



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Influencia de las prácticas parentales y la ansiedad juvenil
en la conducta autolesiva del adolescente**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

XOCHITL VICENTE RAMÍREZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

ASESOR: DRA. LUZ MARIA FLORES HERRERA

COMITÉ: MTRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

MTRA. DOLORES CARDENAS MONROY



MÉXICO, D.F.

MAYO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El tiempo puede llegar a ser un gran maestro, no se equivoca, pone cada cosa en su lugar, si aprendemos a valorar lo que el tiempo nos regala la cosecha de aquella siembra nunca dejará de dar frutos.



Al más bello ser que hoy me acompaña desde el cielo, a quien día con día extraño más, me enseñó que la distancia es sólo ser kilómetros, para el amor y el cariño que puedes brindar a tus seres queridos, un hombre fuerte y siempre amado por todos. Desde mi “Qui-nakú” siempre extrañaré que me llames “Kim-Tzumat”. Gracias por mis raíces abuelo, Odilón Vicente Vaquero, Q.E.P.D.

A Florencia Ramírez Miguel y Javier Vicente Ramírez. Mis padres. Por todo el amor, dedicación y sacrificios. Son mis maestros a quienes admiro y respeto, y me siento en constate deuda por todo lo que han hecho por mí, en la vida diaria. Hemos tenido momentos buenos y malos, agradezco por todas la veces que un regaño han sido parte de sus formas más bellas de trasmitir amor, porque no siempre estuvimos de acuerdo, y aun así estuvieron ahí para mí, nunca encontraré como agradecerles tanto sacrificio y dedicación a mi persona. Son el mejor ejemplo de vida, no existe persona en este mundo que pueda decir lo contrario acerca de su bondad y amor que derrochan en grandes cantidad a sus semejantes de esa misma forma me educaron. Este logro es más suyo que mío, ¡LOS AMO!

A Mis padrinos: Jorge Gonzáles y Patricia Coronado, a quienes desde muy pequeña admiro y agradezco el cariño que me han brindado durante toda mi vida, porque siempre eh aspirado a lograr lo que son, no sólo como matrimonio, como familia, como persona, por ser seres bondadosos y a quienes siempre tengo presentes.

A Gabriela Rodríguez Badillo, por el largo camino que atravesamos juntas durante estos ya cinco años de amistad interrumpidos, por todo aquello que hemos vivido, por sujetar hombro con hombro la una a la otra en los momentos más difíciles que cada una conoce de la otra, por todo aquello que tenemos en mente por hacer y que se lograremos, por ser la hermana que la vida me regalo.



AGRADECIMIENTOS

Dr. Juan Jiménez Flores. Mi director. Gracias por brindarme sus conocimientos en cada una de sus clases, que sin duda aportaron a mi formación como profesional, por cada regaño que bien valió la pena y que en su momento se transformaba en risas, espero no decepcionarle nunca.

Dra. Luz María Flores Herrera. Mi asesora. Completamente admirable es usted para mí, por su gran trayectoria e Indudablemente desde hace mucho tiempo admiro su trabajo y agradezco su tiempo y dedicación, por compartir sus conocimientos, y el entusiasmo que pone a cada explicación, lo cual contribuyo a que me enamoré cada día más de la Psicología. Espero tener la oportunidad de seguir trabajando con usted.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas. Toda una personalidad dentro de la psicología, gracias por su tiempo. Su trabajo y trayectoria son sin duda admirables, y no descarto la posibilidad de integrarme en algún momento a su equipo si usted así lo permitiera.

Mtra. Sara Guadalupe Unda Rojas. Tuve la fortuna de tenerla no sólo como parte de mi jurado, muchas gracias por el acompañamiento que tuve de su parte durante gran parte de mi carrera al ser mi tutora durante mi etapa de estudiante. Admiro mucho su trabajo y la forma de transmitir sus conocimientos.

Mtra. Dolores Cárdenas Monroy. Muchas gracias por las valiosas aportaciones que realizó hacia mi trabajo, por la amabilidad de su persona y la inversión de su valioso tiempo en mi trabajo, sin duda hubiese sido un honor haber estado en el algún momento en alguna de sus clases.

Dra. Alma Patricia Andrade Palos. Si bien no tuve la fortuna de tenerla dentro de mi comité, le agradezco su amabilidad al brindarme la facilidad para utilizar sus instrumentos, así como aclarar algunas dudas, cuando así lo requería, espero pronto poder trabajar con usted, si así lo permite.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por mi formación como profesional de la Psicología, una dicha poder formar parte de la generación que me vio nacer como Psicóloga.

A Marco Antonio Nieto, por el cariño, apoyo y sus conocimiento que contribuyeron en mi desenvolvimiento dentro de la Compañía de Danza que lleva su nombre, por cada una de las veces que sin intención llenó mi alma de alegría y goce al darme la oportunidad de sentir que mi pies también pueden soñar, gracias por ser un gran maestro y un gran amigo.

A mis amigos y compañeros de la Compañía de Danza Marko Nieto, especialmente a Paola, Tanya, Ricardo, Zayita, Kiara, Lorena, Hugo, por ser grandes amigos y darme esa



maravillosa experiencia de compartir en algún momento el escenario con ustedes, así, como el poder crear una bella amistad.

A mis grandes amigos: Gaby, Hilda, Eduardo, Fernando, Katia, Tadeo, Alejandra, Guillermo, Albania, Enrique y Perla, por ser los mejores amigos que alguien puede tener, porque si bien dicen que los verdaderos amigos sólo se cuentan con los dedos de una sola mano rebasé esa estadística.

A mi familia en general, primos y tíos, por siempre creer en mí, especialmente, Emelia Ramírez y Carlos Ramírez, que en algún momento tomaron el papel de mamá y papá cuando así lo necesité.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I CONDUCTA AUTOLESIVA	5
1.1. Definición de la conducta autolesiva	6
1.2. Clasificación de la conducta autolesiva	7
1.3. Consecuencias	14
CAPITULO II PRÁCTICAS PARENTALES	16
2.1. Definición de las prácticas parentales	16
2.2. Tipos de prácticas parentales	17
2.3. Prácticas parentales de apoyo	19
2.4. Prácticas parentales de control	21
	22
CAPITULO III ANSIEDAD JUVENIL	26
3.1. Definición de la ansiedad juvenil	27
3.2. Taxonomía del trastorno de ansiedad juvenil	29
CAPITULO IV ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA CONDUCTA AUTOLESIVA	34
CAPITULO V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
CAPITULO VI MÉTODO	39
CAPITULO VII RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
APÉNDICE 1 ESCALA DE PRÁCTICAS PARENTALES	
APÉNDICE 2 CÉDULA DE AUTOLESIONES	
APÉNDICE 3 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	
APÉNDICE 4 TABLA DE FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD JUVENIL	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como principal objetivo investigar la influencia de las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente. Para esto, se evaluó a 268 estudiantes de una escuela secundaria pública, ubicada en una zona urbana en el Estado de México, de los cuales 142 fueron mujeres y 168 hombres. Para realizar la evaluación, los instrumentos utilizados fueron: Cédula de Autolesiones (Marín, 2013), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2011) y la Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008). Los resultados indicaron que 47% de la población se autolesionó por lo menos una vez, mientras que el 1.1% de los adolescentes reportó practicar actualmente la conducta autolesiva. Se comprobaron ambas hipótesis, la primera acerca de la relación entre las prácticas parentales ejercidas de forma negativa y la ansiedad juvenil sobre la conducta autolesiva, siendo la ansiedad juvenil la de mayor relación ($r=.513$) con la conducta autolesiva. Para la segunda hipótesis donde se planteó la influencia de las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva, se realizó una regresión lineal, los resultados indicaron que el control psicológico materno y la ansiedad juvenil explican en un 28% la conducta autolesiva, siendo la ansiedad juvenil la variable predictora de la conducta.

Palabras clave: conducta autolesiva, prácticas parentales negativas y ansiedad juvenil.

Introducción

La conducta autolesiva es un fenómeno, que en la actualidad ha incrementado en la población adolescente, se trata de una acción deliberada y comúnmente repetitiva, que puede manifestarse como una forma de reducir el malestar emocional (Marín, 2013). El presente trabajo tiene como propósito estudiar esta conducta, así como el grado en que las prácticas parentales y la ansiedad juvenil pueden influir en su manifestación.

En el 2011 se encontró que la prevalencia de la conducta autolesiva en los adolescentes es de 11.4%, también se reporta un incremento de la conducta con la edad, y es detectada en la adolescencia temprana, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía, con mayor prevalencia en las mujeres (Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011).

En el estudio de la conducta autolesiva, la mayoría de las investigaciones, se han centrado principalmente en la población adolescente, donde de acuerdo a estos estudios las edades con mayor frecuencia son; de 12 a 14 años (Favazza, 1999), algunos registros indican que la mayor parte de los individuos que padecen la conducta autolesiva presentan alguna psicopatología, o se encuentran en centros de readaptación social. Sin embargo, las investigaciones acerca de la conducta autolesiva, revelan que esta puede presentarse en cualquier momento del desarrollo del ser humano sin la necesidad de padecer otro trastorno mental.

Es importante mencionar que las estadísticas acerca de esta conducta en México son escasas, pues, a pesar de que existen estudios con adolescentes acerca de la conducta autolesiva, la mayor parte de la población no se encuentra familiarizada con el término, o a menudo se le confunde con la conducta suicida, esto se debe a que la mayor parte de la información acerca de éste fenómeno se encuentra en un idioma distinto. Por lo tanto uno de los objetivos de este trabajo, es definir con precisión a la conducta autolesiva, por medio de los avances que la psicología ha

tenido, como son los criterios que se proponen en el DMS-V para la identificación y evaluación de los trastornos mentales, y en este caso de la conducta autolesiva.

Otro de los objetivos a estudiar en el presente trabajo, es la influencia que existe entre la ansiedad juvenil y las prácticas parentales en la conducta autolesiva del adolescente, pues de acuerdo con la literatura, los jóvenes en la etapa de la adolescencia atraviesan por una serie de cambios, los cuales los vuelven vulnerables ante los problemas sociales y familiares que los rodean, esto puede provocar ansiedad en algunos jóvenes (Gómez, 2008). Es aquí donde la familia juega un papel central en el desarrollo y adaptación social del adolescente, pues en algunos estudios se ha encontrado que la interacción entre padres e hijos está relacionada con las interacciones futuras que establecerán con otros adultos y sus pares (Florenzano, Cáceres, Váldez, Calderón, Santander & Cassasu, 2009).

La salud psicológica y el desarrollo de los adolescentes tienen como influencia significativa el rol que los padres ejercen dentro de la familia, se dice que la influencia es un proceso bidireccional donde los hijos y los padres interactúan. (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas & Reyes, 2011). Por esta razón el estudio de las prácticas parentales es de gran importancia para la presente investigación, debido a que en un estudio acerca de las conductas problema del adolescente se encontró que las prácticas parentales juegan un papel importante en las pautas de comportamiento que influyen en las conductas positivas o negativas del adolescente, los resultados de este estudio confirmaron la importancia de la familia así como su relación con la presencia o ausencia de las conductas de riesgo (Palacios & Andrade, 2008). Por ello es importante estudiar y dar a conocer este fenómeno que afecta principalmente a los adolescentes para así brindar a la población herramientas que ayuden a prevenir e identificar esta conducta.

Si bien los estudios relacionados con la conducta autolesiva proporcionan algunos datos acerca de aquellos factores que pueden influir en ciertos momentos en el desarrollo de la conducta autolesiva, son contadas las investigaciones donde se estudien tanto la relaciones de prácticas parentales como la influencia que puede tener la ansiedad juvenil en ésta conducta.

Los psicólogos tienen la responsabilidad social de intervenir en aquellos fenómenos que afectan a la población en general, y más aún en aquellos que pueden evolucionar a través del tiempo dejando secuelas, tal es el caso de la conducta autolesiva.

Al realizar esta investigación se pretende determinar una definición precisa de la conducta autolesiva y la relación que ésta tiene con las prácticas parentales y la ansiedad juvenil para manifestarse, esta última considerada de acuerdo con la literatura como característica principal de la etapa de la adolescencia.

CAPÍTULO I CONDUCTA AUTOLESIVA

La conducta autolesiva forma parte de los comportamientos autodestructivos de los adolescentes. Su estudio es de gran dificultad, por la complejidad de sus orígenes. A lo largo del tiempo se han utilizado diversos términos para referirse a esta conducta, términos como: lesiones autoinfligidas deliberadamente, autolesión, flagelación, autoagresión, autodaño, síndrome de automutilación y comportamiento autodestructivo (Silva & Camp, 2014). La existencia de esta variedad de términos para referirse a la conducta autolesiva ha dificultado su estudio. Sin embargo, estos términos, han ayudado para así diferenciarla de la conducta suicida, pues a pesar de que comparten similitudes los comportamientos no son los mismos.

El hecho de hacer una distinción entre la conducta suicida y la conducta autolesiva, radica en que de acuerdo a la literatura en algunas investigaciones se les llega a confundir.

