

Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo

Suicidal risk: influence of self-harm, eating behavior, and subjective pain

Modesto Solís Espinoza, Juan Manuel Mancilla Díaz
y Rosalía Vázquez Arévalo

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Modesto Solís Espinoza, modesto333@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

Objetivo. El objetivo del presente trabajo fue analizar la influencia de la conducta alimentaria de riesgo (CAR en lo sucesivo), las autolesiones y el dolor subjetivo en el riesgo suicida de adolescentes. *Método.* Se obtuvo por encuesta online una muestra de 423 mujeres, en quienes se evaluaron las CAR, el riesgo suicida, los síntomas depresivos y las autolesiones. Se efectuaron dos análisis de varianza de un factor y pruebas *post hoc* para analizar las diferencias entre grupos sin sintomatología, con autolesión, con CAR y con ambos problemas en riesgo suicida y sintomatología depresiva; asimismo, se verificaron dos análisis de varianza de un factor y pruebas *post hoc* para comparar grupos con diferente grado de dolor subjetivo tras autolesionarse. *Resultados.* El grupo comórbido y el de habituación al dolor reportaron puntuaciones más altas, pero no difirieron significativamente de los demás grupos. *Conclusiones.* Requieren especial atención los casos con comorbilidad, así como aquellos adolescentes con autolesión que pueden llegar a habituarse al dolor.

Palabras clave: Autolesiones; Conducta alimentaria de riesgo; Suicidio; Dolor subjetivo; Capacidad adquirida de suicidio.

ABSTRACT

Objective. To explore the acquired capacity to commit suicide, the influence of disordered eating behavior (DEB), self-harm, and subjective pain on the suicidal risk of adolescents. *Method.* An online survey obtained a sample of 423 young women, in which DEB, suicide risk, depressive symptoms, and self-harm were evaluated. Two one-way ANOVA and *post hoc* tests analyzed the differences between control groups, with self-harm, with DEB, and with both problems regarding suicide risk and depressive symptoms. Likewise, two one-way ANOVA and *post hoc* tests compared groups with different degrees of subjective pain after self-injury. *Results.* The comorbid group and the pain habituation group showed higher scores but did not differ significantly in all the groups.

¹ Grupo de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext. 3973, correos electrónicos: modesto333@comunidad.unam.mx, jmmd@unam.mx y rvamap@unam.mx.



Conclusions. Cases with comorbidity require special attention, as well as those adolescents with self-injury who may become accustomed to pain.

Key words: Self-harm; Risky eating behavior; Suicide; Subjective pain; Acquired capacity for suicide.

Recibido: 02/07/2021

Aceptado: 15/01/2022

INTRODUCCIÓN

A partir de la pandemia por COVID-19, se ha especulado sobre los efectos que la misma puede tener en la salud mental (Taquet, Luciano, Geddes y Harrison, 2020), pues aún falta información contundente para estimar su magnitud; no obstante, ya hay algunos estudios que aportan ciertas evidencias para entender el panorama que el mundo enfrenta. La revisión sistemática hecha por Prati y Mancini (2021) señala que el aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva ha sido reducido; no obstante, dichos autores no incluyeron investigaciones realizadas en América Latina, por lo que se prevén diversos cambios por parte de las autoridades sanitarias. Se requieren, por ejemplo, más pesquisas que hagan posible dilucidar las consecuencias de la pandemia en la salud de los adolescentes.

Uno de los problemas que se suponen en aumento debido a la pandemia es el suicidio (O'Connor *et al.*, 2020), una cuestión que ha sido objeto de estudio desde hace varios años debido a que hay numerosas interrogantes en torno a su predicción y el tratamiento de los potenciales suicidas (Chung, Ryan, Hadzi-Pavlovic, Stanton y Large, 2017; Hubers *et al.*, 2018). Uno de los intentos por dar respuestas a dicha problemática es la teoría interpersonal de Joiner (2005), que se fundamenta en tres aspectos centrales que explican la conducta suicida: la falta de pertenencia a grupos sociales, el sentimiento de ser una carga para los demás y la capacidad adquirida para suicidarse (alteraciones que resultan de considerar el suicidio como un acto no tan amenazante o indeseado). Con base en esta teoría, se han generado diversas investigaciones cuyos resultados, no obstante, aún

no han sido lo suficientemente contundentes respecto a si los principios establecidos por la misma permiten entender mejor la conducta suicida (Ma, Batterham, Callear y Han, 2016).

