Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

LA IMAGEN CORPORAL Y EL ADOLESCENTE CON AUTOLESIONES Y SIN AUTOLESIONES: UN ESTUDIO COMPARATIVO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LORENA MONSERRAT HERNÁNDEZ CARIÑO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

REVISORA DE TESIS:

MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO

SINODALES

DR. ALBERTO CORDOVA ALCARAZ

MTRO. JORGE VALENZUELA VALLEJO

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018

Facultad de Psicología

DEDICATORIA

A la memoria de mi querido hermano Jesús P. porque sin que él lo supiera fue parte de mi motivación para iniciar y continuar en este camino.

A mi madre Elvira Cariño y a mi padre Patricio Hernández, que me enseñaron a valorar cada cosa y momento por pequeño que sea, a no rendirme a pesar de las adversidades y a luchar por mis sueños.

A mis hermanos Santa P. y Luis P. que a pesar de todo lo que hemos pasado me han brindando su apoyo incondicional.

A mis sobrinos Viri, David, Neto, Ayden y Fernanda porque son mi más grande motivación.

A mis amigas psicólogas que me han apoyado en todo momento en la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Psicología por convertirse más que en una escuela en mi segundo hogar en donde no sólo aprendí y sigo aprendiendo sino que reí, amé, soñé, viví y fui feliz y lo seguiré siendo gracias a la máxima casa de estudios.

A mis tutores la Dra. Blanca Mancilla, la Mtra. Guadalupe Santaella y el Dr. Alberto Córdova por todas sus enseñanzas a lo largo de este tiempo.

A mi querida madre Elvira y a mi querido padre Patricio a quienes agradezco profundamente que creyeran en mí y no dudarán de las decisiones que tomé.

A mis amigas y colegas psicólogas que me han apoyado en todo momento en la realización de este proyecto.

A la escuela secundaria #537 Itzcoatl y a los alumnos por su participación así como al personal académico de la institución.

ÍNDICE

Página

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la imagen corporal entre adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan. Para lo cual se llevó a cabo una investigación de corte cualitativo, cuantitativo, comparativo y transversal. Como instrumentos de medición se utilizó en primer lugar la cédula de autolesión desarrollada por Marín (2013) para identificar a los adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan; y en segundo lugar se recurrió al test proyectivo de la figura humana de Karen Machover manejando 12 rasgos que mejor describen la percepción de la imagen corporal.

La muestra final constó de 65 adolescentes que se autolesionaban y 19 que no presentaron ningún rasgo de autolesión. El análisis de resultados por medio de la prueba U de Mann-Whitney mostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos además revelo que los adolescentes que se autolesionan tienen un mayor descontento con su propia imagen corporal, evaden sus sentimientos de inferioridad y presentan una defensa ante la despersonalización. A su vez, el análisis cualitativo mostró que existen mayores sentimientos de evitación, evasión y tristeza; además de una mayor dificultad para manejar sus emociones y por tanto afrontar problemas.

Palabras clave: Autolesión, adolescencia, imagen corporal.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una época llena de cambios no solo físicos sino también psicológicos, por lo cual, es importante que los adolescentes superen esta etapa de la mejor manera posible. Sin embargo, en muchas ocasiones esta fase de transición se vuelve difícil ya que es el periodo en el que dejan de ser niños pero aún no son considerados adultos.

De no contar con la asesoría adecuada por padres, profesores o personas de confianza se pueden ver envueltos en conductas sexuales de riesgo, adicciones, trastornos alimentarios e incluso conductas autolesivas que cada vez se han vuelto más comunes entre los adolescentes y han sido integradas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2014) como una de las condiciones que requiere más investigación.

Esta última conducta de autodaño se ha convertido en un tema de gran interés para la comunidad científica debido a que los casos de personas de diversas edades que se autolesionan son cada vez más frecuentes. En México, este tema ha sido estudiado por pocos profesionales de la salud. De acuerdo con investigaciones que ha llevado a cabo la Dra. Dora Santos (2008 cómo se citó en Santos, 2012) se estimo que el 10% de los adolescentes en México se autolesionan.

Sin embargo, una investigación realizada en la CDMX (Albores-Gallos, et al., 2014) con el propósito de evaluar autolesiones sin intención suicida haciendo uso de diferentes definiciones de la autolesión refiere una prevalencia en las conductas autolesivas que va de un 5.6% al 17.1% en jóvenes de nivel secundaria lo cual varía dependiendo la definición de autolesión que se emplee.

Por otro lado Mayer, Morales, Victoria y Ulloa (2016) realizaron un estudio para investigar la frecuencia de autolesiones e ideación suicida en una muestra de 804

estudiantes de entre 12 y 17 años en escuelas secundarias y preparatorias de la Ciudad de México. En dicha muestra se identificó una prevalencia de 27.9 % de adolescentes que reportaron autolesionarse.

Debido al incremento de las conductas autolesivas la Organización Mundial de la Salud recomienda el abordaje multisectorial que incluye la colaboración de la sociedad civil. Así mismo la Secretaría de Educación Pública Federal y las Secretarias Estatales de Educación en México (SEDESA, 2013) han abordado el tema incluyéndolo en programas para identificar conductas de riesgo en adolescentes.

Dichas conductas suelen realizarse en secreto, motivo por el cual no se cuenta con una estadística más exacta acerca de la cantidad de personas que recurren a la autolesión como descarga emocional. Además, se ha observado que la conducta de autolesionarse se presenta en mayor medida en adolescentes.

Una de las causas que parecen relacionarse en mayor proporción a las conductas autolesivas es que las personas que se autolesionan tienen un déficit en la regulación de las emociones (Klonsky, 2007; Santos, 2012). El adolescente puede aprender dicha conducta de otras personas como por ejemplo su grupo de amigos, los medios de comunicación o incluso en las redes sociales. Lo que puede comenzar como imitación puede convertirse en una conducta recurrente en aquellos a los que se les dificulta traducir sus emociones en palabras o simplemente ser una conducta que les provoca placer debido a los factores biológicos que esta conducta conlleva.

En otros casos la autolesión se suele presentar en conjunto con otros desórdenes mentales como la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, discapacidad intelectual o depresión, además de trastornos alimenticios. En el caso de aquellos que presentan algún trastorno en la alimentación suelen recurrir a conductas autolesivas como una manera de castigarse expresando así entre otras cosas sus sentimientos de enojo y desvalorización hacia su imagen corporal. Tomando en cuenta que el concepto de imagen corporal se refiere a la representación mental que cada

persona hace acerca de su propio cuerpo en el cual se ven influidas las emociones, los sentimientos, e incluso la manera en que creemos que los otros nos ven (Raich, 2000).

El estudio de la imagen corporal es un tema relevante dentro de la psicología, incluso podemos encontrar test enfocados a evaluar diversos aspectos de la imagen corporal. Uno de ellos es el test proyectivo de Karen Machover, en él se hace referencia a aproximadamente 20 diferentes personalidades y los rasgos que se presentan en mayor medida en cada una de ellas. Esta prueba proyectiva proporciona por tanto, rasgos específicos que pueden ser índice de algún tipo de trastorno o de situaciones que afectan a la persona y que no expresa abiertamente, siendo por tanto una concepción sólida y rica en contenido. En la investigación experimental ha dado resultados más fructíferos combinado con otras técnicas (Anderson & Anderson, 1976).