Por lo tanto, es importante mencionar que, aquellas personas que practican la conducta suicida tienen como objetivo terminar con su vida, mientras que en la conducta autolesiva el daño físico no es grave, o con la intención de quitarse la vida.

Para poder diferenciar estas conductas han surgido nuevos términos, ya que en algunos trabajos científicos a menudo se les sigue confundiendo. Los términos como; *lesiones corporales sin intención suicida, parasuicida, automutilación, autoagresión y autolesión*, también han sido utilizados para describir y definir a las conductas autolesivas, que presentan un claro objetivo de daño corporal sin intención suicida (Taboada, 2009).

Para poder evitar la confusión entre conducta autolesiva y conducta suicida es necesario conocer algunas de las definiciones, así como las características que los autores le proporcionan a este constructo.

1.1. DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

La conducta autolesiva es la realización socialmente inaceptable y repetida de cortes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas o moderadas. Es una conducta que va en aumento entre los adolescentes. Por ejemplo, en distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se calculó 13% de prevalencia en comportamientos autolesivos (Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, 2011).

Otros autores definen a la conducta autolesiva como el resultado de una reacción violenta que se debe a la ansiedad. Se presenta cuando el adolescente no es capaz de controlar sus emociones, esta situación provoca un sustituto del dolor emocional por el físico, debido a que para el adolescente es más fácil controlar el dolor físico que el emocional, por lo tanto, se puede percibir la conducta autolesiva como una estrategia para regular las emociones (Nader & Bohme, 2003).

Otra forma en la se ha definido a la conducta autolesiva es, como aquellos actos intencionales y dirigidos que causan daños de baja letalidad y que son realizados para disminuir el estrés y la ansiedad que puede ser causado por algún evento anterior a la lesión (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013).

Se define también a la conducta autolesiva como una autoagresión que tiene la intención de provocar un daño en el cuerpo o la salud sin intento suicida, es un esfuerzo de autoayuda que provee un rápido alivio, sin embargo este alivio es momentáneo, se manifiesta por sentimientos de despersonalización, culpa, aburrimiento, rechazo y preocupaciones. Con la conducta autolesiva el adolescente busca estar mejor, es un lenguaje somático el cual utiliza el cuerpo en vez de palabras y sentimientos (Taboada, 2009).

En el contexto de las conductas autodestructivas, otros autores mencionan que las autolesiones forman parte de los comportamientos autodestructivos. Por lo tanto, se le define como aquella conducta autodestructiva que causa daño físico sin llegar a ocasionar un daño letal. Las lesiones no son severas, pues las personas que practican esta conducta no tienen la intención de suicidarse. Asimismo, se

sabe que las formas clínicas más frecuentes de realizar la conducta autolesiva, corresponden a cortes en la piel, golpes, quemaduras, rascarse en exceso, morderse las uñas, arrancarse el cabello, entre otras formas de autoagresión menos frecuentes, cómo la inserción de objetos de moda (Contreras, 2012)

Un punto importante al definir a la conducta autolesiva, es que se debe excluir todas aquellas prácticas o rituales culturales, debido a que tienen un contexto de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros y en muchas ocasiones cuentan con un claro significado simbólico, por lo tanto constituyen un acto de pertenencia a una subcultura (Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Mirko & Hernández, 2013).

De acuerdo con lo anterior, en la presente investigación se define a la conducta autolesiva como aquella acción deliberada y repetitiva que tiene la intención de disminuir el dolor emocional, sustituyéndolo por el dolor físico, que se realiza sin la intención de quitarse la vida.

Por otro lado, es importante mencionar que, toda conducta presenta características particulares, así como los métodos que los individuos utilizan para llevarlas a cabo, y a su vez ayudan a los investigadores de las conductas a identificarlas. Por ello es conveniente realizar una descripción de lo anteriormente dicho.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

Por la similitud en las características que presenta la conducta autolesiva y la conducta suicida, comúnmente se les puede llegar a confundir, por esta razón, para que ello no ocurra, algunos autores se han dado a la tarea de identificar aquellas formas y características en que los adolescentes manifiestan la conducta autolesiva. Estas características se pueden observar en la siguiente tabla (Taboada, 2009).

Tabla 1. Clasificación de las conductas autolesivas

<i>Tipos de la conducta autolesiva</i>	<i>Características</i>
Formas tradicionales	Cortarse, quemarse, drogarse
Autolesiones con daño tisular	Morderse, arañarse, tallarse, interferir cicatrizaciones, pincharse, golpearse.
Autolesiones sin injuria visible	Hacer ejercicio hasta lastimarse. Dejar la medicación, no comer con la intención de dañarse, conductas riesgosas como imprudencia y temeridad deliberadas.

Es importante mencionar que los métodos utilizados por los adolescentes van de acuerdo a la experiencia que desarrollan al practicar la conducta así como el contexto en el que se encuentran en el cual adquieren los medios que les facilita manifestar las características anteriormente descritas (Taboada, 2009).

Otros autores dividen a la conducta autolesiva en *directa*, *indirecta* y *ligadas a aspectos psicológicos* (Castro, Planellas & Kirchner, 2014).

- **Directas:** la característica principal es que el vínculo entre la conducta y la consecuencia física, suceden de forma inmediata, siendo, golpes y heridas intencionadas, cortes, quemaduras, entre otros.
- **Indirectas:** el vínculo es diferido y acumulativo, como el consumo de drogas, alteración de la conducta alimentaria, conductas sexuales de riesgo, entre otras.
- **Ligadas a aspectos psicológicos:** estas han sido menos estudiadas sin embargo, se sabe que se incluye el autocastigo, así como las emociones autodestructivas como sentir envidia, vergüenza y culpa, sentir remordimiento, culpar a otros y tener pensamientos autolesivos.

Existen otras formas de categorizar a la conducta autolesiva, por ejemplo, por sus formas de presentación clínica las cuales se describen en la tabla 2:

Tabla 2. Formas en las que se puede manifestar la conducta autolesiva

<i>Tipo de conducta autolesiva.</i>	<i>Características.</i>
Mayores	Actos no frecuentes que producen daño tisular grave como amputaciones. Su aparición es repentina e impulsiva. Ocurre alrededor del 75% de episodios psicóticos, generalmente esquizofrenia, también puede aparecer en trastornos anímicos graves, y trastornos de personalidad severos.
Estereotipadas	Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastorno del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas, en general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido o inflexible.
Compulsivas	Abarcan conductas repetitivas como rascarse en repetidas veces produciendo heridas, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada y un patrón compulsivo, en ocasiones se manifiesta como actos impulsivos.
Impulsivas	Comúnmente son aquellos actos como: cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos corto punzantes creando en ocasiones cavidades en los tejidos, la severidad del daño va de leve a moderado, se presenta con mayor frecuencia en mujeres con trastorno de personalidad, como son; trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno anímico, y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Tomado de; Taboada, 2009.

La conducta puede presentarse con frecuencia casi diaria, y en algunas ocasiones sin un claro evento externo o interno que anticipe la conducta y de forma compulsivo-adictivo (Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Mirko & Hernández, 2013). Por esta razón es conveniente contar con indicadores que puedan determinar con mayor exactitud a la conducta, tal es el caso del manual DSM-V en el cual se pueden encontrar algunos criterios.

En la versión anterior del manual (DSM-IV), sólo se considera a la autolesión como un reactivo para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Taboada, 2009). Es decir, un síntoma que puede formar parte de otros trastornos.

Sin embargo autores como Favazza & Rosenthal (1999) proponen que la conducta autolesiva es un trastorno, no un síntoma de un trastorno, esta propuesta incluye situar a la conducta en el eje I del DSM-IV con el nombre de “*trastorno de autolesión repetitiva*”. Su argumento se basa en que en algunos casos la conducta autolesiva se mantiene a pesar de que desaparezcan otros síntomas o trastornos, y en algunos otros casos esta conducta se hace presente sin que exista algún otro trastorno.

Al parecer esta propuesta fue tomada en cuenta en la reciente versión del manual, el DSM-V, donde la denominación que se le da a la conducta autolesiva es, “Trastorno de autolesión no suicida” (Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Mirko & Hernández, 2013). Los criterios para diagnosticar de acuerdo al manual son los siguientes:

- El individuo en el último año, durante al menos 5 días se ha auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado, moretones o dolor. Con propósitos no sancionados por la sociedad, pero realizados con la esperanza de que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o se puede inferir que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal.

- Las lesiones están asociadas con al menos dos de las siguientes características; 1) Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurran inmediatamente antes del acto. 2) Antes de realizar el acto se presenta un periodo de preocupación excesiva acerca de la conducta que va a realizar y que es difícil de resistir. 3) el impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente. 4) Se realiza con un propósito, este puede ser alivio de un sentimiento, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El individuo anticipa que esto ocurrirá durante o inmediatamente después de la autolesión.
- La conducta tiene como consecuencias clínicamente significativas en el área interpersonal, académicas u otras.
- La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. La conducta no se debe a ningún otro trastorno mental o médico.

Con estos criterios se descarta la creencia que existe de que solamente la población psiquiátrica es la que se lesiona, pues, en diversas investigaciones con adolescentes no psiquiátricos, se ha encontrado que esta conducta también ocurre en poblaciones comunitarias tanto en jóvenes como en adultos, asimismo de acuerdo con algunas investigaciones se encontró, que existe mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, sin antecedentes psiquiátricos (Castro, Planellas & Kirchner, 2014).

En otros estudios, realizados con adolescentes se encontró, que algunas de las razones por las cuales se autolesionan son: la carencia de afecto por parte de los padres, el control de impulsos o llamar la atención de otros (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013).

Por otro lado, debido a la creciente práctica de autolesiones en adolescentes, algunos investigadores se han dado a la tarea de estudiar porque se autolesionan, como resultado de estas investigaciones, autores proponen diversas características que permiten una aproximación comprensiva de las motivaciones

para desarrollar conductas autolesivas, las cuales se describen en la siguiente tabla;

Tabla 3. Motivadores de la conducta autolesiva.

<i>Motivos</i>	<i>Características</i>
Regulación de afectos	Sugiere que la autolesión es una estrategia para aliviar afectos negativos, agudos e intensos. Desde la perspectiva cognitiva, se postula que ambientes hostiles dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional.
Disociación	Define a la autolesión como una respuesta a la aparición de estados de disociación y de despersonalización
Conducta suicida alternativa	Aparece como un mecanismo adaptativo de resistirse al deseo de quitarse la vida. Bajo este modelo, producirse una lesión cutánea sería una forma alternativa de expresar pensamientos y sentimientos autodestructivos sin el riesgo directo a morir.
Influencia interpersonal	La conducta autolesiva es utilizada por el sujeto que se lesiona como influencia en la conductas, afectos y decisiones de otras personas que son significativas para el que práctica la autolesión. Autolesionarse debería comprenderse como un voz de alarma, un medio para evitar el abandono, o intento por ser valorado.
Límites interpersonales	El sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad, atraviesa con dificultad al individualizarse y separarse de objetos significativos. El hecho de dañarse la piel que es un órgano que separa físicamente al sujeto de su entorno y de los otros le permitirá definir su identidad física para afirmar su autonomía.
Castigo	Plantea que los sujetos que han crecido en ambientes desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos.
Búsqueda de sensaciones	Comprende a la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse conectado con la vida.

Tomado de; (Villaruel, et. al, 2013).

Por otro lado, en cuanto a los motivos que para autolesionarse, en un estudio realizado con adolescentes mexicanos se encontró que el 42.1% se asocia a la baja tolerancia a la frustración (que puede darse en su familia, escuela o círculo social), y la manipulación hacia sus padres, así como algunos datos que revelan que estos motivos se presentaban posteriormente al discutir con los padres o las parejas sentimentales de forma impulsiva. Por lo tanto, se considera que, la conducta autolesiva tiene el objetivo de disminuir la frustración, en algunas ocasiones para provocar culpa en la persona con la que discutía (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013).

Estos datos indican que la autolesión se ha convertido en un problema de salud pública por el incremento de esta conducta en sus diversas formas de practicarla (Contreras, 2012). Pues, existe una concordancia entre los autores acerca de que autolesionarse se está haciendo más prevalente entre los adolescente (Castro, Planellas & Kirchner, 2014).

En un estudio aplicado a la población en general se encontró que del 13 al 29% de la población ha presentado conductas autolesivas por lo menos una vez en su vida, también se encontró que esta conducta se repetía cuatro o más veces al año principalmente en adolescentes. También es importante mencionar que algunos autores han encontrado que las autolesiones se presentan con mayor frecuencia en mujeres específicamente en población adolescente (Villarreal, Jerez, Montenegro, Montes, Mirko & Hernández, 2013). Esto puede deberse a que de acuerdo con algunos estudios en las mujeres adolescentes la afectividad así como la aprobación de sus padres y otros es más importante que en los varones (Mestre, Samper, Tur & Díez, 2001).

Se puede decir entonces que, la autolesión es una forma de manejar sentimientos como: sufrimiento, ira, odio, entre otros. La mayoría de estos comportamientos son provocados por la búsqueda de afecto. Evidencia de esto, es que, en un estudio realizado con adolescentes se encontró que existen diversos factores asociados a esta conducta como la presencia de adversidad social y la disfunción familiar (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Victoria, 2013).