De acuerdo con los supuestos sobre la capacidad adquirida para el suicidio, se han explorado la relación de la conducta alimentaria de riesgo (CAR) y las autolesiones con dicho fenómeno; un ejemplo es el trabajo de Witte *et al.* (2016), en el que se analizó a cien mujeres de un centro para la atención de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Mediante el llamado “análisis de senderos” se probó parcialmente la hipótesis a través de una regresión negativa binomial. La restricción alimentaria funcionó como un predictor del intento suicida; sin embargo, al efectuar tal examen, se le asoció significativamente con la ausencia del temor a morir, pero no con la tolerancia al dolor; aun así, al controlar el efecto de otras variables, el acto de vomitar y el uso de laxantes predijeron positivamente la capacidad adquirida, mas no los intentos de suicidio. Así, pareciera que las CAR pueden influir de diferente forma tanto en los intentos suicidas como en la capacidad adquirida para el suicidio.

Smith, Ortiz, Forrest, Velkoff y Dodd (2018) llevaron a cabo un estudio por medio de un análisis de redes con el que identificaron las deficiencias en la interocepción como un factor central en los trastornos alimentarios y en los síntomas de suicidio, lo que coincide con otros trabajos sobre las alteraciones perceptivas.

Uno de los estudios más recientes en esta línea de investigación, el cual retoma la teoría de Joiner (2005), en conjunto con la autolesión y las CAR, es el de Brausch y Perkins (2018), quienes analizaron las CAR y las autolesiones en relación con la capacidad de suicidio, para lo cual examinaron tres grupos: uno con historial de autolesión, otro con puntuación de riesgo en sintomatología de trastornos alimentarios, y uno más con ambas características. Sus resultados indican que el grupo con síntomas de TCA únicamente no mostró un aumento significativo en la capacidad de suicidio, mientras que el grupo comórbido reportó intentos de suicidio más recientes, más frecuentes, con mayor letalidad y con más probabilidad de consumarlo.

Según lo anteriormente señalado, la presente investigación tuvo como propósito analizar cómo influyen los diferentes niveles de percepción del dolor al lesionarse, la presencia y la ausencia de autolesiones y la conducta alimentarias de riesgo en el riesgo suicida y la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres adolescentes.

MÉTODO

Muestra

La muestra fue no probabilística y se integró por 423 mujeres con una edad media de 16.25 años (D.E. = 1.71) y un rango de 11 a 18 años, todas ellas residentes en Ciudad de México y el Estado de México.

Instrumentos

Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) (Garner y Garfinkel, 1979).

Adaptado para mexicanos por Vázquez *et al.*, (2018), consta de 26 ítems que miden conductas alimentarias y síntomas asociados a anorexia y bulimia distribuidos en cuatro factores (Bulimia, Preocupación por la delgadez, Evitación de comida y Presión social para comer), los cuales se evalúan mediante una escala Likert con seis opciones de respuesta que van de menor a mayor intensidad de cada actitud: “Nunca”, “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Bastantes veces”, “Casi siempre” y “Siempre”; contiene además un reactivo de puntuación inversa. Puntuaciones iguales o mayores de 84 implican un riesgo de padecer trastornos alimentarios. Se ha reportado un coeficiente de Cronbach de .87 en mujeres de instituciones educativas del área metropolitana de la Ciudad de México.

Cuestionario de Autolesión (CRA) (Solís y Gómez-Peresmitré, 2020).

Conformado por doce reactivos dicotómicos y politómicos correspondientes a tres dimensiones: Frecuencia de autolesión, Efecto adictivo de la autolesión y Contagio social. Ha mostrado tener consistencia interna adecuada (alfa y omega) de .94 en adolescentes mexicanos. A este instrumen-

to se le agregaron preguntas sobre el dolor subjetivo tras lastimarse en varias ocasiones en una escala de 1 a 10, a partir de la que se estimaron tres niveles: Sensibilización al dolor, Sin alteración y Habitación al dolor.

Escala de Riesgo Suicida (Plutchik y Van Praag, 1989).

