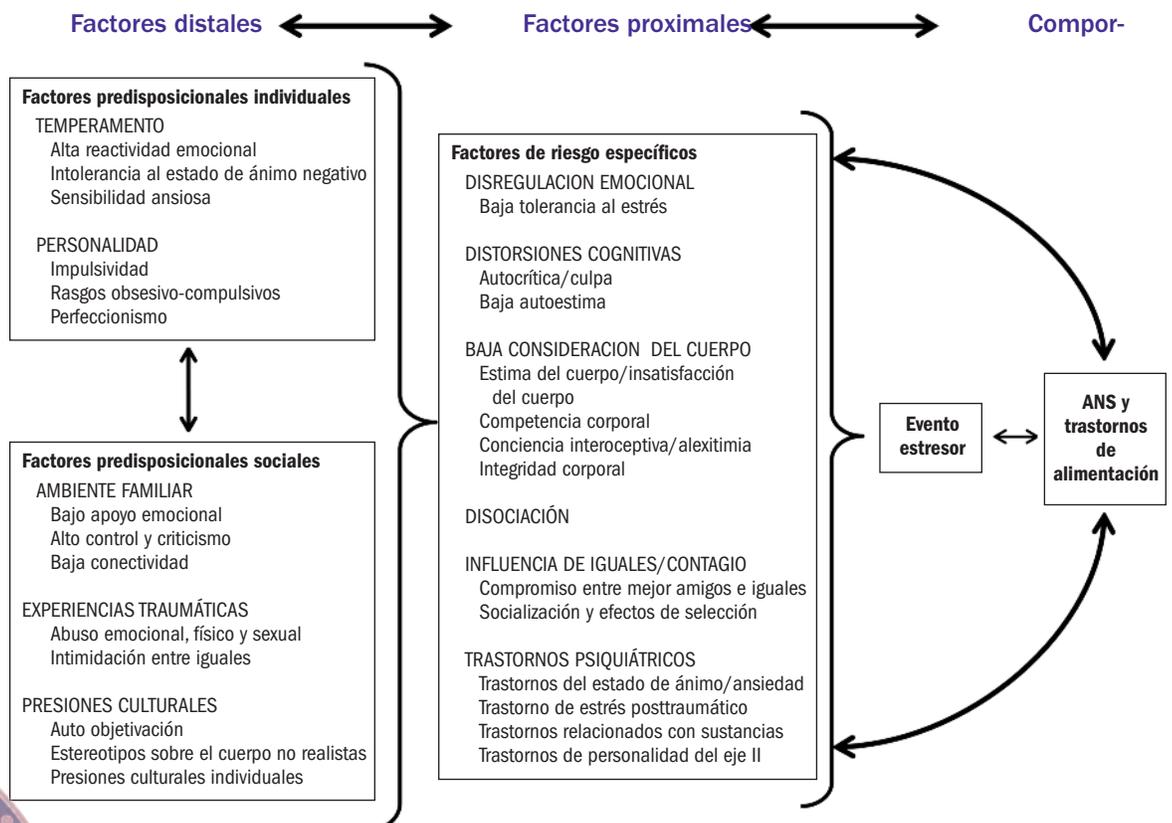
Información sobre la autolesión y los trastornos de alimentación como desórdenes que coocurren.

El modelo representacional de Claes y Muehlenkamp de factores de riesgo para ANS y trastornos de alimentación.

Qué esperar

Sugerencias para responder y apoyar a alguien que lucha con la autolesión y un trastorno de alimentación.

La autolesión no suicida (ANS) y los trastornos de alimentación a veces coocurren (es decir, uno usa ambas prácticas durante el mismo período de vida, aunque no necesariamente a la misma vez) y el vínculo entre ellos está bien establecido en la investigación. Los individuos que tienen tanto trastornos de alimentación como ANS muestran una fuerte tendencia hacia la impulsividad, poca satisfacción con el cuerpo, distorsiones cognitivas sobre uno mismo, y problemas con la regulación emocional. El modelo siguiente, desarrollado por los autores Claes y Muehlenkamp (2014), ofrece una buena representación visual del riesgo de factores interactivos y la relación entre ANS y los trastornos de alimentación.



¿Por qué ANS y TA?

Tanto los desórdenes de alimentación como ANS afectan cómo las personas se sienten y a veces son usados como una forma de cambiar, expresar o suprimir emociones.

En esencia, tanto ANS como los trastornos de alimentación son utilizados para hacer frente a sentimientos abrumadores o no deseados, o para inducir sentimientos cuando una persona se siente entumecida.

Aunque ambos comportamientos son usados para enfrentar sentimientos, como práctica, ninguno es sostenible a largo plazo. Desafortunadamente, con más tiempo que sean utilizados, ya sea de forma independiente o conjunta, menos se desarrollan las habilidades de afrontamiento sanas.

