

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Atributos Percibidos en Adolescentes Ecuatorianos, en el Sistema
Familiar que Influyen en la Conducta Auto Lesiva.**

Proyecto de Investigación

Daniela Alomía González

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 6 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDAD

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Atributos Percibidos en Adolescentes Ecuatorianos, en el Sistema Familiar, que
Influyen en la Conducta Auto Lesiva.**

Daniela Alomía González

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Esteban Utreras, PhD

Firma del profesor

Quito, 6 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Daniela Alomía González

Código: 00124012

Cédula de Identidad: 1724237704

Lugar y fecha: Quito, 6 de mayo de 2019

Resumen

La autolesión se define como el daño tisular que el individuo realiza a su cuerpo sin una intención suicida (Delgadillo-González, Chávez-Flores & Martínez, 2014). En este comportamiento se ha observado una motivación totalmente distinta, como menciona Mosquera (2008), más bien su propósito es luchar por vivir. La autolesión es una problemática que afecta a nivel mundial debido a su alta incidencia en la juventud, especialmente en la adolescencia. Debido a que es una problemática que no se ha logrado resolver, resulta necesario indagar en el proceso que subyace este comportamiento, el cual diversos autores aseguran una potencial relación con características del sistema familiar en el cual conviven. El presente estudio propone un giro a la forma en la cual se ha investigado los motivadores de esta conducta, poniendo las perspectivas del adolescente y sus experiencias detalladas como principales fuentes de información. La literatura resalta la influencia de la dinámica familiar, las familias conflictivas, la enseñanza parental y el abuso como aspectos relevantes en el tema de la autolesión; sin embargo, este estudio propone un análisis de estos atributos desde la vida misma del que los padece lo cual concientiza tanto a los padres como a interesados en el tema a generar un cambio en el sistema.

Palabras clave: autolesión, automutilación, adolescentes, familia, negligencia, abuso, cultura

Abstract

Self-injury is defined as the tissue damage that the individual does to his body without a suicidal attempt (Delgadillo-González, Chávez-Flores & Martínez, 2014). In this behavior, a totally different motivation has been observed, as mentioned by Mosquera (2008), rather its purpose is to fight to live. Self-injury is a problem that affects all the world due to its high incidence in youth, especially in adolescence. Because it is a problem that has not been solved, it is necessary to investigate the underlying process of this behavior, which various authors claim is a potential relationship with characteristics of the family system in which they coexist. The present study proposes a twist to the way in which the motivators of this behavior have been investigated, putting the perspectives of the adolescent and his detailed experiences as main sources of information. The literature highlights the influence of family dynamics, conflictual families, parental education and abuse as relevant aspects in the issue of self-harm; however, this study proposes an analysis of these attributes from the life of the sufferer, which makes both parents and interested parties aware of the issue to generate a change in the system.

Key words: self-harm, self-mutilation, adolescents, family, neglect, abuse, culture

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

Antecedentes del Problema	8
Problema	10
Hipótesis	13
Pregunta de Investigación	15
Contexto y Marco Teórico	15
Propósito del Estudio	15
Significado del Estudio	16
Definición de Términos	16
Supuestos del Estudio	17

Marco Teórico

¿Qué es la Autolesión?	18
Modelos Explicativos para la Autolesión	19
Autolesión y Suicidio	22
Estadísticas Conductas Autolesivas	25
<i>Estadísticas en Latinoamérica</i>	25
Factores de Riesgo Asociados a la Autolesión	28
Comprensión de la Conducta Autolítica	30
<i>La Autolesión como Forma de Comunicación</i>	30
<i>La Autolesión como Sensación de Control y Seguridad</i>	32
<i>Dificultad para Entendimiento y Expresión Emocional</i>	33
Antecedentes Familiares	36
<i>Dinámica Familiar</i>	37
<i>Estructura Familiar</i>	38
<i>Establecimiento de Reglas</i>	41
<i>Establecimiento de Roles</i>	43
<i>Relaciones Familiares Conflictivas</i>	45
<i>Negligencia Parental</i>	48
<i>Sobre involucramiento Parental</i>	51

<i>El Papel del Aprendizaje</i>	53
<i>El Efecto en la Percepción de Uno Mismo</i>	53
<i>Desregulación Emocional y Estilos de Comunicación</i>	56
<i>Experiencias de Abuso en la Niñez</i>	59
<i>Abuso Emocional</i>	60
<i>Abuso Físico</i>	62
<i>Abuso Sexual</i>	63
<i>La Influencia del Aspecto Cultural en la Autolesión</i>	66
Diseño y Metodología	
Justificación de la Metodología Seleccionada	72
Muestra	74
Instrumentos o Materiales	75
Métodos	76
Procedimiento de Recolección de Datos	78
Análisis de Datos	79
Consideraciones Éticas	82
Resultados Esperados	84
Discusión	88
Conclusiones	88
Fortalezas y Limitaciones de la Propuesta	89
<i>Limitaciones</i>	89
<i>Fortalezas</i>	91
Recomendaciones para Futuros Estudios	91
Referencias	93
Anexo A: Consentimiento para Menores de Edad	107
Anexo B: Consentimiento para Padres y Adolescentes	108
Anexo C: Consentimiento para Grabación de Audio	111
Anexo D y E: Instrumentos	112
Anexo F: Incentivos	115
Anexo G: Datos Demográficos	117

INTRODUCCIÓN (Capítulo 1)

La automutilación se define como “cualquier comportamiento que es autoinfligido intencionalmente, que involucra consecuencias físicas inmediatas” (Stanford, Jones, & Hudson, 2018, p.1). El comportamiento auto lesivo es generalmente una estrategia de acoplamiento; una expresión desesperada de angustia, ira y emociones que no permite el individuo expresar, y un deseo de escapar de una realidad en la cual el individuo se rehúsa a vivir (Paes, 2017). Se presentan de diferentes maneras, entre estas la persona puede hacerse cortes, golpes, quemaduras, sacarse costras, inserción de objetos bajo la piel, rascarse en exceso, entre otras cosas (Nader & Boehme, 2003). El problema que más afecta a la población es su alta incidencia actual en la juventud, siendo el caso de que la prevalencia estimada de esta conducta es del 5 al 15% incluso más alta. El simple hecho de que esta condición este tan presente en esta etapa de la vida abre caminos para distintas investigaciones acerca de la fuente del problema a tan temprana edad y cabe indagar acerca de la influencia de la familia en este aspecto (Stanford, Jones, & Hudson, 2018).

Antecedentes del Problema

Estudios estiman que las autolesiones inician alrededor de los 12-14 años, alcanzan su pico máximo en la adolescencia media y empieza a disminuir su tasa a fines de la adolescencia, en la edad adulta (Stanford, Jones, & Hudson, 2018). En cuanto a los factores de riesgo para esta conducta se han identificado pruebas consistentes de que la automutilación está asociada a síntomas depresivos y ansiosos, bajo autoestima, impulsividad y dificultades con respecto a la conducta y a la atención que obtiene el individuo de su alrededor (Stanford, Jones, & Hudson, 2018). De igual forma, aspectos como el género, la edad, la etnia, conflictos de los padres y *bullying* o maltrato de algún tipo (Stanford, Jones, & Hudson, 2018).

A lo largo de los años se han realizado diversos estudios acerca del comportamiento auto lítico, sin embargo, este no ha logrado disminuir su incidencia. Esto se puede deber a que la mayoría de estudios se han centrado en investigar las características del comportamiento en vez del perfil psicológico que subyace (Stanford, S., Jones, M. P., & Hudson, J. L., 2018). Con respecto al perfil psicológico que subyace, la literatura ha identificado a la automutilación como una característica que se observa en una variedad de trastornos mentales; siendo en muchos casos el comportamiento principal de las personas que padecen trastorno de personalidad límite. Debido a que los factores de riesgo para la automutilación, mencionados por Stanford, Jones, & Hudson (2018) resultan ser características propias de esta condición, resulta necesario considerarlos. Entre estos los que más resaltan son los patrones inestables del afecto, de conducta y relaciones parentales conflictivas; además de esto se ha observado en estos individuos una frecuente historia de abuso y dificultades en la comunicación con sus padres como una fuente importante del comportamiento auto lítico (Rao, Broadbear, Thompson, Correia, Preston, Katz, & Trett, 2017).

La adolescencia llega a ser la etapa de desarrollo tanto del trastorno de personalidad límite como de la conducta auto lítica tan relacionada a esta condición. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) el trastorno de personalidad límite se define como “un patrón predominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen, y en los afectos; impulsividad intensa que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos” (Asociación American de Psiquiatría, 2013, p. 364). Se estima que la prevalencia de este desorden en la comunidad varía entre un 0.7% y 2.7%, el 20% de los pacientes que están en una clínica de salud mental presentan esta condición y entre el 60% al 90% de los pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad límite tienen

una historia de conductas auto líticas y el 10% terminan con su vida. En estas estadísticas se puede observar lo común que es esta conducta en el trastorno límite de personalidad; por otro lado, las estadísticas son bajas en cuanto a esta conducta como motivador del suicidio. Es decir, existe una motivación diferente en las personas que recurren a lastimarse, muy distinta a acabar con su vida lo cual lo convierte en un tema de gran interés (Rao, Broadbear, Thompson, Correia, Preston, Katz, & Trett, 2017). La automutilación siempre ha sido considerada una característica de diversos trastornos mentales, sin embargo, este enfoque reduce la calidad de investigación acerca de esta conducta en sí. A pesar de que se carece de investigación, se puede entender a la conducta auto lítica como una problemática independiente de un trastorno, que requiere su debida clasificación.

Investigaciones han encontrado que el contexto familiar juega un rol fundamental en el ajuste psicológico del individuo; concluyendo que problemas simplemente en la comunicación entre padres e hijos constituye un factor de riesgo estrechamente vinculado con el desarrollo de problemas en la salud mental del adolescente (Estévez López, Musitu Ochoa, & Herrero Olaizola, 2005). Este estudio y otros parecidos incitan a preguntarse de qué forma el sistema familiar cumple un papel fundamental en el desarrollo de este problema; teniendo el conocimiento de qué bajo autoestima, impulsividad, problemas del comportamiento, ansiedad, depresión, falta de atención están ampliamente relacionados. Además de su observable conexión con el maltrato en la niñez, inexpresividad emocional, bajo afecto positivo, altos niveles de afecto negativo, entre otros (Salazar, 2012).

Problema

Diversas investigaciones han aportado evidencia de la estrecha relación entre la auto mutilación y el contexto familiar, tanto en pacientes diagnosticadas con trastorno de personalidad límite como en individuos que carecen de otra condición. A pesar de la

gran cantidad de investigaciones al respecto, existen aspectos importantes al tomar en cuenta, cuya acción es el propósito de esta investigación.

En primer lugar, es importante considerar algunos de los riesgos de la automutilación en el adolescente. La prevalencia estimada de esta conducta es del 5 al 15% incluso más alta. Se piensa que las tasas de autolesiones alcanzan su nivel máximo en la adolescencia media con un inicio promedio alrededor de los 12-14 años; y la tasa empieza a decrecer a fines de la adolescencia e inicio de la edad adulta (Stanford, Jones, & Hudson, 2018). A pesar de que las autolesiones no involucran un intento suicida, es un fuerte factor de riesgo para un intento suicida o para que se complete este acto (Stanford, Jones, & Hudson, 2018). Además de que aumenta el riesgo de posibles infecciones y hospitalizaciones. Por otro lado, otros estudios aseguran que existe evidencia acerca de que esta tendencia se repita en los compañeros que se relacionan con la persona que se infringe daño, como si fuera una especie de “contagio”; esto aumenta la probabilidad de que esta conducta tan riesgosa sea cada vez mayor (Stanford, Jones, & Hudson, 2018). El alto riesgo de esta conducta y su relación ya antes observada con el entorno familiar en el que se desarrolla el adolescente pone en juicio de investigación a las características del entorno familiar que están envueltas.

Durante años se han realizado diversas investigaciones que prueban la influencia de la familia en el trastorno limítrofe de personalidad y en la automutilación, sin embargo, las investigaciones continúan careciendo de factores muy importantes a considerar. la pregunta sería ¿Qué aspectos observados en la familia influyen en la conducta auto lítica?, uno de los problemas presentes en la investigación es la carencia de información acerca de este aspecto. Más aun, en el Ecuador, el conocimiento acerca de cómo tratar la enfermedad mental y sus determinantes es deficiente. Según el Ministerio de Salud Pública (2012), en enero del 2018 se atendieron 42,823 casos; la mayoría de trastornos

afectivos y de estrés. Monroy (2018) indica que el país se dirige a una tendencia mundial ya que la OMS estima que 300 millones de personas están deprimidas. En Ecuador, los casos de Depresión muestran una tendencia ascendente desde 1994 al 2005 (Chávez Oleas, Samaniego & Aguilar, n.a.). La tasa de ecuatorianos con problemas afectivos llega a ser bastante preocupantes debido a la incidencia que este problema tiene con conductas auto lesivas y suicidios (Stanford, Jones, & Hudson, 2018).

Desde el 2014 el Ministerio de Salud Pública ha intentado implementar un Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud de una manera formal. Dentro de esta estrategia se pretendía que hasta el 2017 exista un centro especializado en cada provincia; además el modelo estaba enfocado en la promoción de la salud y prevención del sufrimiento mental, fortalecimiento de los servicios de salud mental (Ministerios de Salud Pública, 31 de Julio, 2014). A petición de la Coordinación Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Dr. Dimitri Barreto Vaquero, médico psiquiatra del Centro de salud N°9 de la ciudad de Quito realizó una investigación en la cual se comprueba que no existe una Ley de Salud Mental en el Ecuador además de otras falencias entre estos, personal poco capacitado. Como asegura Dr. Barreto Vaquero “una falencia crítica es la de servicios especializados y personal capacitado para atender niños y adolescentes con problemas de Salud Mental” (Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, & Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, 2008, p.) cabe resaltar que es justamente la población en la cual la conducta auto lítica está más presente y; en el Ecuador entre los pacientes ingresados a hospitales psiquiátricos al menos el 35% son menores a 17 años. Por otro lado, en el Ecuador no se han conformado asociaciones con familiares a excepción de los grupos con alcohólicos, siendo necesario involucrar en las acciones de salud a las familias y a la comunidad para establecer vínculos de colaboración ((Ministerio de Salud del Ecuador, Organización

Panamericana de la Salud, & Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, 2008).

Es decir, el Ecuador está muy lejos de ser un país que promueva la salud mental o prevenga enfermedad, debido a la falta de formación e información sobre temas sustanciales. En el Ecuador existen tres argumentos que justifican fuertemente el tema que se pretende discutir en esta investigación. En primer lugar, la falta de conocimiento amplio acerca de trastornos mentales entre estos, en la adolescencia y su alta incidencia; en segundo lugar, la carencia de investigaciones acerca de la automutilación y sus implicaciones; y por último, la falta de iniciativa acerca del involucramiento de las familias en la intervención, las cuales son un factor clave para el descubrimiento del problema que se presenta a tan temprana edad (Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, & Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, 2008). Cabe mencionar que la respuesta de los padres hacia la expresión emocional de sus hijos siempre ha cumplido un rol fundamental en su funcionamiento psicosocial (Sim, Adrian, Zeman, Cassano, & Friedrich, 2009).

Es por esto que esta investigación pretende indagar los factores en la estructura de las familias ecuatorianas, que tienen la posibilidad de influir en el surgimiento la conducta auto lesiva que varía en frecuencia e intensidad (Stanford, Jones, & Hudson, 2018). Para que esta investigación pueda llevarse a cabo, se requiere un adentramiento en las diferentes características de la estructura familiar ecuatoriana, su dinámica, y si estas características tienen un punto de comparación con la intensidad y frecuencia del comportamiento autodestructivo.

Hipótesis

Desde mi punto de vista, el sistema familiar es la base para la salud de un individuo. Toma un papel sumamente importante las características del sistema y, si este es funcional o disfuncional, debido a que a partir de este sistema el individuo aprende como desenvolverse en su entorno adaptativamente. La familia es una red compleja de relaciones y vínculos, consiste en una ebullición de emociones y procesos psicológicos que al interactuar genera un sin número de dinámicas donde se establecen actitudes, percepciones y formas de relacionarse dentro y fuera del núcleo (Canales, 2014).

Existe una alta relación entre tener una familia disfuncional y recurrir a conductas autodestructivas debido al aprendizaje que adquirieron durante su desarrollo de cómo afrontar el estrés del entorno; además de la manera en la cual perciben el entorno y a sí mismos en él. A medida que la familia influye en la percepción del individuo la cual induce a comportamientos auto lesivos; es de gran interés el identificar las características del sistema familiar que están envueltas en esta conducta y considero que la mejor manera de adquirir información acerca de este aspecto es partiendo desde la propia perspectiva de individuos que se automutilan.

La percepción de individuos acerca de la automutilación, qué aspectos consideran que influyen, cómo perciben o como se ve el entorno a través de ellos y cómo se perciben a sí mismos es importante, y es una forma de investigar esta conducta y su relación con el sistema familiar de una manera bastante diferente a la que se ha utilizado a lo largo de los años. Enfocarse en la percepción puede ser de gran utilidad para identificar aspectos que quizás no han sido descubiertos o tomados con la debida importancia. Entre estos, el aspecto cultural; en Ecuador como en toda Latinoamérica, ya que la cultura influye en diversos aspectos en como educan a sus hijos. Además de esto, se ha encontrado que las familias son más apegadas que en países del norte, por lo tanto, los valores enseñados, lo

que se percibe que está bien o mal está más marcado y, asimismo, el efecto que tiene la evaluación negativa en el hijo es mayor (Jaramillo, 1972).

De esta forma, este tipo de investigación tomará un papel muy importante para estudios futuros acerca de este tema tan poco investigado, impulsando a la creación de una intervención dirigida para padres que tome en cuenta lo que perciben los individuos que recurren a esta conducta. Además de esto puede ser un aporte para considerar características específicas de la cultura Latinoamericana.

Pregunta de Investigación

Atributos percibidos en adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar que influyen en la conducta auto lesiva.

Contexto y Marco Teórico

Para el análisis del presente estudio se empleará una perspectiva psicológica, tomando en cuenta las diferentes perspectivas que presentan sus corrientes acerca de la automutilación y la motivación que subyace esta conducta. Se dará gran importancia al ámbito de la psicopatología debido a su comorbilidad con el comportamiento auto lesivo; así como en el enfoque sistémico de la familia que brindará información de suma relevancia acerca de su gran influencia en este tema. Se tomará en cuenta el estudio del trastorno de personalidad limítrofe adquirido a través del DSM V, como base para conocer más ampliamente la estructura de la familia que tienen estos pacientes. Adicionalmente, se indagará con gran detalle en la cultura ecuatoriana para poder identificar características importantes que la conforman y están altamente relacionadas con ámbitos familiares que encaminan a conductas autodestructivas.

El Propósito del Estudio

A través de esta investigación se pretende conocer acerca del sistema familiar, cómo este a lo largo de los años ha influido en la educación y desarrollo de cada individuo, formando parte importante de la formación de aprendizaje, recursos, estilos de comunicación y afrontamiento. De igual forma, como está consigue generar un impacto en el funcionamiento del individuo aumentando la probabilidad de diversos tipos de conductas. Investigaciones han encontrado que adolescentes que realizan comportamientos auto lesivos, poseen similares estructuras familiares (Sim, Adrian, Zeman, Cassano, & Friedrich, 2009); por lo tanto, se pretende indagar cómo perciben los adolescentes a su familia como contribuyente de su comportamiento, tomando en cuenta asimismo la cultura en la cual se desarrollaron.

Significado del Estudio

Mediante este estudio se aporta información relevante acerca de características de la familia que influyen en el comportamiento auto lítico lo cual se convierte en una herramienta útil para una futura intervención en los padres. Asimismo, se estará tomando en cuenta aspectos culturales que influyen en el comportamiento, lo cual permite una mejor intervención e investigación en el Ecuador. Esta investigación puede convertirse en una guía para padres que amplíe su conocimiento acerca de la automutilación y como contribuir a que este comportamiento desaparezca, y una herramienta para motivar futuras investigaciones en el país y para dar un aporte a considerar en otros países de Latinoamérica donde se evidencien estas mismas características culturales.

Definición de Términos

Trastorno de Personalidad Limítrofe: Patrón predominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa (Asociación American de Psiquiatría, 2013).

Automutilación, conducta auto lesiva o auto lítica: El acto de infringirse daño sin que existe un intento o deseo de suicidio (Stanford, Jones, & Hudson, 2018).

Supuestos del Estudio:

El presente trabajo supone una apertura en el campo de investigación acerca de los diferentes factores que desencadenan las conductas auto lesivas en adolescentes, así como la concientización acerca de la importancia de tomar en cuenta la estructura familiar y la influencia de la cultura en esta. Adicionalmente, sirve como marco de referencia para futuras intervenciones en jóvenes que presentan el trastorno de personalidad límite y/o la conducta de automutilación dentro del contexto ecuatoriano.

Mediante el debido conocimiento sobre los factores influyentes, se espera que las intervenciones para adolescentes que presentan esta estrategia de acoplamiento desadaptativa, sea más óptima. Además, se pretende que esta investigación logre concientizar a la población y a los especialistas en salud mental para promover su capacitación y especialización.

A continuación, se presentará la revisión de la literatura, con los aspectos más importantes a discutir acerca del tema tratante en este proyecto. Conforme se irá desarrollando este informe, se encontrará la descripción de la metodología y diseño de investigación, el análisis de los datos encontrados en la población estudiada y, por último, las conclusiones y discusión.

MARCO TEÓRICO

¿Qué es la Autolesión?

Según Karen Conteiro & Wendy Lader es la mutilación del propio cuerpo o de una parte de él sin intento de suicidio, sino como una forma de manejar emociones demasiado dolorosas como para ser expresadas. De igual manera, es un acto voluntario que está relacionado con el sufrimiento inmediato o demorado (Favazza, 1996). Es una conducta ampliamente conocida y bien documentada, la cual se ha convertido en un tema de preocupación para profesionales de la salud y para la población en sí, debido a que su incidencia no es baja; más bien llega a estar presente en un 2% a 4% de la población (Mosquera, 2008).

Dolores Mosquera (2008) lo define como “el lenguaje del dolor” ya que su propósito es expresar, tolerar un estado emocional que no consigue ser contenido o mencionado de una forma más adaptativa. Asimismo, las personas que recurren a este comportamiento lo ven como una forma de “seguir luchando”, de seguir aguantando con vida a pesar del dolor inaguantable; ya que en las personas que lo practican raramente esta un deseo de morir (Mosquera, 2008). La autolesión cumple una satisfacción a corto plazo cuya motivación consta de algunas variaciones. Sin embargo, se pretende frenar el dolor que se siente; sentirlo como algo que es “real” debido a que es físico, es visible y palpable; o como un castigo que uno siente merecer por la pobre estima que se tiene a uno mismo por distintas circunstancias que surgen a lo largo de la vida del individuo (Mosquera, 2008).