Adaptada por Rubio *et al.* (1998), consta de quince ítems con respuestas dicotómicas de sí/no. Se ha reportado para este instrumento un coeficiente alfa de Cronbach de .74. Se utilizó la modificación de dos ítems implementada en el estudio de Suárez, Palacio, Caballero y Pineda (2019); así, el reactivo “¿Toma drogas o aspirina para dormir regularmente?” se cambió por “¿Toma de forma habitual algún medicamento o sustancia psicoactiva?”, y el ítem “¿Está usted separado/divorciado/viudo?” se ajustó para adolescentes con la pregunta: “¿Te sientes solo?”.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996).

Adaptado por Jurado *et al.* (1998) en población mexicana, y con un coeficiente alfa de Cronbach de alrededor de .89, está compuesto por 21 ítems conformados cada uno por una escala descriptiva de cuatro afirmaciones, en las que a mayor puntuación, mayor sintomatología depresiva en las últimas dos semanas.

Procedimiento

Para la aplicación de instrumentos se elaboró un formulario en la plataforma Google Forms. En la primera sección se mostraba un formato de consentimiento informado (objetivos, actividades y derechos de los participantes). Se dispuso una casilla de verificación para indicar si se aceptaba participar o no, así como espacios para colocar los nombres de la participante y el tutor en el caso de que aquella fuera menor de edad. Al señalar “de acuerdo” en la casilla de verificación, y en la de “siguiente” se procedía a desplegar la pantalla en que se mostraban los campos para llenar los datos generales y los instrumentos.

Se distribuyó la encuesta con el formulario a través de Facebook por medio de publicidad res-

tringida a adolescentes de 13 a 18 años de Ciudad de México y del Estado de México (parámetros establecidos mediante la segmentación de la zona geográfica). La publicación invitaba a participar en un estudio en el que se obtendría la evaluación de cuestionarios cuya finalidad era valorar los indicios de sintomatología depresiva y si el encuestado estaba en riesgo de cometer suicidio. Una vez seleccionado el enlace de la publicación, se redirigía al formulario de Google previamente descrito.

Tras recuperar la información y analizar las puntuaciones recibidas, se enviaba una respuesta vía correo electrónico a cada participante. Con una explicación previa, se devolvieron los resultados de sus respuestas a fin de sugerir y ofrecer un directorio de apoyo psicológico para quienes lo requirieran (puntuaciones por encima del punto de corte en los cuestionarios). La recolección de datos fue de carácter no invasivo y se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

Análisis de datos

Para analizar la influencia de la presencia o ausencia de autolesiones, CAR y dolor subjetivo en riesgo suicida y sintomatología depresiva se efectuaron cuatro análisis de varianza (ANOVA) de un factor, además de análisis *post hoc* de Tukey y T3 de Dunnett, para establecer comparaciones múltiples entre grupos según la distribución de las variables. Todos los análisis se realizaron utilizando el programa SPSS, v. 21.

RESULTADOS

Diferencias entre grupos con CAR y autolesión en riesgo suicida y síntomas depresivos

Para comparar el riesgo suicida, la sintomatología depresiva en adolescentes, la presencia o ausencia de CAR (puntuación igual o mayor a 84) y las autolesiones (con un antecedente de al menos una autolesión) se formaron cuatro subgrupos:

GC = Sin puntuación de riesgo de CAR ni autolesión.

GCAR = Con CAR y sin autolesión.

GA = Con autolesión y sin CAR.

GCAR+A = Con CAR y autolesión.

Se realizaron dos ANOVA simple que tuvieron efecto significativo, uno en riesgo suicida ($F[1, 423] = 83.27, p < .001$) y otro en sintomatología depresiva $F[1, 423] = 63.25, p < .001$).

En la Tabla 1 se pueden observar las comparaciones entre grupos. Los análisis *post hoc* T3 de Dunnett mostraron que el promedio de riesgo suicida del grupo comórbido fue mayor ($M = 25.74$) al riesgo suicida de los grupos control ($M = 20.30$) y de solo autolesión ($M = 24.59$), con una diferencia marginal ($p < .059$) con el grupo de solo CAR ($M = 23.81$), mientras que los grupos de autolesión y de CAR no difirieron entre sí, aunque ambos obtuvieron un promedio de riesgo suicida mayor que el grupo control.