1.1. CONSECUENCIAS

La observación directa o indirecta de conductas autolesivas deliberadamente autoprovocadas por un individuo con o sin alguna psicopatología tiene un gran impacto social por la incongruencia del principio inherente que le pertenece tanto a los seres humanos como a otras especies que es la sobrevivencia (Villarreal, Jerez, Montenegro, Montes, Mirko & Hernández, 2013).

En un estudio realizado con adolescentes de 16 años de edad, los cuales presentaban la conducta autolesiva, se examinaron durante un periodo de 5 años en cuanto al progreso de la conducta sin intervención, como resultado de esta investigación, se encontró, que las consecuencias de autolesionarse se pueden reflejar en la edad adulta con problemas de salud mental y abuso de sustancias como son: las drogas ilegales, el fumar y beber alcohol en exceso. La conducta autolesiva estigmatiza a quien la padece. Las marcas físicas en el cuerpo de quien se autolesiona pueden tener como consecuencia la exclusión y la crítica por parte de algunas personas y esto a su vez afectar el autoestima de aquellos que se autolesionan (Alonso, 2014).

Desafortunadamente no se cuenta con mucha información acerca de que es lo que sucede alrededor de esta conducta. Por esta razón es importante investigar y estudiar aquellos fenómenos que se manifiestan alrededor ella. Es un reto que tiene la psicología ante éste no muy conocido fenómeno que afecta principalmente a los adolescentes.

Por otro lado, algunas investigaciones realizadas con familias aportan datos que ayudan al estudio de las conductas autolesivas para conocer cómo pueden influir las prácticas parentales en los adolescentes y el desarrollo de la conducta autolesiva. Pues, en algunos estudios se ha encontrado que el ambiente familiar influye de manera significativa en la conducta autolesiva.

En este trabajo las principales características que se toman en cuenta para identificar a la conducta autolesiva, son los cortes superficiales en la piel, la ingesta de sustancias con la intención de causar algún daño, la evitación de la

cicatrización, por mencionar algunas. Éstas conductas, son realizadas de forma repetitiva, algunas veces sin testigos, regularmente la conducta se manifiesta después de algún evento estresante para el adolescente (Marín, 2013).

CAPÍTULO II

PRÁCTICAS PARENTALES

La familia es considerada como el grupo de socialización más importante para el adolescente. Nadie puede ayudar u obstaculizar tanto el bienestar de alguien como quienes mantiene relaciones directas con el adolescente. Por esta razón, el desarrollo de la conducta autolesiva se relaciona de forma directa con el contexto familiar. La falta de normas, los cambios de roles y la falta de valores compartidos, producen comportamientos que llegan a ser nocivos para la vida del adolescente, estos comportamientos incluyen a las conductas autolesivas (Mendizábal & Anzures, 1999).

Los investigadores se han dado a la tarea de estudiar la importancia que tiene el contexto familiar en el desarrollo social del adolescente, principalmente aquellos centrados en la familia, y en los padres (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

La familia representa uno de los papeles más significativos en la vida de los adolescentes, pues, por medio de ella desarrollan habilidades y capacidades esenciales que le proporcionarán herramientas para poder integrarse al mundo social. La importancia que la familia tiene en el desarrollo social de los adolescentes es lo que ha encaminado a los investigadores a su estudio, así como las distintas formas en las que educan a sus hijos. Por esta razón, son diversos los estudios que se centran en las prácticas parentales, las cuales tienen como meta principal integrar al adolescente al contexto social (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012).

El enfoque de las prácticas parentales se basa en conductas específicas que los padres utilizan en la socialización de los hijos. Por esta razón, y para poder comprender mejor el proceso de socialización, algunos autores realizan una distinción entre la propuesta de las prácticas parentales y los estilos parentales, esto se debe a que existe una complementación entre ambos enfoques que tienen la finalidad de dirigir las metas y valores específicos que los padres pretenden desarrollar en sus hijos. Por un lado, de acuerdo a la literatura los estudios de las

prácticas parentales se encargan de analizar los comportamientos específicos que influyen o establecen conductas particulares de los hijos (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas & Reyes, 2011). En contraste, se sabe que el estilo parental en general, incluye tanto a las prácticas de los padres como otros aspectos de la interacción entre padres e hijos que comunican las actitudes emocionales, como son: tono de voz, lenguaje corporal, atención, entre otras. De esta forma se puede expresar el estilo parental a través de las prácticas de los padres debido a que los adolescentes infieren de estos comportamientos las actitudes emocionales de sus padres. Para comprender mejor la función entre estilos parentales y las prácticas parentales Darling & Steinberg (1993), proponen el siguiente esquema:

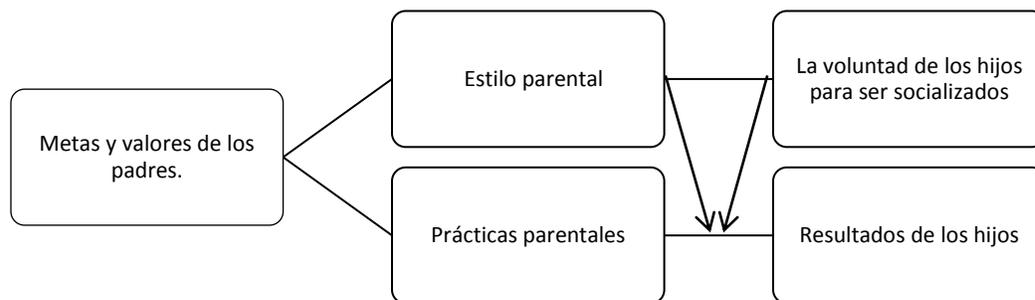


Figura. 1. En este esquema se describe la función de los estilos y las prácticas parentales, respecto a las metas y valores que los padres pretenden inculcar en sus hijos.

En el esquema anterior se puede observar como las prácticas parentales son las encargadas de dirigir los resultados que los hijos tendrán acerca de las metas y valores que los padres tengan.

Explicada ya la función que los estilos y las prácticas parentales, es importante ahora conocer la definición que se conoce acerca de las prácticas parentales.

2.1. DEFINICIÓN DE LAS PRÁCTICAS PARENTALES

Las prácticas parentales son aquellos métodos que los padres utilizan para dirigir a los adolescentes hacia las metas de socialización, estas metas tienen como objetivo que sus hijos adquieran habilidades y conductas específicas como: resultados académicos satisfactorios, independencia o cooperación con iguales, esto dependiendo de los resultados del desarrollo que más importancia tengan para los padres (Darling & Steinberg, 1993).

Asimismo, autores como Moral (2013), definen a las prácticas parentales como las conductas específicas que padres y madres realizan para conseguir así los objetivos de crianza relacionados con el cuidado, la protección, la enseñanza, y la expresión de afecto.

Otra forma en la que se define a las prácticas parentales son: como aquellos mecanismos que utilizan los padres como metas para llevar a los adolescentes hacia la socialización. Se dividen en: 1) prácticas parentales de control psicológico y control conductual, que es, la exigencia o presión parental que los padres utilizan para alcanzar sus objetivos o metas, 2) prácticas parentales de apoyo, las cuales se caracterizan por la responsabilidad, sensibilidad y calidez. Son las respuestas parentales que los padres tienen ante las necesidades de sus hijos (Andrade, et. al, 2012).

De acuerdo con la literatura, en las diferentes investigaciones acerca de las prácticas parentales, existe una coincidencia en esta definición sin modificaciones relevantes en su contenido.

Por lo tanto en este trabajo se asume la siguiente definición: Las prácticas parentales son aquellos métodos que los padres ejercen sobre sus hijos, que se da en el momento de la crianza, con la firme intención de llegar a una meta específica, estas prácticas pueden ejercerse de forma positiva o negativa, para identificarlas es importante realizar una descripción de cada una.

2.2. TIPOS DE PRÁCTICAS PARENTALES

En México existen investigadores que se interesan en las relaciones parentales y las conductas de los hijos, tal es el caso de Betancourt & Andrade (2008). De acuerdo con los estudios que han realizado, las prácticas parentales pueden ser agrupadas en tres componentes: *apoyo*, *control conductual* y *control psicológico*, estos componentes se describen en la siguiente tabla.

Tabla 4. Tipos de prácticas parentales y su descripción.

PRÁCTICAS PARENTALES	DESCRIPCIÓN
Apoyo	Se refieren a la cantidad de soporte y cariño que muestre el padre o madre.
Control	De acuerdo con algunos autores se dividen en dos: Control Conductual: son el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos así como el conocimiento de las actividades que realizan. Control psicológico: son aquellas conductas donde los padres impiden la autonomía psicológica del adolescente, sus estrategias se dan mediante las críticas excesivas, el afecto contingente, la inducción de culpa, la comunicación restrictiva, la invalidación de sentimientos, la sobreprotección y la intrusividad.

Otros autores como Maccoby y Martin (1983). Clasifican sólo en dos dimensiones a las prácticas parentales:

- El control: como exigencia parental o presión que los padres utilizan en sus hijos para que estos alcancen los objetivos y metas que pretenden.
- El apoyo, responsabilidad, sensibilidad, y calidez en la respuesta parental.

Por otro lado, en algunas investigaciones se encontró que el apoyo parece ser una característica más equilibrada debido a que su presencia beneficia el desarrollo de los hijos, mientras que en las prácticas parentales de control los resultados son contradictorios, por ello se realiza la distinción acerca del control conductual y el control psicológico (Segura et. al, 2011).

De acuerdo con la literatura, las dimensiones en las que se dividen las prácticas parentales; de control y de apoyo, son las que comúnmente se puede encontrar.

Sin embargo, autores como, Andrade y Betancourt (2010) proponen otras dimensiones para las prácticas parentales, siendo estas: control conductual, control psicológico, comunicación, autonomía e imposición. Las dimensiones control psicológico y la imposición son consideradas como prácticas parentales negativas.

Por esta razón, es importante profundizar en la clasificación que algunos autores proporcionan a las prácticas parentales, para conocer sus características y la forma en que los padres llevan a cabo el objetivo de inducir a sus hijos al contexto social, así como las cualidades y resultados que cada una de ellas puede ejercer en la crianza, y si éstas permiten o no dirigirse hacia las metas propuestas, siendo éstas las prácticas parentales de control y de apoyo, para conocer las diferencias que existen entre ellas y porque los autores las clasifican de este modo.

2.2.1. PRÁCTICAS PARENTALES DE APOYO

El apoyo parental hace referencia a la relación que establecen padres e hijos, así mismo involucra conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como

aprobación y cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles (Andrade, et. al, 2012).

Algunos estudios indican que el apoyo parental se asocia con la conducta de los hijos, ya que es un constructo en el cual se involucra la educación, cordialidad, responsabilidad y aceptación (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

En general los estudio acerca de las prácticas parentales de apoyo como el de los problemas de conducta y emocionales en los adolescentes, indican que el apoyo parental contribuye al desarrollo saludable del adolescente (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

Otras investigaciones indican que el afecto en las madres produce más conductas positivas y menos conductas negativas, asimismo, cuando los padres imponen a sus hijos roles y conductas basadas en la negociación y el razonamiento se respetan los derechos de ambos y se logra mantener una comunicación bidireccional, pues cuando los adolescentes se responsabilizan de sus acciones desarrollan autonomía e independencia.

Asimismo, cuando los padres explican las reglas permiten el intercambio de ideas en una discusión, son afectuoso, cariñosos, comprometidos, atienden sus necesidad físicas y emocionales, pasan tiempo con ellos, conocen bien a sus hijos, saben cuándo están enfadados y los consuelan, son capaces de reconocer el esfuerzo de sus hijos, los supervisan donde se encuentran, los alientan en la toma de decisiones de forma libre y los motivan a lograr sus metas. Los padres con este tipo de prácticas producen en general efectos positivos en la socialización, así como el desarrollo autoestima alta, desarrollo de competencias sociales y bienestar psicológico (Estrada, 2012).

De acuerdo con la literatura este tipo de prácticas benefician a los adolescentes tanto en su autonomía como en sus interacciones interpersonales de forma saludable. En contraste con las prácticas parentales de control específicamente psicológico, por lo que es conveniente realizar una descripción de las prácticas parentales de control.

2.1.1. PRÁCTICAS PARENTALES DE CONTROL

Las prácticas parentales de control incluyen demandas y expectativas que los padres exigen a sus hijos a través de la disciplina y supervisión. Las prácticas parentales de control pueden ser satisfactorias para los padres, pues les brindan un control que ejercen sobre sus hijos, sin embargo, existen diferencias que conducen a una meta distinta que los padres se proponen. Por esta razón, algunos autores han propuesto una distinción entre control psicológico y control conductual para diferenciar estrategias de supervisión claras y abiertas, de aquellas que sólo restringen la autonomía del adolescente (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012).