En algunas tesis se han utilizado algunos de los rasgos específicos para evaluar específicamente la percepción de la imagen corporal tanto en personas con esquizofrenia como en adolescentes que viven en la calle (Mayorga, 2011; Zamorate, 2009). Con anterioridad se ha aplicado para estudiar los esquemas de desarrollo o crecimiento de niñas de ciudad de la pubertad a la adolescencia (Anderson & Anderson, 1976).

En culturas industrializadas, la percepción de la apariencia física y por tanto de la imagen corporal suele ser un componente importante para la autoestima de los adolescentes. Levine y Smolak (como se cito en Cash & Pruzinsky, 2002) refieren que una imagen corporal negativa se correlaciona con baja autoestima, depresión, ansiedad, miedo a una evaluación negativa y rasgos obsesivo-compulsivos entre otros.

Sin embargo, no se han realizado estudios específicos para evaluar la percepción de la imagen corporal en adolescentes que tienen conductas autolesivas. Uno de los estudios que hace referencia a la autolesión y la imagen corporal es el realizado por Muehlenkamp y Brausch (2012), en el cual se encontró que existe una relación entre la imagen corporal, la dificultad en la regulación de emociones y las

conductas autolesivas. Sin embargo, en dicho estudio se utilizaron escalas tipo likert para la evaluación. Pero, como ya se mencionó anteriormente, en México se han realizado pocas investigaciones relacionadas con el tema de la autolesión y al momento es nula la información que se tiene con respecto a la percepción de la imagen corporal en aquellos adolescentes que se autolesionan.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar y comparar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la imagen corporal en adolescentes que tienen conductas autolesivas y los que no presentan dichas conductas. Para lo cual se valoró la percepción de la imagen corporal proyectada a través del test del dibujo de la figura humana de Karen Machover en adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan en grupos de segundo grado de secundaria.

CAPÍTULO 1.

LA ADOLESCENCIA

"En ningún momento de la vida es tan fuerte el gusto por la excitación como durante el periodo de desarrollo acelerado de la adolescencia, la cual ansía fuertes sentimientos y nuevas sensaciones."

G. Stanley Hall como se citó en Jensen, 2008

A lo largo de la vida pasamos por diversas etapas que nos forman como seres únicos e irrepetibles. Desde la niñez hasta la adultez tardía todas y cada una de ellas son importantes. Sin embargo, una de las etapas con más énfasis en los cambios es la adolescencia ya que es un periodo de transición en el que los cambios físicos y biológicos son más notables.

La adolescencia es un periodo que todos debemos atravesar para crecer. Esta fase de la vida es también considerada como una crisis para el adolescente debido a que ya no es considerado como un niño pero tampoco como un adulto. Tal y como mencionan Guelar y Crispo (2002) es un momento de cambios permanentes, un tiempo de transformaciones al igual que otros periodos en la vida.

Esta etapa que dura aproximadamente de los 11 a los 19 años o inicio de los 20 conlleva grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005). Pero, a pesar de que existe un acelerado crecimiento del cuerpo, este no va seguido por un desarrollo similar de la mente (Macías-Valadez, 2008).

Los procesos que son característicos de esta etapa son el crecimiento (aumento de talla corporal), la adquisición de la conformación sexual definitiva y el desarrollo de la personalidad. En dichos procesos intervienen factores endógenos, genéticos y

fisiológicos, y factores exógenos provenientes de la familia, el medio y la cultura (Mirolli, 1980).

Esta reorganización biológica, cognitiva, emocional y social (Castillo, 2009; Toro, 2013) da inicio con la pubertad. En el ámbito social se convierte en una etapa en la que los adolescentes se ven envueltos en muchas actividades a la vez que se relacionan con personas que de alguna manera dejaran una marca significativa en su vida.

Pubertad

El inicio de la adolescencia se da con los cambios biológicos de la pubertad. En las chicas ocurre alrededor de los once años, con la primera menstruación. Mientras que en los chicos sucede alrededor de los trece años, con la primera emisión de esperma (Castillo, 2009). El término ‘pubertad’ es por tanto el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse (Guelar & Crispo, 2002; Balbi, Boggiani, Dolci & Rinaldi, 2012; Papalia, et al., 2005; Toro, 2013).

Castillo (2009) menciona que uno de los factores biológicos, psicológicos y sociales más relacionados en esta etapa es el rápido crecimiento físico de la pubertad el cual origina un cambio de la imagen corporal que afecta al auto concepto y a las relaciones con los demás.

En su fase biológica el proceso se pone en marcha por un mensaje endócrino que se acompaña de una verdadera explosión hormonal (Guelar & Crispo, 2002) es decir, con un aumento sostenido en la producción de hormonas sexuales (Papalia, et al., 2005). Las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, los cuales juegan un papel importante en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial que son unos de los cambios físicos más notables para el adolescente.

El crecimiento del vello en especial se convierte en un aspecto de su físico que más les preocupa. En el caso de los hombres es incluso una manera de competir con sus amigos para ver a quién se le manifiestan primero (Guelar & Crispo, 2002). Se vuelve una época de la vida en que los humanos reciben más críticas y sufren más tentativas de modificación de su cuerpo (Sauquillo, 2008 como se citó en Toro, 2013).

En el caso de la pubertad femenina existen importantes cambios corporales como lo son el aumento rápido de la talla, desarrollo de los pechos, ensanchamiento de las caderas y acumulación de tejido adiposo especialmente en abdomen y muslos (Toro, 2013).

Estos cambios físicos pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física para aquellas chicas que se desarrollan más aprisa por lo cual pueden presentar más problemas respecto a su imagen corporal (Raich, 2000). Por el contrario, en los hombres existe el deseo de desarrollarse más que los otros tanto en altura como en talla, lo cual favorece a su autoestima.

Como ya se mencionó, los cambios en aspectos físicos, cognoscitivos y psicosociales (Papalia, et al., 2005) son caracterizados por procesos que van desde el aumento de la talla corporal hasta el desarrollo de la personalidad (Mirolli, 1980). Siendo los cambios físicos los que están fuertemente ligados a distintas alteraciones en la personalidad de los adolescentes. La nueva imagen corporal no los satisface, lo cual les crea desconcierto, decepción y disgusto, lo que a su vez afecta a su autoestima (Castillo, 2009).

Etapas de la adolescencia

De acuerdo con Castillo (2009) se puede dividir a la adolescencia en tres diferentes etapas, las cuales son:

- Adolescencia temprana o adolescencia inicial o pubertad (primera adolescencia: 11-13 años en las chicas y 13-15 en los chicos).
- Adolescencia o adolescencia media (segunda adolescencia: 13-16 años en las chicas y 15-18 en los chicos).
- Tercera adolescencia: 16-19 años en las chicas y 18-21 en los chicos.

Papalia, et al., (2005) mencionan que la adolescencia temprana es el periodo en el que existen oportunidades para el crecimiento no solo físico sino también cognoscitivo y social, abarcando también la autonomía, la autoestima, la intimidad y la búsqueda de identidad. Los adolescentes están en busca de una identidad propia en la que la necesidad de pertenecer a un grupo y ser aceptado por ellos se vuelve realmente importante.

Durante la adolescencia existe un periodo que se extiende aproximadamente hasta los 16 años, en el que el joven comienza a reflexionar sobre sí mismo y la sociedad (Mirolli, 1980) y empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí (Aguirre, 1994). Con ayuda de los amigos, familiares y conocidos empezarán a crear sus propias necesidades y gustos que se afianzarán al final de la adolescencia.