Tabla 1. Comparación de riesgo suicida y sintomatología depresiva entre grupos de acuerdo con la presencia de autolesión y/o CAR mediante ANOVA de un factor y T3 de Dunnett y Tukey.

Variable	Grupo Control M (D.E.) n = 129	Grupo CAR M (D.E.) n = 16	Grupo Autolesión M (D.E.) n = 188	Grupo CAR + Autolesión M (D.E.) n = 90	ANOVA	
					F	Test <i>post hoc</i>
Riesgo suicida	20.30 (3.44)	23.81 (23.81)	24.59 (2.55)	25.74 (2.26)	83.27***	C < CAR*** C < A*** C < CARYA*** A < CARYA***
Sintomatología depresiva	34.67 (10.74)	45.93 (14.18)	48.48 (11.39)	54.85 (11.80)	63.25***	C < CAR* C < A*** C < CARYA*** A < CARYA***

Nota: C = grupo control; CAR = grupo de conducta alimentaria de riesgo; A = grupo de autolesión; CARYA = grupo conducta alimentaria de riesgo y autolesión. *** $p < .001$.

Las comparaciones *post hoc* de Tukey en sintomatología depresiva mostraron que el grupo comórbido obtuvo un puntaje significativamente mayor ($M = 54.85$) que los de solo autolesión ($M = 48.48$) y control ($M = 34.67$), pero no significativamente mayor que el grupo de CAR ($M = 45.93$). A su vez, los grupos de autolesión y de CAR no difirieron entre sí, pese a que obtuvieron promedios mayores que el grupo control.

Diferencias entre grupos de autolesión con diferente nivel de dolor subjetivo en riesgo suicida y síntomas depresivos

Para comparar el riesgo suicida y la sintomatología depresiva de cuatro niveles de alteración del dolor subjetivo tras autolesionarse los grupos quedaron de la manera siguiente:

G Control = grupo control (sin autolesión).

G Sensibilización = más dolor tras lastimarse.

G Sin alteración = sin cambios en el dolor percibido.

G Habitación = menos dolor tras lastimarse.

En el ANOVA simple, el primero mostró un efecto significativo en riesgo suicida ($F[1, 423] = 71.59$, $p < .001$), y el segundo un efecto significativo en sintomatología depresiva ($F[1, 423] = 54.82$, $p < .001$).

En la Tabla 2 se muestran las comparaciones múltiples entre grupos. Los análisis *post hoc* de Tukey mostraron que el promedio de riesgo suicida del grupo de habituación al dolor ($M = 25.46$) no difirió significativamente del grupo sin alteración ($M = 24.76$), pero sí fue mayor al promedio del grupo de sensibilización ($M = 23.76$) y del grupo control ($M = 20.74$). Mientras que los grupos sin alteración y de sensibilización no difirieron entre sí, ambos fueron mayores que el grupo control.

Tabla 2. Comparación de riesgo suicida y sintomatología depresiva entre grupos de acuerdo con el dolor subjetivo tras autolesionarse, a través de ANOVAS de un factor y Tukey.

Variable	Grupo Control M (D.E.) n = 147	Grupo Sensibilización M (D.E.) n = 42	Grupo sin alteración M (D.E.) n = 94	Grupo Habitación M (D.E.) n = 140	ANOVA	
					F	Test <i>post hoc</i>
Riesgo suicida	20.74 (3.59)	23.76 (2.68)	24.76 (2.43)	25.46 (2.40)	71.59***	C < S *** C < SA *** C < H *** S < H ***
Sintomatología depresiva	36.17 (11.80)	44.38 (10.85)	49.45 (11.11)	53.06 (12.04)	54.82***	C < S *** C < SA *** C < H *** S < H ***

Nota: C = grupo control; S = grupo sensibilización; SA = grupo sin alteración; H = grupo habitación.

*** = $p < .001$.

Las comparaciones *post hoc* de Tukey en las medidas de sintomatología depresiva mostraron puntajes significativamente mayores en el grupo de habituación al dolor ($M = 53.06$) que en los grupos de sensibilización ($M = 44.38$) y control ($M = 36.17$), pero no significativamente distintos del grupo sin alteración ($M = 49.45$). Por otra parte, el grupo sin alteración obtuvo un promedio mayor de sintomatología depresiva que el grupo de sensibilización; sin embargo, tal diferencia no fue significativa; el grupo control obtuvo signifi-

cativamente menos sintomatología depresiva que los otros tres grupos.