Este comportamiento es una entidad muy frecuente que ha llamado la atención de la sociedad desde los años 70 debido a que es una “epidemia silenciosa”; debido a esto varios especialistas británicos solicitan que la auto lesión llegue a ser parte de una entidad

clínica independiente. Como menciona Favazza, este debería ser denominado como “*Deliberate Self Harm Syndrome*”; es decir, la auto lesión como un síndrome no como un síntoma, que requiere una categorización diagnóstica propia. Solo de esta forma especialistas aseguran que se logrará llegar a los aspectos más importantes de este fenómeno y tratarlo (Nader, 2003).

Las autolesiones me permitían seguir luchando, podía sacar la rabia fuera, el dolor... Sentir dolor con un motivo “real” me reconfortaba, pero no era suficiente...Ahora sé que autolesionarme no era la manera más efectiva de poner fin a mi sufrimiento, pero yo no conocía otra... Las alternativas que me planteaba eran mucho más drásticas. Pensé en la muerte en muchas ocasiones, pero me resulta muy contradictorio porque no quería morir. Sabía que el propio comportamiento que me reconfortaba me dañaba, pero me sentía muy mal cuando los profesionales me decían que lo hacía para llamar la atención, me sentía mala, asquerosa, retorcida y muy “loca”, lo cual no me ayudaba a buscar otras alternativas (Paciente, 33 años) (Mosquera, 2008, pág. 4).

Modelos Explicativos para la Autolesión

Uno de los desafíos que se ha presentado por los investigadores ha sido el entendimiento acerca del comportamiento autolesivo, el cual requiere el discernimiento de este comportamiento en sus particularidades como su motivación. La conducta autolesiva ha sido explicada en base a diversos modelos.

Esta el Modelo Ambiental que se enfoca en la interacción del individuo con el ambiente, el cual menciona que la autolesión crea respuestas en el ambiente que refuerzan al individuo a continuar con esta conducta; mientras sirve las necesidades requeridas por el ambiente sublimando y expresando lo inexpresable y amenazando los conflictos mientras simultáneamente se toma responsabilidad por ellos. Mediante este modelo se explica que la autolesión comienza con el modelo de abuso familiar que enseña al individuo que el abuso es correcto y a vincular el dolor con el cuidado (Graziuddin et al,

1992). Asimismo, la atención y preocupación de parte de otras personas llega a ser un refuerzo poderoso para la recurrencia de esta conducta (Barglow, 1960), la cual puede ser vista como una ganancia secundaria al movilizar al entorno a reaccionar (Chowanec et al, 1991).

El modelo de acción contra el suicidio basado en la teoría del psicoanálisis, en el cual indica que la autolesión funciona como reemplazo para el suicidio convirtiéndose en un compromiso para mantenerse con vida; asimismo se ve a la autolesión como el intento por evitar la completa destrucción canalizando impulsos destructivos (Firestone & Seiden, 1990).

El Modelo Sexual también basada en el psicoanálisis, que indica que la autolesión se debe a conflictos sexuales en el cual la conducta genera gratificación sexual o es el intento por evitar sentimientos sexuales. Según este modelo la autolesión genera gratificación sexual mientras castiga al individuo por la motivación sexual; asimismo es una manera de convertirse de pasivos a activos con respecto a los impulsos sexuales (Cross, 1993).

El Modelo de Regulación del Afecto que menciona que la autolesión se debe a la necesidad por expresar y controlar emociones como la ira, ansiedad o dolor que no pueden ser expresados verbalmente por el individuo. El controlar emociones que abruma o resultan amenazantes para el individuo (Suyemoto, 1994)

El Modelo de Límites Interpersonales en el cual la autolesión es un intento por crear una distinción entre el Self y otros, el crear límites entre estos para enfrentarse a miedos de ser defraudado o el miedo a la pérdida. En este modelo el abandono percibido por una figura genera emociones intensas que amenazan al individuo y generan un deseo por separarse de lo externo para no perderse a sí mismo (Raine, 1982). Este modelo se basa en la teoría de la relación objetal en la cual el individuo no logró separarse de la

madre por experiencias de apego inseguro, por lo tanto, los límites entre el yo y otros es confuso y el adolescente pretende revivir el problema y llegar a la individuación (Erickson, 1968)

Y, por último, está el modelo biopsicosocial de Barent Walsh es uno de los modelos más desarrollado para entender la auto lesión. El modelo consta de cinco dimensiones: ambiental, biológica, cognitiva, afectiva y conductual; según este modelo la interrelación de estas dimensiones toma un rol importante en la aparición y recurrencia de la autolesión (Walsh, 2012) El factor ambiental compone los elementos en el entorno que afectan al individuo, el entorno directo en el cual está envuelto como lo es las vivencias en el hogar, en el colegio o trabajo. En cuanto a la influencia biológica, existen diversas teorías que exponen que el problema podría deberse a una desregulación emocional, disfunciones en el sistema límbico, en los niveles de serotonina, en el sistema endógeno opioide o a una disminución en la sensibilidad al dolor (Mosquera, 2008). La dimensión cognitiva se divide en dos aspectos: las interpretaciones cognitivas de los eventos que en estos casos suelen ser extremadamente negativas; y, por otro lado, las cogniciones autogeneradas con relación a la autolesión que están relacionadas con merecer un castigo, culpa (Mosquera, 2008). La dimensión afectiva que se refiere a las emociones vinculadas con las cogniciones irracionales y distorsionadas (Mosquera, 2008); además que las autolesiones están relacionadas con reducir el malestar. Por último, la dimensión conductual que se refiere a las acciones que preceden la autolesión como lo es conflictos con otras personas, abuso de sustancias, sensación de soledad; y las acciones preparativas como la planificación de un lugar e instrumento y las acciones después de la autolesión como comunicar a alguien lo ocurrido. Según el autor, es importante tomar con suma importancia la conducta después de la autolesión debido a que si esta conducta genera una respuesta positiva tanto interna como externa, el comportamiento se refuerza

y aumenta la probabilidad de que el suceso vuelva a ocurrir; las respuestas de las personas alrededor, como la preocupación y la atención son los principales motivadores en estas personas (Mosquera, 2008).

Asimismo, es importante resaltar que las características del entorno son igual de importantes, ya que una persona que tiene un familiar que haya recurrido a la autolesión o se haya suicidado puede aprender de este como una forma de afrontamiento en circunstancias difíciles (Mosquera, 2008). La forma de pensar acerca de la autolesión, en este caso de una manera positiva (forma de afrontar), influye en las emociones del individuo. Asimismo, la manera de actuar está influenciado por las experiencias y el aprendizaje del entorno (Mosquera, 2008).

Autolesión y Suicidio

El suicidio se refiere al acto de acabar con la vida de uno mismo. Se estima que en Canadá el rango de suicidio en niños es de 0.9 por 100 000 y de adolescentes de 15 a 19 años es de 12.9 por 100 000 lo cual indica un escalamiento significativo de esta conducta en adolescentes. Debido a esto, se considera la segunda causa de muerte en ambos sexos en las edades de 10 a 19 años en Estados Unidos (Statistics Canada, 2005). Por otro lado, la automutilación se refiere al daño del tejido o modificación del cuerpo que se realiza sin la intención de suicidio. Lester (1970) afirma que el estudio sobre la relación entre el suicidio y conductas autodestructivas tendría una exploración muy limitada debido a que ambas conductas presentan diferentes rasgos.

La intención de estas conductas se diferencia, ya que las personas que recurren a conductas auto lesivas no proponen acabar con sus vidas en la mayoría de los casos, más bien su propósito es tolerar el dolor (Mosquera, 2008). Al referirse a este acto como una forma de tolerar el dolor claramente el propósito conlleva el evitar el acabar con la vida,

liberando el sufrimiento que tienen dentro. Como menciona el autor, la autolesión a veces ayuda a mantenerse con vida (Mosquera, 2008). Una de las diferencias es que, para el suicidio en adolescentes, los métodos utilizados, que se presentan como los más comunes son armas de fuego, drogas y colgamiento; y para la autolesión son los cortes, golpes, quemaduras, y rascarse en exceso (Nader & Boehme, 2003). Asimismo, el suicidio es más común en los hombres y el factor de riesgo más importante es el uso de sustancias (Shaffer, Gould, Fisher, et al, 1996). Por otro lado, la autolesión deliberada es de 4 a 5 veces más común en niñas que en niños; en niños este comportamiento se presenta raramente (Hawton, Fagg, 1992). El acto de la autolesión se ha observado que es más un acto impulsivo y que su intento no es morir (Hoberman, Garfinkel, 1988); los jóvenes explican que esta acción se debe a un intento de extinguir sentimientos o escapar de una situación dolorosa. En cambio, en el intento suicida se presenta desesperanza y aislamiento (Schaffer, Pfeffer, Bernet, et al, 2001). A pesar de que se ha observado que para ambas conductas el abuso sexual y físico son fuertes predictores, Borowsky et al (1999) encontraron que el suicidio por experiencias de abuso sexual era un fuerte predictor solo en hombres, en cambio para las mujeres era más común la conducta autolesiva. Con respecto a los factores que influyen en el suicidio se encontró que la principal causa es una historia de psicopatología, indicando que la intervención debe dirigirse a tratar el desorden mental; en cambio en la autolesión el factor más influyente era la desregulación emocional, por lo tanto, su intervención se basa en el desarrollo de recursos para manejar las emociones (Beautrais, 2000). Por otro lado, existe una diferencia significativa en cuanto a la letalidad de los actos ya que se encontró que en las personas que se autolesionaban los métodos no llegaban a ser tan letales como en los que se suicidaban. Lester (1970) encontró en veteranos que habían cometido conductas autolesivas y después suicidio que los métodos utilizados fueron muy diferentes, es decir

existía una conciencia acerca de conductas que podían acabar con su vida y otras que no. También, Callendar (1968) preguntó a estudiantes con ideas suicidas su preocupación por el acto y encontró que el suicidio era considerado intelectualmente y premeditado, en cambio los estudiantes que solo se autolesionaban presentaban una conducta más impulsiva sin racionalización.

Entre sus similitudes, ambas conductas están relacionadas con desordenes de afecto y experiencias de deprivación emocional (Schaffer, Pfeffer, Bernet, et al, 2001). Asimismo, se encontró que en ambas conductas un potencial factor es la pérdida de una figura significativa debido a muerte, separación o suicidio (Greer et al, 1966). A pesar de que ambos presentan problemas de apego (Lessard, Moretti, 1998) se encontró que en el suicidio era más común cuando había historia familiar de suicidio, que apego inseguro; en cambio en la conducta autolesiva estaba más presente el apego inseguro (Beautrais, Joyce, Mulder, 1996). Es importante tomar en cuenta que ambas conductas están altamente relacionadas, ambas pretenden actuar frente a un problema temporal, ya sea con una solución definitiva o temporal (Mosquera, 2008). A pesar de que la autolesión se destaca por ser una conducta que no pretende acabar con la vida, el problema es que la línea entre las conductas que te mantienen con vida o te llevan a la muerte es delgada y los pacientes o personas que se auto mutilan no siempre pueden ver la distinción entre estas (Mosquera, 2008). Es decir, a la larga la conducta auto lesiva acarrea la muerte ya sea de forma involuntaria o voluntaria como una forma de ya acabar con el dolor, estar cansado de recurrir a una solución puramente “temporal”. Es importante el considerar esta asociación debido a que la probabilidad de auto lesión en adolescentes con ideación suicida es más de diez veces superior que en adolescentes que no presentan ideación suicida (Participan, M., 2011). Otros estudios han encontrado que del 10 al 14% de

adolescentes que se autolesionan pueden morir por suicidio (Diekstra, Keinhorst, DeWilde, 1995).

Estadísticas Conductas Autolesivas

Comenzando con una perspectiva más global de la prevalencia de esta conducta; en primer lugar, estudios recientes han encontrado una relación muy estrecha entre el suicidio y la conducta auto lesiva. A pesar de ser reconocida por muchos autores como un comportamiento directo y deliberado en el cual la persona se auto infringe daño sin una intención suicida (Nock y Favazza, 2009), se ha reconocido a este comportamiento como un factor de riesgo que aumenta en un 50% la probabilidad de suicidio (Beckman et al., 2016). Y el suicidio es considerado la segunda causa de mortalidad en personas entre 15 a 29 años debido a que como menciona la Organización Mundial de la Salud (2014), cada cuarenta segundos ocurre un suicidio en el mundo.

Estudios mundiales han encontrado que la incidencia más alta de este comportamiento se presenta en la adolescencia (Lin et al., 2017). De igual manera, se ha encontrado que la auto lesión constituye la causa número 18 de mortalidad, y se ha observado un incremento de casos de 115% en los últimos 20 años (Global Burden of Disease Study, 2010), siendo más frecuente en la población femenina (Sornberger, Heath, Toste, y McLouth, 2012). A pesar de que su incidencia es preocupante, en la actualidad los estudios no han logrado entender en su totalidad esta conducta; asimismo, los estudios son escasos acerca de los factores desencadenantes. Según el Ministerio de Salud Pública (2013), en el Ecuador no existen estudios epidemiológicos de la conducta auto lesiva en adolescentes.

Estadísticas en Latinoamérica

En un estudio realizado por Obando, Trujillo, & Prada (2018) se pretendió encontrar la prevalencia de conductas auto lesivas debido a la poca investigación acerca esta problemática en Latinoamérica. La muestra utilizada para este estudio estuvo compuesta por 1517 adolescentes de Bogotá, Colombia que correspondían a una edad media de 14,7 años (11-18 años). En cuanto al género de los participantes, la muestra tenía porcentajes similares (Obando, Trujillo, & Prada, 2018). Para identificar la prevalencia de este comportamiento se utilizó el Inventario de Afirmaciones acerca de la Conducta Autolesiva (ISAS), que es un inventario de auto informe que evalúa la presencia de conductas autolesivas sin intención suicida, al igual que las funciones que conllevan a este comportamiento. El inventario está compuesto por 7 preguntas acerca de la presencia, tipo, frecuencia e intensidad de la autolesión. La prueba tiene una consistencia interna de 0,84 para lo que es frecuencia del comportamiento, entre otros datos estadísticos (Ktinsky y Olin, 2008). Basándonos en los resultados obtenidos acerca de la prevalencia; se encontró que, en cuanto a frecuencia, estaba presente en un 46% de la muestra algún tipo de conducta autolesiva. Entre los más usados los pellizcos estaban presentes en un 27%, mordiscos (23,4%), golpes (17%), rasguños (14,4%), arrancarse el pelo (13,3%), insertar agujas (13%), quemaduras (11%) raspones (9%) y escavarse la piel (9%) (Obando, Trujillo, & Prada, 2018). Además de esto, se encontró información acerca de la cantidad de métodos en los adolescentes; con respecto a esto se identificó que el 32,8% lo hacen con un solo método, 44,9% con 2 y 4 de los métodos, 17% con 5 y 7 de los métodos y un 5,4% reportan usar entre 8 y 10 de los métodos mencionados (Obando, Trujillo, & Prada, 2018). Con respecto a las limitaciones, los autores mencionan también que para este estudio hubiera sido mejor la implementación de metodologías mixtas; por último, los registros presentaban una alta variabilidad lo cual aumentaba el riesgo de datos perdidos con respecto a variables específicas.

Por último, es importante resaltar lo que se encontró en otro estudio realizado por los mismos autores, acerca de la estrecha relación entre este comportamiento y problemas familiares, la base de este trabajo de investigación. En primer lugar, Trujillo, Obando, y Trujillo (2016) sostienen que las dinámicas familiares tienen una fuerte influencia en la exhibición de este tipo de conductas; en especial se destacan los conflictos familiares, el bajo control parental y la afectividad negativa que además de tomar un papel importante en la aparición de estas conductas, aumentan su frecuencia. En el estudio mencionado, se utilizó como instrumento de medición *Communities That Care-Youth Surveys (CTC-YS)* el cual permite identificar los niveles de exposición a factores de riesgo y de protección que están asociadas al consumo y conductas problemáticas en adolescentes. El cuestionario contiene 34 factores, entre estos: conflicto familiar, pobre manejo y apego; que se calculan por 165 ítems; tiene una consistencia interna entre 0.59 y 0.88. Mediante este estudio se comprobó que la conducta autolesiva aumenta significativamente cuando los factores de riesgo aumentan. Por otro lado, cuando existe un apego familiar adaptativo la conducta autolesiva disminuye (Obando, Trujillo, & Prada, 2018). Los autores de este estudio resaltan que las circunstancias familiares y sociales están afectadas en más de la mitad de los pacientes, además el conflicto familiar es una de las problemáticas de mayor prevalencia en adolescentes que presentan este comportamiento (Obando, Trujillo, & Prada, 2018). La limitación observada en el segundo estudio fue que se consideró reducido el tamaño de la muestra y esto hace que los resultados sean muy generalizados y limita su validez (Obando, Trujillo, & Prada, 2018).

Asimismo, en México se han realizado pocos estudios acerca de la autolesión no suicida (Benjet et al 2017) a pesar de que estadísticas han encontrado que es un fenómeno muy común. Mayer, Morales, Figueroa y Ulloa (2016) realizaron un estudio con 804 estudiantes entre los 12 a 17 años los cuales contestaron un cuestionario creado por a

partir de la Cédula de Indicadores Parasuicidas de Gonzalez Forteza y la Encuesta de Maltrato Infantil de Villatoro y encontraron que el 27.9% de los entrevistados reportaban conductas autolesivas y un 7.4 ideación suicida. Una limitación de este estudio fue que la muestra consideró participantes que solo se autolesionaban y otros con ideación suicida mientras resaltó que la autolesión era una conducta independiente de la ideación suicida. Por otro lado, Chávez-Flores, Hidalgo-Rasmussen & Muñoz Navarro (2017) se interesaron por indagar la relación entre relaciones intrafamiliares y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes mexicanos que se autolesionan, para esto utilizaron una muestra de 545 adolescentes de ambos sexos de edades entre 14 a 17 años y utilizaron la versión mexicana del Cuestionario de Impulsividad, autolesión e ideación suicida en adolescentes, la Escala de Evaluación de las relaciones intrafamiliares y la versión mexicana del cuestionario KIDSCREEN-52 para evaluar la calidad de vida. Los resultados demostraron que en familias mexicanas la alta unión y apoyo mejoraban la calidad de vida en cuanto al bienestar psicológico, así, como alta expresividad en los padres por lo tanto se recomendaba la intervención enfocada en familias. Las limitaciones encontradas fueron que el diseño transversal solo permite dar cuenta de la magnitud de la asociación entre variables, pero no asumir relaciones de causalidad; otra limitación es que no se evaluó la severidad o frecuencia de la autolesión (Chávez-Flores, Hidalgo-Rasmussen, & Navarro, 2018)

Factores de Riesgo asociados a la Autolesión

William resalta que la autolesión en adolescentes no parece estar relacionado con una búsqueda de ayuda; como el menciona es un llanto de dolor más que por ayuda. Una variedad de estudios ha investigado los posibles factores que influyen en esta conducta. Los factores son demográficos, sociales, familiares, situacionales, entre otros (Skegg, 2005). En cuanto a los factores demográficos asociados; en cuanto a la edad esta conducta

es rara antes de la pubertad y muy común en la adolescencia, el mayor riesgo se daba entre las edades de 15 a 24 años siendo el caso de que mientras más edad se tenía disminuía su probabilidad; en cuanto al sexo la autolesión se observa más en mujeres y se piensa que se debe a que existe una mayor probabilidad de estado de ánimo depresivo, trastornos alimenticios y involucramiento romántico excesivo. Asimismo, el nivel socioeconómico estaba altamente relacionado, siendo el caso que las conductas autolesivas estaban relacionadas con un estatus socioeconómico más bajo, menos educación, menos ganancias y vivir en la pobreza (Skegg, 2005).

Existen otros factores muy influyentes en la automutilación, entre estos algunos especialistas dicen deberse a procesos no conscientes como la ira hacia otros o hacia ellos mismos, sentimientos de abandono, culpa, desesperación que se deben a pobres habilidades para la resolución de problemas, toma de decisiones disfuncional, impulsividad, pensamiento inflexible, desesperanza, pobre pensamiento hacia futuro, dificultades en la memoria autobiográfica que se manifiesta con la recuperación de eventos del pasado de una manera general en vez de específica; o por otro lado puede estar relacionada a problemas mentales más severos como lo es la disociación, neuroticismo, trastorno de personalidad límite, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, esquizofrenia, entre otros (Skegg, 2005). Como menciona Skegg (2005), el 90% de las personas que recurren a esta conducta tienen una o más enfermedades psiquiátricas.

A pesar de que existen una variedad de aspectos que influyen en la conducta autolesiva, la mayoría de estos están relacionados a factores situacionales y del entorno en los cuales se basa este trabajo de investigación. Estos aspectos envuelven un solo factor, el ambiente familiar. Investigaciones han comprobado la relación entre el entorno familiar durante la infancia y la automutilación en la adolescencia y la adultez; llega a ser

mayor el riesgo en familias divorciadas o separadas, en familias con conflictos maritales o con pobre educación parental (Gratz & Roemer, 2002). Asimismo, la psicopatología en padres lleva a ser un aspecto muy influyente, vulnerabilidad a desordenes afectivos y al abuso de sustancias. Por otro lado, se encuentran las experiencias en el entorno, estudios comprueban el incremento del riesgo de esta conducta en la presencia de abuso emocional, físico o sexual en la infancia (Sourander, Aromaa, Pihlakoski, Haavisto, Rautava, Helenius, & Sillanpää, 2006). En otras palabras, la paternidad mal adaptativa es un factor de riesgo ya que impide el desarrollo normal del adolescente el cual envuelve la adquisición de habilidades sociales, el contacto con pares y la forma de comunicarse. Por último, el apoyo parental es sustancial para determinar si esta conducta va a desarrollarse, así como las creencias impuestas por la familia que ejercen un efecto en la identidad del individuo (Skegg, 2005).

Comprensión de la Conducta Auto lítica

La Autolesión como Forma de Comunicación

Una de las causas observadas en esta conducta es la falta de recursos, entre estos de comunicación, que les ayuden a estas personas a expresar lo que les está pasando. Como el autor menciona el verbalizar y compartir consta de ciertas habilidades que se van aprendiendo a lo largo de la vida. Para estas personas esto requiere un esfuerzo casi inalcanzable, por lo tanto, recurren a otra forma de sentir alivio. Es decir, el objetivo llega a ser siempre el mismo en todas las personas, finalizar con algo que genera dolor, conflicto o confusión (Mosquera, 2008).