Algunos autores consideran que el periodo adolescente termina a los 20 años (Papalia, et al., 2005), mientras que otros mencionan que no suele alcanzarse sino hasta los 25 años (Guelar & Crispo, 2002). Esto debido a que aún existe dependencia, inestabilidad afectiva e identidad personal confusa en aquellos adolescentes tardíos.

Por tanto, se puede decir que la adolescencia toca su fin una vez que el joven haya alcanzado el objetivo final de la transición, el cual es establecer su identidad y su

autonomía como individuo. Pero socialmente la transición a la adultez legalmente, ocurre en la mayoría de los sentidos a los 18 años.

En México, a los 18 años el adolescente se convierte en un adulto que puede votar y firmar documentos de vinculación (Jensen, 2008), mantenerse económicamente, elegir una carrera o casarse sin la supervisión de sus padres o tutores, firmar contratos (Papalia, et al., 2005).

Cambios sociales

Al inicio de esta etapa deberán cursar la escuela secundaria, la cual se convierte en la principal experiencia organizada en la vida de la mayoría de los adolescentes. Además, les ofrece la oportunidad de recibir nueva información, dominar habilidades nuevas y perfeccionar las ya adquiridas (Papalia, et al., 2005).

En este aspecto Erikson (1968 como se citó en Papalia, et al., 2005) menciona que la principal tarea del adolescente es resolver la “crisis de identidad”, la cual rara vez se resuelve por completo en la adolescencia. De acuerdo con Erikson, la identidad es una concepción coherente del yo, formada por metas, valores y creencias.

Una conducta típica en la adolescencia es el adoptar un modelo de imagen, es decir, identificarse con algún ídolo juvenil. Los ídolos se vuelven personajes probados y aceptados a los que les gustaría parecerse y les brindan la seguridad de identidad (Guelar & Crispo, 2002).

La identidad cumple una necesidad del ser humano, ésta es: configurar una imagen propia, la cual debe ser proyectada a los demás y aceptada por el individuo como resultado de su propia historia. De ahí la importancia de los modelos de identificación ya que éstos se convierten en los materiales con los que la fantasía adolescente crea su identidad (Macías-Valadez, 2008).

El adolescente se ve en la necesidad de aceptar las presiones del grupo para formar parte de la sociedad. Mientras adquiere un estatus, la mejor manera es construirse una imagen de sí mismo muchas veces basado en la fantasía. Puede imaginar ser un cantante de rock o un artista de moda, o bien, un deportista destacado de su generación. Estos modelos sirven al adolescente para fabricar y moldear una imagen de sí mismo y le permite aceptar mejor el periodo de transición (Macías-Valadez, 2008).

Pero la identidad no se forma solamente tomando en cuenta como modelo a otras personas sino también modificando y sintetizando identificaciones anteriores en lo que se llama “una nueva estructura psicológica mayor que la suma de sus partes” (Papalia, et al., 2005).

Tal parece que hay dos caminos a seguir en la adolescencia respecto a la búsqueda de identidad. En primer lugar, el camino saludable establece un sentido claro y firme de quién es uno y qué lugar ocupa en el mundo. En segundo lugar, el camino menos saludable es la confusión de la identidad ya que es la incapacidad de formar una identidad estable y segura (Jensen, 2008). Este grupo social tiende a desconcertarse, ya que su cuerpo ha dejado de ser su cuerpo para convertirse en algo extraño, luego se decepcionan y disgustan a causa del nuevo aspecto físico, muy alejado del cuerpo que se tiene en nuestra cultura.

En esta etapa hay un enriquecimiento de la afectividad, toda la conducta adquiere así una tonalidad afectiva. Es una afectividad más honda y secreta, dice lo que siente solo al amigo íntimo, hay un tiempo de reflexión que permite controlar la reacción. Los sentimientos son la verdadera riqueza psicológica, refuerzan o enriquecen los motivos y las conductas o pueden ser autodestructivos, como la automutilación, consumo de drogas o alcohol (Castillo, 1999 y Carvajal, 1993 como se citaron en Aguirre & Oviedo, 2004).

Comienzan a surgir cuestiones como el amor, la amistad, problemas con los padres, maestros o figuras de autoridad, ya que el adolescente comienza una búsqueda de su libertad y autonomía. La influencia de los pares es más fuerte en la adolescencia temprana; entre los 12 y 13 años y declina en la adolescencia media y tardía (Papalia, et al., 2005).

Sin embargo, con el avance de la tecnología, las redes sociales funcionan como un vínculo que servirá al adolescente para poder comunicarse y encontrar nuevos intereses. También se desarrollan nuevas formas de pensamiento y de razonamiento moral, se estructura un sistema de valores propio y se diversifican las valoraciones sobre ellos mismos (Estévez, 2013).

Cambios cognitivos

Jensen (2008), menciona que los cambios que ocurren en la adolescencia en la comprensión de uno mismo se fundamentan en los cambios más generales en el funcionamiento cognoscitivo. Por lo que el concepto personal y el desarrollo cognoscitivo general de los adolescentes se vuelven más abstractos y complejos.

Ahora, el adolescente busca causas y soluciones posibles, siendo capaz de formular no solo hipótesis sino de deducir sus posibles consecuencias (Aguirre & Oviedo, 2004). Para Piaget (1896 como se citó en Castillo, 2009) la adolescencia es un estadio del desarrollo evolutivo del ser humano ligado a la reestructuración de las capacidades cognoscitivas.

De acuerdo con Piaget (como se citó en Papalia, et al., 2005) en el aspecto cognoscitivo los adolescentes entran al nivel más alto del desarrollo llamado: las operaciones formales. Esta etapa del desarrollo supone volver el pensamiento sobre sí mismo, revisando y actualizando la identidad personal, llevándolo a descubrir las

posibilidades que encierra ser adulto y de las nuevas capacidades permitiéndole diferenciar entre lo que es y lo que quiere ser (Aguirre & Oviedo, 2004).

Este desarrollo, por lo regular sucede alrededor de los 11 años y les da una nueva y más flexible forma de manipular la información. Lo cual abre la pauta para integrar lo que han aprendido a lo largo de su vida y poder enfrentar nuevos desafíos en el presente. Este periodo finaliza en algún momento entre los 15 y 20 años, por lo que es el estadio más relevante para el desarrollo cognoscitivo en la adolescencia (Jensen, 2008).

Las relaciones de amistad influyen también en el desarrollo cognitivo y emocional del adolescente, en su adaptación al entorno social en el que convive, en el aprendizaje de actitudes y valores, en la formación de la identidad, en la adquisición de habilidades sociales como el manejo eficaz del conflicto y el control de la ira y la agresión (Estévez, 2013). Así como afectar a todas las dimensiones de la vida del adolescente: en su rendimiento académico, en el inicio de conductas de riesgo, en su vida familiar (Castillo, 2009).

Crisis y duelos

Castillo (2009) nos proporciona una mirada más clara acerca de las crisis en la adolescencia las cuales divide de la siguiente manera:

Crisis en la adolescencia inicial: de crecimiento físico (el adolescente se avergüenza de su nuevo aspecto); afectiva (inconformidad permanente con los adultos y consigo mismo); de la sexualidad (desconcierto y posible sentimiento de culpabilidad ante la maduración sexual).

