

Universidad Abierta Interamericana



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de Grado

“Relación entre el estilo de crianza percibido y las autolesiones en adolescentes de la ciudad de Rosario”

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Autora: Jesica Tourneur

Tutor/a: Federico Sciretta

Abril 2022

Agradecimientos

A todos aquellos que en algún momento formaron y forman parte de mi vida, porque de cada uno de ellos aprendí algo.

Resumen

La presente investigación está enmarcada dentro de la carrera de Psicología como trabajo integrador final para la obtención del título de grado. En la misma se pretende conocer la relación entre los estilos de crianza percibidos y las autolesiones en la adolescencia. Con este fin se aplicaron dos escalas a un grupo de 180 adolescentes de entre 14 y 19 años, de la ciudad de Rosario. Por un lado, se utilizó el Cuestionario de Escala Estilos de Crianza de Steinberg. Por otro lado, se utilizó el Inventario de Autolesiones de Klonsky.

Los resultados mostraron que entre las dimensiones que conforman los estilos de crianza y las motivaciones para realizar autolesiones se hallaron vinculaciones significativas inversas entre la autonomía psicológica y las motivaciones de venganza y autodominio; y un estilo autoritario, se asocia con manifestación de angustia como motivación de las autolesiones. La prevalencia en cuanto al tipo de conducta autolesiva es cortarse y no permitir que cicatricen las heridas. En cuanto a los Estilos de Crianza percibidos, el Autoritario fue el más prevalente, seguido del Autoritativo y Negligente. También se halló que los adolescentes de mayor edad perciben con más distancia afectiva a sus padres. Se concluye que al juntar todos los factores asociados a la autolesión se puede notar la complejidad de este comportamiento, la gravedad de su manifestación, su acelerado incremento entre los adolescentes de diversos países alrededor del mundo y la influencia del estilo de crianza percibido. Por esto mismo es de suma importancia la preservación de la salud mental de los adolescentes desde la crianza ya que, contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones.

Palabras Clave: Adolescencia - Autolesiones – Estilos de crianza percibidos

Abstract

The present investigation is framed within the Psychology career as a final integrative work to obtain the degree. It is intended to know the relationship between perceived parenting styles and self-harm in adolescence. To this end, two scales were applied to a group of 180 adolescents between 14 and 19 years of age, from the city of Rosario. On the one hand, the Steinberg Parenting Styles Scale Questionnaire was used. On the other hand, the Klonsky Self-Harm Inventory was used.

The results showed that between the dimensions that make up the parenting styles and the motivations to commit self-harm, significant inverse links were found between psychological autonomy and the motivations of revenge and self-control and an authoritarian style, which is associated with the manifestation of anguish as a motivation for self-harm. self-harm. The prevalence in terms of the type of self-injurious behavior is cutting and not allowing wounds to heal. Regarding the Parenting Styles perceived, Authoritative was the most prevalent, followed by Authoritarian and Neglectful. It was also found that older adolescents perceive their parents as more emotionally distant. It is concluded that by putting together all the factors associated with self-injury, the complexity of this behavior can be noted, the severity of its manifestation, its accelerated increase among adolescents from various countries around the world and the influence of the perceived parenting style, for this reason Likewise, the preservation of the mental health of adolescents from their upbringing is of the utmost importance, since it will contribute to the general health, education and social conditions of present and future generations.

Keywords: Adolescence - Self-harm - Perceived parenting styles

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	4
Introducción	7
Pregunta de investigación	9
Objetivo general	9
<i>Objetivos específicos</i>	9
Hipótesis de investigación	9
Estado actual del Arte o Antecedentes de Investigación	10
Marco teórico	16
Adolescencia	16
<i>Definición del constructo</i>	16
<i>Búsqueda de Identidad en la adolescencia</i>	17
<i>Etapas de la Adolescencia</i>	17
Adolescencia temprana.	17
Adolescencia intermedia.	18
Adolescencia tardía.	18
<i>Cambios durante la adolescencia</i>	18
Desarrollo físico.	18
Desarrollo psicológico.	19
Desarrollo emocional.	20
Desarrollo social.	20
Autolesiones	21
<i>Tipología de la autolesión</i>	24
<i>Factores asociados a la autolesión</i>	27
<i>Motivaciones para desarrollar conductas autolesivas</i>	32
Modelo de la regulación de los afectos.	32
Modelo de la disociación.	33
Modelo de conducta suicida alternativa.	33
Modelo de influencia interpersonal.	33
Modelo de los límites interpersonales.	33
Modelo del castigo.	33

Modelo de búsqueda de sensaciones.	34
<i>Factores de riesgo</i>	35
Estilos de crianza percibidos	36
Marco metodológico	40
<i>Definición de las variables</i>	40
Definición conceptual.	40
Definición operacional.	41
Muestra	41
<i>Unidad de análisis</i>	41
Instrumentos	41
Procedimientos	44
Aspectos éticos	44
Análisis de datos	45
Análisis de los datos e interpretación de los resultados	46
Caracterización de la muestra	46
Conclusión	53
Anexos	62

Introducción

En el año 2006 se enciende la alarma en los medios de comunicación masivos sobre la base de publicaciones llevadas a cabo por el gobierno británico que hacen referencia a la conducta autolesiva corporal en jóvenes y al incremento considerable de este tipo de acciones entre los jóvenes hasta el punto de llegar a ser considerada una epidemia silenciosa que afecta a uno de cada quince adolescentes de entre 12 y 25 años en el Reino Unido.

Estudios relacionados con la influencia del estilo de crianza en el desarrollo psicológico del sujeto se han focalizado primordialmente en la población infantil y adolescente, más que en adultos jóvenes, a pesar de que el modo de crianza conlleva efectos a lo largo de todo el ciclo vital (Anisman et al., 1998, citado en De la Iglesia et al., 2011).

Según los resultados del principal informe, el Truth Hurts, cada año más de 24000 jóvenes son ingresados en hospitales como consecuencia de acciones autolesivas, aunque los propios autores del informe reconocen que las cifras no son del todo fiables porque la mayor parte de estos jóvenes no acuden a los hospitales. El Truth Hurts concluía que una de las cosas que la autolesión ofrece a los jóvenes es el sentimiento de control de algo en su vida y que temen perderlo si revelan su secreto. No obstante, el informe Truth Hurts no surgía de la nada, desde finales de los noventa y como consecuencia de la salida del armario de personajes famosos que confiesan autolesionarse o haberse autolesionado, empiezan a emerger sobre todo en Estado Unidos, Reino Unido y Canadá estudios y programas que abordan la cuestión de la autolesión corporal en jóvenes (Axiela, 2007).

Hoy en día los adolescentes atraviesan por diversas situaciones que les producen emociones como: tristeza, ansiedad, soledad, enojo, miedo ira, frustración, que tienen base en antiguas formas de enfrentar situaciones adversas que fueron aprendidas como defensa en la infancia. En ocasiones, pueden llegar a cristalizarse, llegando a trastornos depresivos que dificultan la identificación y el control de dichas emociones, obteniendo como resultado la

presencia de conductas autolesivas como cortarse, pegarse y quemarse, siendo estas repetitivas y deliberadas que no solucionan el problema emocional que tiene el sujeto; la conducta le funciona a corto plazo para evadir o enmascarar el dolor emocional.

Por tal motivo, se calcula que para el año 2020 aproximadamente 15 a 30 millones de jóvenes se autolesionarán. La conducta de autolesión representa el 3% de la carga por enfermedad en jóvenes de 10 a 19 años. Esta cifra es superior a la carga por asma, tuberculosis, SIDA y comparable a la carga por uso indebido de drogas y violencia. El problema es que la detección de autolesiones es muy difícil, puesto que su práctica permanece oculta en el ambiente familiar.

La crianza parental ha sido una de las dimensiones de la interacción padre-hijo que más se ha relacionado con el desarrollo y ajuste psicosocial, así como sus expectativas de logro en general (Richaud, 2005). Prueba de ello es la pobre comunicación entre informantes (padre-hijos) reportado para la conducta autolesiva. Se sabe que los adolescentes que se autolesionan prefieren pedir ayuda a sus amigos antes que a los trabajadores de la salud y sólo 13-21% de ellos acuden al hospital para recibir atención médica. Por eso es tan importante propiciar la detección oportuna en la infancia y la adolescencia cuando la conducta inicia y antes de que se instale como conducta autolesiva.

En Argentina existen escasos informes o investigaciones que realicen un relevamiento estadístico comunitario, solamente en el ámbito clínico se han llevado a cabo análisis de casos. Este estudio permitiría llenar el vacío de conocimiento en relación a la vinculación de los constructos para actuar de manera temprana e implementar programas de detección y/o prevención de conductas autolesivas en la adolescencia. Asimismo, conocer la relación entre las variables sería de gran utilidad para instituciones educativas, profesionales de la salud, trabajadores sociales, entre otras especialidades desde la prevención y promoción de la salud, como talleres para padres y programas de intervención para el abordaje de adolescentes con

conductas autolesivas, haciendo foco en la percepción del vínculo primario, y su retroalimentación ya que independientemente del estilo parental predominante las inconsistencias resultan perjudiciales. Teniendo en cuenta que el beneficio social de este estudio tiene base en brindar herramientas necesarias para que las autolesiones no sean un tema tabú en la adolescencia, y puedan identificarse sus bases psicológicas, visibilizar conductas y respuestas de padres y adolescentes resulta importante para mejorar los vínculos sociales y lograr una sociedad menos patologizante, y más reflexiva, responsable y compasiva.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los estilos de crianza percibidos y las autolesiones en la adolescencia?

Objetivo general

Analizar la asociación entre los estilos de crianza percibidos y las autolesiones en adolescentes de la Ciudad de Rosario.

Objetivos específicos

Describir los tipos de autolesiones que prevalecen en los adolescentes

Determinar los estilos crianza percibidos prevalentes en los adolescentes que se autolesionan.

Indagar los tipos de autolesiones que prevalecen en los adolescentes según variables sociodemográficas como: edad; sexo; nivel educativo alcanzado por el padre y nivel educativo de la madre.

Hipótesis de investigación

Los adolescentes que perciben los estilos de crianza de los padres como autoritarios o negligentes tienen mayor probabilidad de presentar conductas autolesivas.

Estado actual del Arte o Antecedentes de Investigación

Según algunos autores, la adolescencia es entendida como un período crítico en el desarrollo evolutivo del ser humano, se trata de una etapa fundamental, dado que es el nexo entre el niño y el adulto, y es donde se producen importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales (Castillo, 2007). Es en dicha etapa donde el individuo se encuentra totalmente vulnerable, dado que atraviesa grandes cambios en un lapso corto de tiempo y requiere importantes esfuerzos de adaptación. La persona es más sensible a la influencia del ambiente y las expectativas sociales, las cuales empiezan a cumplir un rol importante (Florenzano Urzúa, 1998). Entre las influencias ambientales, se ha observado que los estilos educativos de los padres pueden causar impacto sobre el ajuste social y emocional de los adolescentes. Se entiende que padres que han sido educados con un estilo parental autoritario, tratan luego a sus hijos con un estilo más bien permisivo y les otorgan a sus hijos un papel central en la familia, hasta a veces cambiar de rol (Rice, 2000). Esta permisividad puede desembocar en una infancia con una disciplina consentida que impide la incorporación de normas sociales y favorece a no tolerar la frustración (Ato et al., 2007). Además, existe mayor presencia de comportamientos de riesgo (Carvajal, 1993). Las conductas de riesgo se expresan de múltiples formas, un ejemplo de ellas son las autolesiones (Hawton, 2000), que presentan una prevalencia entre 30% y 40% en poblaciones clínicas adolescentes, quienes frecuentemente llegan a la hospitalización (Briere et al. 2011, citado en Villarroel et al., 2013).