Otro aspecto importante es la percepción que se ha creado en la sociedad acerca del dolor emocional. El dolor físico llega a ser mucho más aceptado y genera más impacto en la sociedad. Además, el expresar el dolor emocional llega a ser sumamente complicado

si carece de una expresión física. El dolor físico es visible y de esta forma se puede comprender de mejor manera. Es interesante que todo el mundo intente expresar las emociones siempre vinculadas al aspecto visible y palpable, es decir con lágrimas, gritos, temblores, acciones. Lo visible es lo que llama la atención y reclama el derecho a ser escuchado (Clark, 2002). Como menciona Arthur W. Krank, la enfermedad y el sufrimiento necesita contar sus historias de dolor, para poder hacer sentido a ese sufrimiento; es la demostración física del individuo de su relación con su cuerpo y con el Self (Gurung, 2018).

Por último, la autolesión genera atención. Muchas veces las personas alrededor del paciente prestan la atención que este quiere cuando recurre a la conducta de lastimarse y no cuando expresa mediante palabras lo que siente. De esta forma, se genera un aprendizaje en estas personas de cómo lograr lo que se quiere y de igual manera el miedo a interrumpir con esta conducta y ser olvidado nuevamente (Crouch, 2004). Una última interpretación de la autolesión acerca de su función comunicativa fue de Strong (1998) quien etiqueta a la autolesión como un “grito rojo brillante”, este autor menciona que el llanto es similar al corte y que ambos son igual de fuertes y comunican un dolor honesto. Como menciona el autor, el llanto libera la tensión, la ira y que las personas estaban “adormecidas para llorar” entonces el cortarse era la forma simbólica de llorar.

Me lesiono pinchándome con agujas estériles y extrayéndome sangre. El objetivo está muy claro: no es sentir dolor, es provocarme una herida física que pueda mirar; al mismo tiempo, el goteo de la sangre representa el llanto desgarrador, no son suficientes las lágrimas (que suelen estar también presentes), necesito ver un dolor reflejado de forma más profunda, más dramática, es como si me estuviese llorando el alma; puede sonar raro, pero lo siento así (Mosquera, 2008, pág. 21).

La Autolesión como Sensación de Control y Seguridad

Al comienzo de la niñez el sentido de propiedad de los niños llega a ser muy confuso y limitado. Los niños a edades tempranas tienen la percepción de que todo es suyo (Mosquera, 2008). Esta perspectiva del mundo afecta de gran manera en el caso de que el niño sufra abuso sexual o físico, su cuerpo empieza a percibirse como ajeno y como objeto que le genera sufrimiento por lo tanto lo odia (Mosquera, 2008). Por otro lado, cuando un niño se desarrolla en un entorno sobreprotector, en el cual no existe su intimidad; sus sentimientos y necesidades no son validados; lo único que le queda al niño y le pertenece es su cuerpo por lo tanto buscan sentir esa sensación de control hacia su cuerpo algo que depende solo de ellos y de nadie más (Mosquera, 2008). Van der Kolk (1989) sugiere que la autolesión en el caso de abuso sexual, es la forma de repetir el abuso, para que de alguna forma sea comunicado y simbolizado, por una sensación de incapacidad de comunicarlo se ven obligados a recordarlo. Calof (1995) describe esto como decir sin decirlo, lo cual les ayuda a manejar la necesidad de contar al mundo lo que les pasó y no hacerlo por vergüenza o humillación; así mismo se ha encontrado que los individuos sienten cierto control en este abuso, un control que deseaban tener durante el abuso original. Por otro lado, el contar el abuso muchas veces se ha observado como negativo por los padres y la sociedad, muchas veces son acusados por mentir o mal interpretar la experiencia; esto ocasiona en el individuo un sentimiento de que no pueden encontrar el control sobre el sufrimiento en el exterior y necesitan buscarlo en sí mismos, si el entorno invalida su sufrimiento surge la necesidad de ellos controlarlo, validarlo, sentimiento y afrontarlo de alguna forma (Everett & Gallop, 2000).

Con respecto a la seguridad, estudios indican que la autolesión está ligada a la sensación de seguridad. Muchas de las personas que se autolesionan guardan los objetos con los cuales se lastiman cerca de ellos y esto les hace sentir seguros; les otorga la

sensación de que estarán preparados para cualquier situación. Es decir, se asocia este comportamiento con un estilo de afrontamiento (Mosquera, 2008). Asimismo, otros autores lo han atribuido a la autolesión como una manera de sentirse seguros debido a que el abuso que han sufrido en el pasado les produce despersonalización, el miedo a despersonalizarse los hace recurrir a esta conducta para atacar este miedo a la despersonalización y sentirse reales, vivos lo cual les genera seguridad en el acto (Feldman, 1988). Por otro lado, el abuso los hace sentir odio hacia ellos mismos, ira, culpa que no logran dirigirla hacia otros sino a ellos mismos; se ha encontrado que el sentir odio hacia ellos mismos por experiencias pasadas es considerado como inaceptable en un cierto punto y tienen la necesidad de que esos sentimientos sean disminuidos porque una parte de ellos sabe que no son culpables del acto; por lo tanto, utilizan la autolesión como una manera de disminuir estas emociones y mantenerse seguros de su propio odio hacia su persona (Bollas, 1992). Es por esto que la autolesión muchas veces se considera un acto inocente por protegerse del Self que quiere ser castigado (McAllister, 2003).

Dificultad para el Entendimiento y Expresión Emocional

La autolesión es observada como una estrategia de afrontamiento y como medida compensatoria; una agresión organismo como una forma de manejar y sobrellevar las emociones. Este daño a uno mismo, puede surgir de manera impulsiva e inesperada, también puede ser planeada o el resultado de un aprendizaje que ha sido reforzando (Mosquera, 2008). En ocasiones la autolesión surge porque la persona no encuentra palabras que le permitan expresar la intensidad de su sufrimiento y necesita comunicarlo; en otras, para hacerlo visible (McAllister, 2003); y en otras, porque las emociones son demasiado intensas y dolorosas para ser presentadas con palabras y no se ha aprendido a identificarlas, expresarlas y manejarlas de una manera adecuada (Mosquera, 2008).

Estudios neurobiológicos sugieren que las personas que han sobrevivido traumas como abuso o negligencia desarrollan un sistema emocional sensibilizado que realza las respuestas emocionales creando memorias, miedos y crisis más difíciles de manejar (Haines et al, 1995). Por lo tanto, la autolesión servía como una manera de lidiar con sentimientos dolorosos y memorias intrusivas resultados del trauma. Las investigaciones han encontrado que la motivación de los adolescentes para la autolesión tiene que ver con el intento de expresión, reducción o distracción de sentimientos como soledad, vacío, ira o tensión (Osuch et al, 1999) También, se ha encontrado que es una forma de reducir el afecto abrumador o intolerable (Nixon et al, 2002); el afecto negativo llega a ser el único mecanismo para regular y afrontar las emociones (Suyemoto, 1998)

Las personas que se autolesionan carecen de habilidades para expresar lo que están sintiendo, esto se torna más difícil aun cuando la confrontación tiene que dirigirse a una persona cercana que le ha dado cariño (Alegre, 2011). Estas personas tienen mucho miedo de las consecuencias que pueda acarrear el confrontar, expresar; por lo tanto, la autolesión les genera alivio y en esta pueden estar incluidos diversos sentimientos: castigo por sentimiento de mediocridad, incapacidad de defenderse. De igual manera, estas personas suelen sobrevalorar lo que dicen las personas a su alrededor, generando sus propias interpretaciones de la situación, la cual es mayor en su intensidad; tiende a generalizar el comentario como si todos a su alrededor pensarán lo mismo y tornar el comentario como excesivamente crítico (Mosquera, 2008).

La enseñanza de los padres es fundamental ya que en el desarrollo se aprende que muchas emociones no deben ser expresadas, que son malas, que es inapropiado sentirlas y se castiga por ellas. De esta forma, la persona llega a sentir que no tiene derecho a sentirlas y estas emociones quedan invalidadas. Por esto, muchas veces la autolesión simboliza el controlar estas emociones que no son permitidas socialmente (Mosquera,

2008). La literatura acerca de la crianza demuestra de existen 4 aspectos importantes para que la expresión y entendimiento emocional, estas son la responsividad parental, las demandas positivas y negativas parentales, y el entrenamiento emocional que provean los padres. Estos aspectos están relacionados al desarrollo de la inteligencia emocional en niños, siendo las demandas parentales negativas el factor que predispone a suprimir las emociones en los adolescentes (Alegre, 2011).

Toda mi vida ha estado dominada por conductas autodestructivas. Al tener una imagen de ti misma horrible y una autoestima muy baja, sientes un gran odio hacia ti, hacia los demás, notas que te pasan (y que sientes) cosas muy raras, que nadie te entiende, que te toman por “loca”, por desequilibrada... y ya no sabes qué hacer porque siempre has actuado así y no puedes (o no sabes) evitarlo. Cuando te encuentras en esta situación, piensas que eres la única en el mundo que es “así”. Sientes que no pintas nada en este mundo de mierda y que a nadie le importa lo que te pasa. Yo me lesionaba por muchos motivos: para llamar la atención, para expresar lo que sentía, para desahogarme, para que me hicieran caso, para que me tomaran en serio, para que supiesen lo que se siente siendo así y sobre todo para que alguien me ayudase, esperaba que alguien notase que existía. Yo necesitaba comprender lo que me pasaba, necesitaba explicar lo que tenía guardado en el interior, pero no sabía cómo hacerlo; por eso gritaba, insultaba, lloraba, me pegaba, me cortaba, me emborrachaba, tomaba pastillas y me drogaba, para que alguien notase todo el dolor que llevaba dentro e hiciese algo para pararlo. (Paciente, 32 años). (Mosquera, 2008, pág. 19)

En cuanto a la dificultad de la expresión emocional se realizó un estudio con el propósito de encontrar él porque de la autolesión. Para este estudio se utilizaron 424 adolescentes, 236 niñas y 188 niños con una edad entre los 13 a 18 años. Los métodos utilizados fueron el Cuestionario de Auto-Reporte en el cual se les preguntaban a los participantes sobre la duración de la autolesión; se evalúa la ideación suicida, las emociones y conductas en la autolesión, los comportamientos de riesgo, la historia de

suicidio, el contacto con ayuda profesional y la autolesión en compañeros. Se utilizó el Cuestionario de las Motivaciones que subyacen la Autolesión, el Inventario de Ajuste para Adolescentes de Reynold para evaluar las dificultades en el ajuste psicológico de los adolescentes, la Escala de Malestar para evaluar el nivel en el cual el adolescente se siente incómodo con su ira; y la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne, para evaluar la manera en la cual el individuo responde es deseable socialmente. Mediante los auto-reportes se encontró que los adolescentes presentan una variedad de estados emocionales antes, durante y después de autolesionarse. Se encontró que los adolescentes describen “emociones negativas” como ira, depresión, soledad y frustración antes de autolesionarse y reportaron una reducción de estas emociones durante el acto, las cuales cesaban completamente después de la conducta conjuntas con sentimientos de alivio. Sin embargo, reportaron emociones como culpa, vergüenza aumentados después de la conducta. Asimismo, se encontró los aspectos motivacionales, que en la mayoría de los casos (50%) incluía la depresión, la soledad e ira. Las limitaciones de este estudio fueron que solo 16 hombres de la muestra se autolesionaban, es decir el tamaño de la muestra era muy pequeña para llegar a una conclusión; por otro lado, el estudio pretende ser representativo pero la generalización se limita a un tipo de población; por último, los resultados de los estados emocionales antes, durante y después de la autolesión fueron generadas retrospectivamente y los autores consideran que sería mejor el reportan mientras están teniendo estos sentimientos (Laye-Ginghu, & Schonert-Reichl, 2005). Asimismo, otros estudios indican que los individuos que manifiestas esta conducta tienen niveles más altos de ira y hostilidad interpersonal e intrapersonal (Guertin et al, 2001), asimismo un deseo de castigo hacia uno mismo (Laye-Ginghu, & Schonert-Reichl, 2005).

Antecedentes Familiares

La familia es una red compleja de relaciones y vínculos, consiste en una ebullición de emociones y procesos psicológicos que al interactuar genera un sin número de dinámicas donde se establecen actitudes, percepciones y formas de relaciones dentro y fuera del núcleo. Las personas que crecen en una familia disfuncional tienen una mayor probabilidad de recurrir a conductas autodestructivas debido a que aprenden que merecen ser constantemente castigados y rechazados (Canales, 2014).

En los primeros años del infante, se dice que este es egocéntrico debido a que su percepción del mundo es en torno a él. Entiende que la respuesta del entorno se debe a sus acciones. Recién a los 7 años tiene la capacidad de desvincularse del entorno y entender que los demás tienen sus propias necesidades y reacciones independientes a él. Cuando un niño se desarrolla en una familia que comunica mensajes confusos, muchas veces no se siente merecedor de amor ni de seguridad. Debido a esto, menciona el autor, el niño busca desesperadamente recibir amor de parte de alguien, pero lo hace repitiendo patrones de cómo fue herido, lastimándose a sí mismo (Canales, 2014).

Dinámica Familiar

La literatura sugiere una influencia de las relaciones interpersonales en el desarrollo de la conducta autolesiva, especialmente el contexto familiar (Suyemoto, 1998). Uno de los estudios que resalta su influencia es el realizado por Lineham (1993) en el cual se encuentra que un entorno invalidante caracterizado por una paternidad inadecuada es un factor de riesgo para la autolesión. Así como se ha investigado experiencias traumáticas en la niñez que influyen en la autolesión, se ha observado que la familia disfuncional es la que presenta un mayor riesgo para la autolesión (Tantam & Whitaker, 1992). Así como la disrupción del apego y la interrupción de la unión parental (Walsh, 2006)

Es importante considerar las primeras relaciones del infante, las primeras dinámicas y creencias debido a que estas son la base para el desarrollo del auto concepto. Cuando una familia es funcional se desarrolla una buena autoestima, seguridad, lo cual promueve la salud emocional. Por otro lado, cuando una familia es disfuncional, por padres que inhiben el crecimiento de la individualidad; se promueve la culpa, el miedo, la irracionalidad y el desamparo (Canales, 2014). Primeramente, es importante considerar la composición de la familia que toma un rol en el niño y puede afectar la forma de comportarse y manejar las situaciones del adolescente. Estudios han pretendido evaluar la influencia de las dimensiones de la paternidad en las cuales la falta de intimidad y la desorganización y desorientación estaban altamente relacionados con una respuesta negativa en niños como la depresión, disociación y problemas en el comportamiento (Carlson, 1998); estos resultados negativos de la desorganización están relacionados con la autolesión (Bureau, Martin, Freynet et al, 2009).

Estructura Familiar:

Investigaciones describen a la desorganización de la familia y los conflictos familiares como los factores más influyentes que predisponen al individuo a conductas autodestructivas (Cañón, Castaño Castrillón, Medina Jiménez y otros, 2015). Para Gratz (2006) uno de los principales factores para la autolesión es la separación y la pérdida. A pesar de que existe investigación limitada acerca de la asociación entre esta conducta y la separación de los padres o pérdida; autores aseguran su relación, especialmente cuando existe una separación del cuidador prolongada o la pérdida de una figura paterna (Gratz, 2006).

Gratz investigó esto en una muestra de 133 de estudiantes universitarios en la cual 67% eran mujeres y 62% caucásicas. Los métodos utilizados fueron el Inventario de Autolesión Deliberada que evalúa la frecuencia, severidad, duración y tipo de

comportamiento autolesivo; el Inventario de Abuso y Perpetración que evalúa el tipo y la frecuencia de abuso en la niñez; Encuesta de la Interrupción del Apego que evalúa experiencias en la niñez de negligencia, separación y pérdida; el Índice de Unión Parental para identificar el nivel en que los padres eran afectivos y controladores durante los primeros 16 años de vida de los participantes; y el cuestionario de Apego Paternal para evaluar la calidad del apego hacia sus padres. En base a este estudio, se encontró que los predictores más significativos eran apego inseguro, negligencia emocional materna y paterna y separación en la infancia, la cual demostró estar asociada específicamente a la separación física del padre en la niñez (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002). Con respecto a esto, algunos estudios sugieren que esto podría deberse no a la calidad afectiva de la relación sino más bien a la presencia física de una relación y esta era una característica específica en los hombres del estudio (Gratz, 2006). Los autores mencionan como limitación el basarse en auto-reporte que no provee la realidad total del fenómeno debido a que en la autolesión existe una naturaleza de secretismo y vergüenza la cual influye en sus respuestas; además la angustia emocional puede hacer que el recuerdo de sus experiencias en la niñez sean vistas como más negativas a comparación de individuos que no se autolesionen en los cuales es más probable que sus recuerdos de experiencias en la niñez sean minimizados o hayan sido borrados. Por lo tanto, no hay como determinar con certeza por el sesgo retrospectivo (Gratz, 2006).

La literatura explica que los individuos que recurren a comportamientos autodestructivos vienen de entornos familiares caracterizados por una serie de disfunciones y desventajas. Uno de estos es el realizado por Dorpat (1965) quien se enfocó en la asociación entre la deprivación parental temprana y en el desarrollo de síntomas depresivos y comportamientos autodestructivos. Se realizaron entrevistas con 121 pacientes pediátricos en un hospital, la información fue obtenida por entrevistas con

los padres, amigos y doctores de los participantes. La entrevista constaba con preguntas acerca de familias rotas, en las cual existía perdida de un padre y se preguntaba la forma de la perdida, se consideraba la pérdida de un padre si existía un periodo de 4 años de la perdida y el participante tenía menos de 18 años. Los resultados indicaron que el divorcio era uno de los más comunes y la muerte de un padre la cual muchas veces conllevaba no solo a la autolesión sino al suicidio. Se encontró que había una alta incidencia de privación parental y autolesión o suicidio, se encontró que el inicio de estas conductas se podía deber a una reacción defensiva a la perdida en la niñez como la negación o persistentes esfuerzos de recuperar el objeto perdido. También se encontró que había una mayor ocurrencia de una historia de separación en la niñez con el inicio de estados de ánimo depresivos y que las personas que recurrían a conductas autodestructivas estaban reaccionando a una separación temporaria o amenazante como una manera de ganar apoyo. Se encontró que existía una diferencia en las personas que se autolesionaban y las que se suicidaban siendo más común en la autolesión la perdida parental debido a divorcio y más común en el suicidio la muerte de un ser querido; ya que en la autolesión esta se convertía en una reacción ante una perdida que se consideraba amenazante y el suicidio por una perdida que se consideraba irremediable e intolerable. En este estudio se encontró como limitación el uso únicamente de una entrevista debido a que el estudio pretendía medir síntomas depresivos se requería de un instrumento adicional que aporte estos resultados (Dorpat et al, 1965).

Otros estudios también han indicado que los adolescentes con conductas autodestructivas venían frecuentemente de familias que presentan divorcio o separación. Un estudio realizado por Barter (1968) pretendía hacer un seguimiento a adolescentes que habían sido hospitalizados por intentos suicidad, entre los cuales presentaban autolesiones para indagar acerca de la situación en la que vivían, la pérdida de un padre, el contacto

con redes de apoyo y el ajuste escolar. La muestra para el estudio fueron pacientes menores a 21 años que fueron admitidos al hospital psiquiátrico de Colorado entre los años 1962-1965; la muestra constaba de 45 pacientes. La metodología utilizada fueron los reportes del hospital con los cuales se adquirió información acerca de los detalles de los intentos suicidas y, la historia familiar. Se encontró en el estudio dos aspectos acerca de la familia de los pacientes, la pérdida de un padre y la desarmonía parental. Había en los pacientes que se autolesionaba una mayor incidencia de pérdida parental debido a muerte, divorcio, o separación; 23 de los 45 adolescentes habían perdido a uno o ambos de sus padres debido a divorcio en 14 de los casos, y la mitad de la muestra tenía problemas maritales severos en los cuales se había discutido el divorcio. Es decir, tres cuartos de los adolescentes estudiados tenían una pérdida parental actual o amenazante en el tiempo de su admisión al hospital. También se concluyó que mientras más severa era la desorganización más probabilidad había de estas conductas. Una de las limitaciones que se encontró fue la inconsistencia de los reportes del hospital los cuales no permitieron obtener información relevante como historia de suicidio en la familia o depresión en la niñez (Barter, 1968).

Establecimiento de Reglas:

En una familia funcional las reglas son congruentes, racionales y se adaptan a las necesidades de la familia. Deben ser flexibles ya que a medida que va cambiando la familia deben irse modificando y adaptando. Los mensajes verbales y no verbales son congruentes. Existen límites claros en los roles de cada miembro de la familia y se promueve la individualidad de los integrantes; es decir se caracteriza por que cada miembro posee un espacio físico y psicológico que promueve la independencia. Además, estas familias tienen un componente indispensable que es la negociación, se requiere que los padres trabajen conjuntamente con los hijos para la toma de decisiones. Los conflictos

son vividos como diferencia de opiniones entre los miembros que no afectan la estabilidad familiar; es aceptable la expresión de los conflictos, necesidades y emociones (Canales, 2014). En tres cuartos de las familias los niños pasan a la adolescencia sin mayores dificultades, las relaciones se mantienen y los valores son internalizados, es una etapa de transición, pero no de desenvolvimiento en la cual los adolescentes aprenden a negociar con sus padres su independencia (Larson, Richards, Moneta, Hombeck, & Duckett, 1966)

Por otro lado, en la familia disfuncional las reglas son rígidas y no se permite la expresión emocional o de las necesidades del individuo, no se permite la individualidad. El conflicto se percibe como reto a la autoridad y como riesgo de desestabilización del sistema. Los conflictos generalmente se evaden. Generalmente no hay un apoyo mutuo de los padres en la crianza y uno es visto como más poderoso que el otro; además de crear alianzas con los hijos que solo desestabiliza más al sistema. Incongruencia en la comunicación verbal y no verbal. Los miembros no se sienten merecedores de afecto y estabilidad en el medio. De igual manera, la dependencia se vuelve excesiva. La protección y disciplina es excesiva, lo cual genera una disfunción en el desarrollo del niño. Al existir la desigualdad entre el acuerdo de los padres los cuales se alianza con uno de los niños, el niño asume una responsabilidad abrumante que involuntariamente también frena su autonomía y genera dependencia. Por otro lado, se crea un resentimiento hacia el otro padre (Canales, 2014). Es importante tomar en cuenta las características de la familia disfuncional ya que esta ha demostrado estar presente en los adolescentes que recurren a conductas autodestructivas. Además de estar íntimamente relacionado con el surgimiento de la culpa, miedo, irracionalidad y desamparo; aspectos característicos de estos adolescentes (Canales, 2014). El inicio de la adolescencia es una etapa crítica para la relación entre padres e hijo debido a que es la etapa en la cual se busca el desarrollo de la autonomía y la identidad lo cual involuntariamente causará tensión en el entorno, los

adolescentes quieren hacer decisiones independientes y experimentar nuevos comportamientos, cuestionar los valores de sus padres y llegar a sus propias conclusiones (D'Angelo & Omar, 2003).