Es importante saber qué esperar de ti o de alguien que se autolesiona y que también podría luchar con un trastorno de alimentación. Este folleto te dará consejos prácticos respecto a por qué estos temas pueden coocurrir, cómo identificar si tú o alguien más está luchando con un trastorno de alimentación además de ANS, y qué puedes hacer para ayudarte a ti mismo o a alguien más.

¿Con qué frecuencia los trastornos de alimentación y la autolesión ocurren a la vez?

En total, más del 50% de chicas adolescentes y el 33% de chicos adolescentes usan medidas de restricción alimenticias para perder peso en cualquier momento. ANS también es común entre un 15%-40% de jóvenes indicando alguna historia de autolesión (dependiendo del comportamiento y la muestra examinada).

En general, los síntomas de autolesión y trastornos de alimentación ocurren juntos en un 25%-50% de individuos que empiezan con uno o el otro. Por tanto, por ejemplo, entre los individuos que se autolesionan, los estudios tienden a encontrar que entre el 25%-40% también reportan el haber participado en actividades asociadas con desórdenes alimenticios. La proporción de coincidencia es más alta en individuos que han sido diagnosticados con una enfermedad mental de cualquier tipo (puede ser tan alta como un 65% de superposición). Vale la pena hacer notar que la autolesión más frecuentemente ocurre, de los trastornos de alimentación, en individuos con bulimia.

Notablemente, hay una prevalencia más baja de ANS entre hombres con trastornos de alimentación, comparada con mujeres con trastornos de alimentación, y la prevalencia de estos desórdenes alimenticios es más baja en hombres. Sin embargo, los hombres que se autolesionan y sufren de un trastorno de alimentación podrían mostrar significativamente más severidad de sín-

tomos en el desorden de alimentación y más problemas afectivos, interpersonales y de control de impulsos que individuos con trastornos de alimentación, pero sin ANS.

Más sobre trastornos de alimentación:

Un trastorno de alimentación a veces es caracterizado por hábitos de comida anormales o perturbados que resulta en demasiada o muy poca comida o nutrientes. Los tipos de desórdenes alimenticios más comunes en EE.UU son la Anorexia nerviosa (ir sin suficiente comida) y la Bulimia nerviosa (vomitar después de comer), y el Trastorno por atracón (comer en exceso sin purgarse). Es más común que las mujeres sean diagnosticadas con Anorexia y Bulimia, pero en respeto del Trastorno por atracón la diferencia en prevalencia entre hombres y mujeres es menos pronunciada. Es más probable que los adolescentes sean diagnosticados con un trastorno de alimentación que los adultos.

¿Conoces a alguien que está sufriendo un trastorno de alimentación?

Pregúntate a ti mismo si tú o la persona en cuestión...

ANOREXIA NERVIOSA

- ¿Tiene miedo intenso e irracional de ganar peso?
- ¿Restringe la ingesta de comida para inducir o mantener pérdida de peso?
- ¿Experimenta malestar en cómo ellos perciben o evalúan su cuerpo? (por ejemplo, negación de pérdida de peso; creencia de que el control y la vigilancia se necesitan para mantener el peso; descripciones de sí mismos como "gordo" cuando otros objetivamente no están de acuerdo, obsesión con perder peso o con la comida, etc.)

BULIMIA NERVIOSA

- Tiene un sentido desproporcionadamente injusto de sí mismo por percepciones de peso y tamaño
- Dentro de un período de dos horas, comer una cantidad de comida que es drásticamente mayor de lo que otros ingerirían bajo circunstancias similares
- ¿Empieza con comportamientos compensatorios para prevenir ganar peso (como vómito auto-inducido, mal uso de laxantes, diuréticos, enemas, absteniéndose o ejercicio excesivo?)

TRASTORNO POR ATRACÓN

- ¿Come grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo o se descontrola con atracones de comida (por ejemplo, consumir una cantidad de comida que es definitivamente más grande de lo que la



mayoría de personas comerían durante un período similar de tiempo y bajo circunstancias similares)?

- ¿Tiene un sentido de falta de control sobre la comida (por ejemplo, sintiendo que no puede parar de comer)?
- ¿Se dedica de forma descontrolada a atracar comida?
- Come mucho más rápido de lo normal, y excesivamente más de lo que comerían otros, bajo similares circunstancias incluso cuando no está físicamente hambriento, y/o después se siente avergonzado por la comida ingerida

Si respondiste sí a cualquiera de los síntomas o patrones de comportamiento de arriba, es importante ser consciente del elevado riesgo para un trastorno de alimentación (cuando no hay explicación biológica: por ejemplo, enfermedad de Crohn), y se debería considerar involucrar a un profesional de la salud mental.