Crisis en la adolescencia media: de afirmación e independencia del yo: (que se expresa como oposición a la autoridad y rebeldía); crisis de las ideas (en el terreno

moral, social); religiosa (se cuestiona la formación recibida durante la infancia y se la somete a prueba de las propias ideas y expectativas).

Es también una etapa de muchas preocupaciones las cuales nacen como parte de todos los cambios y se convertirán en desafíos a los que se enfrentarán posteriormente. Algunos de los principales desafíos se centran en la condición física, las necesidades de sueño, los trastornos alimenticios, el abuso de drogas, la depresión y las causas de muerte en la adolescencia (Papalia, et al., 2005).

Debido a todos los cambios que ocurren se considera que la adolescencia es una etapa en la que se viven diversos duelos que el joven deberá aprender a afrontar ya que de eso también dependerá el desarrollo de una personalidad saludable. Por otro lado, Aguirre (1994), menciona que algunos de los duelos más importantes se dan entre los 11 y los 12 años aproximadamente y tienen que ver con la pérdida de la infancia.

Se pierde el cuerpo infantil, hay un duelo por la pérdida de los padres de la infancia, esos padres que el niño idealizaba como perfectos se vuelven más reales e incluso cuestionables, y tal pareciera que la sociedad ya no le ofrece las respuesta ni la ayuda esperada (Guelar & Crispo, 2002).

Todos estos duelos vienen de la mano con momentos de crisis y cambio en el proceso adolescente y suelen estar acompañados de situaciones depresivas (Aguirre, 1994). En algunos casos las conmociones emocionales están íntimamente ligadas a los intensos cambios corporales que se iniciaron en la pubertad, a los que se van añadiendo los conflictos que se generan en el propio ámbito familiar y social (Guelar & Crispo, 2002).

Emociones y conductas de autodaño

Las emociones toman un papel sustancial en la vida de las personas y en la adolescencia se vuelven de vital importancia debido a todos los cambios a los que se enfrenta el adolescente. Manejarlas de manera adecuada puede garantizar una vida más estable y la superación de los retos que se les presenten a lo largo de su vida. Es por tanto indispensable que el adolescente aprenda a identificar, expresar, manejar y comunicar sus emociones de forma positiva para que tenga una mejor capacidad de afrontamiento ante todos los cambios que está viviendo.

La adolescencia es la etapa en que se viven situaciones frustrantes o intolerables que los llevan a fantasear con la muerte como un medio para resolver sus problemas. Las emociones por tanto tiñen la vida del adolescente (Guelar & Crispo, 2002) por lo que las ideas de muerte suelen ser muy recurrentes y estar ligadas a la intensidad y complejidad de sus sentimientos.

Algunos de los más recurrentes como la angustia, la aflicción, la rabia, el terror o la excitación inhabituales pueden ser somatizados en lugar de reconocidos y será entonces cuando el sujeto quede inmerso en un modo primitivo de pensamiento (McDougall, 1998) donde el mejor medio de comunicación que encontrará será el cuerpo.

Dar rienda suelta a sus emociones los puede llevar a somatizar el cual es un proceso que se lleva a cabo de manera inconsciente ya que el cuerpo actúa por sí mismo mientras que lastimarse/lesionarse es una manera consciente de lidiar con las emociones que se quieren evitar.

El riesgo de somatización resulta más grande cuando la dificultad para manejar los conflictos internos y las presiones externas es mayor. Todo sujeto en algún momento de su vida es proclive a somatizar o a tener accidentes corporales para descargar aquellas tensiones afectivas con las cuales le es difícil lidiar (McDougall, 1998). Motivo por el cual es importante una adecuada maduración afectiva, la cual

incluye el autocontrol de las emociones y sentimientos así como la capacidad de expresarlos (Castillo, 2009).

En nuestra vida diaria podemos observar muestras claras sobre los signos que envía nuestro cuerpo y están relacionados estrechamente con las emociones. Se llegan a utilizar frases como: “temblamos” de miedo, “nos aplasta” la pena, “nos ahoga” la cólera, el “nudo” que se hace en la garganta o el estómago debido a la angustia, el corazón “salta” de alegría o está “oprimido” por el dolor (McDougall, 1998) para describir la manera en que se siente una persona.

Santos (2012), menciona que algunas formas positivas de manejar las emociones que nos hacen sentir mal son: hablarlo, escribir sobre ello, meditar, reflexionar, llorar, u oír música, entre otras. Ya que para evitar estas emociones muchos jóvenes recurren a diferentes conductas: apostar, beber alcohol o uso de sustancias nocivas, purgarse o vomitar, fumar, hacerse cortadas o quemadas en los brazos/golpearse, trabajar en exceso/ejercitarse en exceso las cuales ayudan a enmascarar la realidad.

Tomando en cuenta todos los cambios por los que pasa el adolescente sobre todo a nivel físico no es de extrañarse que se desvalorice, en mayor medida son las adolescentes las que poseen una imagen corporal más negativa que los varones y son más críticas de su aspecto (Jensen, 2008).

Debido a la dificultad para enfrentarse a los cambios, los adolescentes suelen recurrir a conductas de riesgo las cuales son una manera de evitar estados de tensión y procuran placer aunque momentáneo (Santos, 2012). Algunos jóvenes tienen mayor dificultad para manejar todos los cambios a la vez, por lo cual pueden necesitar ayuda para superar los peligros a lo largo del camino (Papalia, et al., 2005).

Gratz y Chapman (2009), y Gratz (2007) como se citaron en Marín (2013) hacen referencia a la regulación emocional como una de las formas adaptativas de respuesta

al malestar emocional. La cual tiene cuatro características principales: 1) claridad, compresión y aceptación de emociones; 2) habilidad para involucrarse en conductas dirigidas a metas e inhibir la conducta impulsiva cuando se experimentan emociones perturbadoras; 3) uso flexible y apropiado de las estrategias para cada situación, a fin de modular la intensidad/duración de las respuestas emocionales (en lugar de eliminar la emoción solamente) y por último 4) aceptación de la experiencia de emociones negativas como parte de la experiencia vital enriquecedora.

Es necesario entender que la disregulación emocional es el manejo inadecuado de las propias emociones el cual se caracteriza por dificultades para: 1) identificar, comprender y aceptar las propias emociones, 2) inhibir la conducta guiada por las emociones, 3) disminuir la respuesta visceral intensa y 4) mantener la atención enfocada en la actividad previa; por lo cual la conducta en general tiende a ser desorganizada (Gratz & Roemer, 2004 y Linehan, 1993 como se citaron en Marín, 2013).

Es de vital importancia tomar en cuenta las características de la regulación y disregulación emocional en la adolescencia ya que una conducta de auto-daño es aquella que la persona realiza en una situación de riesgo ya sea emocional o físico. Por tanto, dichas conductas ayudan al adolescente a evitar situaciones o emociones dolorosas.

Debido a esas emociones se suelen desencadenar conflictos y desajustes de la conducta en los que el joven comienza a tener necesidades propias (Mirolli, 1980) que los pueden conducir a una actitud negativa frente al mundo. Se pueden ver envueltos en conductas de riesgo, tales como el inicio en las adicciones, conductas delictivas, trastornos de la alimentación y conductas autolesivas.

Muchas de las conductas que adopten se verán influenciadas por el grupo de amigos al que pertenezcan o deseen pertenecer. En un principio pueden iniciar con conductas tales como consumo de drogas ya sea legal o ilegal, desafiar a figuras de

autoridad como padres o maestros o consumo de alcohol. Sin embargo, el adolescente se verá libre de decidir si continua o no con dichas conductas, cambiar de amigos o quedarse en cierto grupo que le dará la pauta para aprender y encontrar lo que en verdad le gusta y lo definirá como persona.