Un estudio realizado por García et al. (2022) en México, tuvo el objetivo de explorar las percepciones de crianza parental en adolescentes diagnosticados con algún trastorno de la conducta alimentaria, e identificar posibles diferencias con alteraciones de la conducta alimentaria y conductas autolesivas. Se entrevistó a 45 adolescentes con algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pacientes en áreas de consulta externa y

hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Se tomó la entrevista diagnóstica MINI-Kid; la escala QEWP-R; La escala EAT-26 y la escala EMBU-I. Se encontraron diferencias en la dimensión de calidez de la madre, siendo mayor en los adolescentes que presentaron autolesiones comparados con aquéllos que no las presentaron. Se concluye que los adolescentes con diagnóstico de TCA presentaron diferencias en la percepción de crianza parental, factor que puede influenciar decisivamente la manifestación de otras conductas psicopatológicas.

En un estudio llevado a cabo por Yambay Cajamarca (2021), se tuvo como propósito analizar los estilos de crianza y las conductas autolesivas en adolescentes. Para ello se realizó un estudio de revisión bibliográfica, con enfoque cuantitativo y cualitativo, conformado por una muestra de 32 escritos en los cuales se incluyen artículos científicos, tesis de grado, maestría y doctorado. Destacan que los autores Garcia (2015) e Ibañez (2017) señalan a la disfunción familiar y los problemas interpersonales como causantes de comportamientos autolesivos. A su vez se relaciona la falta de atención de los padres con los cortes en la piel o rasguños (Arbuthnott y Lewis, 2015). Y autores como Han et al. (2018) y Ulloa et al. (2020) señalan que los cortes, las quemaduras y la interferencia en la curación de las heridas radican en problemas familiares y aislamiento social. Se logró establecer algunas estrategias para la reducción de las conductas autolesivas, entre las cuales se destaca, la crianza positiva en los padres, la terapia psicológica como la dialéctica conductual, intervención grupal de regulación emocional, cognitiva conductual y la terapia de solución de problemas.

En Perú, Eguia et al. (2020) tuvieron como objetivo establecer la existencia de una relación entre la ideación suicida y los Estilos Parentales Disfuncionales en adolescentes con o sin autolesiones. Los participantes fueron 512 adolescentes de ambos sexos, sus edades fluctuaban entre los 14 y 18 años, a quienes se les aplicó las Escalas de Estilos Parentales Disfuncionales de Parker, Ideación Suicida de Beck y Kovac. Los resultados evidenciaron que

el 50% de los adolescentes perciben un nivel medio a alto en el estilo parental disfuncional del padre, también en abuso y protección; en caso de la madre sobresalieron la indiferencia y sobreprotección, el 70% manifestaron abuso de la parte de la figura materna, en tanto, 52% de los adolescentes demostraron un nivel moderado a grave en la ideación suicida. Y la prevalencia de autolesiones fue del 40.8%. Las conclusiones reportaron que hubo relación significativa y directa entre la ideación suicida y los estilos parentales disfuncionales, así como se detecta que los adolescentes que realizan autolesiones tienen mayores estilos parentales disfuncionales en comparación con quienes no se realizan autolesiones.

En un estudio publicado por Ramírez-Caján & Díaz-Gervasi (2017) se investigó sobre la relación entre los estilos parentales percibidos y la sintomatología depresiva en escolares de secundaria en Lima. La muestra estuvo conformada por 281 escolares de 12 a 17 años de los cuales el 51.2 % fueron varones y el 48.8% mujeres. Identificaron que existe relación estadística entre los estilos parentales percibidos y la sintomatología depresiva. El 42.4% de la muestra presentó sintomatología depresiva. El estilo parental predominante fue el control sin afecto tanto en madres (27.9%) como en padres (26.3%). La interacción de los padres e hijos es un factor determinante del estado emocional, pudiendo propiciar síntomas depresivos.

Martínez-Falero Gómez (2015) realizó un estudio que tuvo como objetivo encontrar la relación, entre las conductas autolesivas llevadas a cabo por adolescentes en los cursos de Bachillerato y las dimensiones de las pautas educativas utilizadas por sus progenitores. Los participantes fueron 103 alumnos y alumnas de 1° y 2° de Bachillerato del Colegio Nuestra Señora de la Consolación, de Madrid. A quienes se les administró una escala de Estilo parental elaborada por Oliva et al. (2007) y la escala Self- Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI). Los resultados mostraron una prevalencia del 30% de conductas autolesivas y en el caso de las autolesiones, sólo aparece una correlación negativa significativa con la dimensión de afecto y comunicación del padre.

En algunas investigaciones, como la realizada por Villarroel et al. (2013), se habla de “conducta autolesiva deliberada” para denominar todo aquel acto deliberado que tiene como finalidad producir daño al cuerpo, sin la intención de quitarse la vida. Al mencionar que es deliberado, hace referencia a que no es un acto accidental, sino intencional. Este concepto excluye el hecho de beber, fumar o comer en exceso, pues si bien causan malestar, el principal motivo es la búsqueda del placer. Además, las formas más frecuentes de autolesión corresponden a cortes, golpes y quemaduras; menos frecuentes son la inserción de objetos bajo la piel, rascarse alguna parte del cuerpo en exceso, morderse, arrancarse el cabello o la ingestión de cuerpos o líquidos extraños (MacAniff, 2011, citado en Ulloa et al., 2013).

Resulta importante tener clara la distinción entre autolesión e intento suicida; en el suicidio el sujeto busca realmente quitarse la vida, mientras que, en el caso de la autolesión, el individuo únicamente busca sentirse mejor (Jones, 2001). Según Sabater (2015) a medida que avanza la adolescencia sucede un distanciamiento entre padres e hijos por desapego, falta de apoyo, humillaciones, relaciones conflictivas en el vínculo, como críticas y autoritarismo excesivo.

La importancia que va tomando el tema de las autolesiones se expresa en su incorporación al DSM V (2013), aquí se definen como un daño autoinfligido de manera intencional a la superficie del cuerpo. Puede producir hemorragias, moretones o dolor con la esperanza de que el daño físico pueda aliviar algún tipo de malestar interno. Como se mencionó antes, se excluye la intención suicida y se enfatiza que la conducta debió haber sido inferida por el mismo sujeto. A su vez, se explica que debido a haber realizado la autoflagelación múltiples veces, la persona sabe, o ha aprendido, que no es probable que el acto concluya en deceso. Además, señala que el individuo realiza la conducta autolesiva con una o más de las siguientes expectativas: obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo, resolver una dificultad interpersonal y/o inducir un estado emocional positivo.

Dicho manual también menciona que la autolesión está asociada con al menos una de las siguientes circunstancias: problemas personales; sentimientos y pensamientos negativos reflejados en crisis depresivas, ansiosas, tensas o en la autocrítica. Estas crisis se producen en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo. Otra posibilidad que se asocia a la autolesión es que antes de realizar dicha conducta, haya habido una preocupación difícil de controlar. Luego, el alivio se experimenta durante o poco tiempo después de la autolesión. Agregan que, para afirmar la presencia de autolesión, es necesario que el acto sea socialmente sancionado y cause clínicamente interferencia en uno o más aspectos de la vida de la persona, como el personal, interpersonal o laboral.

Asimismo, la alta frecuencia de alteraciones en la dinámica familiar y el antecedente de violencia sexual presente en el estudio hecho por Ulloa et al. (2013) han sido reportados como los factores de mayor peso en relación con la conducta autolesiva. Algunos estudios demuestran que un mal manejo parental y el maltrato puede aumentar el riesgo de autolesiones debido a que están estrechamente ligadas con las dificultades interpersonales durante la etapa adolescente (Boxer, 2010). Por otra parte, la piel simboliza un primer límite entre la persona y su medio; y esta interacción genera diversas funciones psicológicas que influyen en el comportamiento adolescente (Reisfeld, 2004).

Ahora bien, Toro (2010) explica que el adolescente autolesivo realiza este tipo de conductas, porque está inmerso en un estado de intensa activación emocional, es así que la autolesión sería un desahogo, aunque en algunas ocasiones también impliquen intentos por llamar la atención del entorno en el que se desenvuelve. A su vez, debido a la relación directa entre los estados emocionales y las conductas autolesivas, es común que se desarrollen junto con otros trastornos: depresión y ansiedad, trastornos de personalidad (sobre todo, el trastorno límite), problemas alimenticios de riesgo, conducta antisocial, consumo de sustancias,

relaciones conflictivas con el medio y problemas crónicos de naturaleza psicosocial y conductual (Hilt et al., 2008; Hawton et al., 2002).

En una investigación llevado a cabo con 103 niños y niñas de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, los datos llevaron a sacar como conclusiones que los niños y niñas que perciben a sus padres como autoritarios tienden a obtener puntuaciones más elevadas de inadaptación personal y social y puede provocar conductas inadecuadas como la agresividad hacia los iguales, rechazo, falta de autoestima o consecuencias neuróticas (López-Soler et al., 2009). Según Henao y García (2009), por su parte, si los padres presentan una estructura equilibrada, o en su defecto autoritativa, los niños tendrán un desempeño emocional más adecuado.

En Perú, Vásquez (2009) realizó un estudio sobre el tema en un grupo de 213 escolares y encontró que más del 20% se había autolesionado alguna vez en su vida. Este hallazgo es cercano al de la investigación realizada por Rospigliosi (2010), quien tomó una muestra de 456 adolescentes y halló que el 27.4% se había autolesionado alguna vez en su vida o continuaba haciéndolo.

Estas investigaciones van en la misma línea que estudios clínicos y poblacionales, donde se indica que la edad de inicio se encuentra entre los 10 y 15 años, siendo infrecuente luego de los 30 años (Herpetz, 1995). Además, la conducta autolesiva ocurre mayormente en la esfera privada y hace que sea difícil lograr identificar a los individuos que realizan estos actos. Aparentemente son los sentimientos de vergüenza los que impiden que el sujeto busque ayuda. A su vez, se ha demostrado que los adolescentes con una historia de intentos de suicidio o de autolesión presentan un mayor riesgo de violencia en la etapa adulta (Apter et al., 1995).

Respecto a las relaciones familiares, se ha hallado que la emoción expresada por parte de los padres, especialmente el exceso de críticas está asociado significativamente con la

conducta autolesiva. Es más, Hilt et al. (2008) han encontrado que la relación familiar puede influir en el mantenimiento de estas conductas.

Marco teórico

Adolescencia

Definición del constructo

La adolescencia, como etapa del desarrollo del ser humano abarca por lo general el período comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et al., 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997). Por lo anterior, cuando se habla del concepto de adolescencia, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1946). Este período, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y según Coon (1998) está determinado por 4 factores:

1. La dinámica familiar.
2. La experiencia escolar.
3. El marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y límites.
4. Las condiciones económicas y políticas del momento.

Como tema de investigación toma importancia a finales del siglo XIX, partiendo de los trabajos de Platón y Aristóteles, quienes plasmaron su interés en lo modificable del comportamiento (Derflinger, 1991). Varios autores como Freud (1917), Gessell (1958) y Bios (1980) otorgaron importancia a los cambios psicológicos presentados en este periodo, así como a las transformaciones de la personalidad fundamentada a partir de los eventos ocurridos en la infancia, las crisis que presenta, y la búsqueda de la identidad.

Búsqueda de Identidad en la adolescencia

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos (Aberastury y Knobel, 1997). Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio del ambiente familiar y cultural del adolescente (Marcia, 1980). Macmurray (1953), consideró, el concepto de identidad negativa, como un componente agresivo destructivo, en el cual individuo que se identifica a figuras negativas puede ser génesis para problemas de tipo psicosocial. Por lo cual es necesario para el adolescente lograr una serie de objetivos imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el entorno social que le rodea (Marcia, 1993).

Etapas de la Adolescencia

Adolescencia temprana.

Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos

cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Adolescencia intermedia.

Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Adolescencia tardía.

Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Cambios durante la adolescencia

Desarrollo físico.

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Desarrollo psicológico.

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en cómo el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la de contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984). Estos autores, definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

Desarrollo emocional.

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Desarrollo social.

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que el adolescente presente, ya que si cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas. En relación a pertenecer a un grupo social, según Rice (2000) se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes. Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudará a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un autoconcepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante.