Las reglas rígidas han mostrado tener una fuerte relación con la conducta autolesiva debido a que esta corresponde a estilos de crianza autoritarios donde no se promueve la individualidad. En el Hospital de Northdale se encontró en 147 casos de autolesión deliberada en adolescentes de 16 a 25 años crianzas autoritarias y conflicto entre padres e hijos lo cual era un factor fuertemente predisponente (Pillay & Pillay, 1987). También se ha encontrado que cuando los adolescentes perciben a sus padres como intrusivos y controladores el ajuste es más pobre; el control psicológico negativo manipula la unión padre-hijo causando amor retraído, culpa inducida, crítica negativa, y vergüenza. Cuando no se desarrollan reglas flexibles que se adaptan a la etapa de desarrollo del adolescente, el adolescente no aprende como enfrentar situaciones solo, la autonomía interrumpida genera dificultad para regular el propio comportamiento y las emociones; además que dificulta el desarrollo de la autoconfianza (D'Angelo & Omar, 2003). Conger & Conger (1997) indican que cuando los padres no se comprometen a cambiar para acomodarse a las necesidades del adolescente esto resulta en problemas de adaptación significativos.

Establecimiento de Roles

Así como la separación de uno de los padres ha comprobado ser un factor desencadenante de la automutilación, también se ha observado esta motivación en familias en las cuales las responsabilidades y roles se han modificado hasta volverse desadaptativas lo cual ocurre por distintas circunstancias. Cuando los papeles en la familia cambian por determinadas circunstancias, cuando se genera inestabilidad en la familia muchas veces los hijos tienden a asumir la responsabilidad de cuidar de sus propios padres

y del homeostasis del hogar (Cibanal, 2006). Esto se conoce como la paternalización del niño o adolescente, y se da debido a una necesidad de la familia por reorganizarse ante un sentimiento de sobrecarga que genera la delegación de roles parentales (Fishman & Minuchin, 2004). En primer lugar, se ha encontrado la necesidad de ser atendido, cuidado y protegido en la infancia y adolescencia para el desarrollo de relaciones afectivas adaptativas (Barudy & Dantagnan, 2006) y para el desarrollo de habilidades para afrontar situaciones estresantes; el desarrollo de estas habilidades se ve dificultado cuando no existe un modelo, la autolesión se relacionan entre ellos en que carecen de un referente estable. La estabilidad es importante para que el individuo pueda saber a qué enfrentarse y cómo actuar ante las diversas circunstancias. El individuo se envuelve en diferentes situaciones y se da cuenta que no todas requieren la misma respuesta lo cual le hace sentirse confundido, incapaz de saber la respuesta correcta para enfrentar a su entorno (Elsner et al, 2001). Algunos de los sentimientos que estas personas destacan son el sentirse confundido, abrumado por las circunstancias, humillado, incomprendido, incapaz de controlar lo que pasa a su alrededor. En algunos casos se ha observado una asociación entre el lesionarse con sentir control sobre su entorno (Canales, 2014).

Por otro lado, se observa que la paternalización posee límites difusos los cuales obstaculizan su individualización. Se ha encontrado que estos adolescentes son demasiado rígidos, demasiado exigidos para preocuparse de sí mismos y del padre el cual si se rompe genera un sentimiento de haber sido desleales (Cyrulnik, 2003), el adolescente paternalizado se enfrenta a situaciones que cuestionan cierta lealtad a su padre, y su validez como persona es determinada por el cumplimiento de los roles asignados los cuales son una sobrecarga para el adolescente y generan gran frustración (Fishman & Minuchin, 2004). Existe mucha confusión en el individuo ya que la sobrecarga les genera un sentimiento de responsabilidad en el cual es querer libertad les produce vergüenza

(Cyrulnik, 2003); pero, asimismo, se ha observado que cuando el hijo ha cumplido con un papel importante de cuidador en el hogar, el cual le otorgaba cierto poder y cierta sensación de ser necesitado, y este cambia, el hijo llega a sentir que ya no es parte, que ya no cumple un papel importante y se siente apartado de la familia. Muchas veces es difícil para el niño adaptarse a un entorno en el cual ya no es útil y al mismo tiempo se siente culpable de ansiar que el entorno vuelva a ser el mismo a pesar de que este era muy dañino; esta culpa genera una percepción negativa hacia el mismo, se cataloga a sí mismo como “mala persona” lo cual conduce a recurrir a una forma de castigarse por ser malo (Canales, 2014)

Relaciones Familiares Conflictivas:

Los conflictos familiares son identificados por los adolescentes en auto-reportes como el más común de los precipitantes de autolesión (Lowenstein, 2005). La literatura impone un rol importante a experiencias potencialmente estresantes en la niñez, especialmente experiencias relacionadas con el cuidador. Algunos de los aspectos que especialistas han tomado en cuenta son las relaciones patológicas familiares y la discordia entre padre e hijo; es decir, en familias donde no existe historia de abuso la relación entre los padres e hijos sigue siendo de igual importancia. Como menciona el autor, la unión interrumpida debería considerarse un tipo de maltrato en la niñez (Gratz, 2006). Pattison & Kahan en el año 1983 realizaron un análisis a 56 reportes de caso de autolesión y encontraron que casi la mitad de los participantes que presentaban aislamiento social e interrupción familiar se automutilaban (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007). Como menciona el autor, el sentimiento de soledad era un fuerte predictor de la autolesión incrementando la probabilidad de autolesión más de 5 veces (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007).

Como menciona Gratz, Conrad & Roemer (2002), hasta en individuos que no presentan una historia de abuso o separación, existen aspectos en la relación padres-hijo que posee características importantes para la adaptación las cuales pueden conducir a la autolesión. Existe evidencia empírica que resalta a la calidad de la unión emocional formada entre los padres y el niño como consecuencia de la adaptación y el riesgo a psicopatologías que poseen conductas autodestructivas. En el mismo estudio realizado por Gratz en el 2002 se examinó el rol del apego inseguro en la conducta autolesiva, con 133 participantes, 67% mujeres, mediante el instrumento Encuesta de la Interrupción del Apego que evaluaba experiencias en la niñez de negligencia, separación y pérdida y el cuestionario de Apego Paternal para evaluar la calidad del apego hacia sus padres; se encontró que el apego inseguro paterno era significativo en las mujeres (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002). Por otro lado, es importante mencionar que estudios han encontrado que el apego seguro era un factor de protección para estas conductas y que el apego inseguro hacia un cuidador era entendido por tener los similares efectos a experiencias de abuso en la niñez (Gratz, 2006).

Con respecto a la importancia de la calidad de la unión parental para la prevención de la autolesión esta se ha observado en diversos estudios. Uno realizado por Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland (1997) que pretendía determinar la relación entre conductas disociativas (un factor de riesgo para la automutilación) y el Self y la organización del Self. El estudio estuvo compuesto por 168 participantes (79 mujeres y 84 hombres) de 18 años que habían vivido en pobreza. La metodología utilizada fueron esquemas de presentaciones generales y por periodos de tiempo; un inventario sobre el comportamiento observado por los autores del estudio, por los participantes, entrevistas y auto-reporte de síntomas para la disociación; la entrevista diagnóstica para desordenes afectivos y esquizofrenia, la Escala de Experiencias Disociativas y en la Situación Extraña

de Ainsworth para observar la interacción entre madres e hijo. Uno de los aspectos en los cuales se enfocó este estudio es en la calidad de la relación madre-hijo, mediante este estudio se encontró que el de apego evitativo y desorganizado eran fuertes predictores tanto de la disociación como de conductas autolesivas. Una limitación observada en este estudio fue que la muestra fue muy pequeña por lo tanto este estudio requiere replicación (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997)

Otro estudio fue el realizado por Styron & Janoff-Bulman (1997), su objetivo fue determinar la contribución del apego en la resolución de conflictos y depresión; se utilizó un cuestionario multi-escala a 879 estudiantes y se utilizó un análisis de regresión jerárquico para responder las preguntas primarias de la investigación. Los resultados del estudio apoyaron al apego como un factor importante a pesar de que sufrir abuso era un predictor más fuerte; el apego influía en la manera de solucionar conflictos de los participantes. Los resultados sugirieron que el impacto a largo plazo del abuso estaba mediado por la experiencia de apego. Las limitaciones de este estudio fue la falta de información acerca de las experiencias de abuso incluyendo cronicidad, edad y relación con el perpetrador, también para tomar ventaja de la muestra se limitó el número de ítems; una gran limitación fue el fiarse solo del auto-reporte, la información es retrospectiva y dificulta el saber acertadamente si las memorias se relacionan con las experiencias pasadas reales; puede estar presente distorsiones de la memoria (Styron, & Janoff-Bulman, 1997). Asimismo, el efecto del apego inseguro fue evaluado por Beegly & Cicchetti (2008), la habilidad de hablar acerca de estados internos y emociones del Self y otros, son desarrollados en la niñez tardía, el estudio se llevó a cabo con 14 infantes (17 niñas y 23 niños) y sus madres biológicas, las edades eran de 30 meses a 33 meses y 29 días. Los sujetos participaron en un estudio prospectivo longitudinal y se evaluó mediante entrevistas y mediante observaciones de las emisiones espontaneas de niños en cuatro

contextos de laboratorio. Se encontró el entendimiento y comunicación de los estados internos era influenciado negativamente por el apego inseguro, mientras el apego seguro servía como un mecanismo protector para la disfunción del Self. Con respecto a las limitaciones, debido a que el lenguaje de las emisiones espontáneas para la regulación de la interacción social y un índice temprano del Self y otros, los resultados no daban información acerca del desarrollo posterior de niños maltratados (Beeghly, & Cicchetti, 1994).

Lineham, asimismo sugiere la asociación entre experiencias estresantes en la niñez y el desarrollo de la autolesión. El autor los describe como “entornos invalidantes” a los entornos en los cuales se observa que la comunicación de experiencias privadas es ignorada, trivializada o castigada; donde el mostrar afecto negativo no es tolerado; se espera el control de las experiencias y expresión emocional; y los cuidadores pueden estar demasiado involucrados o no responsivos a las necesidades del infante (Gratz, 2006). La familia ha sido identificada como uno de los contextos más influyentes para el ser humano (Bornstein, 2002). Una variedad de autores ha creado modelos para clasificar los estilos parentales y entender su asociación a la conducta auto destructiva. Sin embargo, como menciona Ortiz, Victoria, Gándara & Tello (2007) todos los modelos envuelven un binomio entre afecto y control parental. En la literatura se ha resumido este aspecto en tres factores: comunicación-afecto, control y hostilidad-permisividad la cual ha sido revalidada en la población ecuatoriana (Vilchez, 2018) como amor (comunicación-afecto), control y negligencia (hostilidad-permisividad)

Negligencia Parental

En el estudio realizado por Vilchez (2019) se pretendió observar la relación entre conductas autolesivas y estilos parentales. Desde este punto de vista la negligencia llega a ser un factor que predispone al adolescente a este tipo de conductas que de cierta forma

pretenden llamar la atención de los padres. Con respecto a la muestra de este estudio se utilizó una técnica no probabilística incidental. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2010 de la República del Ecuador son 6.424.177 ciudadanos con edades comprendidas entre 15 y 39 años. Para el estudio se reclutó 881 participantes de secundaria y universitarios; 425 hombres y 456 mujeres. La población seleccionada era de la Ciudad de Cuenca, Ecuador. Con respecto a la metodología, para medir conductas autolesivas se utilizó la Cédula de Autolesiones sin intención suicida de Albores-Gallo; y para evaluar las conductas parentales se utilizó el Child's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI) en población ecuatoriana, existen tres sub dimensiones para cada uno de los progenitores, estos eran para ambos: amor, control y negligencia. En cuanto a los resultados, se encontró que mientras mayor amor se mostraba por la madre había menos necesidad de llamar la atención y autolesionarse; asimismo, se encontró que tanto el control materno como la negligencia de ambos progenitores eran factores que predisponían a conductas autolesivas. En resumen, los autores concluyen que la familia es uno de los contextos más influyentes y que existe una necesidad de obtener por cualquier medio atención parental lo cual induce a los adolescentes a diferentes conductas desadaptativas; la limitación presente en este estudio fueron algunas correlaciones débiles (Vilchez, Quizhpi, Samaniego-Chalco, Tornero, & Campoverde, 2019).

Algunos estudios aseguran que la conducta destructiva viene influenciada por experiencias de trauma en la niñez y por cuidado parental interrumpido. El estudio de Vard Kolk et al (1991) pretendió explorar la relación entre trauma en la niñez, apego interrumpido y auto destrucción usando datos históricos y prospectivos. Se utilizó 74 sujetos para el estudio con desordenes de personalidad que fueron estudiados por un promedio de 4 años y se monitoreó su comportamiento autodestructivo, estos comportamientos fueron correlacionados con auto-reportes de trauma en la niñez,

interrupción del cuidado parental y fenómenos disociativos. Se encontró que las interrupciones en el apego y el caos intrafamiliar estaban asociadas al *Self-Cutting*. Se encontró también que tanto la negligencia física como emocional ocasionaban estas conductas y eran fuertes predictores; en cuanto a la limitación, los autores mencionan que el estudio necesita ser replicado en muestras más grandes para definir más claramente el significado, la función y el efecto de la autolesión (Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Dubo (1997), en cambio intentó encontrar la relación entre patrones destructivos y parámetros de negligencia en la niñez en pacientes con trastornos de personalidad. La muestra se caracterizó por 42 pacientes con trastornos de personalidad límite. Se evaluó los patrones auto-destructivos usando el Lifetime Borderline Symptom Index y las experiencias de la niñez fueron adquiridas mediante una entrevista semi-estructurada. Mediante este estudio se apoyó la importancia de la negligencia tanto física como emocional, especialmente la negligencia emocional, que es según el autor un fuerte predictor de autolesión. Este estudio fue limitado por la naturaleza retrospectiva de la información, por ser la muestra relativamente pequeña y porque la información de pacientes con personalidad límite no puede generalizar a toda la población (Dubo, Zanarini, Lewis, & Williams, 1997).

A pesar de que estos estudios se realizaron en personas con trastornos de personalidad, otros estudios evidencian los mismos resultados en participantes no clínicos, en los cuales tanto el apego materno como paterno son significativos (Gratz, 2006). Otros estudios han demostrado que la paternidad inconsistente, indisponible emocionalmente influye al desarrollo y expresión de conductas autolesivas. Mediante cuestionarios de auto-reporte; se observó que niños expuestos a cuidado paternal inefectivo desarrollan modelos de trabajo de apego mal adaptativos, sugiriendo que las relaciones interpersonales ofrecen apoyo inadecuado en momentos de estrés. Este apego

inseguro inhibe el desarrollo de habilidades de regulación emocional; es decir la autolesión llega a ser una forma de escapar del afecto intolerable en la ausencia de un mecanismo más adaptativo. Entre las limitaciones, los resultados eran correlacionales, por lo tanto, no se podía determinar la causalidad de algunos aspectos y la muestra no fue representativa (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006).

Desde los estudios de Bowlby, crece el interés por parte de los profesionales en el concepto de la unión entre padres e hijo. A lo largo de los años, se identificó las cualidades que se presentaban en una maternidad adecuada. Con respecto a la interacción madre e hijo Ainsworth et al. hablan acerca de 4 dimensiones del comportamiento materno que reflejan un balance entre el apego y la exploración. Estas cuatro dimensiones son: sensibilidad-insensibilidad, aceptación-rechazo, cooperación-interferencia, accesibilidad-postergamiento. Si no existe un balance en estas dimensiones la unión parental se veía afectada (Parker, Tupling, & Brown, 1979). Por otro lado, estudios aseguran que la negligencia en la infancia tiene serias consecuencias en el desarrollo del control del ego lo que se caracteriza por impulsividad, desregulación de afecto, inhibición del comportamiento, los cuales están implicados en el comportamiento autolesivo (Gratz, 2006).

Sobrenvolimiento Parental

Como mencionó Parker, Tupling, & Brown (1979), se requiere un balance entre apego y exploración para que haya un desarrollo desadaptativo. La sobreprotección ejerce un efecto en la autolesión mediante la percepción de incapacidad que genera en el individuo. Irons et al (2006) exploraron la relación entre formas de auto crítica y seguridad en uno mismo y estilos de apego. Se utilizó una muestra de 197 estudiantes de UK y Canadá que completaron cuestionarios de auto-reporte que evaluaban los estilos parentales, apego, formas de auto crítica, seguridad en uno mismo y depresión. Mediante

este estudio se encontró que tanto el recuerdo de los participantes acerca de padres rechazándolos o sobreprotegiéndolos se relacionaba significativamente con la inadecuación, el odio a uno mismo y la auto-crítica (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006). Asimismo, la percepción de un padre hostil es internalizada y experimentada como odio hacia sí mismo y el suicidio o autolesión llega a ser una manera de escapar de estos pensamientos negativos y sentimientos de odio. Las limitaciones de este estudio fueron las mismas del estudio realizado por el autor acerca de la negligencia, los resultados eran correlacionales, por lo tanto, no se podía determinar la causalidad de algunos aspectos y la muestra no fue representativa (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006).

Otro aspecto importante a considerar es que en la sobreprotección se ha observado a padres extremadamente rígidos con sus hijos. En un estudio de la detección de comportamientos destructivos en adolescentes se lo relacionó con la percepción del estilo parental y el pesimismo en una muestra de estudiantes de secundaria de Australia con un promedio de edad de 15.8, la muestra contó de 307 estudiantes. Los métodos que se utilizaron fueron un cuestionario demográfico, el Cuestionario de Relaciones Influyentes, La Escala de Desesperanza de Beck y el Cuestionario de Suicidio de Adolescentes. Mediante los resultados, se demostró que las conductas autodestructivas incrementaban cuando los adolescentes percibían a sus padres como extremadamente críticos y extremadamente sobreprotectores. La limitación de este estudio fue su diseño transversal y las direcciones entre variables porque fueron basados en supuestos hechos en estudios que sugieren que el estilo de crianza es un antecedente de comportamiento suicida, además la Escala de crítica requería más investigación en población adolescente (Allison, Pearce, Martin, Miller, & Long, 1995). En conclusión, en una revisión de investigaciones

acerca de la autolesión en niños y adolescentes esta es la respuesta a un clima familiar negativo (Lowenstein, 2005)

El Papel del Aprendizaje: Enseñanza Parental

El Efecto en la Percepción de Uno Mismo

Los teóricos cognitivos han intentado evaluar a la automutilación desde aspectos más profundos, basados en la percepción. Estos expertos proponen que las creencias y asunciones pueden influir en nuestras percepciones, interpretaciones, emociones y comportamientos. Y estas asunciones vienen de nuestros esquemas; se cree que las conductas de las personas que se autolesionan vienen de complejos esquemas mal adaptativos, es decir temas pervasivos acerca de uno mismo o en relación a otros que se elaboran en la niñez mediante experiencias vividas disfuncionales (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007).

Los adolescentes que se automutilan reportan niveles más altos de depresión, soledad, ansiedad, hostilidad, preocupaciones somáticas, y mayor disconformidad corporal y desconfianza que las personas que no recurren a estas conductas. Estudios han demostrado que el sentimiento de soledad es una de los predictores más potentes, además de un auto concepto negativo. Por últimos se ha encontrado que el sentirse inadecuado es bastante frecuente en estas personas ya que mencionan verse como externos al mundo. Estas percepciones disfuncionales son elaboradas mediante la crítica parental excesiva (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007).

Se realizó un estudio para comprobar que los esquemas mal adaptativos tempranos influyen en la automutilación, asimismo para determinar que tipos de esquemas están presentes basándose en la investigación realizado por Young, Klosko, & Weishaar en el 2003. En el estudio participaron 105 personas, 34 hombre y 71 mujeres; la edad estaba

compuesta desde los 15 hasta los 35 años con un promedio de edad de 19 años. La muestra constaba de participantes clínicos y no clínicos que se automutilaban o no; la muestra de individuos que se automutilaban eran los que estaban envueltos en esta conducta actualmente y estaban envueltos en el pasado. Método: se utilizó el Cuestionario de Esquemas para Jóvenes, el Formato largo, segunda edición el cual poseía una alta confiabilidad test re-test y consistencia interna; era un inventario de auto-reporte diseñado para evaluar los 16 esquemas mal adaptativos tempranos desarrollados por Young. Se utilizó el Inventario Deliberado de Autolesiones para medir aspectos de la autolesión como la frecuencia, intensidad y duración. Por último, se recopiló datos demográficos que incluían género, edad, diagnóstico y medicación tomada por los participantes. Los resultados de este estudio fueron primeramente que había una diferencia significativa en los esquemas de personas que se autolesionaban y las que no; especialmente en los esquemas de Deprivación Emocional, Auto-control/Auto-Disciplina, Desconfianza/Abuso y Aislamiento Social y Alienación, las personas que presentaban estas conductas tenían niveles mucho más altos en estas dimensiones. Se encontró que los esquemas eran los mismos para las personas envueltas en esta conducta actualmente a los que se involucraron en esta conducta en el pasado; es decir los esquemas no cambian y aumentan la probabilidad de que la conducta se vuelva a repetir (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007).

En base a este estudio los autores concluyeron que las personas que recurren a estos comportamientos tienen sentimientos de deficiencia/vergüenza que contribuyen a repetir el ataque. Además, Deprivación Emocional que conduce a estas personas a creer que nadie está a disponibilidad para ser un apoyo para ellos o darles afecto; los sentimientos de aislamiento por otro lado, los hacía más sensibles al rechazo. Por último, la sensación de falta de control que lo hace sentir incapaz de funcionar de manera

adaptativa con sus afectos, por lo tanto, recurren a mecanismos de acoplamiento inmediatos irracionales. También se encontró una relación significativa en cuanto a la severidad de la conducta y los esquemas; mientras más altos eran los resultados, era mayor la frecuencia de recurrir a esta conducta y el esquema más potente era el aislamiento social que los hacía sentir como externos al resto (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007).