Para algunos autores el control conductual es un conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tiene para sus hijos, así como el conocimiento de las actividades que estos realizan (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

En contraste, el control psicológico se refiere a las conductas donde los padres son intrusivos y manipulan los pensamientos, emociones y cariño de sus hijos, utilizando estrategias como la crítica excesiva, retiro del afecto, culpabilidad, comunicación restringida, e invalidación de sentimientos, donde la imposición se hace presente, como intención de ejercer su voluntad, ante la propia voluntad de sus hijos (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

De acuerdo con algunas investigaciones se sabe que las prácticas parentales de control psicológico específicamente, afectan de forma negativa el bienestar de los adolescentes, esto se debe a que se presentan más problemas internalizados y externalizados, en contraste con las prácticas parentales de control conductual donde las investigaciones reportan que se relaciona con los bajos niveles de problemas internalizados y externalizados (Galambos, Barker & Almeida, 2003).

Aquellos padres que valoran la obediencia como una virtud, la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden, favorecen las medidas de castigo o de fuerzas y llegan al acuerdo en mantener a sus hijos en un papel

subordinado, por lo tanto restringen su autonomía, también sus esfuerzos se enfocan en controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos con patrones rígidos establecidos, los cuales no permiten el diálogo y en ocasiones rechazan a sus hijos como medida disciplinaria. Este tipo de padres creen tener la razón en todo, son una autoridad incuestionable, anulan cualquier expresión emocional, muchas veces son controladores, presentan una exigencia que los adolescentes no pueden discutir y las necesidades emocionales de los adolescentes no son su prioridad. Los resultados de este tipo de prácticas son repercusiones negativas en la socialización de los adolescentes (Estrada, 2012).

Con lo anterior se puede decir que, el control psicológico, a su vez se puede relacionar con la exigencia por parte de los mismos adolescentes, los cambios físicos, que influyen de forma más directa acerca del aspecto corporal incluso una mayor atención sexual, pueden causar sentimientos de vergüenza y ansiedad con una mayor predisposición en las mujeres adolescentes (Olivo, 2012).

En contraste, de acuerdo con la literatura las prácticas control conductual, desarrollan en los adolescentes habilidades de socialización que pueden disminuir aquellas conductas que propicien un riesgo a la su salud física y emocional, están relacionadas por ejemplo, con la escuela, las tareas, del hogar o habilidades sociales por mencionar algunas. (Segura et. al, 2011) Por lo tanto se puede considerar al control psicológico y al control conductual como dos propuestas distintas, que forman parte de las prácticas parentales.

Por otro lado, el papel de las prácticas parentales en el desarrollo de los adolescentes, son aquellas herramientas de socialización que serán la base fundamental para afrontar los retos que enfrentan los adolescentes, esto hace referencia a las prácticas parentales positivas. Pues, en algunos estudios acerca del desarrollo humano se ha encontrado que la adolescencia es una etapa donde se presentan problemas internalizados como el trastorno de ansiedad, donde las prácticas parentales pueden ayudar al adolescente a enfrentar esta etapa de cambios (Olivo, 2012).

Por lo tanto, en el presente trabajo se considera como prácticas parentales de apoyo y de control conductual como positivas, por los beneficios que de acuerdo con la literatura los padres fomentan en los hijos, mientras que como prácticas parentales negativas se considera al control psicológico y a la imposición.

También es importante mencionar que los adolescentes se encuentran en una época difícil en la que comúnmente encuentran prácticas parentales de control deficientes donde perciben su entorno por medio de vínculos violentos y carentes de afecto, por esto, se entiende que las respuestas peligrosas del adolescente así como su notable vulnerabilidad es consecuencia de lo que le transmite la familia (Gómez, 2008). Asimismo, en la adolescencia comienza la construcción de la identidad, aquella que definirá la trayectoria positiva de vida o elementos de destrucción y decadencia (Gómez, 2008). La formación de la identidad se relaciona con la separación de la autoridad parental, los jóvenes van descubriendo su identidad en medida que se convierten en un ser autónomo, si la familia no cumple con funciones de apoyo, la probabilidad de problemas psicológicos y sociales aumenta (Climent, 2006).

La importancia de las relaciones sociales tanto en el desarrollo evolutivo como en el funcionamiento psicológico y social, despierta el interés por el estudio de las dificultades de adaptación social de los adolescentes (Zubeidat & Fernández, 2007). Siendo las relaciones interpersonales uno de los aspectos con mayor importancia en el comportamiento humano, pues son imprescindibles para la misma supervivencia, se pueden volver eventos estresantes para los adolescentes desarrollando ansiedad y al mismo tiempo desencadenando conductas autodestructivas.

En algunas investigaciones se describen eventos importantes, como la búsqueda de la propia identidad y algunas transiciones que pueden tener resultados negativos al sobrepasar los recursos de afrontamiento que las prácticas parentales de los padres proporcionan a los adolescentes. Estos eventos de la vida cotidiana

pueden volverse estresantes en el adolescente y desarrollar así algunos trastornos como es el caso de la ansiedad (Olivo, 2012).

De acuerdo con lo anterior, en el presente trabajo, se considera que las prácticas parentales son un punto clave para conocer el desarrollo en cuanto a las habilidades que los adolescentes adquieren para poder establecer interacciones con otros, estas habilidades las aprenden en el primer contexto social cercano que tienen, que es la familia.

Los padres reproducen aquellas formas de crianza que en muchas ocasiones aprenden de sus propios padres, las cuales de acuerdo con algunos investigadores han denominado prácticas parentales, cuando se ejercen de forma negativa pueden obstaculizar su desarrollo social, propiciando conductas riesgosas (como lo es la conducta autolesiva) en el adolescente y a su vez, se pueden manifestar trastornos que se consideran característicos de la etapa de la adolescencia, como lo es la ansiedad.

CAPÍTULO III

ANSIEDAD JUVENIL

La presencia de la ansiedad en los adolescentes está relacionada con las situaciones estresantes de la vida cotidiana, en las cuales se encuentran presentes la familia, los compañeros o la imposibilidad de obtener metas deseadas, éstas aumentan en la adolescencia (Berzonsky, 1982).

Por otro lado, todo ser vivo tiene un sistema biológico que permite experimentar emociones como son: ansiedad o miedo, las cuales se presentan en algún momento del desarrollo (Ruíz & Lago, 2005). Por lo tanto se dice que tener ansiedad es normal antes ciertas situaciones.

La ansiedad es una reacción que en un principio es deseable, ayuda a buscar y generar respuestas alternativas que encuentren un mejor resultado, sin embargo algunos autores mencionan que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados, es intensa o duradera, a tal grado que interfiere con las actividades cotidianas se le considera un trastorno (Cejudo & Vindel, 2008).

El hecho de nombrar a la ansiedad, como ansiedad juvenil, radica en el interés de la presente investigación, por estudiar su origen, tomando en cuenta que a pesar de manifestarse frecuentemente en la adolescencia no es exclusiva de esta etapa.

En los adolescentes el trastorno de ansiedad se origina a partir de la identidad, la sexualidad, la aceptación social y los conflictos de independencia (Amarro, 2008). La presencia del trastorno de ansiedad es frecuente en al menos un tercio de la población adolescente y cumplen con los criterios para ser diagnosticados. La presencia de la ansiedad repercute de manera significativa en el funcionamiento de aquellos que la padecen, afectando así las esferas de desempeño, que incluyen el plano social (Fong & Garralda, 2005).

3.1. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

Algunos autores definen a la ansiedad como una respuesta normal y adaptativa ante un sentimiento desagradable de temor que percibe una señal de alerta que a su vez advierte una amenaza en ocasiones desconocida, así mismo, ha sido estudiada como un rasgo de personalidad tanto general como específico, debido a que existen diferencias individuales en cuanto a la manifestación de las conductas (Virgen, Lara, Morales, Bonilla & Villaseñor, 2005).

Se puede definir a la ansiedad, como una experiencia de estrés y miedo ante situaciones sociales, considerada también como un temor de ser objeto de evaluación negativa por parte de los demás (Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006). Esta definición se adapta principalmente al plano social. Así mismo en este mismo plano, algunos autores consideran que la ansiedad puede ser concebida positiva o negativamente de acuerdo al contexto en el que la persona se encuentra. Pues la ansiedad funciona como una herramienta para poder reaccionar en momentos difíciles, por ello, los investigadores mencionan que la ansiedad no debe eliminarse, si no aprender a controlarla y reducirla a niveles manejables y adaptativos (Báez, 2002).

Otra definición acerca de la ansiedad es la propuesta por Amarro (2008) el cual menciona que es una emoción normal la cual se hace presente como un signo de alarma para advertir algún peligro, es un sistema que puede estar alterado y ser excesivo, haciéndose presente en situaciones en las que comúnmente una persona no debería estar en guardia o preocupada, cuando esto sucede se le considera un trastorno, aparecen entonces, síntomas como: miedo, inseguridad, preocupación excesiva, evitación, hiperactividad, hiperventilación y palpitations.

Es importante identificar los síntomas más comunes por los cuales se puede hacer presente la ansiedad. Se manifiesta por medio de una excitación en el sistema nervioso, que a su vez origina una serie de síntomas, estos, se manifiestan de distintas formas y en distintos momentos. Los más comunes de acuerdo con Báez

(2002) son: tensión en el cuello, hombros y espalda, dificultades para respirar, visión nublada, taquicardia, opresión en el pecho, sensación de nudo en el estómago, náuseas, sudoración, temblor, hormigueo en las manos, temblores y entumecimiento en las piernas.

Los síntomas forman parte importante de los criterios de evaluación y diagnóstico del trastorno de ansiedad. De acuerdo con algunos autores la ansiedad también es considerada un estado de ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos (Winokur & Clayton, 1994). Por esta razón es importante conocer el tipo de trastorno de ansiedad, así como los criterios que se le atribuyen para el diagnóstico certero que puede presentarse en un momento dado.

En este trabajo se define a la ansiedad como aquella respuesta normal ante ciertos eventos sobre todo sociales, que causen estrés y miedo, así como temor a ser objeto de alguna crítica negativa. Tomando en cuenta, que no necesariamente se le pueda considerar como patológica.

Es importante también, considerar aquellas características de la ansiedad, así como una descripción de los síntomas, pues como toda conducta, cuando interfiere con las actividades cotidianas del individuo, se le puede considerar como patológica.

También se dice que es una señal de que algo ha provocado un desequilibrio, es un equivalente del dolor físico a nivel mental. Puede hacerse presente en las relaciones interpersonales, las cuales, son uno de los aspectos más importantes del comportamiento humano forman parte indispensable de la supervivencia del mismo, así como lo son el agua, la comida y el sexo (Campos, Jurado, Mendieta, Zabiky & Silva, 2005). Por esta razón los investigadores que estudian a la ansiedad, se han dado a la tarea de proporcionarle una definición, con la cual pueda ser comprendida en un concepto más amplio, tomando en cuenta todos aquellos aspectos antes mencionados.

3.2. TAXONOMÍA DEL TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad, son considerados un grupo de patologías que se caracterizan por la presencia de miedo o temor excesivo, que a su vez provoca un deterioro clínicamente significativo en la vida cotidiana del adolescente. Por esta razón los científicos que han estudiado a lo largo de los años los trastornos mentales, han propuesto algunas clasificaciones que ayudan a los psicólogos a identificar cada uno de los trastornos (Virgen et. al, 2005). Dos de las clasificaciones reconocidas internacionalmente acerca de los trastornos mentales, con los que cuenta la psicología, son: La CIE-10 y el DSM-V. Estas clasificaciones, funcionan como una herramienta para el diagnóstico. La primera de ellas propone que los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Trastorno de ansiedad de ansiedad generalizada y agorafobia.
- 2) Crisis de pánico.
- 3) Fobia social.
- 4) Fobia específica.
- 5) Trastorno obsesivo compulsivo.
- 6) Trastorno de estrés postraumático.

Por otro lado en el DSM-IV se propone una clasificación distinta acerca de los trastornos de ansiedad, que es la siguiente:

- 1) Trastorno por ansiedad debido a... (donde se puede indicar una enfermedad).
- 2) Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.
- 3) Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias.
- 4) Trastorno de angustia con agorafobia.
- 5) Fobia social.
- 6) Fobia específica.
- 7) Agorafobia sin trastorno de angustia.

- 8) Trastorno de ansiedad por separación.
- 9) Trastorno obsesivo compulsivo.
- 10) Trastorno por estrés postraumático.
- 11) Trastorno por estrés agudo.
- 12) Trastorno de ansiedad generalizada.
- 13) Trastorno adaptativo con ansiedad.
- 14) Trastorno de ansiedad no especificado.

La clasificación de los trastornos de ansiedad permite conocer y diferenciar características y síntomas de cada uno de ellos.

Por otro lado, y por el interés de la presente investigación, es importante mencionar, que de acuerdo con algunos estudios, los trastornos de ansiedad que se presentan con mayor frecuencia en adolescentes son: la fobia y el trastorno de ansiedad generalizada, los cuales muestran una prevalencia del 9.2% y 4.6%, respectivamente. Donde los resultados reflejan diferencias significativas en cuanto al género, siendo las mujeres quienes predominan en el trastorno de ansiedad generalizada (Amarro, 2008). Asimismo, en un estudio realizado con adolescentes, se encontró que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo, va del 1% al 4%, que de acuerdo a los estudios, es similar a la bibliografía internacional en los adolescentes, siendo los hombres los que predominan. Sin embargo, aunque la presencia de los síntomas es mayor en la adolescencia, sólo un pequeño porcentaje las describe como angustiosas (Vargas, Palacios, González & De la Peña, 2008).