Autolesiones

La autolesión puede ser encontrada en varias culturas diferentes como un propósito reconocido y aprobado socialmente. Por ejemplo, la práctica del tatuaje, la perforación corporal o piercing y rituales para la curación, para el espíritu y para la conservación del orden. Algunas tribus africanas exhiben cicatrices decorativas en sus rostros para complacer a los espíritus y para tener la capacidad de ayudar a los seres humanos a alcanzar estados especiales de santidad, éxtasis e insight. En religiones como el judaísmo, el cristianismo y el islam se encuentra la práctica de la autoflagelación; la cual es reconocida como una moral de mayor valor o como una forma de identificación con las creencias. Otras culturas obligan a

los adolescentes a realizar rituales de automutilación para demostrar que pueden tener nuevos roles sociales y por ende obtener estatus (Favazza, 1998).

El pionero de la investigación sobre la autolesión es Karl Menninger, un psiquiatra que en 1935 desarrolló un documento que más tarde, en 1938, se convirtió en el libro "Man against himself". Él utilizó el término suicidio focal, ya que el acto de la autolesión era visto como un tipo de compromiso para las personas que tenían deseos de matarse. Esto derivó en grandes confusiones y malos entendidos ya que se encontró que la autolesión no era un intento de suicidio sino más bien un mecanismo para auto aliviarse. Aun así, Menninger es acreditado por considerar que la autolesión debía ser estudiada como un único problema clínico. En ese sentido, Menninger explica que la autolesión es una estrategia, como una compulsión que mantiene la ansiedad de los autolesionadores en un nivel manejable y que logra prevenir que los recuerdos dolorosos salgan a la superficie o aparezcan (Conterio y Lader, 1998).

Un gran paso adelante se dio en 1970, cuando teóricos de Gran Bretaña alegaron que la autolesión merecía una identidad propia. Sugirieron que este comportamiento es un síndrome distintivo que debía tener su propia categoría diagnóstica. En este sentido, Favazza (1998) la denominó Síndrome de Autolesión Deliberada. De esta manera, la seriedad de la autolesión como una patología psicológica no podía estar en discusión ya que con el paso del tiempo se ha encontrado que es un comportamiento peligroso e intenso que contiene un riesgo omnipresente por su progresivo crecimiento. Es sabido que los autolesionadores pueden llegar a perder su habilidad de funcionar de manera normal, a convertirse en menos productivos y a que sus relaciones con otras personas se desintegren (Conterio y Lader, 1998).

La autolesión también ha sido definida por muchos autores como un comportamiento intencional de herirse a sí mismo sin el intento directo de cometer suicidio. Se ha encontrado que la diferencia entre el intento de suicidio y la autolesión es que en el suicidio la persona

realmente quiere morir, mientras que en el caso de la autolesión la persona únicamente busca sentirse mejor (Jones, 2001).

En ese sentido, Conterio y Lader (1998) explican que la autolesión se define como una mutilación deliberada del cuerpo o una parte del cuerpo, sin el deseo de cometer suicidio, sino como una forma de manejar emociones que parecen ser muy dolorosas como para ser expresadas a través de palabras. Este comportamiento es considerado como un mecanismo de contención no adaptado o una estrategia para la regulación de emociones, ya que la autolesión puede ser usada para aliviar emociones abrumadoras y para reducir la tensión (Gratz, 2001).

La autolesión también se explica como el acto premeditado que intenta cambiar el estado de ánimo al infligir directamente una cierta destrucción o alteración en el cuerpo, siendo éste lo suficientemente serio para llegar a causar daño en el tejido. Esta definición no incluye intentos de suicidio, métodos indirectos de autolesión (como inanición) o ingestión de sustancias (sobredosis de drogas) (Czarnopys, 2002; Favazza, 1996).

Conterio y Lader (1998) han clasificado los propósitos de la autolesión bajo dos categorías: el propósito analgésico o curativo y el propósito comunicativo. El propósito analgésico o curativo se refiere a la calma física que se experimenta con la autolesión y la sensación de conexión entre la mente y el cuerpo que esta acción brinda. Esto ayuda a adquirir la sensación de control y una elevación de la moral, en este sentido la autolesión también ayuda a que las personas se sientan “aseadas”, como si estuvieran deshaciéndose de toxinas emocionales que creen que están escondidas dentro de ellas.

La segunda categoría propuesta por estos autores, el propósito comunicativo, se da cuando las personas se autolesionan para representar su estado emocional y expresar sus necesidades y deseos. También lo usan para comunicarse consigo mismos como un autocastigo por haber pecado, o por ejemplo se tallan palabras en la piel como “fea” o “gorda” para proyectar las emociones que tienen sobre sí mismos. Este propósito también incluye la

idea de comunicarse con otras personas, puede ser como un acto de venganza, como recreación de un abuso temprano o un desesperado pedido de ayuda y compasión.

La autolesión puede ser infligida en cualquier parte del cuerpo, pero en su mayoría ocurre en los brazos, las muñecas y las piernas. Otras partes del cuerpo lesionadas pueden ser: el pecho, el abdomen, los muslos y los genitales. La severidad del acto varía desde heridas superficiales hasta aquellas que resultan en desfiguramientos duraderos, los más recurrentes son cortarse y quemarse. Muchos autolesionadores empiezan hiriéndose en partes del cuerpo que otros no suelen ver, ya que les da vergüenza y temen el estigma social. A medida que la autolesión toma más importancia, el autolesionador encuentra que no puede controlarse y se hace heridas en lugares más obvios. Muchas personas pasan de cortarse a quemarse, encontrando que necesitan herirse más severamente para lograr el mismo alivio, la misma gratificación y estado de relajación (Purinton y Whitlock, 2004; Conterio y Lader, 1998; Levenkron, 1998).

Tipología de la autolesión

El reconocimiento de que no todos los comportamientos de autolesión eran intentos de suicidio, llevó a Pattison y Kahan (1983) a desarrollar una clasificación diferente sobre las conductas de autolesión que contiene tres variables. Primero la variable directo/indirecto que hace alusión al tiempo y a la consciencia. La autolesión directa, explican, sucede en un breve lapso de tiempo y existe consciencia de los efectos de la acción, en ese sentido hay una consciente intención de querer herirse.

La autolesión indirecta ocurre en un periodo extenso de tiempo, no existe consciencia o consideración de los efectos del comportamiento, en este caso no hay un intento consciente de querer auto herirse.

La segunda variable es la de mortalidad, ésta considera el grado de posibilidad que el comportamiento resulte en la muerte. Una baja mortalidad implica una baja posibilidad de

muerte, una alta mortalidad tiene una alta posibilidad de muerte. Por último, la tercera variable, de repetición, se refiere a un único episodio versus múltiples episodios del comportamiento. En cuanto a lo anterior Favazza (1996) explica que al tomar las variables planteadas se podría hacer una clasificación como: una baja mortalidad, con múltiples episodios y una directa autolesión sería el Síndrome de Autolesión Deliberada; lo mismo, pero con una indirecta autolesión haría alusión al alcoholismo crónico o a un cuantioso fumador de cigarrillos (Pattison y Kahan, 1983).

En 1996, Favazza presenta un sistema de clasificación de la autolesión identificando dos grandes categorías: autolesión culturalmente sancionada, que incluye rituales y prácticas; y autolesión patológica-perversa, que incluye tres subcategorías, la autolesión mayor, estereotípica y superficial/moderada. A su vez, esta última se divide en tres subtipos: compulsivo, episódico y repetitivo.

La autolesión culturalmente sancionada que implica rituales se refiere a aquellas actividades que reflejan las tradiciones, símbolos y creencias de una sociedad. En este sentido la autolesión cumple un propósito elemental: corregir o prevenir una condición inestable que amenaza la comunidad, como por ejemplo: enfermedades, dioses molestos, espíritus y ancestros; conflictos entre lo masculino y femenino, entre generaciones, clases o tribus; entre otras razones. Por otro lado las prácticas implican actividades que pueden ser pasajeras y que a menudo guardan poca importancia, un ejemplo de ésta es la perforación corporal o el piercing para el uso de joyería o adornos.

Las tres subcategorías dentro de la autolesión patológica-perversa, son el grado de destrucción del tejido, la razón y el patrón del comportamiento que actúan como variables delimitadoras. Dentro de la autolesión de tipo mayor se encuentran algunas de las formas más severas de automutilación como enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne (autocanibalismo).

Estos comportamientos suelen ser desordenados y resultan en una destrucción seria y significativa del tejido corporal. La autolesión mayor está comúnmente asociada con la psicosis (episodios agudos psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión) y con la intoxicación de drogas.

La segunda categoría, estereotípica, incluye comportamientos que son monótonos y repetitivos, a veces tienen patrones rítmicos. Ejemplos de esto son extracción de dientes, presionarse los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación. Usualmente es imposible acertar en un significado simbólico, un contenido racional o un afecto asociado a estas acciones. Las acciones, a diferencia de otros tipos de autolesión, ocurren en presencia de observadores. Los autolesionadores estereotípicos parecen ser impulsados por un imperativo biológico primario de herirse a sí mismos sin vergüenza y sin culpa. Este tipo de comportamiento frecuentemente es reportado en pacientes institucionalizados por retardo mental o autismo.

El último tipo de autolesión es la superficial/moderada, ésta se refiere a acciones episódicas o repetitivas de baja mortalidad y bajo daño del tejido corporal.

Esta categoría es la más común e incluye comportamientos tales como cortarse y quemarse. A diferencia del tipo estereotípico, esta categoría es escasa de ritmo, usualmente tiene un referente simbólico y frecuentemente requiere del uso de implementos, como fósforos o navajas, en una secuencia compleja de eventos.

Dentro de la categoría superficial/moderada, los comportamientos en el subtipo compulsivo ocurren varias veces diariamente y son repetidos en forma de ritual. Este subtipo de autolesión incluye arrancarse el cabello, los pelos de la nariz, las cejas, las pestañas, pelos de la barba, el vello púbico u otros pelos del cuerpo; morderse las uñas, jalarse la piel y rascarse. En ese sentido, el tipo de autolesión compulsiva puede ser asociado con la tricotilomanía (Favazza, 1996).

El subtipo episódico se refiere a comportamientos que suceden de vez en cuando, frecuentemente es cortarse la piel y quemarse. Los autolesionadores episódicos no meditan sobre este comportamiento, ni tampoco tienen una identidad de ser un cortador o quemador. Lo que hacen es que se autolesionan deliberadamente para sentirse mejor y para conseguir una salida rápida a pensamientos y emociones estresantes, de esa manera recobran el sentido de control. Cada persona tiene un motivo personal que lo lleva a autolesionarse, el mismo autor ha encontrado diversas razones: liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad y unicidad, influenciar en otros, percepciones negativas, sexualidad, euforia, descarga de rabia y alivio de alienación. La autolesión episódica puede ser encontrada como un síntoma dentro de diagnósticos clínicos, como: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad antisocial y limítrofe, trastornos disociativos y depresión.

El subtipo repetitivo ocurre cuando la automutilación episódica se convierte en una abrumadora preocupación para el individuo, éste adopta una identidad de cortador o quemador y se describe a sí mismo como un adicto a la autolesión. No existe un número de autolesiones episódicas que marque el cambio a autolesión repetitiva, en algunas personas puede ocurrir entre el quinto y el décimo episodio, en otros entre el décimo y el veinteavo episodio. El más común de los comportamientos en el subtipo repetitivo es cortarse la piel, otros son quemarse, pegarse, clavarse agujas, intervenir en la curación de heridas, rascarse severamente la piel, golpearse la cabeza contra un soporte y romperse huesos. Este subtipo se encuentra mayormente asociado a trastornos de impulsividad como la cleptomanía, abuso de alcohol y también con los desórdenes alimenticios, otros asociados son: trastorno de la personalidad límite, trastorno de estrés post traumático y trastorno de la personalidad antisocial.