De acuerdo con la Dra. Dora Santos (2012) las conductas de autodaño se dividen en 5 tipos diferentes que son:

- *Relacionadas con la comida: bulimia, anorexia, comedor compulsivo.*
- *Relacionadas con conductas de riesgo: actividades o deportes de alto riesgo, actividad sexual no responsable, romper la ley.*
- *Relacionadas con uso de sustancias nocivas: abuso de alcohol, adicción al alcohol, fumar, abuso de drogas, adicción a las drogas.*
- *Relacionadas con la ingesta: auto-medicación, sobredosis de medicamentos, auto-envenenamiento, inhalar sustancias, tragar objetos.*
- *Relacionadas con la autolesión: cortarse, quemarse, golpearse.*

Si a los cambios físicos y biológicos propios de la pubertad y a la presión ambiental general a favor de un cuerpo delgado se suman burlas y comentarios negativos formulados por personas tan influyentes como su círculo de amigos o familiares, no puede sorprender que los adolescentes presenten una elevada insatisfacción corporal, una baja autoestima, muchos síntomas depresivos y frecuentes pensamientos suicidas (Toro, 2013) que los lleven a algunas de las conductas de autodaño antes descritas.

El sufrimiento emocional (depresión y ansiedad) y el riesgo de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario son las consecuencias más negativas de la percepción del propio cuerpo y de su evaluación negativa tan frecuentes en los adolescentes (Toro, 2013).

Tal y como mencionan Conterio y Lader (1998 como se citó en Aguirre & Oviedo, 2004), todo lo que los adolescentes viven y no pueden expresarlo en palabras lo expresan en su cuerpo. Es en él, donde escriben sus vivencias y sus llamados de atención siendo los cortes el mudo testimonio de las emociones y pensamientos de estos adolescentes.

Una de las conductas más habituales entre los adolescentes es la ingesta de bebidas alcohólicas. Muchos de ellos son púberes de apenas 12 o 13 años (Guelar & Crispo, 2002). Incluso se considera que los jóvenes están más expuestos al uso y abuso de sustancias entre los doce y veinte años. El consumo de bebidas alcohólicas se ha vuelto incluso un rito colectivo de iniciación en la vida adulta (Castillo, 2009).

El consumo de sustancias inicialmente aporta al individuo cierto grado de alivio al dolor que causa enfrentarse a la realidad y de padecimientos psíquicos causados por conflictos emocionales y disimula la pesada existencia. Las principales causas de muerte en las adicciones son la cirrosis hepática, accidentes y suicidio (Garay, 2001).

La capacidad de afrontamiento del adolescente a los numerosos cambios evolutivos que experimenta depende en gran medida de la capacidad de la familia en su conjunto de sobrellevar situaciones de estrés (Estévez, 2013). Por tanto, también es importante que el adolescente vea en su familia una red de apoyo a la cual acudir cuando no pueda enfrentarse a los problemas que se le presenten.

CAPÍTULO 2.

LA IMAGEN CORPORAL

"*Considerar el cuerpo como una tumba, un templo, un enemigo, una máquina o el yo determina una gran diferencia en cómo conducimos nuestras vidas o tratamos nuestros cuerpos*."

Sparkes, 1997 como se citó en Toro, 2013.

Como se reviso en el capítulo anterior los cambios en el aspecto físico y biológico ejercen una mayor influencia en la vida del adolescente dando inicio a la preocupación por su imagen corporal. El cuerpo es objeto de preocupaciones, de inquietudes, de angustias pero durante la transición puberal todo esto se acrecienta. Así, surgen en los jóvenes temores ante determinadas enfermedades o malformaciones diversas, de aspecto antiestético que puede dar surgimiento a una dismorfofobia (Braconnier, 2001).

El adolescente no sólo se inquieta por conocerse y comprenderse, también tiene una impaciencia por ser un "yo" interesante y valioso para sí mismo y para los demás, le importa mucho lo que en el discurso social se denomina "dar una buena imagen" (Aguirre & Oviedo, 2004).

Se inquieta por cada detalle de su cuerpo, tratando de ocultar defectos y mostrando virtudes, busca además mostrar su propia personalidad, autónoma y lo suficientemente "grande" como para ser tomada en cuenta. Intenta crear todo un lenguaje de seducción a través del cuerpo, estando muy pendiente no sólo de su apariencia física sino también de sus expresiones faciales, gestos y todo tipo de movimientos (Roa, 1983 como se citó en Aguirre & Oviedo, 2004).

Como resultado de la interacción e integración de los procesos psicológicos, biológicos y sociales la imagen corporal adopta un significado positivo o negativo en los

jóvenes el cual influye en sus sentimientos y por tanto en sus pensamientos y conductas. Raich (2000) menciona que el que una persona tenga una imagen positiva o negativa de sí mismo influirá en sus pensamientos, sentimientos y conductas teniendo un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia.

Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal ya que si una persona no puede aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. También existe el temor a ser inspeccionado o de ser observado en situaciones sociales lo que puede propiciar que la persona se aisle (Raich, 2000 como se citó en Zamorate, 2009). Lo que resulta en un fenómeno de retroalimentación entre el sujeto y su cultura, donde el adolescente valida de sí mismo lo que su grupo social valida, de esta manera significa sus distintos aspectos: corporal, psíquico, conductual, moral (Castillo, 1999 y Carvajal, 1993 como se citaron en Aguirre & Oviedo, 2004).

La imagen física juega, por ello, un papel muy importante en la formación de la imagen de sí mismo. Esto se observa, en el hecho de que se autodescriben aludiendo única o principalmente a sus rasgos físicos y no será hasta la adolescencia intermedia que surjan autodescripciones basadas en rasgos psicológicos (Castillo, 2009).

El cuerpo como objeto

Braconnier (2001), menciona que el cuerpo es un objeto de transacción con el entorno. Al comienzo de la adolescencia en particular, el joven puede vivir su cuerpo como un objeto que realmente no le pertenece, sino que sigue siendo propiedad de sus padres.

Jeamment (1980 como se citó en Aguirre, 1994) señala que el cuerpo en la adolescencia es un medio privilegiado de expresión y se distingue por un cuerpo objetivo y un cuerpo subjetivo (expresión de la conflictividad psíquica). Siendo por tanto

sensible a los elogios o críticas de los demás al propio cuerpo y determinando a su vez la valorización o desvalorización de imagen corporal de los adolescentes.

Es en la etapa de la adolescencia donde el joven está más dispuesto a adoptar un estilo de ropa, de peinado, de maquillaje e incluso una actitud, una forma de caminar, de desplazarse diferente a las exigencias parentales con las que ha crecido. En otros casos, cuando la rebelión es imposible o se vive como algo demasiado peligroso, el cuerpo puede ser objeto de una regresión en la que el adolescente se deja "cuidar" (Braconnier, 2001).

El cuerpo y todo lo relacionado con él es un objeto de reconocimiento social entre los demás adolescentes. Por tal motivo, estar a la moda es el paradigma de la paradoja del adolescente: querer ser original haciendo lo mismo que otros. No resulta extraño que a esta edad surjan numerosas conductas patológicas en torno al cuerpo o lo tomen como objeto (Braconnier, 2001).