Los esquemas más fuertemente presentados en los individuos que se automutilan pertenecen al dominio Desconexión y Rechazo de Young. Estos individuos tienen problemas con la seguridad y con formar apego hacia otras personas debido a que creen que su necesidad de seguridad y cuidado no puede ser satisfecha; el esquema de Desconfianza/Abuso los hace creer que serán abusados, lastimados, humillados por otros; el esquema de Deprivación Emocional crea la creencia de que su necesidad de conexión emocional no puede ser satisfecha y el esquema de Aislamiento Social mencionado anteriormente que se relaciona con la percepción de ser un ser externo al mundo. Las familias caracterizadas por estos dominios tienden a ser abusivas, frías o aisladas. Las familias de origen dirigidas por estos esquemas están presentes en los individuos que se automutilan y existe investigación consistente que explica las experiencias de estos individuos con sus familias. Los individuos que recurren a estas conductas reportan que siempre les dijeron que debían ser fuertes en un intento de negar cualquier emoción negativa lo cual influye al desarrollo del esquema de Auto-Control/Auto-Disciplina. Asimismo, se observó que experiencias de abuso eran muy comunes en los participantes y que ejercían una influencia en cuanto al desarrollo del esquema Desconfianza/Abuso y la negligencia emocional, un factor que mantenía el esquema de Deprivación Emocional. Por último, en el auto-reporte realizado por los participantes se observa que todos describen a sus padres como fríos, distantes, desapegados; y presentan características

visibles de sensación de rechazo. En el estudio hubo algunas limitaciones, entre estas, la muestra era muy pequeña y homogénea, además los participantes fueron reclutados de tres sitios diferentes y el número de participantes de cada uno no fue igualitario; asimismo, algunos aspectos del estudio no fueron controlados como la edad de los participantes, su género y el lugar del cual fueron recluidos (Castille, Prout, Marczyk, & Shmidheiser, 2007).

Desregulación Emocional y Estilos de Comunicación

La desregulación emocional se refiere a la forma mal adaptativa de responder a las emociones que se caracteriza por respuestas no aceptadas, dificultad de controlar comportamientos que se dan por angustia emocional, y un déficit en el uso funcional de la emoción como información (Gratz & Roemer, 2004). Es la incapacidad de controlar el comportamiento que se da por experimentar emociones negativas, la incapacidad de controlar emociones negativas (Gratz & Roemer, 2008).

La literatura enfatiza el rol central de la regulación emocional en la autolesión. Uno de los autores que resalta su importancia es Lineham ya que propone que la desregulación emocional es una característica del trastorno de personalidad limítrofe y de las conductas que lo envuelven, como la autolesión. Algo interesante que resalta Lineham es que la conducta autolesiva se debe a la desregulación emocional, así como la conducta autolesiva se vuelve un mecanismo de regulación emocional ya que los individuos que realizan estas conductas describen a la autolesión como una manera de aliviar y expresar los sentimientos no deseados (Brown, Comtois & Lineham, 2002).

Se realizó un estudio para examinar el rol de la desregulación emocional en la autolesión, tomando en cuenta factores ambientales (maltrato) e individuales (inexpresividad emocional e intensidad/reactividad de afecto). Los participantes fueron

249 mujeres entre los 18 a 55 años, 66% caucásicas. Los métodos utilizados fueron el Inventario de Autolesión Deliberada para evaluar la frecuencia, duración e intensidad de la autolesión, el Inventario de Perpetuación de Abuso para observar si existió abuso físico o sexual en la niñez, el Instrumento de Unión Parental para evaluar dos comportamientos parentales en la niñez: afecto (desde apoyo emocional hasta negligencia emocional) y control (desde permitir la independencia y autonomía psicológica hasta sobreprotección y control psicológico), la Escala de Expresividad Emocional para evaluar la expresividad emocional, la Medida de Intensidad Afectiva para medir las características, la intensidad y reactividad de las respuestas emocionales, y la Escala de Dificultad en Regulación Emocional que evalúa la desregulación emocional desde seis dimensiones: no aceptar emociones negativas, dificultad en participar en comportamientos dirigidos a metas cuando se experimenta emociones negativas, acceso limitado a estrategias de regulación emocional efectivas, pobre conciencia emocional y pobre claridad emocional. Los resultados del estudio indican que las mujeres que se autolesionaban reportaban niveles más altos de desregulación emocional y poseían todas las características de esta problemática: dificultad en involucrarse en comportamientos enfocados a metas cuando hay angustia, acceso limitado a estrategias de regulación emocional, pobre conciencia y claridad emocional. Asimismo, la desregulación emocional resultó ser un predictor de comportamiento auto lítico. Los resultados resaltan la importancia de dos dimensiones de la desregulación emocional, que están relacionados significativamente con la autolesión, el acceso limitado a estrategias de regulación emocional y pobre claridad emocional. Ambas eran fuertes predictores de esta conducta y estaban relacionados con su frecuencia; es decir a falta de estrategias adaptativas, el cortarse se vuelve un mecanismo para afrontar las emociones. Por último, se encontró que la inhibición de la expresión emocional interfiere con el entendimiento de las emociones y de esta forma interfiere también con

su regulación adaptativa, incrementando el riesgo de conductas autolesivas como una forma de dar sentido o concretizar el dolor emocional. Una de las limitaciones es que los resultados del test-retest se basaron en una muestra muy pequeña, por lo tanto, requiere replicación, otra limitación fue la confiabilidad de algunas medidas de auto reporte que es limitada ya que no se puede asegurar la plena conciencia de los participantes acerca de sus emociones (Gratz & Roemer, 2004).

Además, se ha demostrado que el lenguaje de los padres hacia los niños pequeños sobre su estado interno refleja las habilidades que tendrán sus hijos y se orienta cada vez que le niño va creciendo, se desarrolla su madurez conceptual y lingüística. Autores consideran que el participar en las discusiones familiares que involucren las emociones y los estados internos, es una forma para que los niños aprendan y refinan su léxico. Mediante la conversación de los padres con sus hijos acerca del estado emocional se promueve el establecimiento de relaciones cercanas en el infante, la comunicación de sus sentimientos a otros, la capacidad para negociar conflictos. Se realizó un estudio por Dunn et al (1987) se comprobó en base a observaciones domiciliarias longitudinales que mientras más cantidad de estas charlas había en las familias, se podía predecir las habilidades de toma de perspectiva de los niños (Beeghly, & Cicchetti, 1994). El paradigma de la socialización explica como la negatividad parental puede socavar el aprendizaje acerca de las emociones y su manejo. Estudios han demostrado que la labilidad emocional que está vinculado con comportamientos externalizantes está influenciado por las interacciones familiares que refuerzan el escalamiento de afecto negativo y comportamientos aversivos (Michelson, & Bhugra, 2012).

Asimismo, un estudio realizado por Wedig, & Nock (2007) pretendía examinar la relación entre la expresión emocional de los padres y los pensamientos y comportamientos autolíticos de los adolescentes; así como mediadores potenciales y

moderadores de esta relación. Para este estudio se utilizó 36 adolescentes de edades entre 12 a 17 años y; los instrumentos utilizados fueron la Muestra de Discurso de Cinco Minutos, una medida de expresión emocional, y los adolescentes completaron diversas entrevistas y escalas de calificación que evaluaban los pensamientos y comportamientos autolíticos. Los resultados revelaron que una expresión emocional alta en los padres estaba relacionada con los tipos de pensamientos y conductas autolíticas (ideación suicida, planes suicidas, intentos suicida y autolesiones). El análisis reveló que existe un componente específico de la expresión emocional parental que está fuertemente asociado con este comportamiento, la crítica parental. Este estudio indica la relación entre la crítica de los padres y la autolesión. Las limitaciones de este estudio fueron que varios de los test fueron basados solo en la respuesta de los adolescentes lo que limita la validez de la respuesta e interpretación y la muestra fue relativamente pequeña (Wedig, & Nock, 2007)

Experiencias de Abuso en la Niñez

Según las estadísticas, “en el Ecuador en el 2012, 17.370 casos de niños (as) y adolescentes sufrieron algún tipo de violencia: física, psicológica, negligencia y abuso sexual. En el 2014, el 56% niños y adolescentes ingresaron a instituciones de acogimiento por causa y efectos de la violencia” (Duque, 2017). De la misma forma, “en el 2015 se encontró que, el 33% niños y adolescentes de 5 y 7 años fueron maltratados física y psicológicamente por personas responsables de su cuidado, 4 de cada 10 niños sufren violencia en sus hogares, viven con padres y/o madres maltratados en su infancia, el 33% de niños y adolescentes de 5 y 17 años dicen recibir golpes de sus padres, cuando no obedecen o comenten una falta” (Duque, 2017); “6 de cada 10 niños afirman que merecían las reacciones de sus padres, frente a sus faltas, 18% padres y/o madres, sufrieron violencia de sus progenitores cuando fueron niños lo que se estima será una transmisión

intergeneracional de violencia y el 30% de adolescentes entre 12 - 17 años han sido testigos de maltrato entre sus progenitores” (Duque, 2017).

Abuso Emocional

Algunos se preguntan porque individuos eligen como opción el autolesionarse y no otras conductas destructivas como lo es el consumir alcohol o drogas, se sugiere que la razón de esta elección se debe a que es la forma más directa y visible de hacerse daño, asimismo se supone que es una conducta aprendida de abuso temprano ejercido por otros. Es decir, la crítica excesiva o el abuso emocional verbal es aprendido y conduce al individuo a la autocrítica y al utilizar conductas autolesivas (Nock & Prinstein, 2004).

Las personas que reciben desde muy pequeños maltrato ya sea con insultos y crítica constante o experiencias de abuso físico adoptan la misma perspectiva de crítica hacia ellos mismos a través del modelamiento del comportamiento de las personas que les critican y abusan de ellos. Se desarrolla un estilo cognitivo de odio, crítica que conduce a la autolesión como una manera de auto castigarse o auto abusarse a medida que no aprueban sus propios comportamientos. Es decir, el maltrato en la niñez está relacionado a la autolesión y esto se debe al estilo cognitivo que se desarrolla. Es interesante observar que mediante el estudio de Hooley, Ho, Slate, and Locksin (2002) los adolescentes que se autolesionan tenían mayor tolerancia al dolor físico si pensaban que eran malos, defectuosos.

El objetivo de este estudio fue documentar como diferentes tipos de maltrato infantil y la negligencia tanto física como emocional conducen a conductas autolesivas; evaluar como la auto-crítica en el adolescente, media la relación entre el maltrato en la niñez y la presencia de conductas autolesivas en el adolescente. Los participantes del estudio fueron 86, siendo 69 mujeres adolescentes, las edades de los participantes estaban

entre los 12 a 19 años con una media de 17,14. El 73,3% de los participantes eran Americanos Europeos, el 3,5% africanos-americanos, el 7,0% Hispánicos y el 4,7 % americanos-asiáticos. A todos los participantes se les otorgó un consentimiento informado, así como a sus padres. Los métodos utilizados fueron el Cuestionario de Trauma en la niñez para evaluar los 5 tipos de trauma: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional; la Escala de Autoevaluación para evaluar aspectos de auto-crítica; la Escala de Crítica Percibida para evaluar que tan críticos percibían a sus guardianes y al entorno; la Entrevista de pensamientos autolíticos y Comportamiento para evaluar la conducta autolesiva, el refuerzo automático negativo, el refuerzo automático positivo, el refuerzo negativo social, y el refuerzo positivo social; además, se utilizó el Calendario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar: versión actual y a lo largo de la vida para evaluar la presencia del Trastorno de Depresión Mayor en los participantes. Mediante los resultados se observó que la negligencia física, el abuso emocional y sexual estaban significativamente relacionadas con conductas autolesivas mientras que el abuso físico tuvo una pequeña relación. Asimismo, se observó que la autocrítica estaba asociada significativamente con el abuso emocional y la frecuencia de conductas autolesivas. Se concluye que no todo tipo de abuso está relacionado a las conductas autolesivas, ya que las únicas que demostraron una asociación significativa fueron abuso sexual y negligencia física. Así como el abuso emocional que puede llegar a ser uno de los más fuertes predictores de esta conducta ya que la presencia de abuso emocional durante las etapas formativas de la niñez resulta en una tendencia a internalizar el pensamiento crítico hacia uno mismo. Y a la larga, cuando el adolescente experimenta situaciones estresantes, y han desarrollado este estilo cognitivo de auto crítica conducen a la autolesión como una forma de auto castigarse. Con respecto a las limitaciones, las variables fueron medidas de forma transversal esto

dificulta determinar la dirección de las relaciones observadas y, asimismo, el uso de auto-reporte retrospectivo desafía la validez del estudio debido a que puede haber error debido al olvido o recuerdos sesgados (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007).

De igual manera, un estudio realizado por Yates y colegas (2008) evaluó la incidencia y frecuencia de la conducta autolesiva en 1,036 adolescentes de una escuela americana mediante cuestionarios de auto reporte y entrevistas para evaluar síntomas depresivos y ansiosos; el Inventario de Apego Parental y a Pares; el Inventario de Competencia Interpersonal y el Inventario de Argumentación Inefectiva. Se encontró que la crítica parental percibida fue calificada como alta y se concluyó que la crítica parental para las niñas era un fuerte predictor para la incidencia; sin embargo, no para la frecuencia, de conductas autolesivas a los 17, 18 años. La limitación de este estudio fue la incapacidad de realizar inferencias causales usando información transversal y correlacional, (Starr & Davila, 2008).

Abuso Físico

El abuso físico también ha sido investigado y su relación con la autolesión, a pesar de que los estudios son escasos. Green (1978) en un estudio que realizó, con 59 participantes de edades entre 5-13 años mediante entrevistas semi-estructuradas; que habían sufrido abuso físico demostraron una incidencia más alta a conductas auto destructivas. Green concluye en base a su investigación que este comportamiento parecía representar un patrón de aprendizaje en experiencias traumáticas tempranas con el objeto primario. La limitación de este estudio fue basar sus resultados únicamente en entrevistas (Green, 1978) Asimismo, Johnson & colegas (2002) afirma que el castigo parental fuerte, la baja aspiración maternal, la posesividad maternal, el abuso verbal materno y el abuso físico y sexual estaban asociados a un incremento en el riesgo de intentos de suicidio

durante la adolescencia, así como de conductas autodestructivas. La relación se mantuvo significativo con los participantes que presentaban síntomas de patología, un incremento en la dificultad interpersonal en la adolescencia.

La investigación acerca de la relación entre abuso físico y autolesión se mantiene inconclusa debido a que existen varios estudios que prueban su relación y otros en los cuales sus puntajes son irrelevantes. Su relación requiere más estudio, sin embargo, entre lo que se ha encontrado, Green (1978) observó que los niños que habían sido abusados físicamente estaban envueltos significativamente en conductas autodestructivas, incluyendo la autolesión; hasta se encontró que su relación era más alta que con la negligencia. De igual manera la limitación de este estudio fue que su medida únicamente fue entrevistas (Green, 1978). Carroll, Schaffer, Spensley, & Abramowitz (1980) también observaron puntajes significativamente altos de abuso físico en pacientes con historial de conductas autolíticas.

Abuso Sexual

A lo largo de los años la literatura se ha enfocado en la asociación del abuso sexual y la autolesión, asimismo se ha enfocado en la relación entre abuso sexual y el surgimiento del trastorno de personalidad limítrofe el cual se caracteriza por tratos suicidas o conductas de automutilación. El estudio realizado por Romans et al, pretende mediante un diseño de dos etapas, investigar la relación entre historia de abuso sexual en la niñez e indicios tardíos de conductas autolesivas; en una comunidad elegida al azar de 252 mujeres que reportaron haber sido abusadas en la niñez y 225 que habían reportado que no. En cuanto a la metodología, se utilizó un cuestionario para adquirir toda la información demográfica, la salud mental y física e incidentes de abuso sexual en la niñez. También se realizó una entrevista que incluía preguntas específicas para adquirir aspectos específicos del abuso, las características de la relación familiar, experiencias

extrafamiliares y problemas psicológicos y sociales. Se utilizó la Examinación del Estado Actual para evaluar la clasificación diagnóstica, y se utilizó la versión longitudinal del mismo instrumento para evaluar la prevalencia del síndrome; la calidad de la interacción de los participantes con los padres se midió con el Instrumento de Unión Parental en el cual se puede evidenciar dimensiones como cuidado, protección y control. Por último, se utilizaron estadísticas bivariadas para comparar la frecuencia de autolesiones deliberadas e ideación suicida en el grupo que reportó abuso sexual y los que no; y la frecuencia de abuso y variables familiares entre sujetos abusados sexualmente con o sin incidentes de autolesión. (Romans, Martin, Anderson, Herbison, & Mullen, 1995).

Con respecto a los resultados, se encontró que el 26% de los participantes habían sufrido abuso antes de los 12 años, 32% antes de los 16 años. De los participantes que reportaron haber sufrido abuso sexual (252) envolvía un intento o un coito completado. 117 fueron expuestos a tocamiento de sus genitales y 73 ningún abuso genital. Los sujetos que habían sido abusados mostraron diferencias significativas a comparación de los que no en salud mental e índices sociales, tenían niveles más altos de depresión, ansiedad, y desordenes de alimentación y sustancias, y más problemas sociales y sexuales. 23 mujeres de las 477 reportaron historias de autolesiones deliberadas y de estas 23, 22 reportaron abuso sexual en la niñez; el abuso sexual precede a incidentes de autolesión en todos los casos. El abuso sexual infantil y conductas autolesivas tardías estuvieron claramente vinculadas; a pesar de que solo 8,7% de mujeres que reportaron abuso sexual informaron autolesiones, casi todas las mujeres que se autolesionaban reportaron historias de abuso sexual en su niñez. Asimismo, es importante resaltar que la autolesión era más probable cuando la experiencia de abuso había sido más intrusiva y frecuente (Romans, Martin, Anderson, Herbison, & Mullen, 1995). Es decir, si el abuso venía de alguien cercano como un padre la probabilidad de este comportamiento y su intensidad era mucho

más alta. Con respecto a las limitaciones, un estudio transversal no puede establecer vínculos causales lo cual los autores consideran que limitó información relevante (Romans, Martin, Anderson, Herbison, & Mullen, 1995).

Wonderlich et al (2001) sugiere que los sujetos que han sufrido experiencias de abuso sexual se envuelven en comportamientos autodestructivos como una forma de reducir la angustia emocional asociado con el abuso; otros sugieren que el autolesionarse puede ser una forma de reaccionar el abuso perpetrado (Noll et al, 2003). El estudio realizado por Klonsky & Moyer (2008) pretendía determinar la asociación entre abuso sexual en la niñez y el comportamiento autolesivo; para el estudio se utilizó diversas investigaciones, 45 estudios empíricos. Los resultados resaltaron la relación entre abuso sexual en la niñez y conductas autolesivas, pero, la relación no fue significativa. Sin embargo, los autores piensan que la relación encontrada en otros estudios se podría deber al incremento en la probabilidad de trastornos psiquiátricos por abuso sexual. La limitación encontrada fue que al ser una muestra pequeña se mostraban correlaciones mucho más altas lo cual hace que los resultados sean dudosos o poco claros (Klonsky & Moyer, 2008).

En resumen, la evidencia sugiere una relación entre el abuso sexual infantil y la autolesión tardía, Van der Kolk et al (1991) resaltó que no solo el abuso sexual estaba asociado a esta conducta, sino que era el factor más fuertemente asociado a comparación de otros traumas en la niñez como lo es el abuso físico o la violencia doméstica. En un estudio realizado por Liem (1995) con 438 estudiantes en el cual se utilizó entrevistas a 46 estudiantes que reportaron autolesionarse, el 52% habían sido abusados sexualmente durante niños; y de los 34 que reportaron historias de autolesión 59% fueron abusados sexualmente. Los estudios aseguran ser lo suficientemente claros para declarar que el abuso sexual conlleva a esta conducta; en la actualidad buscan explorar como se

diferencia el comportamiento evaluando la relación de la víctima con su perpetrador, un aspecto que destaca la importancia que le dan los investigadores a la familia. La limitación encontrada fue que era un estudio correlacional por lo tanto no se podía evaluar incidencias causales (Gratz, 2006).

La Influencia del Aspecto Cultural en la Autolesión

Algunos investigadores de la autolesión han estado interesados en entenderlo como una problemática que se debe a la marginalización, el poder, la injusticia y la resistencia; aspectos característicos de la cultura. A pesar de que no se han realizado estudios sobre el ámbito cultural existen diversas teorías que pretenden explicar su influencia en la autolesión. Primeramente, algunas teorías con respecto a la cultura hablan de la piel como el límite entre lo que está adentro y lo que está afuera. Favazza (1996) indica que la piel podría considerarse un intermediario de mensajes, por ejemplo, en el uso de tatuajes se observa un intento por dar un mensaje al mundo sobre uno mismo y sus creencias. Crowe (1996) explica que el cuerpo genera una especie de discurso, es el lugar donde el Self público existe en conjunto con el Self privado y es el cual puede estar en tensión, tensión difícil de expresar mediante palabras, por lo tanto, actúa mediante el corte y daño propio como la comunicación de la tensión. Curry (1993) menciona que puede deberse a una búsqueda de identidad, un deseo de ser único y pertenecer asimismo al exterior. Asimismo, Crowe (1996) menciona que la autolesión se debe a una lucha con el Self, el que es único y subjetivo y el que es social y moldeable; cuando un individuo se corta es sujeto de su experiencia corporal, actúa el Self personal y el cual quiere expresar su dolor interno y el Self que es social y está frustrado por ser manipulado.

Los estilos parentales determinan e influyen las conductas pro sociales o desadaptativas de los individuos. La literatura ha apuntado a la familia como el contexto más influyente del ser humano. Flores Galaz, Cortés Ayala y Góngora Coronado (2009)

resaltan 5 factores de gran relevancia, entre estos esta la interacción positiva, la disciplina punitiva, el afecto positivo, la intolerancia emocional y el control restrictivo. El presente estudio realizado por Vilchez y otros (2019) propone determinar la relación entre conductas autolesivas y estilos parentales observados en el Ecuador. Se utilizó una técnica no probabilística para el muestreo, se extrajo una muestra de 881 estudiantes de secundaria y universitarios ecuatorianos entre las edades de 15 a 39 años; de los cuales 425 eran hombres y 456 mujeres. La población seleccionada era de la Ciudad de Cuenca, Ecuador. En cuanto a la metodología, se utilizó la Revalidación de la Cedula de Autolesiones sin intención suicida de Albores-Gallo y otros en población ecuatoriana para medir las conductas autolesivas; el Informe del Niño sobre el Inventario de Comportamiento Parental validado en población ecuatoriana para evaluar el estilo parental y maternal que incluía aspectos como amor, control, y negligencia. Se encontró una relación entre la necesidad de llamar la atención y la falta de amor materno y a mayor negligencia por parte de los padres mayor necesidad de llamar la atención de los hijos en Ecuador. La limitación en este estudio fue que existieron variables con una correlación débil (Vilchez, Quizhpi, Samaniego-Chalco, Tornero & Campoverde, 2019).

Los trabajos científicos acerca de la problemática ecuatoriana suelen ser escasos. A pesar de que existe el reconocimiento de la importancia de la familia, la investigación nunca consideró el valor que requiere, la familia como los fenómenos que repercuten el desenvolvimiento de la sociedad ecuatoriana en general (Jaramillo, 1973). Jaramillo realiza un estudio enfocado en los problemas para formar una visión objetiva de la problemática de la familia ecuatoriana, el presente trabajo fue una continuación de una variedad de estudios realizados por el ILPES y con el patrocinio de UNICEF (Jaramillo, 1973). Mediante el trabajo de investigación realizado por Jaramillo se puede observar

algunas características de las familias ecuatorianas que se relacionan significativamente con conductas autolesivas en adolescentes.