Factores asociados a la autolesión

En la actualidad existe una gran cantidad de investigaciones dónde se han encontrado diversos factores asociados al comportamiento de la autolesión. Estos pueden agruparse en factores biológicos, sociales, psicológicos y de contexto. En cuanto a los factores biológicos, la hipótesis neurológica más investigada encuentra que la autolesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores en el cerebro, que ayudan a regular la emoción. Un bajo nivel de serotonina parece estar implicado en este comportamiento. Es sabido que la serotonina facilita el pasaje de impulsos entre algunos nervios en un área del cerebro llamada raphe nuclei. A su vez estos nervios están conectados al resto de áreas en el cerebro, pero mayormente al hipotálamo. Esta estructura toma el rol de regular la impulsividad y la agresión (Czarnopys, 2002; Favazza, 1996). En una investigación realizada por Simeon, Stanley, Frances, (1992) sobre las diferencias en los niveles de serotonina entre personas con trastornos de personalidad que se autolesionan y aquellas que no, se encontró que los que sí llevan a cabo un comportamiento autolesivo tienen un mayor comportamiento antisocial y bajos niveles activos de serotonina. Otros neurotransmisores que parecen jugar un rol en la autolesión son los opioides, entre sus acciones está la regulación de emociones y la supresión del dolor. Una teoría indica que los opioides generalmente tienen un efecto placentero (similar al que se experimenta con el opio o la heroína), entonces los autolesionadores se hieren a sí mismos para inducir la producción de éstos. Esta suposición hace alusión al modelo de la auto adicción donde el dolor asociado a la autolesión tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar, como también de brindar sensaciones placenteras. En ese sentido, las personas aprenden a asociar la autolesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten descontentos se cortan o se queman a sí mismos para sentirse mejor (Favazza, 1996).

A partir de lo anterior, se ha encontrado que una vez que el comportamiento se ha iniciado las endorfinas que son liberadas a partir de la autolesión se pueden convertir en adictivas. En ese sentido, el proceso puede vincularse al crecimiento de una adicción, dónde

en un comienzo pocas cantidades (de la droga o de la autolesión) proveen de una sensación de calma y bienestar que facilita un escape temporal del malestar vivido. Mientras la tolerancia se va construyendo, el consumidor necesita mayores cantidades (de droga o autolesión) para poder lograr el mismo efecto. En algunos casos el suicidio o muerte “accidental” pueden considerarse como una sobredosis para el habitual autolesivo (Purington y Whitlock, 2004).

Es así como se ha hipotetizado que la autolesión puede estar asociada a un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes. Ninguna teoría puede ser tomada como la causa exacta de este comportamiento, pero hay evidencias que ciertas personas poseen una mayor predisposición a ser emocionalmente hipersensibles, es decir tienen una mayor vulnerabilidad biológica o genética. Como se ha visto, la autolesión parece tener efectos orgánicos que producen distintivos cambios bioquímicos similares a aquellos en una adicción física, aun así se ha encontrado que los factores que tienen la mayor influencia sobre este comportamiento son aquellos que provienen de lo social y lo psicológico (Conterio y Lader, 1998).

En la actualidad existen varios factores sociales que pueden estar albergando la autolesión. Conterio y Lader (1998) encuentran siete fenómenos involucrados:

1. Las sociedades se están haciendo cada vez más desintegradas, las comunidades extensas abuelos, tíos, primos, vecinos – rara vez están disponibles para apoyar o ayudar, a los padres en el cuidado de sus hijos. Ahora los parientes suelen vivir a grandes distancias entre ellos.

2. El niño moderno crece apoyándose muy poco en las palabras, en la expresión verbal y en la exploración de sus pensamientos y sentimientos. Ahora hay una mayor dependencia en el “hacer” que en el “decir”, la tecnología ha incrementado esta tendencia, ya que ahora los niños suelen jugar con sus compañeros a través de una computadora.

3. La cultura enfatiza el “arreglo rápido”, que implica la gratificación inmediata. Las comidas rápidas se han convertido en muy lentas y los comerciales de TV en muy largos. Por extensión, cada sentimiento que se experimenta como incómodo debe ser atendido al instante a través de una acción o un comportamiento que ofrezca un palpable e inmediato alivio.

4. En las últimas dos décadas las perversiones sexuales, la cleptomanía, el incesto, las compras compulsivas, las apuestas y la autolesión, estadísticamente se han incrementado notablemente. De alguna manera se ha puesto de “moda” ser disfuncional.

5. En la actualidad se vive en una cultura donde el foco de atención es el cuerpo, donde la apariencia y el aspecto físico son lo más importante. Los medios de comunicación saturan a la población de mensajes sobre cómo uno se puede sentir mejor al modificar la forma, el contorno o la apariencia de su cuerpo al hacer dieta o ejercicio vigorosamente, cambiar la estructura de la cara y de los huesos a través de cirugía plástica, cambiar el color del cabello y el de la piel y usando un sinnúmero de cremas y maquillaje para embellecer. Adornar y decorar el cuerpo son las principales maneras de expresión.

6. La perseverancia y el agotamiento de los prejuicios de género están llevando a las mujeres a extremos emocionales más severos que nunca. La autolesión es solo un ejemplo de las medidas que las mujeres pueden tomar para expresar su frustración, miedo y agresión.

7. Mientras más padres trabajan lejos de sus casas, obligatoriamente los hijos son criados por un extraño en vez de un familiar. Al alcanzar la adolescencia los jóvenes se están criando por sí mismos, buscando un guía en sus compañeros.

El punto central de los postulados anteriores es que cada día más las personas deben arreglárselas por sí mismas y que la aceptación de esto se está impregnando en la cultura. En ese sentido, las personas que se sienten físicamente o mentalmente aisladas tienden a encerrarse en su mundo interior. Cuando estas personas de por sí son frágiles o han tenido una vida privada de emociones, la soledad puede ser una carga muy grande. De esta manera se

puede entender por qué algunas personas se sienten forzadas a usar sus cuerpos como un tablón de anuncios para sus frustraciones y sentimientos ignorados (Conterio y Lader, 1998).

Es así como el escenario social puede influenciar en el comienzo, el mantenimiento y la difusión de la autolesión. Cientos de casos han demostrado que la autolesión se está propagando como una epidemia. Walsh y Rosen (1988) mencionan que la autolesión en los adolescentes, es un método primitivo de comunicar necesidades, también es usado para manipular el comportamiento de los integrantes del grupo y finalmente puede ser un requisito para ser miembro del grupo o tener mayor estatus. En investigaciones hechas por Favazza (1996), él ha encontrado grupos de mujeres que suelen sentirse atraídas por autocortadores y que a raíz de esto se cortan a sí mismas para estar más cerca de ellos.

Las autolesiones se describen a través de prácticamente todos los estudios, como cortes en uno mismo con un instrumento afilado como un cuchillo, una navaja, vidrios, que en la mayoría de casos se producen en los brazos, las piernas y el estómago (Nock, 2010), pero se reporta también el uso de múltiples métodos de autolesiones como rayar o raspar la piel hasta que sangra, quemar la piel, y la inserción de objetos debajo de la superficie de la piel, que en algunos casos, dichos objetos se dejaron allí y en última instancia han tenido que ser extraídos a través de intervenciones quirúrgicas.

Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades. (Villarroel, 2013)

La consecuencia negativa más evidente de la autolesión es el daño físico que conlleva; sin embargo, paradójicamente, la mayoría de los autolesionadores dicen sentir poco o ningún dolor durante episodios de este comportamiento (Favazza 1996, Nock y Prinstein 2004).

Klonsky y Olinio (2008) hacen una distinción entre cuatro formas diferentes de autolesión con referencia a las que podríamos clasificar a las personas que se autolesionan según los métodos que, utilizados, la función que para los sujetos cumplen estas conductas y las características descriptivas que las acompañan, como por ejemplo si estas conductas se realizan estando a solas o con otras personas. En concreto, estos autores describen cuatro clases.

- La primera clase, llamada “conducta autolesiva experimental”, correspondería a aquellas personas que experimentan con las conductas autolesivas; presentan, relativamente, pocos métodos autolesivos y una sintomatología clínica muy baja de trastornos depresivos y ansiosos.

- La segunda clase, llamada “conducta autolesiva media”, correspondería a individuos que se han autolesionado más de una vez; tienen una edad de inicio más temprana y utilizan más métodos para autolesionarse que el primer grupo, aunque el nivel general de sintomatología clínica sigue siendo bajo.

- La tercera clase, llamada “conducta autolesiva ansiosa”, presenta funciones automáticas y sociales además de puntuaciones muy elevadas en ansiedad.

- La cuarta clase, conducta autolesiva con “funciones automáticas/suicidio”, se caracteriza por menor impulsividad que los sujetos del tercer grupo y puntuaciones más altas, en comparación con las otras clases, en intento de suicidio.

Motivaciones para desarrollar conductas autolesivas

Klonsky resume los principales modelos biopsicosociales propuestos por otros autores:

Modelo de la regulación de los afectos.

Sugiere que la autoinjuria es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos. Desde las perspectivas sistémica y cognitiva, se postula que ambientes tempranos

invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional. Sujetos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas autolesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables.

Modelo de la disociación.

Comprende la autoinjuria como una respuesta a la aparición de estados de disociación, de despersonalización y/o desrealización. Gunderson plantea que algunos sujetos temperamentamente vulnerables pueden precipitarse en estados de disociación cuando se alejan de un objeto amado; este estado displacentero puede disparar una conducta lesiva con el objetivo de re contactarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados.

Modelo de conducta suicida alternativa.

La conducta autolesiva aparecería como un mecanismo adaptativo de resistirse al deseo genuino de quitarse la vida. Producirse una lesión cutánea sería una forma alternativa de expresar pensamientos y sentimientos autodestructivos, sin el riesgo directo de morir.

Modelo de influencia interpersonal.

La conducta autolesiva sería usada para influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas. Autolesionarse debería ser comprendido como una voz de alarma, un medio para evitar el abandono o un intento por ser valorado.

Modelo de los límites interpersonales.

Sostiene que el sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad integrado vivencia una dolorosa dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos.

Dañarse la piel como órgano que separa físicamente al individuo de su entorno y los otros, le permitiría distinguir concretamente su identidad física para afirmar su autonomía.

Modelo del castigo.

Marsha Linehan plantea que los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos. La autolesión es vivida egosintónicamente, constituyéndose en una conducta de autocontrol dirigida a incentivar y mantener comportamientos deseables colectivamente.

Modelo de búsqueda de sensaciones.

Comprende la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse contactado con la vida. Se plantea que biológicamente tendrían un estado hipohedónico basal que los impulsaría a la búsqueda activa de sensaciones límite placenteras, y a la vez dolorosas. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño a sí mismo (Villaruel, 2013).

Cabe mencionar que dichos modelos teóricos no se dan de manera excluyente. Las autolesiones cometidas por un individuo pueden ser explicadas por más de uno de los modelos (Klonsky, 2005). Entonces, podemos decir que las autolesiones podrían deberse a distintos conflictos emocionales. Sin embargo, un factor común de aquellas personas que se autolesionan es que experimentan una dificultad para procesar los conflictos psíquicos mediante la simbolización y por ello suelen actuar mediante la autolesión.

Nock y Prinstein (2004), sugieren cuatro funciones principales de conductas autolesivas que se distribuyen a lo largo de dos dimensiones dicotómicas: contingencias automáticas o sociales (consecuencias inmediatas o en entorno social), y refuerzo positivo o negativo (aparición de un estímulo agradable o desaparición de uno desagradable). De igual modo, volvemos a entender las conductas autolesivas como un modo de afrontamiento de las situaciones o de búsqueda de sensaciones que resulta inadecuado.

Desde el marco psicológico, Ferreira, Martins, Rosendo, Machado y Silva (2012), identifican en alumnos portugueses algunas de las funciones de la conducta autolesiva. La búsqueda de placer, la supresión de sentimientos negativos, la supresión de imágenes o recuerdos dolorosos, la búsqueda de un estado de entumecimiento, el autocastigo, la evitación del colegio o el trabajo, o la evasión de relaciones personales son algunas de las razones que llevan a los jóvenes a autolesionarse. Este tipo de conductas, por lo tanto, suponen para la persona un reforzamiento negativo, ya que las emociones intensas negativas se ven reducidas.