A continuación se describen los trastornos de ansiedad de acuerdo con el DSM-IV (APA, 2000), los cuales según algunas investigaciones son más comunes en la población adolescente. Con ello, se pretende conocer las características y los síntomas que se pueden presentar.

- Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación a lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o

bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

- Fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: se caracteriza por obsesiones que causan ansiedad y malestar significativo y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad.
- Ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

De igual forma la CIE-10 (OMS, 1992) propone una clasificación distinta de los trastornos de ansiedad, en la cual, se les considera un grupo, donde la ansiedad se produce ante ciertas situaciones que en realidad no son peligrosas y como consecuencia el individuo las evita.

- Agorafobia: conjunto de fobias que incluyen el uso del transporte público en general, el uso de ascensores, así mismo lugares como: almacenes, supermercados, entre otros lugares públicos. Se observan conductas de evitación y asilamiento a estos lugares. Es importante mencionar que a menudo se presentan síntomas depresivos y obsesivos, así como fobias sociales.
- Fobias sociales: es el miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar aquellas situaciones donde tenga encuentros con un grupo social. Las fobias sociales graves pueden relacionarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. Comúnmente los individuos que padecen fobia social se ruborizan, les tiemblan las manos, tienen náuseas y, en algunas ocasiones los síntomas evolucionan a crisis de pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por la ansiedad que es persistente o general, no se limita al contexto en el que el individuo se

encuentra. Los síntomas que predominan son: constante nerviosismos, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar gástrico.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: como característica principal de este trastorno, se puede observar la presencia de pensamientos obsesivos o actos impulsivos que irrumpen en diversas ocasiones en la mente del individuo. Casi siempre el individuo intenta sin lograrlo resistirse a ellos. El individuo puede reconocerlos como pensamientos propios, cabe mencionar que estos actos en ninguna forma son placenteros para quien los padece. Su función es prevenir algún hecho que es improbable, que tiene como objetivo evitar el daño de sí mismo o a otros. En dado caso que el individuo oponga resistencia a los actos compulsivos entonces, la ansiedad empeora.

En algunos estudios se ha encontrado que el trastorno de ansiedad es en México, uno de los más frecuentes, por ejemplo, tan sólo en el año de 1999 en estudios reportados para la población mexicana se encontró que 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad (Virgen et. al, 2005). Así mismo es importante mencionar que, los trastornos de ansiedad frecuentemente se manifiestan acompañados de otros trastornos, principalmente trastornos afectivos. Estos se caracterizan por, la alteración del ánimo, que ocasionan un malestar significativo y disfunción en distintas áreas de la vida del adolescente. A su vez los trastornos del ánimo son considerados un grupo dentro del cual se pueden observar otros trastornos como: el trastorno depresivo mayor, la distimia y el trastorno bipolar.

Si bien se mencionó que comúnmente el trastorno de ansiedad se puede presentar acompañado o desencadenar simultáneamente otro trastorno, no siempre es así, pues para que esto suceda existen distintos factores que se asocian como es el caso del contexto social y familiar. Es aquí donde la adaptación social de acuerdo con diversos estudios, tiene como influencia principal a la familia, que aportará para el adolescente herramientas funcionales o carentes para su adaptación o vulnerabilidad ante distintos hechos sociales por

los cuales pueda atravesar, facilitando o evitando el trastorno de ansiedad, que podría permitir la vulnerabilidad ante ciertas conductas negativas, como es el caso de la conducta autolesiva (Palacios & Andrade, 2008).

Por lo tanto, en este trabajo se considera a la ansiedad juvenil, como una emoción que forma parte característica de la etapa de la adolescencia, es una respuesta normal y adaptativa ante ciertos eventos sobre todo sociales, que causen estrés y miedo, así como temor a ser objeto de alguna crítica negativa.

CAPÍTULO IV

ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA CONDUCTA AUTOLESIVA

La dificultad en México como en otros países respecto al estudio de la conducta autolesiva radica en que no se realiza una diferencia entre el suicidio y las autolesiones, esto se debe a que de acuerdo con el DSM-IV esta conducta sólo se considera un síntoma del trastorno límite de la personalidad, sin embargo el incremento en la población adolescente sustentó la propuesta de incluir en el DSM-V a la conducta autolesiva contando con criterios de frecuencia y difusión para así realizar un diagnóstico preciso, asimismo, ayuda a distinguir la conducta suicida y la conducta autolesiva, además la definición precisa permite la comparación entre los estudios (Albores-Gallo, Méndez-Santos, García, Delgadillo-González, Chávez-Flores & Martínez, 2014).

El estudio de la conducta autolesiva es en gran medida complejo por la confrontación acerca de un cuestionamiento ¿Por qué las personas se realizan un daño deliberadamente sin la intención aparente de morir? Resulta paradójico si se toma en cuenta que los seres vivos cuentan con un mecanismo adaptativo que tiene como finalidad la supervivencia (Mendoza & Pellicer, 2002). Es aquí donde surge el interés de algunos investigadores por estudiar la conducta autolesiva así como todo aquello que puede influir a la manifestación de la conducta.

Por otro lado, la diversidad de enfoques y concepciones acerca de la conducta autolesiva es tan importante, como el hecho de analizar el contexto en el cual el adolescente se encuentra, y de qué forma puede influir en el para el desarrollo de la conducta autolesiva, para ello es necesario conocer en primer lugar el contexto más cercano que tienen que es, la familia y estrictamente hablando la interacción que tiene con su padres.

En algunos estudios se ha encontrado que la manifestación de la conducta autolesiva en adolescentes, se debe en gran parte a la influencia que el ambiente social y familiar aportan, así, como el incremento de una mala dinámica familiar (Contreras, 2012).

La mayor parte de los estudios relacionados al desarrollo de los adolescentes se enfoca en la relación que éstos tienen con sus padres. En estos estudios se ha encontrado que un aspecto fundamental de los cambios que conlleva la adolescencia son aquellos referidos a las relaciones y vínculos de los adolescentes con sus padres (Taber, 2002). La forma en la que se establecen estos vínculos tiene que ver con el tipo de prácticas que los padres ejercen en sus hijos, éstas prácticas pueden acercarlos y establecer vínculos apropiados con ellos, o en contraste alejarlos, por lo tanto crean una relación negativa o en su defecto simplemente no existe relación.

Los estudios acerca de las prácticas parentales permiten analizar la influencia que estos tienen en sus hijos y el desarrollo de algunas conductas.

Con las prácticas parentales los padres pretenden dirigir a sus hijos hacia metas que tienen que ver con la socialización del propio adolescente, donde éstas como en capítulos anteriores se mencionó se dividen en dos tipos de control y de apoyo cada una de ellas tiene efectos distintos en los adolescentes y en su desarrollo social. Ahora bien, en México el principal aporte acerca del estudio de las prácticas parentales con el que se cuenta, son los diversos instrumentos orientados a la conducta de los padres, que evalúan la percepción que los adolescentes tienen acerca de las conductas de sus padres (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013).

Por otro lado, son pocos los estudios acerca de las prácticas parentales y la relación con aquellos fenómenos que se pueden manifestar por los cambios a los que se enfrentan en esta etapa, tal es el caso de la conducta autolesiva, de ahí el principal interés de la presente investigación en estudiar la influencia que pueden tener las prácticas parentales en la conducta autolesiva.

Ahora bien, las prácticas parentales influyen en las conductas del adolescente, cabe mencionar que existen conductas que en esta etapa se desarrollan con mayor facilidad por los cambios y transformaciones propias de la adolescencia, tal es el caso de la ansiedad.

La ansiedad en cierta forma es parte de la vida de los adolescentes. En algunas ocasiones puede hacerse presente como una forma de respuesta fisiológica ante dificultades de la vida, en otras ocasiones como síntomas que pertenecen al amplio campo de los trastornos de ansiedad (Mardomingo, 2001).

Los estudios acerca de la ansiedad en relación con adolescentes han aportado a la identificación de aquellos trastornos que forman parte del gran grupo de trastornos de ansiedad que se presentan con mayor frecuencia en adolescentes. Esto a su vez ha facilitado el estudio de otros trastornos que se pueden relacionar con la aparición de la ansiedad.

De acuerdo con algunas investigaciones los trastornos más comunes en relación con la ansiedad son los afectivos (Palacios & Andrade, 2008). En realidad pocos son los estudios que profundizan entre la ansiedad y los trastornos no solo afectivos si no también aquellos trastornos de conductas riesgosas como lo es la conducta autolesiva.

Por otro lado, resulta interesante observar que en algunas investigaciones se considera a la ansiedad como un sentimiento universal que funciona como un sistema de protección que ayuda a reaccionar ante ciertas circunstancias que indican peligro (Becoña & Miguez, 2004). Sin embargo esta forma de concebir a la ansiedad es contradictoria cuando se relaciona con algunas conductas negativas como lo es la conducta autolesiva.

Por esta razón surge como interés principal de esta investigación estudiar tanto la influencia que pueden tener las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente.

CAPÍTULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta autolesiva puede volverse un problema de salud pública, ya que se manifiesta con mayor frecuencia en la población adolescente, con repercusiones psicológicas a corto y mediano plazo (Contreras, 2012). Esto se debe a que esta conducta es utilizada como un mecanismo de regulación, por la tensión que se presenta ante algunas situaciones estresantes (Roca, Guàrdia & Jarne, 2012). Es una forma de somatizar el dolor emocional, transformándolo en algo físico y manipulable que el adolescente puede controlar.

Los estudios acerca de la conducta autolesiva, con relación a otros fenómenos que pueden influir en su manifestación son carentes. Sin embargo, existen estudios donde se reporta la influencia directa del contexto familiar en el desarrollo de algunas conductas negativas, que en algunos casos son consideradas autodestructivas, las cuales influyen principalmente en los adolescentes (Palacios & Andrade, 2008).

Por esta razón, los estudios acerca del contexto familiar se enfocan en las prácticas que los padres van ejercer en sus hijos, que tienen la intención de contribuir hacia las metas de socialización. Estas prácticas pueden influir de forma positiva o negativa, de acuerdo con la percepción que los adolescentes tengan acerca de cómo sus padres ejercen dichas prácticas (Andrade et. al, 2012).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que en algunos estudios se ha encontrado que la ansiedad puede estar presente en la adolescencia, la cual es una etapa de diversos cambios, en los cuales se encuentran los psicológicos que tienen como objetivo la propia identidad del adolescente (Amarro, 2008).

Algunos autores consideran a la ansiedad como una respuesta normal ante algún evento estresante o que cause miedo. Sin embargo, cuando se presenta en momentos inadecuados, es intensa o duradera que interfiere con las actividades cotidianas se le considerada un trastorno (Cejudo & Vindel, 2005).

Por las características que el trastorno de ansiedad presenta, en este estudio se le considera como uno de los posibles factores que influyen en la manifestación de la conducta autolesiva, así como las prácticas parentales negativas (control psicológico e imposición).

Por lo tanto, se pretende investigar la relación entre las prácticas parentales negativas (control psicológico e imposición) y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente bajo el siguiente modelo.

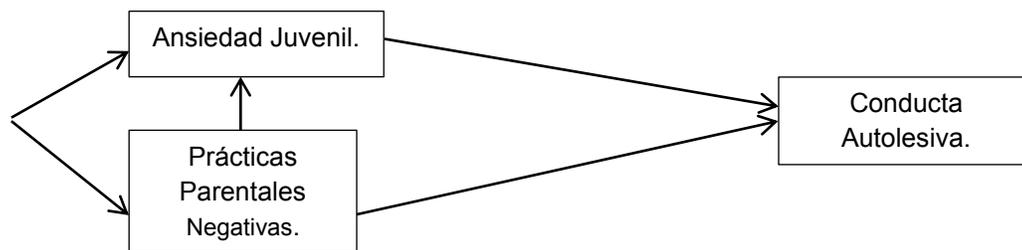


Figura 2. Modelo de relación entre las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente.

Se considera la relación entre las prácticas parentales ejercidas de forma negativa y la ansiedad juvenil como la principal influencia en la manifestación de la conducta autolesiva, donde dichas prácticas propician a su vez la presencia de la ansiedad juvenil.

La importancia de este estudio radica en la incipiente información que existe en México, acerca de las prácticas parentales y la ansiedad juvenil en relación con la manifestación de la conducta autolesiva, por lo tanto se carece de datos contundentes para ser explicada. Es aquí, donde surge el interés por realizar la presente investigación, despertando el interés por diseñar estudios que permitan contar con indicadores que aporten una visión clara de estos problemas, así como su temprana detección y a su vez, evitar las futuras repercusiones psicológicas que puedan presentar.

CAPÍTULO VI MÉTODO

Preguntas de investigación.

- ¿Cómo influyen las Prácticas Parentales Negativas en la Conducta Autolesiva del adolescente?
- ¿Cómo influye la Ansiedad Juvenil en la Conducta Autolesiva del adolescente?