El cuerpo subjetivo

Una evaluación favorable o desfavorable de sí mismo parece constituir el proceso perceptivo común subyacente a toda autovaloración incluso cuando ésta parece tener como objetivo unos aspectos a priori muy diferentes de las características individuales (Schilder, 1989 como se citó en Zamorate, 2009).

El cuerpo acaparará entonces la atención del joven que se sumirá en una profunda introspección (Aguirre, 1994). Así que no es de extrañar que la insatisfacción de las chicas con su cuerpo se incremente en el curso de la adolescencia temprana a la intermedia, mientras que los chicos que se vuelven más musculosos se sientan más satisfechos con su cuerpo (Papalia, et al., 2005).

Debido a que la imagen corporal del adolescente en pubertad está sujeta a un cambio incesante, les resulta muy difícil aceptar e integrar psicológicamente su nueva imagen. En realidad, tendrían que identificarse con la nueva imagen de cada nuevo día ya que los continuos cambios físicos típicos de la pubertad afectan negativamente al desarrollo de la identidad personal. El desarrollo de la identidad no solo exige encontrar y cultivar la diferencia con los otros, exige también sentir la continuidad de sí mismo a medida que cambia el cuerpo (Castillo, 2009).

Por tanto, como Castillo (2009) menciona, no hay que sorprenderse de que el adolescente tenga inicialmente sentimientos de rechazo hacia su 'nuevo cuerpo'. Pero tampoco se debe quitarle importancia, ya que al rechazar su imagen física, de algún modo está rechazándose a sí mismo de forma global.

Tal y como menciona Guilleraut (1996 como se citó en Barberá & Martínez, 2005) el carácter de las experiencias y significaciones otorgadas a lo largo del desarrollo del sujeto anidan en el cuerpo, constituyendo una especial carga emotiva que influye en la formación de la imagen corporal, necesaria para producir una específica configuración del yo.

Errazuriz (2001 como se citó en Aguirre & Oviedo, 2004) señala que las significaciones en torno al cuerpo hacen referencia a los aspectos más subjetivos de la experiencia corporal. Esto se explica porque éstas se desprenden tanto de cómo el cuerpo, como tal es percibido, producto de sus condiciones físicas, pero también de cómo es vivenciado o autoevaluado por el sujeto

Se puede decir entonces que la experiencia subjetiva en torno al cuerpo es producto de un proceso en el cual, las diferentes percepciones, actitudes y afectos centrados en el propio cuerpo se integran en una especie de gestalt. Más aún, se integran en un conjunto de significaciones que han sido construidas a lo largo de su existencia a través de diversas experiencias con los otros (Errazuriz, 2001 como se citó en Aguirre & Oviedo, 2004).

McDougall (1998) hace referencia a la necesidad del sujeto de construir organizaciones psíquicas capaces de poner fin a los dolores físicos y psíquicos desde el nacimiento. Se refleja en el cuerpo no solo la experiencia subjetiva relacionada con la apariencia sino también la experiencia provocada por aquellas emociones que tan difícilmente se han podido expresar creando estados psicosomáticos.

Aquellas personas que tienen dificultad para comprender sus estados afectivos pueden carecer de una representación del yo psicológico que les ayude a integrar las emociones. Por lo que hacen de su cuerpo el narrador de las palabras que no pueden ser dichas, de aquellos sentimientos que no pueden tolerar en lugar de verbalizarlas (Krueger, como se cito en Cash y Pruzinsky, 2002)

Los estados psicosomáticos son la manera en que el cuerpo superfunciona o inhibe las funciones somáticas que deberían ser normales en el plano fisiológico. McDougall (1989) indagó durante mucho tiempo las expresiones somáticas de sus pacientes llegando a la conclusión de que los fenómenos psicosomáticos no deberían limitarse sino explorarse ya que existe una predisposición a los accidentes corporales y las brechas en el escudo inmunitario de un sujeto.

Definiciones de imagen corporal

Raich (2000) menciona que la imagen corporal no es sólo aquello que ven los demás de nosotros, no es sólo la fotografía interna que tenemos de nosotros mismos, no es sólo lo que pensamos de nuestro aspecto, no es sólo lo que sentimos de nuestro cuerpo, no es sólo cómo nos comportamos por nuestro propio cuerpo. Entonces, ¿qué es la imagen corporal?

La imagen corporal es considerada por Aguado (1998 como se citó en Zamorate, 2009) como una estructura simbólica en la que la cultura recrea los mensajes centrales para que el sujeto pertenezca a determinada cultura. El cuerpo

humano es el primer espacio tiempo, ya que dicha red se construye a partir de la significación del propio cuerpo.

Bruchon (1992 como se citó en Zamorate, 2009) señala que la imagen corporal es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa.

Barberá y Martínez (2005) mencionan que la imagen corporal es representación mental subjetiva, marcada por el significado genérico, cuya organización está asociada a funciones, posibilidades y consecuencias, reales o imaginarias, así como a las emociones que generan.

Toro (2013) señala que la imagen corporal es la representación mental del cuerpo. Por lo que la imagen corporal es el cuerpo, la silueta que creo tener, la que puedo percibir aun cuando esté sin espejos y/o a oscuras.

Integrando de manera más detallada lo anterior Raich (2000) concluye que la imagen corporal es un constructo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste. Incluyendo la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Alternativamente se ha utilizado el concepto de esquema corporal como sinónimo de la imagen corporal, sin embargo Dolto (1984 como se citó en Guimón, 1999), nos proporciona una explicación acerca de la diferencia entre ambos conceptos mencionando que el esquema corporal es más o menos el mismo para todos los individuos de una misma edad que viven en el mismo clima, mientras que la imagen del cuerpo es propia de cada uno porque está ligada a la historia libidinal del sujeto.

Zamorate (2009) menciona que la imagen corporal también es una representación que nos formamos de nuestro cuerpo, de la forma en que este nos parece a través de impresiones táctiles, térmicas y de dolor y la experiencia inmediata, es la unidad corporal, es una apariencia propia del cuerpo. Mientras que esquema corporal es la imagen tridimensional que cada uno tiene de sí mismo.

Para Dolto (1989 como se citó en Zamorate, 2009) el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, independientemente del lugar, la época o las condiciones en que vive. Mientras que la imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, del cabello, de la estatura somática global.

Un ideal del cuerpo insano es ser rígido e inmutable, e incluye características inalcanzables para el individuo. Con los estereotipos cada vez más presentes en televisión y sobre todo en las redes sociales, hombres y mujeres se crean fantasías acerca del cuerpo perfecto. Por tanto es maleable y responde a la acción de enfermedades, traumas, regresiones emocionales y tratamientos (Anderson & Anderson, 1976).

También es cierto que la imagen corporal, la percepción de la apariencia física, cuando es sobrevalorada, puede influir sobremanera en conductas, habilidades y experiencias (Toro, 2013). Esto se ve afectado cada vez más por la presión cultural que ejercen los modelos femeninos físicamente perfectos de la moda y la publicidad.

Thompson (en Raich, 2000), hace referencia a los componentes de la imagen corporal, los cuales son tres:

- Perceptivo: es la precisión con la cual una persona percibe la forma y medida del cuerpo en su totalidad
- Cognitivo-actitudinal: incluye creencias, pensamientos, imágenes y sentimientos de la persona sobre su cuerpo.