El refuerzo automático negativo se refiere al uso individual de las conductas autolesivas sin intención de suicidio como una estrategia para reducir la tensión u otros estados afectivos de connotación negativa. Esta función es la que aparece en la mayoría de la literatura sobre el tema como la más común. En el refuerzo automático positivo los individuos participan de estas conductas para crear un estado psicológico deseable. En este caso, las conductas autolesivas no servirían tanto al propósito de eliminar sentimientos como al de poder funcionar como un medio o estrategia de generación de sensaciones. En contraste con las funciones de reforzamiento automático, el reforzamiento social es usado para modificar o regular el propio entorno social. Así, el reforzamiento social negativo se refiere al uso individual de las conductas autolesivas para escapar de las demandas de tareas interpersonales. Esta función ha sido menos estudiada. Por último, el reforzamiento social positivo implica ganar la atención de los otros o ganar el acceso a materiales (Nock y Prinstein, 2004).

En cuanto a la aparición de estas conductas, las investigaciones que llevaron a cabo Nock y Prinstein (2005) explican que aunque la primera vez que la acción autolesiva se realiza puede haber sido fruto de una planificación y no de forma espontánea, los actos posteriores sí conllevan una cierta espontaneidad.

Factores de riesgo

La impulsividad es considerada como un aspecto determinante para la aparición de las conductas autolesivas, puesto que es una búsqueda de liberación de las emociones o sensaciones que tienen por las experiencias ya sean nuevas, intensas o arriesgadas, por lo tanto las personas actúan de una forma precipitada sin pensar y tener en cuenta las posibles consecuencias que pueda tener su comportamiento, esto es más evidente cuando hay emociones negativas que influyen en la conducta autolesiva impulsando al individuo a este comportamiento desadaptativo; haciendo que tenga una respuesta de tranquilidad por lo que genera comportamientos repetitivos de dicha conducta (Lockwood, Daley, Townsend, y Sayal, 2016)

Uno de los conflictos propios y que generalmente se dan en la adolescencia es la presencia de problemas familiares, sobre todo entre padres e hijos, siendo más vulnerables a presentar una inestabilidad emocional; sin dejar de lado la parte social en que el adolescente busca ser aceptado por los demás.

Estilos de crianza percibidos

Respecto a los estilos de crianza percibidos, se entiende que la familia es una unidad primaria y primordial conformada por los padres o tutores responsables de la crianza de los niños. El estilo de crianza es el conjunto de características que practican los padres o tutores para formar al infante. El estilo de crianza que se lleve a cabo, dependerá de diferentes factores, como ser, las experiencias previas del adulto, su percepción sobre el estilo correcto de paternidad y la cultura o sociedad en la que radiquen (Castillo, 2016). Estos estilos, influyen en la conducta de los hijos, en las formas de vincularse con otros, y en el autoconcepto, de manera positiva o negativa (Bardales & La Serna, 2014). De dicha forma, el estilo que los padres usen es crucial en la adquisición de valores y/o normas que le permitan la correcta integración en la sociedad.

Asimismo, el estilo de crianza percibido, da cuenta de la percepción de los hijos/as del estilo de crianza ejercido por los padres, es decir, la percepción que tenga el niño/a o adolescente del estilo parental influirá en su desarrollo afectivo, psicológico y social. Dicho estilo parental percibido también influirá en su autoconcepto, y la percepción del mundo. En la adolescencia, esta percepción influirá en cómo se afrontarán los distintos cambios físicos y psicológicos (Molina et al., 2017), en la formación de sus emociones, comportamientos y cogniciones frente a situaciones estresantes o adversas (Merino & Arndt, 2004). Si el estilo de crianza percibido implica protección, respeto, afecto y responsabilidad, entonces resulta probable un desarrollo saludable del adolescente, en cambio si percibe lo contrario se pueden desencadenar en el sujeto conductas desadaptativas en situaciones que impliquen estrés o amenaza (Carrillo et al., 2015).

Richaud (2005) plantea que la crianza parental es una de las dimensiones de la interacción padre-hijo que más se ha relacionado con el desarrollo y ajuste psicosocial, así como sus expectativas de logro en general, también explica que los sujetos que no se sintieron aceptados por sus padres desarrollan afrontamientos desadaptativos, sentimientos de soledad y depresión. Los estilos de crianza se entienden como una disposición de actitudes que son comunicadas a los hijos y establecen un clima emocional en el cual se destacan las conductas de los padres. Estos maniobran las matrices estructurantes del aprendizaje que determinan los comportamientos y vínculos que los hijos establecerán en el futuro.

Los estilos de crianza poseen tres dimensiones determinadas por Steinberg et al., (1993):

- Compromiso: el cual refiere a la percepción que tiene el niño/a o adolescente sobre el interés hacia él por parte de sus padres o tutor/es.
- Autonomía psicológica: referida a la percepción del niño/a o adolescente de la práctica de la democracia y a la motivación de la autonomía e individualidad.

- Control conductual: da cuenta del cuidado y vigilancia que el niño/a o adolescente percibe de lo que hacen los padres respecto a sus conductas.

La combinación de estas dimensiones según Maccoby y Martín (1983), da como resultado cinco estilos de crianza:

- Autoritativos (democráticos), en este estilo predomina la escucha y la comunicación. Su relación es equilibrada entre exigencia, vigilancia y muestras de afecto, asimismo, los padres tienden a reconocer las fortalezas y debilidades de los niños/as o adolescentes. Es un estilo de padre/madre exigente y al mismo tiempo sensible, que acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Tiene una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles. Cuidadoso y afectuoso. Cuando aplica castigos estos son razonables y ejerce un control firme. Aplica una disciplina inductiva, ya que le explica el propósito de las reglas y está abierto a las argumentaciones sobre las mismas. Sus hijos son los que tienen el mejor ajuste, con más confianza personal, autocontrol y son socialmente competentes (Craig 1997).
- Autoritarios, en este estilo los padres tienden a ser dominantes, imponen el cumplimiento de las normas, pretenden obediencia y de no conseguirla optan por el castigo y en muchas ocasiones no muestran afecto. El padre o madre autoritario/a establece normas con poca participación del niño. Sus órdenes esperan ser obedecidas. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. Ejerce una disciplina basada en la afirmación del poder. Sus exigencias con frecuencia son inadecuadas y los castigos son severos o poco razonables. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles y la independencia escasa. Por ello el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carece de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas

tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los niños se vuelven rebeldes y agresivos (Craig, 1997).

- Permisivos, estilo donde los padres suelen reforzar la autonomía de los hijos, no imponen normas dejando que tomen sus propias decisiones, regularmente demuestran afecto y suelen usar la persuasión ante la imposición. El padre/madre comprensivo o permisivo se caracteriza por su carácter razonador ante las normas que transmite a sus hijos. Estos son padres afectivos, se comunican bien con sus hijos y promueven una relación de confianza. La exigencia hacia los hijos es razonada, utilizan el diálogo para llegar a acuerdos y conseguir que los hijos cumplan con sus obligaciones. Exigen a los hijos un comportamiento maduro de responsabilidad. A cambio tienden a no utilizar estrategias coercitivas o imposición cuando sus hijos se portan mal. Fomentan la independencia, la individualidad y un alto grado de autoestima. (García et al 2013).
- Negligente, estilo donde los padres muestran poco interés con su rol de padres protectores, no suelen poner reglas, límites y no exigen obediencia, y en general tienden a ser poco afectuosos. El padre/madre indiferente o negligente es aquel que no impone límites y tampoco proporciona afecto. Se concentra en las tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si además los padres son hostiles entonces los niños tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conducta delictivas (Craig, 1997).
- Estilo Mixto, se combinan los estilos de crianza antes mencionados.

Gracia et al. (2005, citado en Martínez Pampliega & Ugarte Elicegui, 2011) hallaron relación entre el rechazo parental percibido por el hijo y síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social, autoestima negativa, problemas somáticos, agresividad y conducta disocial, las familias democráticas promovían afrontamientos adaptativos y protectores ante la

depresión y la soledad, mientras que las familias autoritarias generaban inseguridad, afrontamientos desadaptativos y depresión.

Por otro lado, varios autores describen la consistencia parental un factor de protección contra potenciales desajustes. La medición de los estilos de crianza ha sido encarada de dos modos distintos: dimensionalmente y en forma categorial. Por una parte, se postularon dimensiones globales componentes del fenómeno, usualmente identificadas como respuesta y demanda (también nominadas como afectividad y control). La primera, comprende manifestaciones de cariño, diálogo, implicación, contención, apoyo, calidez. La segunda, incluye exigencias, límites, prohibiciones, castigos, reglas o normas, disciplina (Dwairy & Achoui, 2006; Lamm & Keller, 2007).

Marco metodológico

Diseño

Se llevó a cabo un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, puesto que se han observado las variables en estudio en su contexto natural, sin manipularlas intencionalmente, de alcance explicativo - descriptivo, que pretende un acercamiento a una problemática que, en nuestro país, no es estudiada más que como análisis de casos o asociada a diversos trastornos de la personalidad. El corte del estudio fue transversal dado que los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron administrados en una única instancia.

Definición de las variables

- Estilos de crianza percibidos
- Autolesiones

Definición conceptual.

Los estilos de crianza percibidos dan cuenta de la percepción de los hijos/as del estilo de crianza ejercido por los padres, es decir, la percepción que tenga el niño/a o adolescente

del estilo parental influirá en su desarrollo afectivo, psicológico y social, en su autoconcepto, y la percepción del mundo. En la adolescencia, esta percepción influirá en cómo se afrontarán los distintos cambios físicos y psicológicos (Molina et al., 2017).

Las autolesiones son aquellas conductas que realiza una persona para dañarse a sí mismo intencionalmente, sin el propósito de quitarse la vida. Entre las causas que las originan se encuentran la autorregulación de las emociones, la venganza hacia personas cercanas, la búsqueda de sensaciones de fortaleza, la evitación del suicidio, la manifestación de angustia, la autodeterminación y el embotamiento.

Definición operacional.

Se administrarán un Inventario de autolesiones para identificar la muestra de adolescentes que presentan dicha conducta, y una Escala para la evaluación del Estilo de crianza percibido.

Muestra

Unidad de análisis

Adolescentes de la ciudad de Rosario. El criterio de selección se basa en la definición sobre adolescencia de la OMS (2021) la cuál señala que la adolescencia es el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años.

La muestra fue no probabilística, de tipo intencional, y quedó conformada por 180 adolescentes, entre 14 y 19 años, (26,7%) varones y (73,3%) mujeres de la ciudad de Rosario.

Fue criterio de inclusión residir en la ciudad de Rosario, y criterio de exclusión tener un diagnóstico psicopatológico asentado que pueda afectar a las variables de estudio.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó:

Un cuestionario sociodemográfico elaborado AD-HOC, para los fines de la investigación compuesto por enunciados relativos a: Edad, Sexo, Nivel educativo de la Madre y Nivel educativo del Padre.

La adaptación al español del Inventario de declaraciones sobre autolesiones de Klonsky y Glenn (2009), realizada por Castro Silva et al. (2016). Esta escala evalúa las diferentes motivaciones o funciones que las personas refieren para realizar autolesiones no suicidas, pero en una primera etapa indaga acerca de los tipos de autolesiones que practica cada participante, pudiendo éste optar por un tipo o varios. La sección de motivaciones consiste en 25 reactivos divididos en 7 funciones. La relevancia de cada función es medida en una escala tipo Likert de 3 puntos: 0, 1 o 2 en cada reactivo. Los factores se constituyen de la siguiente manera:

- Autorregulación = 8; 18; 10; 11
- Venganza= 6; 24; 17
- Búsqueda de sensaciones= 21; 4; 22; 14; 15
- Evitando el suicidio= 3; 13; 20
- Manifestando angustia = 5; 23; 16;
- Autodominio = 7; 25; 9; 1
- Embotamiento = 12; 2; 19

La Escala de Estilos de Crianza para población adolescente creada por Perris (1980), abreviada por Arrindell (1999) y adaptada en Perú-Lima por Merino y Arndt (2004). La prueba fue desarrollada con el objetivo de identificar el estilo de crianza que los hijos perciben de sus padres, entre ellos el estilo autoritativo (democrático), autoritario, negligente, permisivo y mixto; para ello cuenta con 3 dimensiones:

1) Compromiso, donde se evalúa la cercanía emocional que mantiene el padre con el hijo, está conformado por 9 ítems (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 y 17).