Se distinguió tres tipos de familias en el Ecuador: completa, la cual compone por padre, madre e hijos; semi completa donde los hijos forman el hogar únicamente con un padre; e incompleta aquella que los hijos están bajo el cuidado de personas que no son sus padres. En el Ecuador, 3 de cada 10 niños no viven con sus padres; con respecto al padre se encontró separación en el 17%, abandono (8%), fallecimiento (3%), migración (3%); es importante considerar estos datos ya que se encontró a la ausencia paterna como un predictor de conductas autodestructivas (Aguirre, 2017). Asimismo, se encontró que en el Ecuador la mayoría de familias son semi completas por diferentes circunstancias lo cual se ha evidenciado a través de la investigación realizada como un factor influyente de autolesión. La estructura de poder que se observa en estas familias es autoritaria en la cual ponen a una persona al mando de las otras, es decir se caracteriza por un estilo de crianza duro y punitivo y en cual se evidencia fuertemente la crítica. De igual manera, se observó que el poder lo tenía la mujer o el hombre, y este dependía de la situación o el tema que se requiera manejar. Mediante el análisis se podría concluir que el hombre tiene más poder o se percibe a sí mismo como el miembro dominante ya que el 94% de la muestra de hombres se definió a sí mismos de esta forma, pero, la noción de paternidad o maternidad responsable es muy débil o no existe (Jaramillo, 1972). Se encontró que la mayoría de familias ecuatorianas no tuvo una discusión previa antes de tener un hijo y en muchos casos no estuvo en sus planes lo cual aumenta la probabilidad de conflictos familiares y como menciona el autor pasan a ser los “chivos expiatorios” sobre los cuales se descargan tensiones y en muchos casos hasta agresiones. También mencionan los autores que en la cultura ecuatoriana existe un contacto directo e íntimo con los hijos lo cual les permite moldear su personalidad y orientar su conducta (Jaramillo, 1972).

En cuanto a los valores, se refiere al control que ejercen sobre ellos como orientadores de conducta, las aspiraciones que poseen con respecto al futuro, sus valores y los medios para el logro de sus metas (Jaramillo, 1972). Se encontró que en la cultura ecuatoriana la mujer es la primera maestra y amiga de la cual los hijos aprenden a interactuar con su entorno y comunicarse y el hombre, a pesar de su importancia se lo observa más ausente del contexto familiar. Como se mencionó anteriormente, la ausencia paterna llega a ser un predictor de autolesión en adolescentes, y de igual manera la importancia que se le da en el Ecuador al apoyo de la madre ejerce un efecto significativo ya que si este carece, el adolescente llega a ser más afectado (Jaramillo, 1972). Asimismo, se destaca el rol de la madre en el plano de la confianza de los hijos, la demanda de consejos o ayuda; especialmente con las hijas se valora el estrecho contacto e interacción. Se pone en gran interés a la transmisión de valores morales o de buenos hábitos; en el Ecuador esta se manifiesta imponiendo autoridad, reprendiéndoles o castigándolos cuando su conducta se desvía de lo transmitido y se ha observado que la reprimenda a las hijas es responsabilidad de la madre en la mayoría de los casos; lo cual puede percibirse como crítica en él adolescente (Jaramillo, 1972).

Por otro lado, existe la creencia de que a los hijos hay que tratarlos con “mano dura” para que internalicen las normas, el respeto se gana con temor, autoritarismo a través de la agresión de los más fuertes a los más débiles; esta agresión se observa en más del 60% de las familias encuestadas. Se ha observado que en el Ecuador el autoritarismo se refleja con negligencia o castigos brutales característicos de abuso físico y emocional. Se destacan dos métodos coercitivos en el Ecuador, el castigo físico y el verbal mediante el grito, insulto; y ambos dejan profundas huellas en la personalidad de los niños y estos castigos carecen de un dialogo que realmente eduque. Entre los instrumentos que mencionan los padres esta: correa, látigo, cuero, palo, zapatazos, palmadas, bofetadas,

tirón de orejas. La forma violenta de internalización de valores repercute en el comportamiento de niños y adolescentes. El 47% de los entrevistados, afirmaron utilizar formas de castigo físico para la corrección de sus hijos. En consecuencia, se refuerza y aprende a aceptar la agresión verbal o material como único método de obtener lo que se desea, la exigencia de la satisfacción inmediata de los requerimientos y el odio o resentimiento a la autoridad representada por los padres que son vistos como fuentes de castigo y represión en vez de cooperadores (Jaramillo, 1972). Es decir, en el Ecuador está muy presente diversos tipos de abuso relacionados a la autolesión como lo es el abuso físico, el abuso emocional y la negligencia emocional; además de que estadísticas demuestran una alta prevalencia de abuso sexual (Jaramillo, 1972).

Mediante este estudio se demostró la influencia que la familia da y recibe, las vinculaciones y las incidencias derivadas de la conexión existente entre las familias y subsistemas, entre estos la religión; que cumple una parte fundamental de la sociedad ecuatoriana. La importancia de las funciones que la familia desempeña como orientadora y moldeadora de la personalidad del individuo para ubicarlo en su medio, y como trasmisora y canalizadora del esquema de valores que vincula al núcleo familiar con la sociedad (Jaramillo, 1972). En esta recopilación de información no se analizaron limitaciones, sin embargo, se puede observar que el estudio no siguió a través del tiempo lo cual lo limita a ser válido en la actualidad.

Existe una influencia de la religión en la conducta autolesiva, individuos reportan: “cuando no hay un sentimiento, cuando estas muerta por dentro, el dolor, la sangre, prueba que estoy viva. La sangre es tan roja y hermosa y puedo volver a sentir” (Harris, 2000, pág. 172). La religión y sus imágenes inspira que Jesús dio la vida por sus hijos, morir para salvar a la humanidad, es el símbolo que acarrea la sangre, de sacrificio. Se ha encontrado, asimismo, aspectos de la religión que distorsionan la percepción y sirven

como motivadores hacia la autolesión. Entre estos la idea de la purificación y de la necesidad de ser castigado para llegar a esta purificación. Se ha encontrado que muchas mujeres que se autolesionan también recurren a “purgar” sus cuerpos con la comida lo que resulta en trastornos alimenticios (Harris, 2000). El acto de hacer al cuerpo morir de hambre que muchas veces es ritualístico ha sido racionalizado como un vínculo para mantener al cuerpo perfecto o el acto de lastimarse para liberar el pecado o lo “malo”. La purgación se refiere a una limpieza espiritual, es el acto de purificar el cuerpo para lograr un nivel más alto de conciencia (Harris, 2000). En la religión católica es el lugar momentáneo donde las personas van después de morir, un lugar temporario de sufrimiento donde debe el humano pagar por sus pecados; el mantenerse en este lugar implica la purificación del alma y entrar en el cielo. Este aprendizaje hace entender que el alma tiene la posibilidad de ser limpiada, pero requiere de un proceso. El purgar se vuelve una metáfora para las personas que se autolesionan, un lugar donde lloras por ayuda sin ser escuchado, donde la lógica y racionalidad es cuestionada y donde la única certeza es que el sufrimiento alivia (Harris, 2000). De igual manera, Harris (2000) cuestiona a como se ha percibido la sangre en la religión, la sangre significa pureza; la cual se ha enseñado en los ámbitos religiosos en la crucifixión de Jesús por sus hijos y en el acto de tomar vino después de la misa. La percepción de la sangre como purificación inconscientemente influye en el individuo que se siente aliviado al observar como recorre su sangre, como se está limpiando y como el dolor es un sacrificio que debe tomarse para estar autorrealizado (Harris, 2000).

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Tomando en cuenta que la pregunta de investigación planteada es ¿Cuáles son los atributos percibidos en adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar que influyen en la conducta auto lesiva? Se requiere utilizar un tipo de metodología cualitativa fenomenológica exploratoria mediante entrevistas semi-estructuradas (Crouch & Wright, 2004).

Justificación de la Metodología Seleccionada

El propósito de este trabajo es explorar la perspectiva que tienen los adolescentes ecuatorianos que se autolesionan acerca de su sistema familiar como contribuidor de esta conducta. A lo largo de los años, la investigación ha reflejado la influencia de las características familiares en la conducta autolesiva de los adolescentes; sin embargo, este tema ha sido abordado la mayoría de las veces desde la perspectiva externa, es decir, cómo los padres y los especialistas la perciben (Crouch & Wright, 2004). Este tema es necesario abordarlo a profundidad desde la perspectiva del propio paciente o individuo que la sufre para un mayor entendimiento acerca del tema y para que este llegue a sensibilizar de mejor manera a la sociedad.

Debido a que esta investigación pretende adentrarse en como el individuo percibe a su entorno y como se percibe a sí mismo debido a él, se requiere un análisis más a fondo que llega a ser inalcanzable desde una perspectiva cuantitativa. El propósito consiste en comprender y profundizar en los fenómenos, explorar la perspectiva de los sujetos inmersos en el ambiente y como estos interactúan en él (Crouch & Wright, 2004). Como menciona Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista (2010), el enfoque cualitativo es requerido cuando se busca comprender la perspectiva de los individuos

acerca de lo que los rodean, para profundizar en sus experiencias y significados que han adquirido a lo largo de su desarrollo; la forma subjetiva en la cual se perciba su realidad.

Actualmente, los métodos cualitativos han tenido su auge debido a su utilidad en aspectos relacionados a la salud (Crouch & Wright, 2004). Existe un incremento en el reporte de estudios cualitativos en artículos médicos y relacionados. Crockwell & Burfonrd (1995) aseguran que el propósito debe estar enfocado en descubrir la perspectiva de los participantes y este enfoque lo hace más consistente con el carácter y la practica en el campo del cuidado de niños y adolescentes; mucho más efectivo que la cuantificación del comportamiento y su especificación.

Por lo tanto, este método llega a ser una herramienta útil adicional a los métodos cuantitativos que se ha realizado en diversas instituciones, debido a las ventajas que este propone a la investigación. Estudios han demostrado su eficacia sobre la cuantitativa específicamente en el aspecto de la autolesión; el tema que se lleva a cabo en este trabajo. Su eficacia sobrepasa otra metodología debido a que existen algunas características propias de la autolesión que son difíciles de adquirir mediante otro método (Crouch & Wright, 2004). Entre estas King et al (1995) concluyeron que variables como el fenómeno de “contagio” no podía ser sujetado mediante la medida cuantitativa sugiriendo necesario el enfocarse en la naturalidad del contagio con entrevistas a individuos que lo han experimentado. Además, mediante el método cualitativo los investigadores podían retratar temas de experiencia común; entre estos, autores de diferentes investigaciones acerca de la autolesión, tuvieron la oportunidad de percibir características propias del paciente (Crouch & Wright, 2004). Ya que, a medida de este, se captura la riqueza y complejidad de las percepciones acerca de la autolesión deliberada. Como menciona Savage (2000) este fenómeno debe ser explicado en términos de significado más que en cuantificación. Además de que este método posee la ventaja de adquirir una completa

observación de la problemática y un adentramiento más profundo en la cultura, en este caso ecuatoriana.

Muestra

Tomando en cuenta que el objetivo del trabajo de investigación es explorar los atributos percibidos por los adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar, que influyen en la autolesión. La muestra consiste en el reclutamiento de adolescentes ecuatorianos que presenten conductas autolesivas. El tipo de muestra que se utilizará al ser una investigación cualitativa es la no probabilística o dirigida que pretende no generalizar en términos de probabilidad (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

Para esta investigación se utilizará muestras diversas o de máxima variación ya que el principal uso de este tipo de muestras es explorar las diferentes perspectivas y la complejidad del fenómeno que en este caso es la autolesión. Mediante este tipo de muestreo se consigue analizar las diferencias y similitudes entre participantes, patrones, experiencias y opiniones (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

Asimismo, el reclutamiento de participantes se caracteriza porque será voluntario, y cada miembro del estudio tiene la oportunidad de decidir en su participación y en la información que esté dispuesto a otorgar al investigador. En cuanto al tamaño de la muestra como menciona Neuman, en la indagación cualitativa “el tamaño no se fija a priori” (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010, pág. 395), más bien se plantea un número aproximado de participantes y al final se considera la muestra que proporcione información de calidad a la investigación. Para este trabajo se propuso reclutar 16 adolescentes.

Con respecto a los criterios de inclusión, los participantes deben cumplir con un número de requerimientos para que el estudio logre ser válido. Primeramente, los participantes deben ser adolescentes; según la OMS la adolescencia está entre los 10 a 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2019), por lo tanto, es importante considerar esta interpretación para que los resultados obtenidos incluyan a todo el grupo investigado. Los participantes tienen que cumplir con los criterios de investigación que se mencionaron a continuación.

1. Adolescentes, edades comprendidas entre 10 a 19 años
2. Participantes nacidos en Ecuador
3. Los participantes deben presentar una historia de autolesión pasada o actual
4. Los participantes deben vivir con sus familias de origen
5. Se requiere la aprobación de los padres en el caso de menores de 18 años de edad para la participación en el estudio

Así como se requiere determinar los criterios de inclusión de los participantes es importante determinar los criterios de exclusión que pueden llegar a ser relevantes y afectar el estudio presente. Entre estos:

1. Los participantes no pueden ser menores de 10 años o mayores a 19 años
2. Participantes que no sean ecuatorianos
3. Participantes que no vivan con sus padres por distintos motivos
4. Individuos que presenten una dificultad neurobiológica que no permita el análisis o que afecte las habilidades de comunicación.
5. Participantes que presenten una dificultad neurobiológica que afecte la memoria autobiográfica, es decir la memoria de episodios de la vida del individuo.

Instrumentos o Materiales

Debido a que el método para adquirir la investigación va a ser en base a una entrevista semi-estructurada, los materiales que se requieren son una grabadora de audio la cual mantendrá la confidencialidad del paciente, así como recopila toda la información adquirida en las respuestas. Asimismo, se utilizará un cuaderno de notas en el cual se podrá recopilar información que parezca importante al investigador, así como comportamientos no verbales observados a lo largo de la entrevista, que pueden ser de gran utilidad para percibir la experiencia del participante. Por último, los consentimientos informados que se otorgan tanto al adolescente como a los padres responsables.

Asimismo, se utilizará una computadora en la cual se recopilará todos los datos demográficos importantes de los participantes del estudio, y hojas con el Inventario de Autolesión Deliberado impreso.

Métodos

Principalmente, se requiere recopilar los datos demográficos de los participantes del estudio, características como el género, edad, nacionalidad. Se utilizará un cuestionario a los participantes para que puedan completar la información personal requerida para el estudio (Anexo G), la cual permite confirmar que los participantes cumplan con los criterios de inclusión y después servirá para observar aspectos importantes que pueden estar influenciados

Después de haber obtenido los datos demográficos, es sustancial el confirmar las conductas autolesivas sin intención suicida de los adolescentes. Por lo tanto, se utilizará el inventario de Autolesión Deliberada, el cual es un cuestionario de auto-reporte basado en el comportamiento, consta de 17-items que evalúan las conductas autolesivas (Anexo D). El inventario consta de diferentes preguntas que evalúan la frecuencia, severidad, duración y tipo de conductas autolesivas y las respuestas son de si/no. Este inventario es

basado en la definición conceptual de autolesión como la destrucción directa al propio cuerpo sin intención suicida, pero con el propósito de ocasionarse daño. Para el desarrollo de este instrumento y para confirmar su validez, este fue basado en observaciones clínicas, testimonios de individuos que realizan estas conductas y comportamientos comunes que se reportan en la literatura (Gratz, 2001).

Por último, para evaluar los atributos percibidos en el sistema familiar se aplica una entrevista semi-estructura a los participantes. La entrevista es un instrumento muy utilizado en las investigaciones cualitativa para la recaudación de datos, la definen como “la comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (Canales, 2006, pág. 163). La entrevista ha sido conocida como un instrumento valioso y más eficaz que los cuestionarios por el hecho de adquirir información más completa acerca de los sujetos de estudio además de otorgar la oportunidad al investigador de aclarar dudas sobre las respuestas. Los elementos que caracterizan a la entrevista son el propósito de obtener información con respecto a un tema específico, recopilar información precisa, el conseguir el significado que los participantes atribuyen al tema planteado y una actitud activa por parte del investigador (Días-Bravo, et al, 2013). Entre los tipos de entrevistas están las entrevistas semiestructuradas que están diseñadas para ser aplicadas en investigaciones y poblaciones clínicas, por lo tanto, se requiere de profesionales psiquiatras o psicólogos con un alto conocimiento en la psicopatología. Las ventajas de utilizar este tipo de entrevista es que disminuyen la variabilidad al mismo tiempo que permite inspeccionar la variabilidad en la ocurrencia, permite que el adolescente perciba que se pretende conocerlo integralmente, aumenta la especificidad en la identificación de casos, ofrece al clínico una guía general y flexible para tomar la entrevista y adquirir la

información, y permite el establecimiento diagnóstico y el estudio de la comorbilidad (De la Peña, et al, 1998).

La entrevista consta de preguntas abiertas que se enfocan en diferentes características del sistema familiar que a lo largo de los años la literatura ha comprobado ser fuertes predisponentes de la conducta autolesiva. La entrevista pretende evaluar los antecedentes familiares que influyen en la autolesión, entre estos se evaluará características de la dinámica familiar entre estos su estructura, establecimiento de reglas y roles; aspectos que envuelven relaciones familiares conflictivas como negligencia parental, sobre involucramiento de los padres, estilos de disciplina y percepción de crítica negativa; la enseñanza parental que influye en el desarrollo de dominios esquemáticos y habilidades de regulación y expresión emocional; y experiencias de abuso en la niñez tanto físico, emocional y sexual. Por último, se realizará una base de preguntas más flexibles en las cuales se pretende evaluar si los adolescentes perciben que hay aspectos de la cultura ecuatoriana que podrían también estar influyendo (Anexo E). A pesar de que este trabajo se enfoca en la percepción que tienen los adolescentes acerca de cómo sus familias influyeron a su conducta se abrirá un espacio para que los participantes puedan expresar otros aspectos que ellos sientan que influyen o la motivación que ellos ven detrás de esta conducta.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para el reclutamiento de los participantes se optó primeramente por mandar un e-mail a las autoridades de los colegios públicos y privados del Ecuador, en el cual se explica el propósito del estudio, la justificación para el desarrollo del estudio y los beneficios de la implementación de esta investigación. De esta forma, las autoridades de los conocimientos adquieren conocimiento acerca de esta gran problemática y existe una mayor probabilidad de la aceptación de las partes acerca del implemento del estudio en

sus instituciones. Posterior a adquirir la autorización por parte de los colegios para realizar esta investigación se pidió a las autoridades a cargo que manden un e-mail a los padres y a los adolescentes con la misma información del estudio, además se incluyó en este formulario un número telefónico y un correo electrónico para que los interesados puedan contactarse con el autor del estudio. Para que exista un incentivo por parte de los padres acerca de su participación se les ofreció una copia de la recopilación de literatura adquirida y de los resultados encontrados en la investigación de forma anónima; para que mediante esta investigación puedan contribuir a cambiar con esta conducta en los adolescentes. A los adolescentes por su participación se les ofreció un folleto con técnicas que les ayuden a regular sus emociones y sus conductas (Anexo F).

Después de haber obtenido aprobación con respecto a la participación de tanto los padres como adolescentes en el estudio se optó por darles el cuestionario para adquirir los datos demográficos y verificar los criterios de inclusión, y se les otorgó el Inventario de Autolesión Deliberada para comprobar que existan o hayan existido conductas autolesivas en los adolescentes. Una vez ya obtenida la información relevante para la iniciación del estudio se escogió los 16 participantes al azar y se mantuvo contacto con estas familias para anunciarles su requerimiento en el estudio. Ya reclutados los participantes se les otorgó un consentimiento informado a los adolescentes y uno a los padres en el cual se resumía el propósito del estudio y se enfatizaba tanto la confidencialidad que ofrecía el estudio acerca del caso, como el derecho de los participantes de salir del estudio cuando deseen (Anexo A y B). Ya obtenidas las firmas correspondientes, se empezó con la investigación reservando una cita con cada uno de los adolescentes para la entrevista semi-estructurada.

Análisis de Datos

Es importante mencionar que la información fue recopilada y organizada por participante, cambiando los nombres por sus iniciales por temas de confidencialidad (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Posterior a esto, se organizó la información demográfica de los participantes agrupando edades similares. Debido a que toda la información adquirida a lo largo del estudio debe estar organizada para facilitar su visualización y análisis, se decidió utilizar una computadora para transferir los resultados y características del estudio con mayor facilidad. Además de los datos demográficos se optó por interpretar la información del Inventario de Autolesión deliberada en formato de tabla. Los datos fueron representados en unidades de significado similares para convertirse en categorías separadas acerca del tipo, frecuencia y duración de la autolesión en los participantes (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). De esta forma se permitió al autor del estudio analizar similitudes en cuanto a características de la conducta autolesiva en adolescentes.

La información fue recolectada mediante grabaciones de audio, por lo tanto, se optó por transcribir las entrevistas realizadas para un análisis profundo tanto del contenido como de aspectos como sonidos, elementos paralingüísticos importantes, pausas y expresiones significativas como llanto o risas (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Al organizar la información en la computadora, se pudo utilizar un formato con márgenes amplios el cual permite que se incluya la transcripción de la entrevista, así como los comentarios anotados por el entrevistador durante la entrevista, observaciones con respecto al comportamiento no verbal, entre otras cosas (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Ya recopilada y organizada correctamente toda la información, se revisó el material, explorando el sentido general de los datos y se realizó una bitácora de análisis para poder documentar el proceso analítico. Mediante la bitácora de análisis se realizó la codificación o categorización de los datos,

para de esta forma tener información más completa de manera resumida y excluir información irrelevante (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

Con respecto a la bitácora de análisis se optó primeramente por identificar unidades de significado y codificarlas por categorías a las cuales se les asignó sus correspondientes códigos. Después de realizar las agrupaciones respectivas se optó por volver a revisar la información y elegir los segmentos más representativos de las categorías como ejemplos potenciales o aspectos altamente vinculados con el tema de investigación (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Seguido a esto, se compararon las categorías para encontrar vinculaciones relevantes y diferencias. Y, por último, se revisó la información para obtener categorías más generales de los datos lo cual facilita el entendimiento de los resultados obtenidos (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Así como se comparó la información de la entrevista que trataba la percepción de los adolescentes acerca de las características del sistema familiar que influyen en la autolesión; esta información se comparó con los resultados obtenidos en el Inventario de Autolesión Deliberada para explorar si los atributos del sistema familiar no solo influían en la conducta autolesiva sino en sus características como lo es la frecuencia e intensidad.