Objetivo general:

- Analizar la influencia de las Prácticas Parentales ejercidas de forma negativa y la Ansiedad Juvenil en la Conducta Autolesiva del adolescente.

Objetivos particulares:

- Describir la frecuencia de la conducta autolesiva en el adolescente.
- Describir la frecuencia de las prácticas parentales negativas.
- Describir la frecuencia de la ansiedad juvenil.
- Describir la relación entre prácticas parentales y la conducta autolesiva.
- Describir la relación entre ansiedad juvenil y la conducta autolesiva.
- Describir la relación entre prácticas parentales y ansiedad juvenil.

Definición conceptual de variables

Variable Dependiente:

- Conducta Autolesiva: Forma parte de los comportamientos autodestructivos del adolescente (Silva & Camp, 2014), Se caracteriza por ser una conducta socialmente inaceptable, en la cual el adolescente realiza cortes en la piel, en repetidas ocasiones y otras formas de autoagresión físicas sin intención suicida (Kirchner et. al, 2011).

Variables Independientes

- **Prácticas Parentales Negativas:** Son los mecanismos que los padres utilizan para llevar a los adolescentes hacia la socialización, de forma negativa, anteponiendo su voluntad y limitando la autonomía del adolescente, se clasifican en dos; control psicológico e imposición materna (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012).
- **Ansiedad Juvenil:** Es una emoción que se puede hacer presente en cualquier etapa del desarrollo humano (Amarro, 2008), se caracteriza por ser una respuesta normal y adaptativa, en caso de que se manifieste en momentos inadecuados, es intensa o duradera, a tal grado que interfiere con las actividades cotidianas se le considera un trastorno (Cejudo & Vindel, 2008).

Definición operacional de variables.

Variable Dependiente:

- Se pueden observar cortes o pinchaduras en la piel, impedimento de la cicatrización de alguna herida, golpes con algún objeto con la intención de lastimarse, amputación de algunas extremidades (casos extremos), ingesta de sustancias tóxicas, quemaduras intencionadas (Marín, 2013).

Variables Independientes

- **Prácticas Parentales Negativas:** Todas aquellas conductas que los adolescentes perciben como negativas, siendo, control psicológico materno y paterno e imposición materna y paterna (Andrade & Betancourt, 2008)
- **Ansiedad Juvenil:** Se observa: entumecimiento o debilitamiento de las extremidades, miedo a que pase lo peor, inseguridad, terror, nerviosismo, sensación de ahogo, manos temblorosas, miedo a perder el control, manos

temblorosas, dificultad para respirar, miedo a morir, sentirse asustado, malestar estomacal, ruborizarse, sudoración no debida al calor (Robles, Varela, Jurado & Páez 2001).

Hipótesis

- Existe una relación significativa entre, las Prácticas Parentales Negativas y la Ansiedad Juvenil asociadas a la Conducta Autolesiva del adolescente.
- Las Prácticas Parentales Negativas y la Ansiedad Juvenil influyen de forma significativa en la Conducta Autolesiva del adolescente.

Participantes

Se trabajó con estudiantes a nivel secundaria (N=268), pertenecientes al Estado de México seleccionados por una muestra incidental, de los cuales 142 fueron hombres y 126 mujeres. La edad se distribuyó entre 11 a 16 años (M=13).

Instrumentos

Cédula de Autolesiones (CAL: Marín, 2013).

Es un cuestionario que se realizó para población mexicana, compuesto por 13 reactivos diseñados para detectar y medir autolesiones no suicidas, de los cuales, los reactivos del 1 al 12 presentan ejemplos de autolesiones específicas. Se contestan en una escala dicotómica (presencia-ausencia), y en caso de que las respuestas sean afirmativas se presenta 5 opciones de respuesta más para registrar: 1. Frecuencia, 2. Cuándo fue la última ocasión en la que ocurrió la autolesión, y el reactivo 13 pregunta la edad en la que ocurrió por primera vez la autolesión. Los datos son transformados con un algoritmo con el fin de obtener puntuaciones en una escala continua, donde el mayor puntaje indica mayor gravedad y frecuencia en cada tipo de autolesión. Este instrumento se utilizará para la medición de la conducta autolesiva de los adolescentes.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Robles, Varela, Jurado & Páez 2001).

Es un inventario compuesto por 21 reactivos que miden la severidad de los síntomas de ansiedad, El BAI se centra en los aspectos físicos y psicológicos relacionados con la ansiedad. Los elementos que la conforman están relacionados con los criterios de diagnóstico del DSM-IV-R, cada reactivo se puntúa de 0 a 3, donde el mayor puntaje indica mayor ansiedad.

El BAI se caracteriza por una validez de congruencia interna con un alfa de 0.84 y 0.83 con una alta confiabilidad test-retest ($r = .75$) con una validez convergente adecuada y congruente con la documentada en la versión original.

Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008).

Es una escala tipo likert compuesta por 80 reactivos. La escala se encuentra subdividida en dos subescalas, de las cuales 40 reactivos son para la madre y 40 reactivos para el padre sus opciones de respuesta son: nunca, pocas veces, muchas veces, y siempre. Tiene una consistencia interna que osciló entre .80 y .97. Esta escala aporta información acerca de cómo perciben los adolescentes las conductas que sus padres tienen hacia ellos, la comunicación que tiene con sus padres, la autonomía que los padres fomentan en el adolescente, la imposición y control que los padres ejercen hacia los adolescentes, supervisión y conocimiento que los padres tienen hacia las actividades que realizan los adolescentes.

Tipo de estudio

La presente investigación, fue un estudio de tipo explicativo (Kerlinger, 2002), que pretendía medir una variable dependiente (conducta autolesiva) y dos independientes (prácticas parentales negativas y ansiedad juvenil)

Diseño de estudio

No experimental, transeccional correlaciona/causal (Kerlinger, 2002).

Procedimiento

Se realizó un piloteo con alumnos de otra escuela secundaria ubicada en el Estado de México, con la intención de identificar posibles problemas, al momento de contestar los instrumentos, por parte de los participantes.

Posterior al piloteo, por medio de un escrito se pidió la autorización a las autoridades de la escuela. Asimismo, se capacitó para la aplicación de la pruebas a un grupo de psicólogos que forman parte del Programa de Prevención Psicológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Dicha aplicación se realizó por separado a cada uno de los grupos en los salones asignados por las autoridades de la escuela, no se les permitió salir durante la aplicación y se les proporcionó lápices y goma.

En primer lugar los profesores en turno presentaron a los aplicadores, enseguida se le pidió su colaboración para contestar una serie de cuestionarios, asegurando que sus datos serían confidenciales, posteriormente se les pidió que guardaran sus cosas y se les repartió la batería de instrumentos pidiendo que no contestaran hasta que se les indicara.

Instrucciones

Bajo el siguiente guion, se realizó la aplicación de los instrumentos: Buenas tardes, nosotros somos estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, les pedimos su ayuda para contestar una serie de cuestionarios, sus datos serán completamente confidenciales, les pedimos que contesten de forma sincera, si existe alguna duda sólo es necesario que levanten la mano y alguno de las personas que están enfrente de ustedes se acercará para ayudarles, de igual forma cuando finalicen levanten la mano y nosotros recogeremos los cuestionarios.

Al término de la aplicación se agradeció su participación reafirmandoles que sus respuestas serían completamente confidenciales.

CAPÍTULO VII RESULTADOS

A continuación se realiza una descripción de los datos obtenidos en la investigación.

Para realizar el análisis, se dividió a las prácticas parentales negativas en control psicológico e imposición, pues que de acuerdo con la teoría estos dos factores las conforman. En la siguiente tabla se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables de interés en esta investigación.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos

	Autolesiones	Ansiedad Juvenil	Imposición Materna	Control psicológico materna	Control psicológico paterno	Imposición paterna
N	268	268	268	268	268	268
Media	13.52	32.88	15.70	7.84	5.60	13.67
Varianza	5.442	115.929	22.442	8.220	6.652	24.469
Asimetría	2.126	1.258	.856	1.202	1.964	.957
Mínimo	12	21	8	5	4	8
Máximo	24	76	29	18	16	31

Los datos indican que en esta población la autolesión no es frecuente entre los adolescentes así como la presencia de prácticas parentales negativas y de ansiedad.

Respecto a las medias, en las autolesiones se encontró (M=13), Imposición materna (M=15.7), Control psicológico materno (M=8), Imposición paterna (M=13.6), Control psicológico paterno (M=5.6) y la ansiedad juvenil (M=33).

En cuanto a la varianza, los datos indican que existe una mayor variabilidad en la ansiedad juvenil en contraste con el control psicológico paterno.

En los objetivos particulares se planteó, conocer la frecuencia de cada una de las variables, lo cual se puede observar en las tablas que se describen a continuación.

Tabla 6. Frecuencia de la Conducta Autolesiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	12	141	52.6	52.6	52.6
	13	32	11.9	11.9	64.6
	14	33	12.3	12.3	76.9
	15	24	9.0	9.0	85.8
	16	10	3.7	3.7	89.6
	17	11	4.1	4.1	93.7
	18	4	1.5	1.5	95.1
	19	2	.7	.7	95.9
	20	5	1.9	1.9	97.8
	21	2	.7	.7	98.5
	22	1	.4	.4	98.9
	24	3	1.1	1.1	100.0
Total		268	100.0	100.0	

Los datos indican, que sólo el 1.1% de la población se autolesiona actualmente. Cabe mencionar que la cédula de autolesiones es una escala dicotómica que mide presencia o ausencia de la conducta, por lo que con ayuda de las herramientas de Excel se calculó el porcentaje de los adolescentes que se autolesionó, por lo menos una vez en su vida, dando como resultado el 47%, lo que indica que casi la mitad de la población ha manifestado la conducta.

De igual forma en las siguientes tablas se puede observar la frecuencia de las prácticas parentales ejercidas de forma negativa, dividida en los factores que las conforman, siendo el control psicológico materno, imposición materna, control psicológico paterno e imposición paterna.

Tabla 7. Frecuencia de la imposición materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	3	1.1	1.1	1.1
	9	9	3.4	3.4	4.5
	10	20	7.5	7.5	11.9
	11	22	8.2	8.2	20.1
	12	21	7.8	7.8	28.0
	13	20	7.5	7.5	35.4
	14	25	9.3	9.3	44.8
	15	30	11.2	11.2	56.0
	16	23	8.6	8.6	64.6
	17	16	6.0	6.0	70.5
	18	19	7.1	7.1	77.6
	19	9	3.4	3.4	81.0
	20	10	3.7	3.7	84.7
	21	9	3.4	3.4	88.1
	22	6	2.2	2.2	90.3
	23	5	1.9	1.9	92.2
	24	2	.7	.7	92.9
	25	5	1.9	1.9	94.8
	26	3	1.1	1.1	95.9
	27	3	1.1	1.1	97.0
	28	4	1.5	1.5	98.5
	29	4	1.5	1.5	100.0
	Total	268	100.0	100.0	

Los datos indican que el 1.5% de la población considera como impositiva la forma en que sus madres ejercen su autoridad.

Tabla 8. Frecuencia del control psicológico materno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	68	25.4	25.4	25.4
	6	42	15.7	15.7	41.0
	7	37	13.8	13.8	54.9
	8	37	13.8	13.8	68.7
	9	25	9.3	9.3	78.0
	10	11	4.1	4.1	82.1
	11	14	5.2	5.2	87.3
	12	11	4.1	4.1	91.4
	13	8	3.0	3.0	94.4
	14	8	3.0	3.0	97.4
	15	2	.7	.7	98.1
	16	2	.7	.7	98.9
	18	3	1.1	1.1	100.0
	Total	268	100.0	100.0	

Se puede observar que el 1.1% de la población de acuerdo con los resultados indica que las madres ejercen control psicológico en su hijos.

Tabla 9. Frecuencia del control psicológico paterno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	151	56.3	56.3	56.3
	5	25	9.3	9.3	65.7
	6	30	11.2	11.2	76.9
	7	17	6.3	6.3	83.2
	8	12	4.5	4.5	87.7
	9	5	1.9	1.9	89.6
	10	9	3.4	3.4	92.9
	11	7	2.6	2.6	95.5
	12	2	.7	.7	96.3
	13	4	1.5	1.5	97.8
	14	3	1.1	1.1	98.9
	16	3	1.1	1.1	100.0
	Total	268	100.0	100.0	

De igual forma los datos indican que el 1.1% de la población reporta que los padres ejercen control psicológico sobre ellos.

Tabla. 10 frecuencia de la imposición paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	43	16.0	16.0	16.0
	9	17	6.3	6.3	22.4
	10	25	9.3	9.3	31.7
	11	23	8.6	8.6	40.3
	12	22	8.2	8.2	48.5
	13	25	9.3	9.3	57.8
	14	18	6.7	6.7	64.6
	15	15	5.6	5.6	70.1
	16	14	5.2	5.2	75.4
	17	12	4.5	4.5	79.9
	18	8	3.0	3.0	82.8
	19	7	2.6	2.6	85.4
	20	9	3.4	3.4	88.8
	21	8	3.0	3.0	91.8
	22	5	1.9	1.9	93.7
	23	1	.4	.4	94.0
	24	5	1.9	1.9	95.9
	25	4	1.5	1.5	97.4
	26	4	1.5	1.5	98.9
	28	1	.4	.4	99.3
	29	1	.4	.4	99.6
31	1	.4	.4	100.0	
Total		268	100.0	100.0	

En cuanto a la imposición paterna, los datos indican que sólo el 4% reporta que los padres se imponen ante ellos.