2) Autonomía Psicológica: evalúa como los padres hacen uso de la democracia e incentivan a la autonomía, contiene 9 ítems (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 y 18).

3) Control Conductual: evalúa como el padre supervisa las acciones de su hijo, está conformado por 8 ítems (19, 20, 21a, 21b, 21c, 22a, 22b, y 22c).

En total la prueba consta de 22 ítems, 18 de los ítems cuenta con cuatro alternativas de respuestas tipo Likert que van desde Muy en desacuerdo (MD), Algo en desacuerdo (AD), Algo de acuerdo (AD) y Muy de acuerdo (MA), los ítems 19 y 20 tienen 7 alternativas de respuesta, y los ítems 21 y 22 responde a 3 preguntas con 3 alternativas de respuestas (No tratan, tratan poco y tratan mucho). La prueba puede ser aplicada de manera individual o grupal, su desarrollo suele durar entre 10 a 20 minutos. Por otro lado, con respecto a su validez fue analizada a través del análisis factorial exploratorio. La confiabilidad fue analizada mediante el alfa de Cronbach en cada una de sus escalas obteniendo en Compromiso 0.74, control conductual 0.66 y Autonomía psicológica 0.56, correspondiendo a un alto nivel de confiabilidad las dos primeras dimensiones y la tercera presenta un nivel moderado; para el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.64 correspondiéndole un nivel alto de confiabilidad.

En cuanto a su calificación se otorga un puntaje directo a cada una de las alternativas, es decir, que si el participante elige la opción Muy en desacuerdo (MD) tiene un puntaje de 1, Algo en desacuerdo (AD) obtendría un puntaje de 2, Algo de acuerdo (AD) le correspondería un puntaje de 3 y Muy de acuerdo (MA) un puntaje de 4. Posteriormente cada respuesta es sumada, obteniendo un puntaje por cada una de las 3 dimensiones antes mencionadas, para obtener el estilo de crianza percibido de tipo Autoritativo (Democrático), se debe de obtener en la dimensión de compromiso un puntaje mayor o igual a 18, en autonomía psicológica un

puntaje mayor o igual a 18, y en control conductual un puntaje mayor o igual a 16; para el estilo de crianza Autoritario, se debe de obtener en la dimensión de compromiso un puntaje menor o igual a 17, en control conductual un puntaje mayor o igual a 16; para obtener el estilo de crianza Permisivo, en la dimensión de compromiso debe de obtener un puntaje mayor o igual a 18, y control conductual un puntaje menor o igual a 15; en cuanto al estilo de crianza negligente, debe de obtenerse en la dimensión de compromiso un puntaje menor o igual a 17, y control conductual un puntaje menor o igual a 15; y finalmente en el estilo de crianza Mixto en la dimensión de compromiso debe de obtener un puntaje mayor o igual a 18, en control conductual un puntaje mayor o igual a 16 y autonomía psicológica un puntaje menor o igual a 17.

Procedimientos

La encuesta fue elaborada a través de un Google Forms y difundida por redes sociales. Al inicio de la encuesta se informó a los adolescentes el propósito de la investigación científica, se garantizó el anonimato y la confidencialidad tanto de los participantes como de los datos proporcionados. La encuesta se conformó por 3 apartados con una secuencia estricta en su avance, es decir, no se puede contestar el siguiente apartado en tanto no se haya completado la sección anterior, garantizando así el consentimiento, el interés y la participación libre y voluntaria de los encuestados. Al final del cuestionario, se agradeció la contribución en el estudio y se otorgó el correo electrónico de la investigadora a cargo con el objetivo de responder preguntas y dudas, para quienes lo requirieron.

Aspectos éticos

Para realizar esta investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos: Se evaluó solo a los adolescentes que voluntariamente accedieron a participar de la investigación. Se tuvo en cuenta que sean mayores de 14 años ya que con el aval de la Ley de NNyA N°26.061 pueden dar consentimiento de manera autónoma. Se les informó los objetivos de la

investigación y se les proporcionó el consentimiento informado, en el que se detalla el propósito de la investigación, el procedimiento y el riesgo y/o beneficio. Además, se respetó el anonimato de los estudiantes evaluados (ver anexo).

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables de estudio y, a continuación, se evaluó la normalidad de los datos y sus dimensiones utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov. La distribución de las variables fue no normal y se encontró homogeneidad de varianzas, por ende, se emplearon estadísticos no paramétricos. Para valorar la asociación entre variables se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman y, para comparaciones múltiples, se utilizó el análisis H de Kruskal-Wallis. En todos los casos se consideró significativo un $p < .05$. Para todo ello, se empleó el programa estadístico SPSS versión 25.0 de IBM.

Análisis de los datos e interpretación de los resultados

Caracterización de la muestra

La muestra estuvo constituida por 180 estudiantes entre 14 y 19 ($M=16,28$; $DT=1,648$) años de la ciudad de Rosario, (73,3%) mujeres y (26,7%) varones (Ver tabla 1). Respecto al nivel educativo de los padres, predominó el Terciario completo (Ver tabla 2).

Tabla 1.

Distribución por Género de los adolescentes

	Mujeres	Varones	Total
Muestra	73,3%	26,7%	100%

Nota. n=180

Tabla 2.

Distribución por Nivel educativo alcanzado por los Padres

	Niv.edu. Padre	Niv.edu. Madre
Primario incompleto	0%	1,6%
Primario completo	0%	13%
Secundario incompleto	0%	16,3%
Secundario completo	1,7%	5,8%
Terciario incompleto	8,3%	10,5%
Terciario completo	68,3%	35%
Universitario incompleto	3,9%	10,1%
Universitario completo	16,7%	7,7%
Posgrado	1,1%	0%

Nota. n=180

Los resultados indicaron que, del total de 180 participantes, 82 (45,6%) manifestaron haberse autolesionado alguna vez y 98 (54,4%) refirieron no haberlo realizado nunca (ver tabla 3). En concordancia con estos resultados, se encuentran los estudios de Vásquez (2009), Rospigliosi (2010), Briere et al. (2011, citado en Villarroel et al., 2013), Martínez-Falero Gómez (2015) y Eguia et al. (2020) que tomaron como muestra entre 100 y 500 adolescentes, donde se evidencia que dichos sujetos presentan una prevalencia del 30% y 40% en autolesiones. Estas cifras son las que frecuentemente llegan a la hospitalización. No obstante, cabe aclarar que la conducta autolesiva ocurre mayormente en la esfera privada por los sentimientos de vergüenza que impiden la búsqueda de ayuda, siendo más difícil lograr identificar un porcentaje que refleje realmente el fenómeno (Apter et al., 1995; Axiela, 2007).

Otro de los resultados de este estudio fue respecto al sexo de los adolescentes, donde del total de sujetos que presentaron conductas autolesivas 20 (24,4%) son varones, mientras que 62 (75,6%) son mujeres (ver tabla 4). En concordancia con Mejía Gómez y Laverde Gallegos (2021) quienes plantean que las conductas autolesivas sin intención suicidas son más comunes en mujeres adolescentes que en varones.

La prevalencia en cuanto al tipo de conducta autolesiva es: cortarse (N=21; 25,6%), no permitir que cicatricen las heridas (N=17; 20,7%); rascarse hasta lastimarse (N=9; 11%); ingerir sustancias peligrosas (N=8; 9,8%); rasparse contra superficies duras, quemarse y arrancarse el pelo (N=6; 7,3%); pellizcarse (N=4; 4,9%); golpearse a sí mismo (N=3; 3,7%), morderse (N=2; 2,4%) (ver tabla 5). En sintonía con estos resultados Villarroel et al. (2013) exponen que las conductas autolesivas más frecuentes son los cortes autoprovocados sin intencionalidad suicida, que se relaciona con el sentimiento de soledad y puede darse por falta de atención de los progenitores en un contexto familiar conflictivo (Agüero et al., 2018). También se destacan como menos frecuentes morderse, arrancarse el cabello (MacAniff, 2011, citado en Ulloa et al., 2013). Toro (2010) explica que el adolescente autolesivo realiza este tipo de conductas como un desahogo, que implican en general intentos por llamar la atención del entorno en el que se desenvuelve.

Respecto a los Estilos de Crianza percibidos, el Autoritario fue el más prevalente (38,3%); seguido del Autoritativo (25%); el Negligente (17,8%); el Permisivo (10,6%) y en menos frecuencia el Mixto (8,3%) (ver tabla 6). Los estilos educativos de los padres pueden causar impacto sobre el ajuste social y emocional de los adolescentes. Aquellos padres que tratan luego a sus hijos con un estilo más bien permisivo pueden colaborar a que los adolescentes no incorporen normas sociales lo cual favorece a no tolerar la frustración (Ato et al., 2007). Además, existe mayor presencia de comportamientos de riesgo (Carvajal, 1993; Boxer, 2010; Ulloa et al., 2013). La calidez de la madre actúa como factor protector para los

adolescentes en cuanto a las conductas autolesivas, y la crianza parental disfuncional, es un factor que puede influenciar decisivamente la manifestación de otras conductas psicopatológicas (García et al., 2022). La disfunción familiar y los problemas interpersonales se entienden como causantes de comportamientos autolesivos (García, 2015; Ibañez, 2017; Yambay Cajamarca, 2021). Eguia et al. (2020) evidencia que los adolescentes que realizan autolesiones tienen mayores estilos parentales disfuncionales en comparación con quienes no se realizan autolesiones.

Los adolescentes que perciben a sus padres como autoritarios tienden a obtener puntuaciones más elevadas de inadaptación personal y social y puede provocar conductas inadecuadas (López-Soler et al., 2009). Según Henao y García (2009), por su parte, si los padres presentan una estructura equilibrada, o en su defecto autoritativa, los niños tendrán un desempeño emocional más adecuado. Sin embargo, el exceso de críticas está asociado significativamente con la conducta autolesiva. Asimismo, Hilt et al. (2008) señalan que la relación familiar puede influir en el mantenimiento de estas conductas.

Tabla 3.

Distribución por quienes realizan conductas autolesivas

	Sí	No	Total
Conductas autolesivas	45,6%	54,4%	100%

Nota. n=180

Tabla 4.

Distribución por Género de los adolescentes

	Mujeres	Varones	Total
Muestra	73,3%	26,7%	100%

Nota. n=180

Tabla 5.

Distribución por Conductas autolesivas de los adolescentes

	Frecuencia absoluta	Frecuencia Porcentual
Cortarse	21	25,6%

No permitir que cicatricen las heridas	17	20,7%
Rascarse hasta lastimarse	9	11%
Ingerir sustancias peligrosas	8	9,8%
Raspase contra superficies duras	6	7,3%
Quemarse	6	7,3%
Arrancarse el pelo	6	7,3%
Pellizcarse	4	4,9%
Golpearse a sí mismo	3	3,7%
Morderse	2	2,4

Nota. n=82

Tabla 6.

Distribución por Estilos de Crianza percibidos

	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Autoritario	69	38,3%
Autoritativo	45	25%
Negligente	32	17,8%
Permisivo	19	10,6%
Mixto	15	8,3%

Nota. n=180

Prueba de normalidad de las variables

Las variables se distribuyeron de manera no normal, por lo cual se utilizaron estadísticos no paramétricos para su análisis posterior.

Tabla 7.

Distribución de las variables

Variables	Sig.
Autorregulación (ISA)	0,000
Venganza (ISA)	0,000
Búsqueda de sensaciones (ISA)	0,000
Evitación del Suicidio (ISA)	0,000
Manifestación de Angustia (ISA)	0,000
Autodominio (ISA)	0,000
Embotamiento (ISA)	0,000
Compromiso (ECP)	0,000
Autonomía psicológica (ECP)	0,000
Control Conductual (ECP)	0,000
Estilo Autoritativo	0,000
Estilo Autoritario	0,000
Estilo Permisivo	0,000
Estilo Negligente	0,000
Estilo Mixto	0,000

Nota. Prueba de Kolmogorov-Smirnov. (N>50).

Correlación de variables

No se halló relación significativa entre el nivel educativo de los padres y las variables analizadas. En línea con estos resultados estudios previos afirman no haber encontrado

diferencias significativas entre la formación de los padres y los Estilos de Crianza percibidos (Casullo y Liporace, 2008; Aguirre Forero, 2010).