DISCUSIÓN

Fue propósito del presente estudio explorar la influencia de las autolesiones, las CAR y el dolor subjetivo en el riesgo suicida y la sintomatología depresiva en adolescentes. Los análisis mostraron que el grupo comórbido (con CAR y autolesión)

tuvo significativamente un mayor riesgo suicida y más síntomas depresivos en comparación con los grupos control y de autolesión. Al comparar los grupos con antecedentes de autolesión que reportaron diferentes niveles de dolor subjetivo, no se hallaron diferencias entre cada grupo, pero la tendencia de los resultados apuntó a un mayor riesgo suicida y más sintomatología depresiva al haber habituación al dolor.

Uno de los resultados a destacar es la alta prevalencia de CAR en conjunto con antecedentes de autolesiones, aunque Svirko y Hawton (2007) y Kostro, Lerman y Attia (2014) reportan una alta comorbilidad de trastorno alimentario con conductas autolesivas, que llegan a variar de 25.4 a 55.2%. En esta investigación 84.91% de quienes obtuvieron una puntuación alta en CAR también reportaron haberse autolesionado anteriormente, un porcentaje elevado aun considerando que no se trató de pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario. Este hecho podría explicarse mediante la función de evitación de experiencias que comparten ambas problemáticas. Se sugiere realizar entrevistas en futuros proyectos para dilucidar esta cuestión.

En contraste con los resultados del estudio de Brausch y Perkins (2018), en el que también se compararon grupos de universitarios estadounidenses con CAR, con autolesión y con ambas condiciones, en este trabajo los adolescentes con únicamente CAR no difirieron significativamente del grupo comórbido en las variables relacionadas al suicidio (riesgo suicida y sintomatología depresiva), aunque la tendencia general fue que el grupo comórbido obtuvo medias más altas que los demás grupos. Por otro lado, hubo diferencias con el estudio de Brausch y Perkins (2018) derivadas de la muestra, dado que esta investigación se realizó únicamente con mujeres, aproximadamente tres años más jóvenes en promedio y de nacionalidad mexicana.

En consonancia con otros trabajos, como el de Islam *et al.* (2015), la tendencia en los resultados muestra un mayor riesgo suicida y más síntomas depresivos al presentarse ambas conductas; no obstante, la manera en que interactúan para aumentar la probabilidad de cometer suicidio todavía

no es clara: si es que dicha asociación se explica por los síntomas depresivos como antecedente del suicidio, o modo por medio de la capacidad adquirida de suicidio y un menor miedo a la muerte, tal como se ha explorado en otras investigaciones.

Los hallazgos de la influencia de la habituación al dolor y la capacidad adquirida de suicidio ya se han analizado antes; sin embargo, los resultados reportados no han sido concluyentes (Ammerman, Burke, Alloy y McCloskey, 2016). Lo encontrado en la presente investigación no permite esclarecer cabalmente su efecto como antecedente del suicidio, aunque se identifica una tendencia de riesgo más elevado cuando hay habituación al dolor provocado por las autolesiones. Cabe destacar que este estudio es de los primeros en explorar la asociación entre la habituación al dolor y el suicidio en población mexicana; además, los resultados parecen confirmar que el antecedente de autolesión tiende a influir en el riesgo de suicidio, independientemente de la cantidad de aquellas.

Se puede concluir que la presencia en conjunto de CAR y autolesiones puede implicar cuadros más psicopatológicos (más sintomatología depresiva y mayor riesgo suicida) a que si solo se tiene uno, por lo que sería recomendable indagar sobre la ocurrencia de autolesiones al detectarse CAR, y viceversa. Por otro lado, sentir menos dolor tras lastimarse en diferentes ocasiones mostró que se genera una tendencia a una sintomatología depresiva más aguda y un mayor riesgo suicida, lo que puede ser relevante al detectar adolescentes con conductas autolesivas, especialmente en la valoración de riesgos y su posible nexos con las conductas suicidas.