Por lo tanto se puede observar que en esta población la mayoría de los adolescentes no percibe que las prácticas parentales de sus padres sean ejercidas de forma negativa.

Respecto a la ansiedad los datos indican que 4% de la población manifiesta ansiedad (Véase apéndice 4), lo cual indica que se presenta con mayor frecuencia en comparación con las prácticas parentales negativas.

Por otro lado, con la finalidad de identificar la relación entre las variables, se realizó una correlación de Pearson, los resultados se pueden observar en las siguientes tablas.

Tabla 12. Relación con prácticas parentales

		Autolesiones	Ansiedad Juvenil	Imposición Materna	Control psicológico materno	Control psicológico paterno	Imposición Paterna
Autolesiones	Relación	1	.513**	.207**	.295**	.148*	.096
	Sig.		.000	.001	.000	.016	.118

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

De acuerdo con los resultados, se puede observar que el control psicológico materno tiene una $r = .295$ ($\alpha .000$), la imposición materna $r = .207$ ($\alpha .001$), y el control psicológico paterno $r = .148$ ($\alpha .016$). En contraste la imposición paterna $r = .096$ ($\alpha .118$).

Por lo tanto existe una relación claramente significativa entre las prácticas parentales negativas, excluyendo el control psicológico paterno.

Respecto a la ansiedad presenta $r = .513$ ($\alpha .000$), se considera que existe una relación altamente significativa.

Otro de los objetivos del presente estudio, fue comprobar la teoría acerca de la relación entre las prácticas parentales y la ansiedad juvenil, por lo tanto, se realizó una correlación de Pearson, los resultados se observan en la siguiente tabla.

Tabla 8. Relación ansiedad y prácticas parentales

		Ansiedad Juvenil	prácticas parentales negativas maternas	prácticas parentales negativas padre
Ansiedad Juvenil	Relación	1	.345	.214
	Sig.		.000	.000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados indican que las prácticas parentales negativas maternas tiene una $r=.345$ ($\alpha .000$), en cuanto a las practicas parentales negativas paternas la $r=.214$ ($\alpha .000$), por lo tanto existe una relación significativa entre las variables, y se puede que las prácticas parentales negativas propician el desarrollo de la ansiedad juvenil.

De acuerdo con el modelo teórico que se planteó, se realizó una regresión lineal, pues los datos indican que si bien existe una relación, es conveniente identificar el nivel de predicción de las variables hacia la conducta autolesiva.

A continuación se presentan una tabla donde se indican los datos que proporcionan el resumen del modelo.

Tabla 9. Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado
1	.513 ^a	.263
2	.524 ^b	.275

a. Variables predictoras: (Constante), Ansiedad Juvenil

b. Variables predictoras: (Constante), Ansiedad Juvenil, Control psicológico materno

Los resultados, indican en el primer paso que la variable predictora es la ansiedad juvenil ($R^2 = .26$), el segundo paso indican que el factor control psicológico que forma parte de la variable prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil explican 28% de la conducta autolesiva, en esta población. Posterior a esto, se realizó la prueba de análisis de varianza, los resultados se observan en la siguiente tabla.

Tabla 10. ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	382.557	1	382.557	95.072	.000 ^b
	Residual	1070.349	266	4.024		
	Total	1452.907	267			

2	Regresión	399.480	2	199.740	50.247	.000 ^c
	Residual	1053.427	265	3.975		
	Total	1452.907	267			

a. Variable dependiente: Autolesiones

b. Variables predictoras: (Constante), Ansiedad Juvenil

c. Variables predictoras: (Constante), Ansiedad Juvenil, Control psicológico materno

De acuerdo al estadígrafo F, indica que es pertinente aplicar el modelo de regresión lineal.

Los resultados se observan en la siguiente tabla.

Tabla 11. Coeficiente de regresión

	Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes	t	Sig.
		B	Error típ.	tipificados		
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	9.864	.394		25.011	.000
	Ansiedad Juvenil	.111	.011	.513	9.750	.000
2	(Constante)	9.436	.443		21.279	.000
	Ansiedad Juvenil	.102	.012	.469	8.287	.000
	Control psicológico materno	.095	.046	.117	2.063	.040

a. Variable dependiente: Autolesiones

En el primer modelo los datos indican que la variable predictora de la conducta autolesiva es la ansiedad juvenil.

Sin embargo, en el modelo dos se puede observar que si bien la ansiedad juvenil explica con mayor precisión a la conducta, el control psicológico materno también explica la conducta autolesiva.

Por lo tanto se aprueba la hipótesis que se planteó acerca de la relación entre las prácticas parentales ejercidas de forma negativa y la ansiedad juvenil con la conducta autolesiva del adolescente.

Respecto a la hipótesis donde se planteó la influencia de las prácticas parentales ejercidas de forma negativa y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente se comprueba, especificando que el factor control psicológico es el que realmente predice la conducta autolesiva, así como la ansiedad juvenil.

DISCUSIÓN

Si bien la conducta autolesiva actualmente no se encuentra manifiesta en esta población, se pudo observar que si se ha manifestado entre los adolescente forma alarmante, por el porcentaje rescatado de los datos. De igual forma los datos indican porcentajes bajos en cuanto a la presencia de las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil entre los adolescentes, sin embargo, con estos porcentajes se pudo comprobar la relación que existe entre las variables y la conducta antes mencionada.

Respecto a las prácticas parentales en relación con la conducta autolesiva se pudo observar que sólo el control psicológico materno influye en su manifestación. También se encontró que las prácticas parentales negativas propician el desarrollo de la ansiedad juvenil. A su vez, la ansiedad está relacionada con la manifestación de dicha conducta y se le considera como la variable que la explica con mayor precisión.

Por otro lado es importante recordar que el objetivo principal de este trabajo, fue investigar a la conducta autolesiva en los adolescentes, pues la información acerca de esta conducta en México, es incipiente en comparación con otros trastornos. De acuerdo con la literatura esto se debe a que la mayor parte de la información se encuentra en otros idiomas (Silva & Camp, 2014). Consecuencia de ello, es que actualmente sigue existiendo una gran confusión al definir a la conducta. Por esta razón, como parte de este trabajo se realizó una revisión de la literatura para definir con mayor precisión a la conducta autolesiva, y de ésta manera contribuir a la teoría, definiéndola como aquella acción deliberada y repetitiva que tiene la intención de disminuir el dolor emocional, sustituyéndolo por el dolor físico, que se realiza sin la intención de quitarse la vida.

Por otro lado de acuerdo con la literatura las prácticas parentales negativas (Control psicológico e imposición), se relacionan con algunas conductas dañinas para los adolescentes (Mendizábal & Anzures, 1999).

Por esta razón fue necesario plantear dos hipótesis: La primera fue acerca de la relación entre las prácticas parentales ejercidas de forma negativa, y su influencia en la conducta autolesiva. Las prácticas parentales negativas de acuerdo con la literatura son: la Imposición y el control psicológico (Andrade et. al, 2012).

Por otro lado, Estas prácticas contribuyen al desarrollo de trastornos como es el caso de la ansiedad, sin embargo, es importante mencionar que no siempre es considerada como un trastorno, sólo como parte de la etapa de la adolescencia (Ruíz & Lago, 2005). Por lo tanto, dentro de esta misma hipótesis se planteó la relación entre la ansiedad juvenil y la conducta autolesiva.

La evidencia empírica de este trabajo indica que la conducta autolesiva entre los adolescentes en esta población no es un problema, pues sólo una pequeña parte se autolesiona. Sin embargo, se comprobó la relación que existe entre el control psicológico, y la ansiedad juvenil en dicha conducta.

En la segunda hipótesis se planteó la influencia de las prácticas parentales ejercidas de forma negativa y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente, por los cambios y transformaciones que suceden en esta etapa. Se dice que, la ansiedad es una experiencia de estrés y miedo, ante situaciones sociales. Así como un temor de ser objeto de evaluación negativa por parte de los demás, en este caso por parte de los padres (Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006). Los resultados indican que si existe dicha influencia, sin embargo, en cuanto a las prácticas parentales, sólo el control psicológico influye en la conducta autolesiva, por lo tanto esta teoría se comprueba.

Por lo tanto el modelo que inicialmente se planteó queda de la siguiente forma:

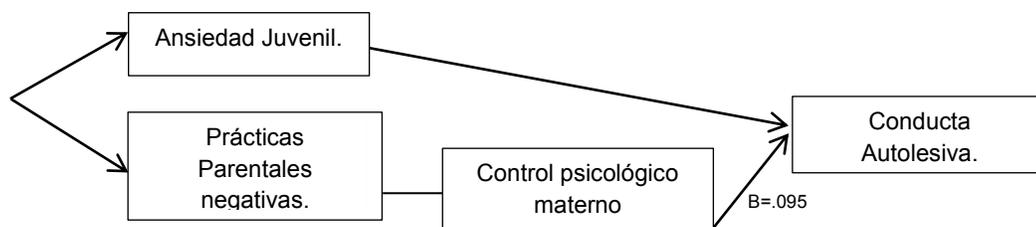


Figura 3. Modelo de relación entre las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente.

APORTACIONES

Al definir a la conducta autolesiva, se pretende evitar la confusión que hasta ahora existen en investigaciones recientes, entre está y la conducta suicida. Este objetivo se logró realizando una revisión exhaustiva de la literatura. Se encontró que la posible confusión surge por las distintas formas de su manifestación. Las formas de autolesionarse van desde evitar una cicatrización, hasta la amputación (estos casos se presentan con mayor frecuencia en aquellos individuos que manifiestan trastornos mayores como el autismo), son distintas las formas en las que se puede manifestar, tiene que ver con el contexto en el cual el individuo se encuentre (Castro, Planellas & Kirchner, 2014).

Por otro lado es importante mencionar que esta conducta puede evolucionar y manifestarse de distintas formas. Recordando que en México es un fenómeno recientemente observado, sin embargo, los datos que la encuesta de autolesiones reporta indican que la manifestación de la conducta se presenta anterior a la etapa de la adolescencia, por esta razón es de suma importancia desarrollar estudios que sigan explorando a la conducta autolesiva en las diferentes etapas del desarrollo humano. También es importante recalcar que sus formas de manifestarse pueden variar en el adolescente.

Otro de las aportaciones, es el dato que se encontró respecto a la relación con los padres, se observa en los resultados del instrumento que evalúa prácticas parentales que en esta población existe una mayor ausencia paterna entre los adolescentes, y el contraste es que los resultados no indican una relación de este fenómeno con la manifestación de la conducta.

LIMITACIONES

Si bien los hallazgos son relevantes es conveniente mejorar algunos aspectos para futuras investigaciones. Por ejemplo, en el caso de la muestra, se recomienda ampliarla, por los pocos datos encontrados, conviene realizar estudios con una población que incluya etapas anteriores a la adolescencia, pues, sería interesante conocer cómo se manifiesta la conducta en esa etapa.

Respecto a los instrumentos, como consecuencia de la escasa información de la conducta autolesiva, se realizó una verificación de los datos, el instrumento es capaz de identificar cuando la conducta se encuentra presente, por lo tanto, conviene desarrollar un instrumento, que sea capaz de identificar si se encuentra, pero también si en algún momento de su vida a manifestado la conducta.

Por otro lado, previamente a la aplicación se realizó un piloteo de con un grupo de estudiantes a nivel secundaria de las mismas edades (N=50) los cuales no reportaron alguna dificultad para responderlos. Tomando en cuenta que se trata de una población con características similares, con una distancia mínima, es conveniente estudiar aquellos factores que pueden influir en dicha diferencia que los adolescentes de esta población presentaron al contestar los instrumentos.

Respecto al instrumento que mide prácticas parentales, es importante mencionar que se trabajó específicamente con la percepción que los hijos tienen acerca de cómo los padres ejercen dichas prácticas, tomando en cuenta la etapa por la cual los adolescentes atraviesan, puede considerarse como un posible sesgo, por lo tanto es conveniente realizar una investigación donde se incluya la medición de las prácticas por los padres y por los hijos.

Por lo tanto es conveniente realizar una evaluación de sus propiedades psicométricas con la población que se trabajó, así como la especificación de algunas palabras, que pueden no ser claras para los participantes, y así evitar un posible sesgo.

Asimismo, en este trabajo se aportan datos relevantes respecto a las formas de manifestación de la conducta, así como la relación que tiene con las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil, sin embargo, uno de los retos que pueden complementar este trabajo, es el desarrollo de programas de prevención ante este fenómeno.

La responsabilidad del psicólogo ante este tipo de conductas es precisamente el desarrollo de estos programas, con los aportes que esta y otras investigaciones le

puedan brindar, como el mejoramiento de las prácticas parentales, disminuyendo aquellas prácticas ejercidas de forma negativa, que influyan en su manifestación.