Respecto a la asociación entre la edad y las dimensiones de estilo de crianza, se halló una asociación significativa, inversa con la dimensión compromiso, es decir que a mayor edad los adolescentes perciben a sus padres más lejanos emocionalmente. Este resultado se puede entender desde Sabater (2015) quien plantea que el distanciamiento entre padres e hijos a medida que avanza la adolescencia, en la mayoría de los casos, sucede por desapego, falta de apoyo, humillaciones, relaciones conflictivas en el vínculo, como críticas y autoritarismo excesivo. No obstante, no se encontró asociación significativa entre la edad y las motivaciones para realizar autolesiones no suicidas.

En cuanto a la relación entre las dimensiones que conforman los estilos de crianza y las motivaciones para realizar autolesiones se hallaron vinculaciones significativas inversas entre la autonomía psicológica y las motivaciones de venganza y autodominio (ver tabla 8).

También se evidenció asociación directa entre el estilo de crianza percibido negligente y la motivación por la búsqueda de sensaciones. Asimismo, el estilo de crianza percibido como autoritario correlacionó de manera directa con la manifestación de angustia (ver tabla 9). Por último, no se hallaron relaciones significativas con el resto de las variables, más que algunas lógicas entre dimensiones de las mismas escalas.

En línea con estos resultados, algunos estudios refieren que los adolescentes más sensibles a la influencia del ambiente son más proclives a tener conductas autolesivas (Florenzano Urzúa, 1998). Una de las influencias del ambiente más preponderantes en esta etapa son los estilos educativos de los padres, los cuales pueden causar impacto sobre el ajuste social y emocional de los adolescentes (Rice, 2000; Toro 2010); en especial el estilo

autoritario es un factor que puede influenciar decisivamente la manifestación de conductas psicopatológicas (García, 2015; Ibañez, 2017; García et al., 2022).

El estilo parental disfuncional inclinado por el abuso y la protección del padre y la indiferencia de la madre se correlaciona con la prevalencia de autolesiones (Eguía et al., 2020). En específico, el control excesivo, más críticas y falta de afecto es un factor determinante del estado emocional, pudiendo propiciar síntomas depresivos (Martínez-Falero Gómez, 2015; Ramírez-Caján & Díaz-Gervasi, 2017).

Según el DSM V (2013) la autolesión está asociada con problemas personales; sentimientos y pensamientos negativos reflejados en crisis depresivas, ansiosas, tensas o en la autocrítica. Estas crisis se producen en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo. Algunos estudios demuestran que un mal manejo parental y el maltrato, pueden desencadenar crisis que aumentan el riesgo de autolesiones, debido a que están estrechamente ligadas con las dificultades interpersonales durante la etapa adolescente (Hawton et al., 2002; Hilt et al., 2008; Boxer, 2010). Esto sucede específicamente con los sujetos que perciben a sus padres como autoritarios (López-Soler et al., 2009).

Tabla 8.

Asociación entre variables escalares y dimensiones de Estilos de crianza percibidos

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Edad	-	-.029	.081	.039	.079	-.039	.047	.019	-.171*	-.109	-.010
2. Autorregulación		-	-.185	.159	.122	.071	-.228*	.223*	.105	.014	-.039
3. Venganza			-	.179	.313**	.241*	-.123	.051	-.027	-.264*	.005
4. Búsqueda de sensaciones				-	.205	.103	.059	.494**	.014	.049	.134
5. Evitación del Suicidio					-	.165	-.017	.024	.043	.204	.067
6. Manifestación de Angustia						-	.210	.155	.140	-.033	.054
7. Autodominio							-	.548**	-.150	-.283**	-.075
8. Embotamiento								-	-.068	.120	-.036
9. Compromiso									-	.393**	.114
10. Autonomía psicológica										-	.112
11. Control Conductual											-

Nota. Estadístico utilizado Rho de Spearman; (*=p < .01; **=p > .05).

Tabla 9.

Asociación entre variables escalares y Estilos de crianza percibidos

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Edad	-	-.029	.081	.039	.079	-.039	.047	.019	.022	.018	-.018	.022	-.027
2. Autorregulación		-	-.185	.159	.122	.071	.228*	.223*	-.070	-.070	.070	.070	-.093
3. Venganza			-	.179	-.313**	.241*	-.123	.051	-.157	-.157	.157	.157	-.022
4. Búsqueda de sensaciones				-	.205	.103	.059	.494**	.072	.072	-.072	.227*	-.072
5. Evitación del Suicidio					-	.165	-.017	.024	-.186	-.186	.186	.186	.112
6. Manifestación de Angustia						-	.210	.155	-.179	.210*	.179	.179	-.026
7. Autodominio							-	.548**	-.026	-.026	.026	.026	.045
8. Embotamiento								-	.054	.054	-.054	-.054	-.186
9. Autoritativo									-	.695*	-.695*	-1**	-.591*
10. Autoritario										-	-1**	-.695*	-.415*
11. Permisivo											-	.695*	.415*
12. Negligente												-	.591*
13. Mixto													-

Nota. Estadístico utilizado Rho de Spearman; (*=p < .01; **=p > .05).

Diferencias de Grupos

Se utilizó el estadístico U de Mann Whitney para establecer las comparaciones respecto al Sexo de los participantes y no se hallaron diferencias significativas con las variables estudiadas.

Conclusión

Este estudio tiene como objetivo principal analizar la relación entre los Estilos de crianza percibidos predominantes y las autolesiones en la adolescencia. A su vez, se planteó como respuesta tentativa a la pregunta de investigación, en base a la revisión de la bibliografía y el rastreo del estado del arte, que los adolescentes que perciben los estilos de crianza de los padres como autoritarios o negligentes tienen mayor probabilidad de presentar conductas autolesivas. Según los resultados del estudio, la hipótesis se vio confirmada parcialmente, ya que se halló relación significativa directa entre el estilo de crianza autoritario y la manifestación de angustia, pero no así entre los demás estilos de crianza y las motivaciones para autolesionarse.

Por otro lado, los resultados de la muestra presentan a los cortes en la piel como la conducta autolesiva prevalente (25% de los casos). Agüero et al., (2018) exponen que las conductas autolesivas más frecuentes son los cortes autoprovocados sin intencionalidad suicida, que se relaciona con el sentimiento de soledad y puede darse por falta de atención de los progenitores en un contexto familiar conflictivo; las autolesiones del adolescente suelen ser ocultadas a los padres por sentirse no entendidos y juzgados. Asimismo, algunos estudios demuestran que un mal manejo parental y el maltrato puede aumentar el riesgo de autolesiones debido a que están estrechamente ligadas con las dificultades interpersonales durante la etapa adolescente (Boxer, 2010). Esta concordancia entre los resultados de este estudio con otros autores lleva a plantear que las autolesiones son utilizadas como mecanismos de afrontamiento mal adaptativo frente al estrés emocional, convirtiéndose en sí mismas en estrategias para aliviar la angustia y el malestar emocional.

Así, la mayoría de los artículos revisados ponen de manifiesto una tendencia frente a la principal función de la conducta autolesiva como un intento de autorregulación emocional. Esta se da como resultado de un intento disfuncional por lidiar con las emociones. Si bien

estas conductas pueden ser eficientes a corto plazo, constituyen una estrategia perjudicial si se utilizan para disminuir las emociones que causan malestar subjetivo, puesto que reducen inmediatamente el estrés psicológico, pero a costa de un daño físico y, a largo plazo, acarrear afectaciones en el bienestar integral de la persona.

La prevalencia de la conducta autolesiva es, como ponen de manifiesto los datos, lo suficientemente importante como para provocar un interés serio en los investigadores. Dada su naturaleza, esta conducta supone además un peligro para la persona que la lleva a cabo, ya que no solo guarda relación con un sufrimiento emocional o psicológico, sino que tiene consecuencias físicas que pueden llegar a poner en peligro la vida, aunque no sea esta la meta de la conducta.

En suma, al juntar todos los factores asociados a la autolesión que han sido encontrados en esta investigación, podemos notar la complejidad de este comportamiento, la gravedad de su manifestación, su acelerado incremento entre los adolescentes de diversos países alrededor del mundo y la influencia del estilo de crianza percibido.

Respecto a las dificultades que presenta este estudio, las limitaciones son importantes. Los resultados surgen a partir de una muestra pequeña no probabilística y, por esto, no pueden generalizarse al resto de la población. Los participantes seleccionados a través de una plataforma virtual pueden no representar la diversidad de la población adolescente de la ciudad de Rosario.

También, cabe aclarar que como parte de las limitaciones de esta investigación hay que tener presente que algunos de los participantes de la muestra podrían haber sentido vergüenza o temor, así como haber contestado por deseabilidad social ante la posibilidad de que vean sus respuestas; y dada esa preocupación, respondieron de manera inconsistente. Además, como ya se ha mencionado, los adolescentes que mayormente llevan a cabo el

comportamiento autolesivo muestran dificultades para expresar sus emociones y desinterés en compartir sus experiencias con otros.

Finalmente, una mayor exploración sobre este fenómeno es sumamente importante, no solo por el daño psíquico y físico que sus practicantes se están ocasionando y por la propagación de éste, sino también por la etapa en la cual aparece. Los adolescentes representan aproximadamente el 30% de la población de América Latina, y son ellos quienes serán representantes del futuro (Unicef, 2016). Restituir la salud de los adolescentes contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones.

Referencias bibliográficas

- Aguirre Forero, A. M. (2010). *Prácticas de Crianza y su Relación con Rasgos Resilientes de Niños y Niñas*. Universidad Nacional de Colombia.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2984/1/458512.2010>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Apter, A., Gothelf, D., Orbach, I., Weizman, R., Ratzoni, G., Har-Even, D. & Tyano, S. (1995). Correlación de la conducta suicida y violenta en diferentes categorías diagnósticas en pacientes adolescentes hospitalizados. *Diario Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 34(7), 912–918.
- Arnett, J. J. (2008) *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. Ed. Pearson.
- Axiela, e. a. (2007). *Desvelando el Cuerpo, Perspectivas desde las ciencias Sociales y Humanas*. España: Alta Fulla.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Tasas de autolesiones no suicidas en jóvenes: Edad, sexo y formas de comportamiento en una muestra comunitaria. *Pediatría*.
- Boxer, P. (2010). Variaciones en los factores de riesgo y tratamiento entre los adolescentes que participan en diferentes tipos de autolesiones deliberadas en una muestra de pacientes hospitalizados. *Revista Psicología Clínica Infanto-Juvenil*, 39, 470-480.
- Brukner, P. (1975). *Psicología social del autoritarismo*
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Argentina. Corso.
- Castello, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y Tratamiento*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Casullo, M., & Fernández Liporace, M. (2008). Percepción sobre estilos e inconsistencias parentales en adolescentes argentinos. *Estud. psicol.*, 25(1): 3-9.
<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n1/a01v25n1>
- Climent, G. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos. *Revista Argentina de Sociología*, 7, 186-213.
- Conterio, K. y Lader, W. (1998). Daño corporal: El programa innovador de curación para personas que se autolesionan.
- Coon, D. (1998). Psicología. Exploración y Aplicaciones 8ª ed. Thomson
- Craig, G. J., (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall.
- De la Iglesia, G., Ongarato, P. y Fernández Liporace (2011). Propiedades psicométricas de una Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida [EPIPP]. *Evaluar*, 10, 32-52.
- Delval, J (2000) Aprender en la vida y en la escuela ed. Morata. Madrid
- Favazza, A. (1996) Cuerpos bajo asedio: automutilación y modificación corporal en la cultura y la psiquiatría. Baltimore, Prensa de la Universidad Johns Hopkins. (1998) La mayoría de edad de la automutilación. *Revista de Enfermedades Nerviosas y Mentales*,
- Favazza, A. & Rosenthal, R. (1993) Problema de diagnóstico en la automutilación. *Psiquiatría Hospitalaria y Comunitaria*.
- Florenzano Urzúa, R. (1998). El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago: Ediciones
- Gesell, A. (1958). El adolescente de 10 a 16 años. Argentina: Paidós 4ª edición
- Gratz KL. Medición de autolesiones deliberadas: datos preliminares del Inventario de autolesiones deliberadas. *Revista de Evaluación del Comportamiento en Psicopatología*. 2001

- Hawton J., Fagg J., Simkin S., Bale E. & Bond A. (2000). Autolesión deliberada en adolescentes en Oxford, 1985-1995. *Revista Adolescentes*, 23:47-55.
- Herpertz, S. (1995). Comportamiento auto agresivo. Características psicopatológicas y nosológicas en subtipos de autolesionadores. *Acta Psychiatry Scand*, 91(1):57-68.
- Hilt, L., Nock, M., Lloyd-Richardson, E. y Prinstein, M. (2008). Estudio longitudinal de autolesiones no suicidas entre jóvenes adolescentes. *Diario de la adolescencia temprana*, 28, 455-469.
- Jaller Jaramillo, C. & Lemos Hoyos, M., (2009). Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. *Acta colombiana de Psicología*12(2), 77-83.
- Jones, T. (2001). Una muestra de la literatura empírica que trata sobre la automutilación. <http://www.m-a-h.net/inkdroppings/tj-selfinjury.htm>
- Kahan, J., & Pattison, E. (1984) Propuesta de diagnóstico distintivo: El Síndrome de Autolesión Deliberada (DSH). *Suicidio y Comportamiento que Amenaza la Vida*.
- Klonsky ED. Autolesiones no suicidas en adultos estadounidenses: prevalencia, sociodemografía, topografía y funciones. *Psicología Med*. 2011
- Lemos Hoyos, M., Londoño Arredondo, N. H., (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta colombiana de psicología*. 9(2) 127-140.
- Lemos Hoyos, M., Londoño Arredondo, N. H. & Zapata Echavarría, J. A. (2007) Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, (9) 55-69.
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A. & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1) 70-77.