Entre las limitaciones del presente estudio debe señalarse que la muestra se obtuvo de forma no probabilística y por medio de una encuesta *online*, lo que implica que no se pueden generalizar los resultados al limitarse al sector de la población con acceso a internet y a las redes sociales, que fueron las vías por las que más se distribuyó la encuesta. En contraste con dicha limitación, también se puede señalar la aportación de este tipo de encuestas, lo que, debido a la contingencia por COVID-19, puede ser una alternativa viable para

detectar adolescentes en riesgo, los cuales, además de las dificultades propias de la pandemia, han sufrido la falta de redes de apoyo y de los factores protectores de sus entornos educativos (Hasking *et al.*, 2021).

Este trabajo se realizó a un año de surgida la pandemia, por lo que es posible que algunos de los resultados estén influidos por dicha situación; aun si lo encontrado es válido y confiable, lo reportado por los participantes puede haber sido alterado por los incrementos de ansiedad, depresión

y otras variables asociadas a la pandemia (Hernández, 2020).

Por último, una limitación importante a superar en próximos estudios es la que se refiere a los instrumentos de evaluación, por lo que se sugiere desarrollar instrumentos afines a la teoría interpersonal de suicidio mediante los cuales se evalúe la capacidad adquirida de suicidio y el temor a la muerte, lo que permitiría efectuar estimaciones más precisas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial al Programa de Becas Posdoctorales, por el financiamiento concedido al presente proyecto.

Citación: Solís E., M., Mancilla D., J.M. y Vázquez A., R. (2023). Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo. *Psicología y Salud*, 33(1), 89-96. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2775>.

REFERENCIAS

- Ammerman, B.A., Burke, T.A., Alloy, L.B. y McCloskey, M.S. (2016). Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk. *Psychiatry Research*, 236, 80-85. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.12.028.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. y Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597. Doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13.
- Brausch, A.M. y Perkins, N.M. (2018). Nonsuicidal self-injury and disordered eating: Differences in acquired capability and suicide attempt severity. *Psychiatry Research*, 266, 72-78. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.021.
- Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C. y Large, M.M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. Doi: 10.1017/s0033291700030762.
- Hasking, P., Lewis, S.P., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, M. y Robinson, K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources. *School Psychology International*, 42(1), 57-78. Doi: 10.1177/2045796016001049.
- Hernández R., J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3).
- Hubers, A., Moaddine, S., Peersmann, S., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R.C., Dekkers, O.M. y Giltay, E.J. (2018). Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 186-198. Doi: 10.1017/s2045796016001049.
- Islam, M.A., Steiger, H., Jiménez M., S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Riesco, N., Menchón, J.M. y Fernández A., F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: relevance of personality traits and gender. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 553-560. Doi: 10.1002/erv.2374.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kostro, K., Lerman, J.B. y Attia, E. (2014). The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 2(19), 1-9. Doi: 10.1186/s40337-014-0019-x.

- Ma, J., Batterham, P.J., Callear, A.L. y Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.008.
- O'Connor, R., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A., Niedzwiedz, C. y Robb, K. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health y Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326-333. Doi: 10.1192/bjp.2020.212.
- Plutchick, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology, Biology and Psychiatry*, 6(13), 523-534. Doi: 10.1016/0278-5846(89)90107-3.
- Prati, G. y Mancini, A.D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: A review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201-211. Doi: 10.1017/s0033291721000015.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M., Marín, J.J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.
- Smith, A.R., Ortiz, S.N., Forrest, L.N., Velkoff, E.A. y Dodd, D.R. (2018). Which comes first? An examination of associations and shared risk factors for eating disorders and suicidality. *Current Psychiatry Reports*, 20, 77. Doi: 10.1007/s11920-018-0931-x.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4a. ed.). México: Trillas.
- Solís E., M. y Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1). Doi: 10.22402/j.rdi.2020.206.123-141.
- Suárez C., Y., Palacio S., J., Caballero D., C.C. y Pineda R., C.A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. Doi: 10.14349/rlp.2019.v51.n3.1.
- Svirko, E. y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 37(4), 409-421. Doi: 10.1521/suli.2007.37.4.409.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J.R. y Harrison, P.J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140. Doi: 10.1016/s2215-0366(20)30462-4.
- Witte, T.K., Zuromski, K.L., Gauthier, J.M., Smith, A.R., Bartlett, M., Siegfried, N., Bodell, L. y Goodwin, N. (2016). Restrictive eating: Associated with suicide attempts, but not acquired capability in residential patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 235, 90-96. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.043.