De igual forma es conveniente identificar aquellos factores que pueden beneficiar a la ansiedad juvenil, para mantenerla a niveles normales como la teoría indica, como un estado de supervivencia sin alterar otros entornos a su alrededor.

El desarrollo de estudios como este, beneficia no sólo a la psicología, también a la sociedad, brindándole herramientas al psicólogo para así prevenir futuras complicaciones en cualquier etapa del desarrollo humano.

La evidencia encontrada en el presente trabajo, puede contribuir al desarrollo de programas de prevención e intervención de la conducta autolesiva, es no sólo preocuparse por los fenómenos actuales en nuestra sociedad, es ocuparse de todo aquello que al psicólogo le compete, con responsabilidad y ética profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (2000) *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4° Ed. Text Revised*. (DSM IV-TR).
- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J., Xóchitl-García, L., Delgadillo-González, &, Chávez-Flores, C., & Martínez, L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" Secretaría de Salud*, 42 (4) 159-68.
- Alonso, A. (2014). Autolesionarse en la adolescencia vinculado a problemas de salud mental en la adultez. *Psyciencia*. Recuperado de: <http://www.psyciencia.com/2014/11/10/autolastimarse-en-la-adolescencia-vinculado-problemas-en-salud-mental-en-la-aduldez/>
- Amarro, F. (2008). Ansiedad (aspectos conceptuales) y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Univesitat Autònoma de Barcelona*.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. & Rojas, M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes, *Revista Salud Mental*. 35, 29-36.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2010). Evaluación de las prácticas parentales en padres e hijos. *La psicología Social en México. XIII AMEPSO*. 137-143.
- Báez, K. (2002). Guías de educación sanitaria 2. Ansiedad cómo controlarla. *Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa*, 9 (2).
- Becoña, E. & Miguez, M. (2004). Ansiedad y consume de Tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*.16 (2), 91-96.
- Berzonsky, (1982). Inter and intra-individual differences in adolescent storm and stress. A life-span developmental riew. *Journal of Early Adolescence*, 2, 211-217.

- Betancourt, D. & Andrade, P. (2008). Prácticas parentales asociadas a los problemas internalizados y externalizados en adolescentes. *AMEPSO*. 12, 667- 671.
- Campos, P., Jurado, S., Mendieta, D., Zabiky, G. & Silva, M. (2005). Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad. *Revista Salud Mental*, 1 (5), 79-83.
- Castro, K., Planellas, I. & Kirchner, T. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Revista de la Pontificia Universidad Javeriana*. 13 (1), 1-22.
- Cejudo, R. & Vindel, C. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 305-319.
- Climent, G. (2006). Representaciones sociales, valores y prácticas parentales educativas: Perspectiva de madres adolescentes embarazadas. *La Ventana*. 23, 166-212.
- Contreras, C. (2012). *Autolesiones en pacientes adolescentes del hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro: Frecuencia y características clínicas asociadas*. Facultad de psicología, división de estudios de posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context; An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Estrada, J. (2012). *La relación entre prácticas parentales y la autoestima, la edad de inicio de la relación sexual, la edad de inicio en el uso de sustancias adictivas y uso de sustancias adictivas*. Tesis, Facultad de Psicología. Universidad de Montemorelos.
- Favazza, A., Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (2), 134-140.

- Favazza, A., Simeon, D. & Rosenthal, R. (1999). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatric*, 4, 134-140.
- Florenzano, R., Cáceres, E., Váldez, M. Calderón, S., Santander, S., & Cassasu, M. (2009). Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (6), 520-527.
- Fong, G. & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Syndromes Psychiatric*, 4 (8), 77-81.
- Galambos, N., Barter, E. & Almeida, D. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Chil development*, 74 (2), 578-594.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: Revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2, 105-122.
- Kirchner, T., Ferrer, L. Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva, e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Santo Coloma de Gramenet*, 39 (4), 226-35.
- Kerlinger, N. F., & Lee, B. H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill.
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the family: parent-child interaction. *Handbook of Child Psychology. Socialization, Personality and Social Development*, 4, 1-101.
- Mardomingo, S. (2001). Característica clínicas del trastorno de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 3 (10), 237-247.

- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Méndez, M., Andrade, P. & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15 (1), 99-118.
- Mendizábal, J. Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General de México S.S*, 62 (3), 191-197.
- Mendoza, Y., Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Revista Salud Mental*, 25 (4), 10-16.
- Moral, J. (2013). Prácticas parentales y percepción del rol en padres de adolescentes. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5 (1), 6-19.
- Mester, M., Samper, P., Tur, A., & Díez, I. (2001). Estilo de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (4), 691-703.
- Nader, A. & Boehme, V. (2003). Automutilación ¿Síntoma o síndrome? *Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*. Boletín, Núm.1.
- Olivo, D. (2012). *Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima metropolitana*. Tesis Doctoral, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Mundial de las Enfermedades 10° Edición (CIE-10)*.
- Palacios, J. & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema del adolescente. *Investigación universitaria multidisciplinaria*. 7, 7-18.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paéz. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*; 18 (2), 211-218.
- Roca, X., Guàrdia, J. & Jarne, A. (2012). Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. *Papeles del Psicólogo*. 33 (2), 116-128.
- Ruíz, A. & Lago, B. (2005). Trastorno de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *AEPap*, 265-280.
- Segura-Celis, H., Vallejo-Casarín. A., Osorno-Munguía, J., Rojas-Rivera. R. & Reyes-García, S. (2011). La escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*. 67-73.
- Silva, T. & Camp I. (2014). Non-suicidal self-injury in Latin America. Department of psychoanalysis and clinical consulting, *Revista Salud Mental*. 2, 153-157.
- Taber, B. (2002). Familia, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos. *Argentina UNICEF*.
- Taboada, E. (2009). Autolesiones (segunda parte). *Psiquiatría Forense, sexología y Praxis*. 4 (5), 6-25.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. & Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Revista Salud Mental*. 36, 417-420.
- Vargas, L., Palacios, L., González, G. & De la Peña, F. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Revista Salud Mental*. 31, 173-179.
- Villarroel, G., J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M. & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte:

conceptualización y diagnóstico. *Unidad de Trastornos de la Personalidad. Clínica Psiquiátrica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. 51 (1), 38-45.

Virgen, R., Lara, A., Morales, G., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-11.

Wynokur, G. & Clayton, P. (1994). *The medical basis of psychiatry*. W.B. USA: Saunders Company.

Zubeidat, J., Fernández, A. & Sierra, J. (2006). Ansiedad y fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 24 (1) 72-86.

Zubeidat, J. & Fernández, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en la población adulta e Infanto-juvenil: Distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3) 147-162.

APÉNDICE 1
ESCALA DE PRÁCTICAS PARENTALES

Hola, a continuación encontrarás tres cuestionarios los cuales debes contestar de forma personal, trata de ser completamente sincero, En este primer cuestionario encontrarás preguntas acerca de la forma en la que piensan y sienten los jóvenes de tu edad y la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos(as). Si tienes alguna duda por favor ten confianza y pregúntanos lo que quieras saber. Te recordamos que nadie se va a enterar de lo que contestes, tus datos son completamente confidenciales.

GRACIAS POR TU AYUDA

¿Eres? Hombre () Mujer () ¿Cuántos años tienes? _____

¿Con quién vives? _____ Grado y grupo _____

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU MAMÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo. Indica con una "X" tu respuesta.

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
2. Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
3. Me hace sentir que soy un(a) inútil				
4. Sabe en dónde estoy después de la escuela				
5. Me dice que soy un(a) "burro(a)"				
6. Habla conmigo sobre mis problemas				
7. Me deja tomar mis propias decisiones				
8. Me impone las cosas que ella piensa				
9. Me grita por cualquier cosa				
10. Conoce a mis amigos (as)				
11. Respeta las decisiones que tomo				
12. Cuando me castiga me hace sentir culpable				
13. Cree que todos debemos pensar como ella				
14. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
15. Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
16. Todo lo que hago le parece mal				
17. Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
18. Cuando estoy triste me consuela				
19. Apoya mis decisiones				
20. Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
21. Ella cree que tiene la razón en todo				
22. Respeta mis ideas, sin criticarme				
23. Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
24. Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				

MI MAMÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
25. Me pregunta qué hago con mis amigos				
26. Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
27. Me ayuda en mis problemas				
28. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
29. Quiere que sea como ella es				
30. Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				
31. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
32. Quiere que haga todo lo que ella dice				
33. Me da confianza para que me acerque a ella				
34. Me dedica tiempo para platicar				
35. Quiere que piense como ella piensa				
36. Entiende las razones que le digo				
37. Respeta mis decisiones aunque no sean las mejores				
38. Platica conmigo de las cosas que me suceden				
39. Piensa que todo lo que dice está bien				
40. En la casa se hace lo que ella dice				

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU PAPÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Habla conmigo sobre mis problemas				
2. Me trata injustamente				
3. Platica conmigo como buenos amigos				
4. Me impone su manera de ser				
5. Me consuela cuando estoy triste				
6. Quiere que sea como él es				
7. Me culpa por todo lo que sucede				
8. Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				
9. Me amenaza, si me porto mal				
10. Me dedica tiempo para platicar				
11. Me ayuda en mis problemas				
12. Respeta mis gustos				
13. Cree que todos debemos pensar igual que él				
14. Pienso que me tiene mala voluntad				
15. Me da confianza para que me acerque a él				
16. Me culpa por cualquier cosa				

MI PAPÁ:	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
17. Le platico las cosas que me suceden				
18. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
19. Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				
20. Respeta las decisiones que tomo				
21. Él cree que tiene la razón en todo				
22. Me deja tomar mis propias decisiones				
23. Entiende mi manera de ser				
24. Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
25. En la casa se hace lo que él dice				
26. Acepta mi forma de expresarme				
27. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
28. Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
29. Me hace sentir que soy un(a) inútil				
30. Me grita por cualquier cosa				
31. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
32. Apoya mis decisiones				
33. Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as)				
34. Quiere que haga lo que él dice				
35. Platica conmigo sobre todo lo que hago				
36. Me pregunta qué hago con mis amigos(as)				
37. Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlo				
38. Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela				
39. Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice				
40. Quiere que piense como él piensa				

APÉNDICE 2
CÉDULA DE AUTOLESIONES

En el siguiente cuestionario te pedimos marcar con una "X" tu respuesta. Contesta "SI" a aquello que hayas realizado con intención de lastimarte pero sin la intención de quitarte la vida. Si tu respuesta es positiva especificala de la misma forma en las siguientes sesiones en caso de ser "NO" pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique. **Si tienes alguna duda por favor no dudes en preguntar.**

No.	¿Has hecho algunas de estas acciones al propósito pero sin querer quitarte la vida?	¿Alguna vez?		¿Cuántas veces lo has hecho?					¿Cuándo fue la última vez?				
									Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de un año
1	Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
2	Rayas, marcar, pinchar, tu piel (SIN sangrar)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
3	Quemarte (con cigarros u otro objeto)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
4	Impediste que sanaran tus heridas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
5	Sacarte sangre	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
7	Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
8	Te mordiste al grado de hacer sangrar tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
9	Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrio, fichas)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
10	Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
12	Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
13	Si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas ¿Qué edad tenías al hacerlo la primera vez? Marca una	Nunca lo he hecho		9 o menos		10	11	12	13	14	15	16+	

APÉNDICE 3
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

A continuación encontraras una lista de síntomas, que posiblemente hayas tenido, te pedimos que leas cuidadosamente e indiques cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse, sonrojamiento				
21. Sudoración (no debida al calor)				

¡Gracias por su participación!

APENDICE 4

TABLA DE FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD JUVENIL

Tabla.11 Frecuencia de la Ansiedad Juvenil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21	24	9.0	9.0
	22	13	4.9	13.8
	23	10	3.7	17.5
	24	14	5.2	22.8
	25	13	4.9	27.6
	26	18	6.7	34.3
	27	18	6.7	41.0
	28	12	4.5	45.5
	29	9	3.4	48.9
	30	11	4.1	53.0
	31	6	2.2	55.2
	32	15	5.6	60.8
	33	7	2.6	63.4
	34	10	3.7	67.2
	35	7	2.6	69.8
	36	3	1.1	70.9
	37	2	.7	71.6
	38	8	3.0	74.6
	39	6	2.2	76.9
	40	5	1.9	78.7
	41	9	3.4	82.1
	42	4	1.5	83.6
	43	4	1.5	85.1
	44	3	1.1	86.2
	45	1	.4	86.6
	46	2	.7	87.3
	47	2	.7	88.1
	48	1	.4	88.4
	49	3	1.1	89.6
	50	3	1.1	90.7
	51	5	1.9	92.5
	52	3	1.1	93.7
	53	2	.7	94.4
	55	1	.4	94.8
	57	2	.7	95.5
	58	5	1.9	97.4
	59	3	1.1	98.5

60	1	.4	.4	98.9
68	1	.4	.4	99.3
73	1	.4	.4	99.6
76	1	.4	.4	100.0
Tota	268	100.0	100.0	
I				