- Conductual: hace referencia al comportamiento de una persona a partir de lo que piensa y siente en relación a su cuerpo.

Desarrollo de la imagen corporal

La adquisición gradual de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre las adquisiciones múltiples, no solo visuales y cenestésicas sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. Por lo que el desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como “propio” lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto (Barberá & Martínez, 2005; Zamorate, 2009).

Lo anterior hace referencia a un cuerpo objeto con propiedades físicas y un cuerpo sujeto, revestido de significados y afectos, y con una dimensión valorativa. La imagen corporal corresponde por tanto a una topología personal más allá de los órganos, como sustrato sobre el que se proyecta y reorganiza el yo.

El desarrollo de la imagen corporal se comienza desde el nacimiento ya que poco a poco el niño va adquiriendo conocimiento no solo desde su propio reflejo sino también de cómo las personas perciben su propia apariencia (Redondo, Galdó & García, 2008). Dado que las percepciones, las creencias y los sentimientos de una persona respecto a su aspecto tienen más probabilidad de determinar su imagen corporal que sus características físicas reales (Bell & Rushforth, 2008) surgirá la necesidad de ser aceptados por los demás, generando así, efectos negativos o positivos sobre sí mismos.

Zamorate (2009) señala que la formación básica de la imagen corporal se realiza en los primeros meses de vida en los cuales el individuo experimenta un narcisismo sin narcisismo, que hace referencia a que aún no se realiza la diferenciación entre el yo y la realidad. Los elementos que marcan este período son los procesos somáticos y las

necesidades primarias, algunas zonas fundamentales para dicho proceso son la boca-pecho que sintetiza la satisfacción-insatisfacción de la necesidad. Al parecer el contacto físico de estas zonas constituyen los ejes de la imagen temprana del cuerpo gracias a que se conjuga el conjunto de los registros sensoriales a partir de una experiencia vital ritualizada.

Todo este proceso depende principalmente de dos factores: el dolor y el control motor de nuestros miembros; el dolor contribuye a la construcción de la imagen corporal por la sensación que provoca. Además permite decidir lo que queremos cerca de nuestra personalidad, del centro de nuestro Yo y lo que se desea alejar y el movimiento es la base de nuestro Yo corporal, es una actividad continua (Schilder, 1989 como se citó en Zamorate, 2009).

Barberá y Martínez (2005) mencionan que la imagen corporal, que se construye como parte del desarrollo psicológico del sujeto, incorpora no solo la gestalt desde la que se delimita el Yo, sino también la expectativa de ser, en un cuerpo significado por los patrones normativos, adscritos socialmente a la categoría sexual asignada.

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Se debe tomar en cuenta que la formación de la imagen corporal no está exenta de las marcas sociales de la diferencia. Ya que es sobre el cuerpo donde se inscribe la significación subjetiva y social de la diferencia sexual (Barberá & Martínez, 2005).

Experiencias como las relacionadas a los cambios biológicos, a los cambios psicológicos (cambios cognitivos) y a las que se deben al contexto social y el entorno cultural, también producen variaciones en el concepto que una persona tenga sobre su imagen corporal (Pérez, 1998 como se citó en Zamorate, 2009).

Por consiguiente, hablamos de imagen corporal para describir aspectos de la experiencia corporal tal como lo percibe el propio sujeto y no solo como un cuerpo con

propiedades físicas sino también como un cuerpo lleno de afectos complejos y estos pueden ser conscientes y de naturaleza autoevaluativa (Pérez, 1998 como se citó en Zamorate, 2009).

La construcción de la imagen corporal es, por tanto, un proceso muy complejo en el que se articulan dimensiones y factores diversos (Barberá & Martínez, 2005). Este proceso de construcción y reconstrucción de la imagen constituye un aspecto decisivo de la subjetividad.

La imagen del cuerpo sufre los cambios de los ajustes del desarrollo corporal, siendo la transición de la adolescencia al mundo adulto un periodo importante en el que se rompe la imagen de la niñez en una explosión de cambios corporales, hormonales y emocionales que afecta especialmente en las mujeres (Barberá & Martínez, 2005).

Cash y Pruzinsky (2002) señalan que tanto hombres como mujeres desarrollan diversos cambios que van a influenciar en su imagen corporal, incluyendo el desarrollo de la pubertad, la sexualidad, formación incipiente de una identidad, intensificación del rol de género y la exploración de posibilidades realistas de éxito en varios campos.

Imagen corporal en la sociedad

Debido a que el cuerpo humano ha sido objeto de admiración se ha convertido en un determinante de la realidad de la condición humana. Gracias a él sentimos, deseamos, nos expresamos, creamos y asumimos que somos organismos estructurales con funciones y facultades que nos permiten interactuar con el mundo (Zamorate, 2009).

Durante la niñez media (incluso desde antes) los niños se vuelven más o menos conscientes de los diferentes ideales y tipos de cuerpo instaurados en la sociedad lo que les ayuda a obtener una idea bastante clara de su propia estructura, proporciones

y habilidades corporales. Pero, no es hasta la adolescencia que el tipo de cuerpo se somete a un escrutinio aún más detallado (Craig, 1997 como se citó en Zamorate, 2009).

En general, se ha visto que las adolescentes se enfrentan a más demandas de la sociedad en comparación con los hombres y las experiencias que surjan a raíz de su relación con el medio pueden aumentar su inseguridad, limitar la confianza, e incrementar la tendencia a definirse en términos de los valores sociales y económicos de su propio cuerpo (Cash & Pruzinsky, 2002). Es así como entre los jóvenes, especialmente los que están en la adolescencia temprana, la satisfacción con la imagen corporal correlaciona muy alto no solo con la autoestima global sino también por la aceptación social por los iguales.

Caplan (1973 como se citó en Zamorate, 2009) señala que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo. Primero la impresión que una persona les causa a los demás y segundo, el modo en que el adolescente percibe su propio cuerpo.

Las actitudes de la sociedad hacia la alimentación y la dieta ejercen una influencia fundamental en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Por ejemplo, el prototipo femenino de belleza dominante propone una delgadez tan extrema que resulta no sólo inalcanzable, sino además muy poco saludable dando por resultado una mayor insatisfacción corporal. Mientras que el ideal masculino de belleza, demanda un cuerpo delgado, pero musculado, por lo que en muchas ocasiones los jóvenes adoptan conductas peligrosas para la salud, como el consumo de esteroides y dietas alimentarias dañinas (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010).

En culturas industrializadas se piensa que la imagen corporal, incluida la percepción de toda la apariencia física, es probablemente el componente más importante de la autoestima global en la adolescencia. Cash y Pruzinsky (2002) mencionan que los programas de prevención para las mujeres entre 12 y 17 años

pueden tener un efecto positivo a corto plazo en el conocimiento de los determinantes culturales, de la imagen corporal, actitudes sanas y en las conductas alimenticias

La imagen corporal de cada sexo busca tener una coherencia propia por lo que existen diversos componentes de la imagen del cuerpo de los hombres y las mujeres. Entre ellos está la satisfacción corporal, el atractivo subjetivo, la importancia atribuida a diversas zonas del cuerpo y la accesibilidad, los cuales pueden predecir la autoestima, preferencias, distancia entre cuerpo percibido y cuerpo ideal (Zamorate, 2009).