Para más respecto a reconocer y detectar ANS por favor mira el folleto informativo [“What is self-injury?”](#)

¿Quién está en mayor riesgo para sufrir trastornos de alimentación y ANS?

La investigación indica que hay superposición de factores que ponen en riesgo a individuos para ANS y trastornos de alimentación. Algunos de estos factores incluyen:

- Historia de trauma o abuso
- Ausencia de relaciones familiares sanas
- Dificultad para hacer frente a emociones negativas
- Objetivación del cuerpo elevado
- Alta auto-critica
- Tendencias disociativas
- Alto impulso por control
- Impulsividad
- Depresión
- Actitudes negativas hacia el cuerpo

Sugerencias para responder y apoyar a alguien que lucha con ANS y TA:

- Toma un enfoque respetuoso y curioso a los comportamientos de la persona (esto incluye hacer preguntas abiertas sobre que su comportamiento hace por ellos y no asumir que tú sabes la razón de su estrés). Para más ve el folleto de información sobre curiosidad respetuosa.
- Recuerda que estos comportamientos comunican algún estrés subyacente – ellos raramente hacen intentos de manipulación, búsqueda de atención o otros esfuerzos melodramáticos.
- Evalúa tu propia reacción a estos comportamientos antes de intentar una conversación con una persona sobre ellos mismos, y practica cómo presentarás tu preocupación en una forma de apoyo, respetuosa y curiosa.
- Haz que la persona sepa que estás ahí para escuchar y que quieres entender cómo estos comportamientos funcionan para hacerle sentir mejor.
- Permite a la persona saber que te preocupas por ellos y quieres apoyarlos.
- Intenta evitar ofrecer consejo. Los consejos que das pueden ser fácilmente interpretados como críticas. En vez de eso, valida lo que la persona comunica sobre cómo piensa, se siente y percibe la situación.
- Ayuda a la persona a empezar a identificar otras habilidades de afrontamiento que podrían usar cuando sienten el impulso de empezar con ANS o TA.
- Pon atención en que disminuir uno (ANS/TA) no incremente el otro: el decrecimiento gradual de ambos comportamientos es necesario para recuperarse.
- Entiende que ANS y TA, especialmente cuando coocurren, puede requerir tratamiento en salud mental a largo plazo. Además, acepta que la persona podría luchar con recaídas mientras aprenden y prueban nuevos comportamientos. Ten recursos de terapia locales preparados para ofrecer a la persona y dirigirla a profesionales que son expertos en tratamientos de estos comportamientos. *Puedes expresar que no te gustan esos comportamientos (autolesión), pero que te gusta la persona.*

Responder con apoyo puede ayudar a personas que luchan con ANS y TA avanzar así la recuperación.

Agradecimiento especial

El Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery le gustaría extender un agradecimiento especial al Dr. Laurence Claes, por sus correcciones, mejoramientos, y desarrollo del contenido experto en este folleto. Gracias también a Dr. Laurence Claes y Dr. Jennifer Muehlenkamp por el uso de su modelo representacional de ANS y factores de riesgo de trastornos de alimentación.



Resources Consulted

- Ahren, J.C., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C., & Goodman, A. (2013). We are family - parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 693-700.
- Claes, L., Fernández-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Botella, C., Casanueva, F. F., de la Torre, R., & ... Menchón, J. M. (2013). Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions. *Personality And Individual Differences*, 54(1), 137-140.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, 2(3), 263-272.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (Eds.). (2014). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancement in etiology and treatment*. New York: Springer.
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2012). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 196-202.
- Claes, L., Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Kuppens, P., & Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated?. *Comprehensive psychiatry*, 51(4), 386-392.
- Claes, L., Jimenez-Murcia, S., Aguera, Z., Castro, R., Sanchez, I., Menchon, J., & Fernandez-Aranda, F. (2011). Male eating disorder patients with and without non-suicidal self injury: A comparison of psychopathological and personality features. *European Eating Disorders Reviews*, 20, 335-338.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Enten, R., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52, 784-787.
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M.L., Honkalampi, K., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2008). Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 464-467.
- Merikangas KR, He J, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Oct;49(10):980-989.
- Nelson, A., & Muehlenkamp, J. J. (2012). Body attitudes and objectification in non-suicidal self-injury: Comparing males and females. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 1-12.
- Swannell, Sarah V., Martin, Graham E., Page, Andrew, Hasking, Penelope, St John, Nathan J.,. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav Suicide and Life-Threatening Behavior*, (2), n/a.
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... & Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.

Suggested Citation

Ernhout, C., Babington, P., & Childs, M. (2015). What's the relationship? Non-suicidal self-injury and eating disorders. The Information Brief Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University, Ithaca, NY.