Ya obtenidos los temas, se requiere identificar los temas más presentes y menos presentes; para esto se analizó si las ideas similares estaban presentes en un 70 a 100 por ciento de los participantes ya que estos serían los temas mayores y las ideas presentes en un 30 a 69% que serían los temas menores. Los resultados fueron resumidos en formato narrativo y con tablas. A pesar de que se determinó y se resaltó en los temas mayores del estudio se redactó de igual manera las perspectivas distintas de los participantes ya que pueden ser temas de estudio a futuro y validan la experiencia única de los participantes.

Consideraciones Éticas

Este estudio siguió los principios éticos de los psicólogos de la Asociación Americana de Psicología (2010), es decir respetó todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio. Primeramente, se mandó un e-mail a colegios públicos y privados acerca del estudio para su aprobación en cuanto al apoyo en el reclutamiento de los participantes, por lo tanto, se tomó en cuenta (Código 8.01 Aprobación Institucional) perteneciente a la sección de Investigación y Publicación, el cual menciona que cuando se requiere la aprobación institucional, los psicólogos deben proveer información acerca del propósito de la investigación y obtener la aprobación antes de la iniciación de la investigación (American Psychological Association, 2010). Después de haber obtenido los candidatos para el estudio, se informó acerca de los límites de confidencialidad mediante una llamada telefónica; (Código 4.02 Discutir los Límites de Confidencialidad). Asimismo, se mencionó acerca de la obligación del psicólogo de tener precaución para proteger la información confidencial, reconociendo que los límites confidenciales son regulados por la ley (Código 4.01 Manteniendo Confidencialidad) (American Psychological Association, 2010); esto se mencionó por llamada telefónica y antes de la iniciación del proyecto. Se explicó a los participantes que para proteger el anonimato todos los datos adquiridos iban a ser codificados y documentados con las iniciales de sus nombres, además de que las grabaciones iban a ser eliminadas después de haber servido para el análisis de resultados.

Posterior a esto, se otorgó un consentimiento informado a los adolescentes y otro a los padres en el cual se incluyó el propósito de la investigación y su procedimiento, el derecho de los participantes a salir del proyecto cuando ellos quieran, incomodidades que pueden presentarse debido al proyecto y los beneficios de la investigación. Asimismo, se reservó un espacio para que los adolescentes y los padres puedan hacer preguntas y aclarar

dudas (Código 8.02 Consentimiento Informado para Investigación) (American Psychological Association, 2010). De igual manera, debido a que las entrevistas iban a ser grabadas se optó por otorgar a los participantes otro consentimiento informado para comprobar su aprobación acerca de que su voz sea grabada (Anexo C); de esta forma se respetó (Código 8.03 Consentimiento Informado para grabas voces e imágenes en la investigación) (American Psychological Association, 2010). Por último, debido a que la entrevista iba a considerar temas que podrían ser difíciles de responder para los participantes se les explicó antes de iniciar con la entrevista tanto su derecho para salir del estudio sin repercusiones, como su libertad para responder lo que les haga sentir cómodos, de esta forma se cumple con (Código 3.04 Evitar Daños), en el cual el psicólogo toma los pasos necesarios para evitar daños a los participantes del estudio o minimizarlos si son inevitables (American Psychological Association, 2010). Es importante mencionar que este estudio será enviado al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación.

RESULTADOS ESPERADOS

La literatura ha demostrado una vinculación entre las conductas auto líticas y el contexto familiar en el cual se desarrolla el adolescente. A pesar de que se conoce diversos aspectos que influyen a la conducta autolesiva, la exploración acerca de este tema siempre se ha llevado a cabo desde un ámbito externo, es decir desde lo que perciben los padres de sus hijos o profesionales en el tema. Sin embargo, resulta necesario el indagar este ámbito desde la perspectiva propia del individuo, a través de cómo el individuo que recurre a estas conductas ve a su entorno; solo de esta forma se puede llegar a una comprensión clara de su problemática y de la manera más eficaz para intervenir y prevenir esta conducta.

En base a la literatura extensa que se llevó a cabo en este estudio, se espera que mediante las preguntas que se realizarán en la entrevista, se consiga información que resalte la vinculación entre la percepción de los adolescentes acerca de los factores influyentes en la autolesión y los factores determinados por la literatura. Primeramente, se espera que la conducta autolesiva esté presente en dinámicas familiares específicas, en las cuales se observe desorganización, historias en los adolescentes acerca de separación o pérdida de una figura significativa, reglas rígidas, disciplina autoritaria y mal manejo del conflicto; asimismo confusión de roles y responsabilidades (Canales, 2014). Debido a que la investigación describe a la desorganización de la familia y los conflictos familiares como los factores más influyentes que predisponen al individuo a conductas autodestructivas (Cañón, Castaño Castrillón, Medina Jiménez y otros, 2015) se espera también observar historias de conflicto en las familias y características en los padres que comprueben la percepción por parte del adolescente acerca de negligencia parental o un sobre involucramiento por parte de los padres que se perciba como autonomía interrumpida (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

De la misma forma como se espera encontrar familias que posean características disfuncionales, entre estas ser desorganizadas o muy conflictivas (Canales, 2014). Se espera características en los padres que promuevan una imagen negativa de sí mismos en los adolescentes, que aumenta la probabilidad de percepciones distorsionadas y emociones disruptivas como lo es la culpa, ira, miedo, necesidad de control y castigo; y de esta forma influya en conductas autolesivas sin intención suicida (Mosquera, 2008). Esta información será adquirida mediante las preguntas de la entrevista que se enfoquen en promover al adolescente a pensar en ¿Qué piensan sus padres sobre ellos? ¿Cómo los perciben y los describirían? ¿Cuál es su rol en la familia? Y ¿Cómo se sienten siendo parte de esta? Se pretende encontrar en los participantes del estudio ciertos esquemas mal adaptativos debido a la interacción que se ha llevado a cabo con sus padres y emociones desreguladas. Se pretende encontrar en los adolescentes percepción de inestabilidad en la disponibilidad de apoyo, sensación de humillación por parte de los padres o crítica excesiva que los haga sentir deficientes y malos (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). De igual manera que los adolescentes perciban su autonomía de cierta manera interrumpida, o se describan a sí mismos como incapaces de funcionar adecuadamente, de asumir responsabilidad o solucionar conflictos lo cual les produzca un miedo exagerado a que se presente una situación difícil (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Asimismo, se espera que el adolescente describa que su conducta se debe o está relacionado a una falta de control o falta de tolerancia a la frustración. Así como una excesiva preocupación por lo que piensen los padres de ellos, necesidad de satisfacer sus deseos o llamar su atención, aceptación o reconocimiento; y sentimientos propios que expresen una búsqueda excesiva por satisfacer reglas que han sido internalizadas, formas rígidas de comportarse y desempeñarse por miedo y evitación al rechazo, sentimientos de vergüenza o pérdida de control, lo cual conduce después a un deseo de castigarse por lo ocurrido (Young, Klosko,

& Weishaar, 2003). Para adquirir información completa y relevante sobre este tema, en la entrevista se motiva a los participantes a dar ejemplos de sus experiencias para que de esta forma ellos puedan expresar mediante detalles, conductas, emociones y pensamientos presentes durante el evento.

Con respecto al factor desregulación emocional y estilos de comunicación, se espera observar en el adolescente, mediante las anotaciones por parte del autor del estudio y la entrevista, dificultad para identificar y expresar las emociones causadas por eventos en sus vidas. Asimismo, adquirir información acerca de cómo el adolescente percibe algunas emociones como positivas y otras como negativas en las cuales se requiere un debido “control”; y una frustración por parte del adolescente por no poder adquirir este control que desea (Gratz & Roemer, 2008). Por otro lado, mediante las preguntas de la entrevista se pretende que el adolescente relate el estilo de comunicación con sus padres acerca de las emociones como deficiente, con características como la evitación acerca de hablar de algunos temas y la reacción que los padres tienen al presentarse una emoción que se considera negativa (Gratz & Roemer, 2008).

Por último, en este estudio, se tomó en consideración experiencias de abuso en la niñez por parte de una figura significativa, así como la influencia de aspectos de la cultura ecuatoriana que puedan ejercer un efecto en la frecuencia o intensidad de la autolesión. Para esto se preguntó al adolescente en la entrevista sobre la presencia de algún tipo de abuso ya sea físico, emocional o sexual (Johnson & colegas, 2002). Estos datos se pueden adquirir en la entrevista mediante el relato de los adolescentes acerca de modos de disciplina de los padres, alcances en los modos de disciplina, el llegar a insultos o golpes. Así como críticas excesivas que afecten el bienestar tanto psicológico como emocional del adolescente (Nock & Prinstein, 2004). Asimismo, debido a la investigación realizada se esperaría que la crítica negativa y la auto-crítica que emerge, sean consideradas como

las más influyentes para la autolesión debido a que se comprobó mediante los estudios que lo que más afecta al adolescente llega a ser la negligencia emocional (Starr & Davila, 2008). Con respecto a la cultura ecuatoriana, debido a que no existe suficiente investigación sobre la influencia que ejerce se permitirá al adolescente determinar qué aspectos según su opinión son los que influyen. Debido a la literatura se esperaría una concientización por parte del adolescente que relate que en el Ecuador existe un control más restrictivo por parte de los padres y más control hacia la inserción de los valores inculcados en la familia, lo cual produzca en el adolescente sentimientos de culpa o autonomía interrumpida (Vilchez, Quizhpi, Samaniego-Chalco, Tornero & Campoverde, 2019). Asimismo, debido a que la religión no ha sido un tema de investigación detallada a lo largo de los años, se espera que en el relato de los adolescentes esta información sea complementada. En la literatura no existe estudios acerca de la percepción que tienen los individuos religiosos sobre su influencia en lastimarse, pero se espera que en el relato de los adolescentes se encuentre una cierta necesidad de ser castigados o culpa debido a no cumplir con los requerimientos que su religión predispone (Harris, 2000).

DISCUSIÓN

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue evaluar los atributos percibidos en adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar que influyen en la conducta autolesiva. Para lograr este objetivo se optó por realizar una investigación cualitativa con adolescentes que correspondan a las edades de 10 a 19 años, de origen ecuatoriano, que presenten conductas autolesivas. La metodología cualitativa utilizada comprendió la recopilación de información demográfica por parte de los participantes, es decir edad y género; el uso del Inventario de Autolesión Deliberada para comprobar la presencia de esta conducta en los adolescentes, así como su frecuencia, intensidad y duración; y por último se realizó una entrevista semi-estructurada a los adolescentes para mediante el dialogo obtener información acerca de su percepción de la problemática y experiencias vividas que ejercieron un efecto en su conducta.

De acuerdo a la literatura explorada para este estudio se comprobó que existían aspectos en la familia que ejercen un rol fundamental para la aparición de la conducta autolesiva. Entre estos se observó a la dinámica familiar como influyente al considerar la estructura familiar es decir separación o pérdida de una figura significativa (Gratz, 2006), el establecimiento de reglas rígidas y roles confusos (Canales, 2014); las relaciones familiares conflictivas que incluyen la negligencia parental (Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991) o sobre involucramiento que afecta la autonomía de los adolescentes (Allison, Pearce, Martin, Miller, & Long, 1995). También, estilos de disciplina autoritarios y crítica negativa (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006); un papel importante del aprendizaje que se desarrolla mediante la enseñanza de los padres, el efecto que ejerce en la percepción de uno mismo es decir la sensación de rechazo, incapacidad para resolución de conflictos, sentimientos de falta de control y perspectivas

acerca de uno mismo como “malo” o deficiente que ejercen sentimientos de culpa y odio y una necesidad por ser responsable de sus actos o ser castigado (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Asimismo, se encontró que la enseñanza parental cumplía un papel fundamental en la desregulación emocional, es decir en cómo se perciben y manejan las emociones y como se comunican y expresan (Gratz & Roemer, 2004). Por otro lado, la literatura resalta un efecto de haber experimentado abuso sea físico emocional o sexual como influyente para las conductas autolesivas (Mosquera, 2008). Por último, mediante este estudio se investigó características fundamentales de la cultura ecuatoriana que podrían influir de manera negativa promoviendo esta conducta en adolescentes como el control restrictivo de los padres y el control en la inserción de valores en los adolescentes que producen sentimientos de culpa y autonomía inhibida (Jaramillo, 1973).

Por lo tanto, de acuerdo a la información investigada para la realización del estudio se espera que mediante la entrevista semi-estructurada se encuentre que los adolescentes perciben a estos aspectos en el sistema familiar mencionados anteriormente, como influyentes y motivadores de sus conductas autodestructivas.

Fortalezas y Limitaciones de la propuesta

Limitaciones:

El estudio tuvo algunas limitaciones. Una de las limitaciones más importante que se presentó es que se evaluaron varios aspectos del sistema familiar, es decir se analizó una amplia cantidad de problemáticas lo cual dificulta la determinación de los aspectos más importantes y la visualización de características específicas de cada uno de los atributos, así como la organización de la información. Por otro lado, a pesar de que existe investigación sobre los aspectos en el sistema familiar que influyen, no existe información suficiente en cuanto a estudios que hayan evaluado desde el punto de vista de los

adolescentes. Otra limitación es que el estudio solo consideró participantes de la Ciudad de Quito y pretendía indagar la percepción de adolescentes ecuatorianos, por lo tanto, la información era limitada. Por último, en este estudio se quiso analizar cómo la cultura ecuatoriana podría influir en la conducta autolesiva, sin embargo, los estudios acerca de esta vinculación carecen de información, especialmente estudios realizados en el Ecuador; y con la entrevista que se realizó que consideraba la opinión de los adolescentes y su perspectiva, es difícil determinar realmente si se conocen características de la cultura que influyan por parte de los participantes.

En cuanto a la metodología, el uso de una evaluación cualitativa presenta algunas desventajas. A pesar de que se considera que la investigación cualitativa permite una comunicación más igualitaria entre investigador y participante y provee un acercamiento más natural (Palacios, 2006). La realización de una entrevista por parte de un investigador limita el tamaño de la muestra lo cual dificulta el encontrar relaciones y generalizaciones importantes (Avello, 2017). En segundo lugar, se ha encontrado que estas investigaciones son débiles en validez externa y no pueden ser generalizadas a toda la población debido a que se analiza la percepción del participante que de cierta forma es única acerca de su propia experiencia (Palacios, 2006). Además de que no se puede comprobar fácilmente la confiabilidad de los datos ya que se basan en lo que el participante desea decir o percibe, están limitados porque no se pueden verificar independientemente y se ha encontrado que pueden contener fuentes de sesgo importantes como lo es memoria selectiva, el recordar o no, experiencias del pasado; atribución, que en este tipo de estudio es muy probable, el atribuir efectos positivos a la propia persona y negativos a otros (Avello, 2017). Por otro lado, se ha encontrado que la manera en la cual se recolecta los datos o el formato de la entrevista puede llegar a incapacitar la realización de un análisis exhaustivo de los resultados o limitar otros aspectos (Avello, 2017).

Fortalezas

En el Ecuador existe muy poco conocimiento acerca de cómo intervenir en la autolesión. Como se mencionó anteriormente la problemática presente en el Ecuador es la falta de conocimiento y la carencia de investigaciones acerca de la autolesión en el Ecuador, la falta de formación y capacitación del personal en cuanto a intervención y la falta de iniciativa acerca del involucramiento de las familias como método de intervención (Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, & Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2008). Debido a esto, este estudio otorga una recopilación importante de información enfocada en el sistema familiar en el cual se determinan diversos aspectos contribuyentes de esta conducta que están apoyados en una variedad de investigaciones realizadas; lo cual puede ser de utilidad para el personal en el Ecuador que intervenga en estos casos, y concientiza acerca de la importancia del introducir a las familias para la mejora de los implicados. Asimismo, se podría decir que el enfoque que tuvo este estudio, indagando la percepción del adolescente acerca de la autolesión incentiva al Ecuador y a los interesados en el estudio, a considerar este tipo de indagación desde una perspectiva muy poco vista que puede brindar información de calidad.

Lo que resalta a este estudio y lo hace interesante es que los proveedores de información y conocimiento no llegan a ser especialistas en el tema sino los propios individuos que la padecen lo cual concientiza a la gente a tomar con la debida importancia esta problemática y a descubrir aspectos que talvez no se han descubierto antes.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Con respecto a la literatura, este estudio es una exploración preliminar de diferentes aspectos del sistema familiar que se han encontrado que influyen en la

autolesión, es una recopilación de información y estudios realizados con población adolescente. Por lo tanto, puede servir como un instrumento para investigar a mayor profundidad cualquiera de los atributos planteados. Debido a la escasa información acerca de los aspectos familiares que conducen a la automutilación, por ser considerada a la automutilación como un síntoma de otros trastornos sin su propia calificación, se requería una exploración bastante amplia. Sin embargo, futuros estudios pueden identificar uno de los aspectos analizados y realizar un estudio detallado que abra campos de intervención mucho más eficaces.

Por otro lado, este estudio demuestra la importancia acerca de considerar la autolesión como una problemática que requiere su propia clasificación debido a que tiene diversos factores contribuyentes. Es por esto, que futuras investigaciones podrían utilizar este estudio para comprobar la necesidad de tomar en cuenta esta conducta de manera separada y crear una intervención específica para esta, la cual involucraría a la familia. Asimismo, mediante esta investigación se podría crear una guía para padres que amplíe su conocimiento acerca de esta conducta y los adentre en la perspectiva de sus hijos sobre el problema lo cual concientiza y promueve el cambio del sistema. Por último, debido a que no se ha realizado un estudio acerca de la cultura ecuatoriana, la literatura y las opiniones que se adquirieran en la entrevista podrían generar en los especialistas una variedad de ideas para el comienzo de una investigación que será fructífera.

Referencias

- Aguirre, M. E. [videoconferencias]. (2017, 27 de septiembre). UTPL Conferencia Realidad Social de la Familia [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=x3hQ2AiYOq0>
- Alegre, A. (2011). Parenting Styles and Children's Emotional Intelligence: What do we know? *The Family Journal*, 19(1), 56-62.
- Allison, S., Pearce, C., Martin, G., Miller, K., & Long, R. (1995). Parental Influence, Pessimism and Adolescent Suicidality. *Archives of Suicide Research*, 1(4), 229-242.
- American Psychological Association (2010), Ethical Principles of Psychologists and Code Conduct, APA 125, American Psychological Association. Obtenido de: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Avello, R. (2017). Principales Tipos de Limitaciones. *Revista Comunicar*.
- Barter, J. T., Swaback, D. O., & Todd, D. (1968). Adolescent Suicide attempts: A Follow-up Study of Hospitalized Patients. *Archives of General Psychiatry*, 19(5), 523-527.
- Barudy, J. y Dantagnan, M., (2006). Los Buenos Tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Beckman, K., Mittendorfer-Rutz, E., Linchtenstein, P., Larsson, H., Almqvist, C., Runeson, B., & Dahlin, M. (2016). Mental Illness and Suicide after Self-Harm among Young Adults: Long-term Follow-Up of Self-Harm Patients, Admitted to Hospital Care, in a National Cohort. *Psychological Medicine*, 46, 33973405.

- Beagle, M., & Cicchetti, D. (1994). Child Maltreatment, Attachment, and the Self-System: Emergence of an Internal State Lexicon in Toddlers at High Social Risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5-30
- Beautrais A. L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: Trends and Implications for Prevention. *AustNZY Psychiatry*, 34, 413–419.
- Beck, J. (2017). *CBT Worksheet Packet*. Recuperado de <https://www.beckinstitute.org/wp-content/uploads/2017/03/Worksheet-Packet-Update-2017-NEW.pdf>
- Bollas, C. (1992). Cutting. In: C. Bollas (Ed.). *Being a Character* (pp. 137–143). London: Routledge
- Bornstein MH. (2002). *Parenting Infants*. In: *Bornstein MH (Ed.), Handbook of Parenting 1: Children and Parenting*, pp. 3-43. Mahwah: Erlbaum.
- Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, et al. (1999). Suicide Attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Arch Pediatric Adolesc Med*, 153, 573–580.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198–202.
- Callender, W. D. A. (1968) Sodo-psychological Study of Suicide-Related Behavior in a Student Population. *Dzrs. Abstr.*, 28-3765.
- Calof, D. (1995). Chronic Self-injury in Adult Survivors of Childhood Abuse: Sources, Motivations, and Functions of Self-injury. Part 1. *Treating Abuse Today*, 5 (3), 11–17.

- Canales Cerón M. Metodologías de la investigación social. Santiago: LOM Ediciones; 2006. p. 163-165.
- Canales, J. (2014). *Padres tóxicos*. Grupo Planeta: España.
- Cañón Buitrago, S. C. M., Castaño Castrillón, J. J., Medina Jiménez, N., Mosquera Escobar, K. K., Quintero Cardona, C. A., & Varón Caicedo, L. L. (2015). Caracterización del Intento Suicida en Pacientes que Ingresaron al Instituto del Sistema Nervioso en la Ciudad de Pereira, Risaralda, Colombia, 2013-2014.
- Carroll, J., Schaffer, C., Spensley, J., & Abramowitz, S. I. (1980). Family Experiences of Self-Mutilating Patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 852–853
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., & Shmidheiser, M. (2007). The Early Maladaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58.
- Chávez-Flores, Y. V., Hidalgo-Rasmussen, C. A., & Navarro, S. M. (2018). Relaciones Intrafamiliares y Calidad de Vida relacionada con la Salud en Adolescentes Mexicanos que se Autolesionan sin Intención Suicida. *Salud & Sociedad*, 9(2), 130-144.
- Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, C., & Davis, H. (1991). Self-harming Behavior in Incarcerated Male Delinquent Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 202–207.
- Cibanal, L., (2006). *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Clark, A. (2002). Language of Self-harm is Somatic and Needs to be Learnt. *BMJ*, 324(7340), 788.