- Mallma F.N., (2016). Relaciones intrafamiliares de dependencia emocional en estudiantes de psicología de un centro de formación superior. *Acta Psicológica Peruana*, (1), 109-124.
- Martinez Pampliega, A., & Ugarte Elicegui, I., (2011). Estilos educativos y bienestar psicológico de los adolescentes. Importancia de la conciliación entre la vida laboral y familiar. *Familia*, 43, 135-144.
- Fundación Salud Mental, (2006). Informe de la Investigación Nacional sobre las autolesiones entre los jóvenes. Metropolitana. Lima: PUCP.
- Montolío, C. A. & Leohnardi, P. C., (2012). Los modelos educativos parentales desde los modelos interactivo y de construcción conjunta: Revisión de las investigaciones. *Teoría Educativa*. 24(2), 149-176.
- Moral Jiménez, M. V., Sirvent Ruiz, C., (2009) Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 230-240.
- Organización mundial de la Salud. (2021). *Salud del adolescente*.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Papalia, Wendkos Olds, Duskin Feldman, 2001); desarrollo humano. ed. McGraw-Hill. Colombia.
- Piaget Jean (1964) Seis estudios de Psicología. ed. Ensayo Seix Barral México
- Ramírez-Caján, M. & Díaz-Gervasi, G. (2017). Estilos parentales percibidos y sintomatología depresiva en escolares de secundaria. *Casus*, 2(2):119-126.
- Reisfeld, S. (2004). Tatuajes: una mirada psicoanalítica. Argentina: Paidós
- Rice, f. (2000) Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura ed. Prentice Hall. Madrid.
- Richaud De Minzi, María Cristina Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños *Revista Latinoamericana de Psicología*. 37(1) 47-58.

Rodríguez de Medina Quevedo I. (s/f). La dependencia emocional en las relaciones interpersonales. Universidad de Granada. Recuperado de

<http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/27754/ReiDoCrea-Vol.2-Art.19-Rodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rospigliosi, S. (2010). Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima

Ross, S. & Heath, N. (2002). Un estudio de la frecuencia de automutilaciones en una muestra comunitaria de adolescentes. *Revista Juventud Adolescencia*, 31(1):67-77.

Schore A. N. (2008). Una perspectiva neuro psicoanalítica del cerebro/mente/cuerpo en psicoterapia. Perspectiva neuro psicoanalítica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 144-168.

Semenova Moratto Vásquez, N., Zapata Posada. J. J., & Messenger, T., (2015).

Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8(2), 103-121

Taylor, A., Martin, G., Dal Grande, E., Swannell, S., Fullerton, S., Hazell, P., & Harrison, J.

(2011). Problemas metodológicos asociados con la recopilación de información confidencial por teléfono: experiencia de un estudio australiano de prevalencia de autolesiones no suicidas (NSSI). *Metodología de investigación médica de BMC*, 11, 20. doi: 10.1186/1471-2288-11-20.

Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.

Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. & Gamaliel, V. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*, 36(5), 421-427. Universidad Católica de Chile.

Sabater, V. (2015). *Los lobos de la aldea Serieva*. Goodreads.

Vasquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP.

Villaruel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, A., Mirko, C. & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.

Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, de Wilde EJ, & De Leo D, Fekete S. (2009). Autolesiones deliberadas en adolescentes: comparación entre los que reciben ayuda tras autolesionarse y los que no.

Anexos

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o participante:

Nos encontramos aplicando un inventario para la recolección de datos sobre las autolesiones en adolescentes. Su colaboración en el estudio consistirá en completar el inventario adjunto, actividad que le tomará alrededor de 15 minutos. Usted tiene total libertad de participar o no en esta instancia, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada mediante su participación será estricta y exclusivamente para nuestro trabajo, y sólo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación en esta investigación no implica ningún beneficio monetario o de otra índole. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este estudio y de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

En caso de tener alguna consulta o sugerencia, no dude en comunicarse:

Jesica Tourneur

Correo: jesicatourneur@gmail.com

Expreso voluntaria y conscientemente mi consentimiento de participar en el estudio.

No deseo participar del estudio.

Firma: _____

Cuestionario Sociodemográfico:

Edad:

Sexo:

Lugar de residencia:

Nivel educativo alcanzado por el padre:

1. Primario
2. Secundario
3. Terciario
4. Universitario

Nivel educativo de la madre:

1. Primario
2. Secundario
3. Terciario
4. Universitario

Cuestionario I

El presente cuestionario forma parte de una investigación cuyo objetivo es conocer las causas que originan las autolesiones en la adolescencia. Su colaboración es muy valiosa para el éxito de este proyecto. Sólo le pedimos que responda con sinceridad, ya que:

- ✓ la encuesta es anónima
- ✓ es completamente confidencial
- ✓ no existen respuestas correctas o incorrectas

Este inventario indaga variados tipos de comportamiento autolesivo. Por favor, sólo señale uno o más de estos comportamientos si lo ha hecho intencionalmente (a propósito) y sin intención de suicidio.

Registre el número de veces que en su vida ha realizado intencionalmente alguno de estos tipos de comportamientos (por ejemplo: 0-10-50-100-500)

1	Cortarse	
2	Morderse	
3	Quemarse	
4	Rasparse contra una superficie dura	
5	Pellizcarse	
6	Arrancarse el pelo	
7	Rascarse hasta lastimarse	
8	Golpearse a sí mismo	
9	No permitir que cicatricen las heridas	
10	Pincharse con agujas	
11	Ingerir sustancias peligrosas	
12	Otras	

Si ha realizado uno o más de los comportamientos enumerados anteriormente, por favor complete la parte final de este cuestionario.

A continuación se muestra una lista de declaraciones que pueden o no ser relevantes respecto de las autolesiones. Por favor, identifique las declaraciones que son más relevantes para usted:

Marque con una X:

(0) Si la afirmación no es relevante.

(1) Si la afirmación es algo relevante.

(2) Si la afirmación es muy relevante.

“Cuando me autolesiono estoy...”

		0	1	2
1	Tranquilizándome a mí mismo			
2	Dándome una razón para cuidarme			
3	Causándome dolor para dejar de ser indiferente			
4	Evitando un impulso de suicidio			
5	Creando vínculos con amigos			
6	Viendo si aguanto dolor			
7	Dejando una marca física de que me siento terrible			
8	Queriendo vengar a alguien			
9	Asegurándome que soy autosuficiente			
10	Liberando presión emocional			
11	Demostrando que soy diferente a otros			
12	Expresando enojo a mí mismo por ser inútil			
13	Ocupándome de mi estrés emocional			
14	Tratando de sentir algo			
15	Respondiendo a pensamientos suicidas			
16	Divirtiéndome haciendo algo extremo			
17	Intentando ser aceptado por otros			
18	Demostrando que soy fuerte o rudo			
19	Probándome que mi dolor emocional es real			
20	Obteniendo venganza contra otros			
21	Demostrando que no necesito de otros para ayuda			
22	Reduciendo ansiedad, frustración			
23	Estableciendo una barrera entre otros y yo			
24	Reaccionando por sentirme infeliz			
25	Asegurándome que aún sigo vivo			
26	Poniendo un alto a pensamientos suicidas			
27	Probando mis límites			
28	Creando un signo de amistad con otros			
29	Probándome que puedo aguantar el dolor físico			
30	Dándole un significado a mi dolor emocional			
31	Tratando de lastimar a una persona cercana			
32	Estableciendo que soy independiente			

Cuestionario II

Por favor, responde a las siguientes preguntas sobre los padres (o apoderados) con los que tú vives.

Es importante que seas sincero.

Si estás MUY DE ACUERDO haz una X en el recuadro de la columna (MA).

Si estas ALGO DE ACUERDO haz una X en el recuadro de la columna (AA).

Si estas ALGO EN DESACUERDO haz una X en el recuadro de la columna (AD).

Si estás MUY EN DESACUERDO haz una X en el recuadro de la columna (MD).

	MD	AD	M	MA
Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo algún tipo de problema.				
Mis padres dicen o piensan que uno no debería discutir con los adultos.				
Mis padres me animan para que haga lo mejor que pueda en las cosas que haga.				
Mis padres dicen que uno debería no seguir discutiendo y ceder, en vez de hacer que la gente se moleste con uno.				
Mis padres me animan que piense por mi mismo.				
Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen la vida difícil.				
Mis padres me ayudan con las tareas escolares si hay algo que no entiendo.				
Mis padres me dicen que sus ideas son correctas y que no debería contradecirlas.				
Cuando mis padres quieren que haga algo, me explican por qué.				
Siempre que discuto con mis padres, me dicen cosas como "lo comprenderás mejor cuando seas mayor"				
Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me animan a tratar de esforzarme.				
Mis padres no me dejan hacer mis propios planes y decisiones para las cosas que quiero hacer.				
Mis padres conocen quienes son mis amigos.				
Mis padres actúan de una manera fría y poco amigable si yo hago algo que no les gusta.				
Mis padres dan de su tiempo para hablar conmigo.				
Cuando saco una baja nota en el colegio mis padres me hacen sentir culpable.				
En mi familia hacemos cosas para divertirnos o pasarla bien juntos.				
Mis padres no me dejan hacer algo o estar con ellos cuando hago algo que a ellos no les gusta.				

En una semana normal, ¿Cuál es la última hora hasta donde puedes quedarte fuera de LUNES A JUEVES?

No estoy permitido	Antes de las 8:00pm	8:00pm a 8:59pm	9:00pm a 9:59pm	10:00pm a 10:59pm	11:00pm a más	Tan tarde como decido.

En una semana normal, ¿Cuál es la última hora hasta donde puedes quedarte fuera de VIERNES O SABADO POR LA NOCHE?

No estoy permitido	Antes de las 8:00pm	8:00pm a 8:59pm	9:00pm a 9:59pm	10:00pm a 10:59pm	11:00pm a más	Tan tarde como decido.

¿Qué tanto tus padres TRATAN de saber?

	No tratan	Tratan poco	Tratan mucho
¿Dónde vas en la noche?			
¿Lo qué haces con tu tiempo libre?			
¿Dónde están mayormente en las tardes después del colegio?			

¿Qué tato tus padres REALMENTE saben?

	No saben	Saben poco	Saben mucho
¿Dónde vas en la noche?			
¿Lo qué haces con tu tiempo libre?			
¿Dónde están mayormente en las tardes después del colegio?			

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!