- Conger KJ, Conger RD. (1997) Parents, Siblings, Psychological Control, and Adolescent Adjustment. *J Adolesc Research* 12:113-39.
- Crockwell, L., & Burford, G. (1995). What Makes the Difference? Adolescent Females' Stories about their Suicide Attempts. *Journal of Child and Youth Care*, 10(1), 1-14
- Cross, L. W. (1993). Body and Self in Feminine Development: Implications for Eating Disorders and Delicate Self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 41–68.
- Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate Self-harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 185-204.
- Crowe, M. (1996). Cutting up: Signifying the Unspeakable. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5, 103–111.
- Curry, D. (1993). Decorating the Body Politic. *New Formations: A Journal of Culture/Theory/Politics*, 19, 69–82.
- Cyrulnik, B., (2003). El Murmullo de los Fantasmas: Volver a la Vida después de un Trauma. Barcelona: Gedisa
- D'Angelo, S. L., & Omar, H. A. (2003). Parenting Adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15(1). doi:10.1515/ijamh.2003.15.1.11
- De la Peña, F., Patiño, M., Mendizabal, A., Cortés, J., Cruz, E., Ulloa, R. E., ... & Lara, M. C. (1998). La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Características del Instrumento y Estudio de Confiabilidad Interevaluador y Temporal. *Salud mental*, 21(6), 11-19

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167
- Diekstra R, Keinhorst C, DeWilde E. (1995). Suicide and Suicidal Behaviour among Adolescents. In: Rutter M, Smith D. *Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and their Causes*. Chichester (GB): Wiley.
- Dorpat, T. L., Jackson, J. K., & Ripley, H. S. (1965). Broken Homes and Attempted and Completed Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 213-216.
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood Antecedents of Self-Destructiveness in Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), 63-69.
- Duque, V. (2017). “*La familia, es hoy la base de la formación de los hombres y mujeres protagonistas de la patria, es el primer núcleo de socialización del ser humano, considerada la unión básica de la sociedad*”. UTPL.
- Elsner, P., Montero, L., Reyes, C. y Zegers, P., (2001). *La Familia: Una Aventura* (5 ed.). Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Erikson, E. H. (1968). The life cycle: Epigenesis of identity. In E. H. Erikson (Ed.), *Identity: Youth and Crisis* (pp. 91–135). New York: Norton
- Estévez López, E., Musitu Ochoa, G., & Herrero Olaizola, J. (2005). El Rol de la Comunicación Familiar y del Ajuste Escolar en la Salud Mental del Adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81-89.

- Everett, B. & Gallop, R. (2000). *The link between Childhood Trauma and Mental Illness*. New York: Sage
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Feldman, M. (1988). The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 252–269
- Firestone, R. W., & Seiden, R. H. (1990). Suicide and the continuum of Self-destructive Behavior. *Journal of American College Health*, 38, 207–213.
- Fishman, Ch. y Minuchin, S., (2004). *Técnicas de Terapia familiar* (1 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Flores Galaz, M. I. R. T. A., Cortés Ayala, M. D. L., & Góngora Coronado, E. A. (2009). Desarrollo y Validación de la Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Niños en una Muestra Mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(28)
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child Maltreatment, Non-Suicidal Self-Injury, and the Mediating Role of Self-Criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483–2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Global Burden of Disease Study. (2010). *Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010): Results by Cause 1990-2010*. Seattle, US: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

- Gratz, K. L. (2006). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205. doi:10.1093/clipsy.bpg022
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 253-263.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-Harm among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*(1), 128–140. doi:10.1037/0002-9432.72.1.128
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., Naylor, M., & Ghaziuddin, N. (1992). Mood disorder in a group of Self-cutting Adolescents. *Acta Paedopsychiatrica, 55*, 103–105.
- Green, A. H. (1978). Self-Destructive Behavior in Battered Children. *The American journal of psychiatry.*
- Greer, S.; Gunn, J.C.; and Koller, K.M. (1966) A Etiological Factors in Attempted Suicide, *Brit Med J 2*,1352-1355.
- Gurung, K. (2018). Bodywork: Self-Harm, Trauma, and Embodied Expressions of Pain. *Arts and Humanities in Higher Education, 17*(1), 32-47.
- Haines, J., Williams, C., Brain, K. & Wilson, G. (1995). The Psychophysiology of Self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 471–489.

- Harris, J. (2000). Self-harm: Cutting the Bad Out of Me. *Qualitative Health Research, 10*(2), 164-173.
- Hawton K, & Fagg J. (1992) Trends in deliberate Self-poisoning and Self-injury in Oxford, 1976–1990. *BMJ, 304*, 1409–1411.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M.P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hoberman H, Garfinkel B. (1988) Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry, 27*, 689–695.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental Recall, Attachment Relating and Self-Attacking/Self-Reassurance: Their Relationship with Depression. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 297-308.
- Jaramillo, J. (1972). *Estructura Familiar: Estudio sobre los Sectores Populares*, Quito, Ecuador.
- King, C. A., Franzese, R., Gargan, S., McGovern, L., Ghaziuddin, N., & Naylor, M. W. (1995). Suicide Contagion among Adolescents during Acute Psychiatric Hospitalization. *Psychiatric Services, 46*, 915-918.
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood Sexual Abuse and Non-Suicidal Self-Injury: Meta-Analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*(3), 166-170.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 22.

- Larson RW, Richards MH, Moneta G, Holmbeck G, Duckett E. (1996) Changes in Adolescents' daily Interactions with their Families from ages 10 to 18: Disengagement and Transformation. *Devel Psych*, 32, 744-54.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-harm among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-harm. *Journal of youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Lessard JC, Moretti M. M. (1998) Suicidal Ideation in an Adolescent Clinical Sample: Attachment Patterns and Clinical Implications. *J Adolesc*, 21, 383–395.
- Lester, D. (1970). *Relation between Attempted Suicide and Completed Suicide*. *Psychological Reports*, 27(3), 719–722. doi:10.2466/pr0.1970.27.3.719
- Lin, M., You, J., Ren, Y., Wu, J., Hu, W., Yen, C., & Zhang, X. (2017). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury and its Risk and Protective Factors among Adolescents in Taiwan. *Psychiatry Research*, 255, 119-127.
- Lowenstein, L. F. (2005). Youths who Intentionally Practice Self-Harm. Review of the recent research 2001-2004.
- Martin, J., Bureau, J. F., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M. F., & Cloutier, P. (2016). Family-Based Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury: Considering Influences of Maltreatment, Adverse Family-Life Experiences, and Parent-Child Relational Risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170-180
- Mayer Villa, P. A., Morales Gordillo, N., Victoria Figueroa, G., & Ulloa Flores, R. E. (2016). Adolescentes con Autolesiones e Ideación Suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), 335-336.

- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. & Farrugia, C. (2002). A Study of Queensland Emergency Department Nurses' Actions 184 M. MCALLISTER and formal and informal procedures for clients who self-harm. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 184–190.
- Michelson, D., & Bhugra, D. (2012). Family Environment, Expressed Emotion and Adolescent Self-Harm: A Review of Conceptual, Empirical, Cross-Cultural and Clinical Perspectives
- Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, & Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias. (2008). *Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental del Ecuador Basado en el Instrumento IESM-OMS*.
- Ministerios de Salud Pública. (31 de Julio, 2014). *Se presentó plan estratégico nacional para garantizar la atención de la salud mental*. <https://www.salud.gob.ec/se-presenta-plan-estrategico-nacional-para-garantizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>
- Monroy, A. (08 de abril, 2018). ¿Cuál es el Estado de la Salud Mental en el Ecuador? *Diario El Telégrafo*.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., and Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41(11): 1333– 1341.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). *Nonsuicidal Self-Injury: Definition and Classification*. In M.K. Nock, (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. (pp.9-18). Washington, DC: American Psychological Association.

- Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. (2003) Revictimization and Self-Harm in Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse. *J Interprets Violence*, 18: 1452–71.
- Obando, D., Trujillo, Á., & Prada, M. (2018). Conducta Autolesiva No Suicida en Adolescentes y su Relación con Factores Personales y Contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189-200.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the Fragmented Self: Longitudinal Study of Dissociative Symptomatology in a Nonclinical Sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–879
- Organización Mundial de la Salud - World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxembourg: World Health Organization.
- Ortiz M, Victoria M, Gándara B, Tello F. (2007). Análisis de la Estructura del Cuestionario de Comportamiento Parental para Niños (CRPBI) en Población Española. *Revista Iberoamericana Diagnostico Evaluación Psicológica – Ava Psico*, 24(2), 95-120.
- Osuch, E. A., Noll, J. G., and Putnam, F. W. (1999). The Motivations for Self-injury in Psychiatric Inpatients. *Psychiatry Interpers. Biol. Processes* 62(4): 334–346
- Palacios, R. M. (2006). Investigación Cualitativa y Cuantitativa Diferencias y Limitaciones. *PIURA PERU*.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.

- Pillay, A. L., & Pillay, Y. G. (1987). A Study of Deliberate Self-harm at a Pietermaritzburg general hospital. *South African Medical Journal Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 72(4), 258-259.
- Raine, W. J. B. (1982). Self-mutilation. *Journal of Adolescence*, 5, 1–13.
- Rao, S., Broadbear, J. H., Thompson, K., Correia, A., Preston, M., Katz, P., & Trett, R. (2017). Evaluation of a novel risk assessment method for self-harm associated with Borderline Personality Disorder. *Australasian psychiatry*, 25(5), 460-465.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. (1995). Sexual Abuse in Childhood and Deliberate Self-Harm. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1336-1342.
- Savage, J. (2000). Ethnography and Health Care. *British Medical Journal*, 32, 1400–1402.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. (1996) Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 339–348.
- Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, et al. (2001) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behaviour. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(7), 24–51.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19(1), 75-91.
- Skegg, K. (2005). Self-Harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483

- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, *42*, 266-278.
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early Predictors of Deliberate Self-harm among Adolescents. A Prospective Follow-up Study from age 3 to age 15. *Journal of affective disorders*, *93*(1-3), 87-96
- Stanford, S., Jones, M. P., & Hudson, J. L. (2018). Appreciating complexity in adolescent self-harm risk factors: psychological profiling in a longitudinal community sample. *Journal of youth and adolescence*, 1-16.
- Statistics Canada. Suicides, and suicide rate, by sex and by age group. (2005). Available at: <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/health01.htm>.
- Starr, L. R., & Davila, J. (2008). Differentiating Interpersonal Correlates of Depressive Symptoms and Social Anxiety in Adolescence: Implications for Models of Comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(2), 337-349.
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood Attachment and Abuse: Long-term Effects on Adult Attachment, Depression, and Conflict Resolution. *Child Abuse & Neglect*, *21*(10), 1015-1023.
- Suyemoto, K. L. (1994). *Therapists' conceptualizations of the function and meaning of "delicate self-cutting" in female adolescent outpatients*. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Amherst.

- Trujillo, A., Obando, D., & Trujillo, C. A. (2016). Family Dynamics and Alcohol and Marijuana use among Adolescents: The Mediating Role of Negative Emotional Symptoms and Sensation Seeking. *Addictive Behaviors, 62*, 99-107.
- Van der Kolk, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, Revictimization, and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America, 12*, 389–411.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1665-1671.
- Vilchez J.L. (2019). *Revalidación en Población Ecuatoriana del Child's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI)*. Cader Pes. Forthcoming 2018.
- Vilchez, J. L., Quizhpi, O. S. V., Samaniego-Chalco, M. J., Tornero, M. V., & Campoverde, W. G. S. (2019). Relación entre Estilos Parentales y Conductas Autolesivas sin Intención Suicida en Población Ecuatoriana. *Revista Cubana de Medicina Militar, 48*(1).
- Walsh, B. W. (2012). *Treating Self-injury: A Practical Guide*. Guilford Press.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(9), 1171-1178.
- Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B. (2001). Eating Disturbance and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *Int J Eat Disord, 30*: 401–21.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner 's Guide*. New York: Guilford

ANEXO A: Consentimiento Informado para Menores de Edad (Adolescentes)



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

CEISH-USFQ

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Menores de edad

Título del proyecto: Atributos percibidos en adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar que influyen en la conducta auto lesiva.

Hola mi nombre es Daniela Alomía González y estudio en la Universidad San Francisco de Quito. Estamos realizando un estudio para conocer acerca de las características en el sistema familiar que influyen en la autolesión y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder unas preguntas en una entrevista semi-estructurada que se realizará, acerca de aspectos que has observado en tu sistema familiar. Además, llenar un cuestionario corto acerca de aspectos de la autolesión (frecuencia, instrumento, etc.)

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a determinar qué aspectos del sistema familiar influyen en la autolesión en adolescentes.

Esta información será confidencial: no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES). Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ningún (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha:

ANEXO B: Consentimiento Informado para Padres y Adolescentes**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos****Universidad San Francisco de Quito**

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ**

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Atributos percibidos en adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar que influyen en la conducta auto lesiva.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Daniela Alomía González

Datos de localización del investigador principal: [6035820/0992798574/](tel:60358200992798574)
dannyalomia16@hotmail.com

Co-investigadores: N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**Introducción**

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los atributos percibidos en adolescentes ecuatorianos, en el sistema familiar, que influyen en la autolesión porque se requiere de adolescentes de edades comprendidas entre 10 a 19 años, de origen ecuatoriano, que presenten una historia de autolesión pasada o actual, y que vivan con sus padres.

propósito del estudio

El propósito del estudio es explorar los atributos que los adolescentes perciben como influyentes de su autolesión, con respecto al sistema familiar. Para este estudio se requieren 16 adolescentes.

Descripción de los procedimientos

Después de haber firmado el consentimiento informado se brindará un espacio tanto para los padres como para el adolescente para que realice cualquier tipo de pregunta y aclare sus dudas.

Para el estudio se requiere que el adolescente llene el Inventario de Autolesión Deliberada que consiste en un cuestionario corto en el cual el adolescente se tomará 20 minutos. Además de esto se

realizará una entrevista semiestructura al adolescente, el cuál tomará una hora y consiste el responder preguntas abiertas acerca de aspectos que perciben en su sistema familiar.

Riesgos y beneficios

La participación en el estudio puede presentar riesgos mínimos para el adolescente. Entre los riesgos al ser una entrevista que aborda distintos temas acerca de la familia o experiencias vividas que pueden ser traumáticas para el adolescente, el responder las preguntas puede generar cierta incomodidad. Sin embargo, el adolescente tiene el derecho de responder a las preguntas a la medida que se sienta cómodo y de retirarse del estudio si su incomodidad es intolerable. Asimismo, la entrevista se manejará por un profesional el cual está a cargo de hacer a la entrevista lo más cómoda posible y manejar inmediatamente cualquier circunstancia.

Los beneficios que trae la participación en el estudio es que ampliará el conocimiento de los padres acerca de los aspectos en el sistema familiar que influyen en la conducta autolesiva, de esta forma sirve como una guía para disminuir esta conducta. Asimismo la concientización por parte de los padres acerca de los motivadores de esta conducta, beneficiará al adolescente

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992798574 que pertenece a Daniela Alomía, autora del estudio, o envíe un correo electrónico a dannyalomia16@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
<p>Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado</p> <p style="text-align: center;">Daniela Alomía González</p>	
Firma del investigador	Fecha

http://www.usfq.edu.ec/investigacion_y_creatividad/comite_de_etica/Paginas/formularios.aspx

ANEXO C: Consentimiento Informado para Grabaciones de Audio

Autorización para Grabación de Contenido de Audio

Yo _____, doy mi consentimiento al autor de la investigación Daniela Alomía, para el uso o la reproducción de las grabaciones de la voz de mi persona. Entiendo que el uso de mi voz, será principalmente para fines de estudio. Se me informará acerca del uso de la grabación para cualquier otro fin, diferente a los mencionados. Entiendo que la grabación realizada tiene un límite de tiempo y que será eliminada cuando cumpla con el fin del estudio.

Nombre del participante _____

Firma: _____

ANEXO D: Inventario de Autolesión Deliberada

Figure 1

SELF-HARM INVENTORY		
Instructions: Please answer the following questions by checking either, "Yes," or "No." Check "yes" only to those items that you have done intentionally, or on purpose, to hurt yourself.		
Yes	No	Have you ever intentionally, or on purpose, done any of the following:
___	___	1. Overdosed? (If yes, number of times _____)
___	___	2. Cut yourself on purpose? (If yes, number of times _____)
___	___	3. Burned yourself on purpose? (If yes, number of times _____)
___	___	4. Hit yourself? (If yes, number of times _____)
___	___	5. Banged your head on purpose? (If yes, number of times _____)
___	___	6. Abused alcohol?
___	___	7. Driven recklessly on purpose? (If yes, number of times _____)
___	___	8. Scratched yourself on purpose? (If yes, number of times _____)
___	___	9. Prevented wounds from healing?
___	___	10. Made medical situations worse on purpose (e.g., skipped medication)?

Psychiatry (Edgmont. (2010) Apr; 7(4): 16-20

Este cuestionario pregunta diferentes aspectos que las personas a veces hacen para lastimarse a ellos mismos. Por favor toma en cuenta el haber leído cada pregunta cuidadosamente y responder honestamente. Muchas veces las personas que realizan estas conductas lo mantienen en secreto. Sin embargo, respuestas honestas acerca de este tema provee un mejor entendimiento y conocimiento acerca del comportamiento y una mejor manera para ayudarlos. Por favor responde si solamente a las preguntas en las cuales cumpliste con este comportamiento intencionalmente, o con el propósito de lastimarte a ti mismo. No respondas *Si*, si lo hiciste accidentalmente (por ejemplo, te caíste). Por último, asegurate de que tus respuestas se mantengan confidenciales.

1. ¿Alguna vez intencionalmente (a propósito) te cortaste tus muñecas, brazos o otras áreas de tu cuerpo (sin un intento de matarte a ti mismo)?

- i. Si
- ii. No

Si si lo has hecho,

¿Cuántos años tenías cuando lo hiciste por primera vez? _____

¿Cuántas veces has hecho esto? _____

¿Cuándo fue la última vez que hiciste esto? _____

¿Cuántos años has estado haciendo esto? (si ya no lo haces, ¿cuantos años lo hiciste antes de parar?) _____

¿Alguna vez este comportamiento resulto en hospitalizacion o en una herida severa que requirió de tratamiento medico? _____

En el cuestionario dado, el formato utilizado para cada uno de los items, con cada indice de pregunta seguido por 5 preguntas. Como el item 1, cada uno de los items comienza con la frase: Alguna vez intencionalmente (a proposito):

2. ¿Te quemaste a ti mismo con un cigarrillo?
3. ¿te quemaste a ti mismo con una fosforera o fosforo?
4. ¿tallaste palabras en tu piel?
5. ¿Tallaste imágenes, diseños, u otras marcas en tu piel?
6. ¿te rascaste a ti mismo, en la medida en que se produjeron cicatrices o sangrado?
7. ¿te mordiste a ti mismo a medida que se rompió tu piel?
8. ¿frotaste papel de lija en tu piel?
9. ¿utilizaste lejía, cometa o incluso limpiador para restregar tu piel?
10. ¿utilizaste objetos punzantes como agujas, alfileres, grapas u otros en tu piel?, sin incluir tatuajes, piercings, agujas usados para droga.
11. ¿frotaste vidrio en tu piel?
12. ¿te rompiste tus propios huesos?
13. ¿golpeaste tu cabeza con algo para que aparezca un moreton?
14. ¿te golpeaste a ti mismo a medida que te causaste un moreton?
15. ¿preveniste que las heridas se curen?
16. ¿hiciste otra cosa para lastimarte a ti mismo que no fue preguntada en este cuestionario? Si si, ¿Qué hiciste?_____

(Gratz, 2001)

ANEXO E: Entrevista

1. ¿Cómo describirias a la relación que tienes con tus padres? Menciona ejemplos
2. ¿Cómo se manejan los conflictos en tu familia y la toma de decisiones importantes?
3. ¿Cómo describirias la disciplina que se maneja en tu casa? Menciona ejemplos
4. ¿Consideras a uno o ambos de tus padres como una fuente de apoyo? Menciona ejemplos
5. ¿Cómo te percibes a ti mismo, como parte de tu sistema familiar?
6. ¿Cómo crees que tu familia te percibe ¿que rol cumples en tu casa?

7. ¿Consideras que el tipo de evaluación de tus padres hacia tu persona es amenazante o muy crítica? ¿Cómo te sientes con esto? Menciona ejemplos
8. ¿Cómo describirías a la unión que presentas con tus padres? ¿excesiva, nula? Menciona ejemplos
9. ¿Consideras que tienes la apertura para comunicar a tus padres algo que te preocupa o molesta?
10. Consideras que algunos de los siguientes aspectos están presentes en tu familia o son dirigidos hacia tu persona: Desconexión o Rechazo, Autonomía Interrumpida, Límites Disfuncionales, Sobrevigilancia o Inhibición, Desconfianza o Abuso. Argumenta tu respuesta.
11. ¿Cómo consideras que se manejan aspectos emocionales en tu familia? ¿se perciben emociones como negativas?
12. ¿Has percibido en tu familia algún tipo de abuso hacia tu persona? Abuso físico, sexual, verbal o emocional. ¿de qué forma te ha afectado?
13. ¿Qué aspectos de la cultura ecuatoriana consideras que podrían influir en la conducta autolesiva? ¿Qué aspectos están más presentes en tu familia?
14. Menciona de qué forma la religión podría cumplir un rol en esta conducta
15. ¿Qué problemáticas que se presentan en tu familia han influido en que te autolesiones? Menciona ejemplos.
16. ¿Existen circunstancias en tu niñez que consideras que marcaron tu conducta autolesiva?

ANEXO F: Incentivos para el Adolescente

My Plan to Keep Myself Safe

This is a plan for you to develop with your therapist. The goal is to keep yourself safe, even when you are feeling really low. Keep this plan handy so you will have it when you need it.

1. Know Your Reasons

List the most important reasons why you want to be safe and happy.

2. Be Aware of What Sets You Off

What situations make it more difficult for you to keep yourself safe?

3. Know When You May Be In Trouble

List the feelings you may have and the way you may act when you are starting to feel like you might harm yourself (for example, being by yourself all the time; drinking too much or getting high; feeling really angry, sad, or lonely).

4. Make the Situation Safer

What are some things you can do to make your surroundings safer (like getting rid of things you might use to hurt yourself)? Is there an adult who can help you with this?

5. Use Your Coping Skills

List the things you can do to help you cope, like relaxation exercises, deep breathing, and physical exercise.

DISTRESS TOLERANCE

Practice Exercise 1: Due Date _____

DISTRRACT SKILLS: "Wise Mind Accepts"

Write down at least 2 specific DISTRRACT Skills to practice during the week when you feel upset (e.g., activity – play videogame, play the guitar):

DISTRRACT WITH "ACCEPTS"

ACTIVITIES: _____

CONTRIBUTING: _____

COMPARISONS: _____

EMOTIONS: _____

PUSING AWAY: _____

THOUGHTS: _____

SENSATIONS: _____

Briefly describe the stressful situation(s) you were in when you chose to practice your skills:

Did using the skills help you to (1) cope with uncomfortable feelings and urges and/or (2) avoid conflict of any kind? Circle YES/NO

If YES, please describe how it helped:

If NO, please describe why you believe it did not help:

Write down your level of distress (emotional pain) before and after using your skill:

0=No tolerance, life's a nightmare, high urges to act impulsively) – 10=Lots of tolerance, life's manageable, lower urges

BEFORE: _____ AFTER: _____

If you did not practice this skill, please explain why:

Adapted from Marsh M. Linehan's *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, 1993. Do not reproduce without permission. Copyright Miller, Rathus, Linehan, 2008

(Beck, 2017)

ANEXO G: Datos Demográficos

Iniciales del Nombre: _____

Edad: _____

Género: _____