Los medios de comunicación, el entorno social próximo y la familia son los tres elementos clave de dicha presión ya que cuanto más altos son los niveles de presión percibida más se incrementa la preocupación por la imagen y por las estrategias de cambio corporal (Aguirre, 1996). Con todo esto, podemos darnos cuenta que la presión sociocultural percibida aparece como una de las principales causas de la insatisfacción corporal.

Cada persona tiene una percepción de sí misma y de la manera en la que interactúa tanto consigo misma como con los demás. Estas percepciones son uno de los elementos que ejercen influencia, consciente o inconsciente, en cómo la persona enfrenta y resuelve las dificultades diarias (Santos, 2012). Pero a su vez, emociones intensas como el odio, el temor, la agresión y el amor suelen constreñir la imagen corporal a un modelo postural único (Anderson & Anderson, 1976). Convirtiendo al cuerpo en un instrumento que le permite expresarse y valorarse.

Toro (2013) menciona que como fruto del juicio que se le hace a la imagen corporal nace la conclusión de “mi cuerpo me gusta o no me gusta, me satisface mucho o poco o nada”. Por lo que esta valoración estética del cuerpo, dada la influencia de la imagen corporal en la autoimagen general, determina, por lo menos en parte, autoestima. Es decir, si nuestro cuerpo no nos gusta (incluyendo el cuerpo que imagino tener), tampoco nos vamos a gustar como personas y probablemente la valoración que hagamos sobre nosotros mismos será negativa.

Una idea de nuestro cuerpo real o deformada influirá en nuestra interacción con los demás y las acciones que llevamos a cabo obedecerán a esta imagen corporal que cada uno tiene de sí mismo (Cash, 1997 como se citó en Zamorate, 2009). Por tanto, tener una idea de sí mismo real y tangible permitirá comunicar experiencias y vivencias mediante el lenguaje verbal o corporal lo que a su vez permitirá asimilar experiencias y vivencias de los demás (Zamorate, 2009).

Tener una imagen corporal negativa o positiva puede desencadenar en diferentes tipos de trastornos. Uno de ellos es el trastorno de la imagen corporal que afecta principalmente a mujeres y sucede cuando ellas devalúan su apariencia intensamente e imaginan que las otras personas se fijan y se interesan por su defecto. Debido a ese defecto surge la creencia de la imposibilidad de ser queridos o apreciados por los demás (Zamorate, 2009). La interpretación errónea de la imagen corporal puede desencadenar malestar, desesperación, enfado o tristeza que puede durar horas o incluso días.

De acuerdo con Halgin (2009) la perturbación de la imagen corporal también es una característica de la anorexia nervosa. Cuando una persona con anorexia se mira al espejo, ve a una persona obesa y no la imagen real que tienen y que es tan evidente para los demás.

Halgin (2009) refiere que algunas de las personas con diagnóstico de anorexia nervosa o bulimia nervosa tienen características cruciales respecto a su imagen corporal. Quienes padecen anorexia tienen percepciones distorsionadas de sus dimensiones corporales, incluso a pesar de estar cerca de un estado crónico de inanición seguirán percibiendo que tienen exceso de peso. En contraste con las personas que tienen bulimia, ya que estas tienen una percepción corporal precisa, pero les preocupa aumentar de peso.

Desde una perspectiva psicológica Halgin (2009) menciona que los trastornos alimentarios se desarrollan en jóvenes que sufren una gran confusión y dolor interiores

y que se obsesionan con los aspectos corporales por lo que recurren a menudo a los alimentos para sentirse a gusto y reconfortados.

Krueger (como se citó en Cash y Pruzinsky, 2002) menciona que cuando el cuerpo no es integrado a la experiencia psicológica puede afectar diversas áreas, tales y verse reflejado en la alienación (conductas como el ayuno y la auto-mutilación), convertirse en un instrumento en el que actúen los síntomas (actividades adictivas o sustancias), ser sujeto de excesiva rumiación y narcisismo (desorden dismofico corporal), o visibilizarse en dolor, enfermedades físicas, edad o peso.

Un estudio realizado por Muehlenkamp y Brausch (2012) sugiere en el caso de aquellos que se autolesionan los tratamientos que incorporan entrenamiento en mindfulness o métodos para aceptar el cuerpo pueden ser más efectivos que reducir la autolesión porque reconectan al individuo con su cuerpo. Es posible que esta reconexión y enseñanza de la sensibilidad de estados corporales ayude a la persona a desarrollar una imagen corporal más fuerte, entonces reducirá significativamente la sensación de odio hacia el cuerpo o volverlo un objeto, que requiere la autolesión. Hablaremos más acerca del tema de la autolesión en el siguiente capítulo.

Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover

Para esta tesis es importante hacer referencia a una de las principales técnicas proyectivas utilizadas para estudiar la personalidad desarrollada por Karen Machover: el test proyectivo de la figura humana. Esta técnica del dibujo se basa en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado.

Por su parte, Portuondo (1997) en su libro sobre La figura humana, hace una descripción detallada de cada una de las partes y características a evaluar del test proyectivo así como, refiere que lo que cada quien dibuja está íntimamente relacionado con la propia personalidad y el papel que desempeña en el medio ambiente.

En el 2009, Zamorate realizó una investigación la cual tuvo como objetivo principal identificar cómo se percibe (imagen corporal) el paciente psiquiátrico con diagnóstico de esquizofrenia paranoide además de evaluar 11 rasgos específicos relacionados con la imagen corporal del test proyectivo de la figura humana de Karen Machover.

La investigación concluyó que la imagen corporal de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia está deteriorada, y como la imagen corporal es un elemento cognitivo éste también se ve afectado ya que uno de los síntomas de la enfermedad es la distorsión física por lo que es común que estos pacientes manifiesten distorsiones corporales, lo que provoca que ellos se perciban de una manera errónea.

Haciendo uso también del test de la figura humana de Karen Machover, Mayorga (2011) realizó una investigación que tuvo como hipótesis evaluar si existían diferencias significativas en cuanto a la percepción de la imagen corporal entre un grupo de adolescentes que han vivido en la calle y un grupo de adolescentes que han vivido en su núcleo familiar. El estudio demuestra a partir de las características manifiestas de cada grupo que los adolescentes que viven en la calle presentan mayor descontento con su imagen corporal.

Anderson y Anderson (1976) señalan que el dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo, en el ambiente. Lo que se expresa se podría caracterizar como la imagen corporal, que describen numerosos autores. La imagen corporal se puede definir como una reflexión completa de autoconsideración (imagen de sí mismo).

Además del análisis de los dibujos se ha observado que el análisis de las historias proporciona más elementos para evitar perder la objetividad y ayuda a enriquecer la evaluación. Portuondo (1997), refiere que al analizar las historias es importante identificar los temas, matices e índices diagnósticos presentes los cuales deben ser evaluados principalmente por su intensidad en las historias.

CAPÍTULO 3.

AUTOLESIÓN

¿Cómo sabrás qué estoy sufriendo? ´

Si no puedes ver mi pena

Usarla en mi cuerpo

Cuenta lo que las palabras no pueden explicar.

C. Blount como se citó en Aguirre y Oviedo, 2004

Desde que los seres humanos existen han usado su cuerpo para comunicar su identidad o su clase social (Aguirre & Oviedo, 2004) e incluso diversas culturas han usado marcas tribales para unir a su comunidad y así crear un sentido de pertenencia. Por ejemplo, las mujeres hindúes demuestran su fe usando un punto rojo en la frente; o pueblos africanos que son conocidos por sus tatuajes, cicatrices y sus prácticas de pinturas faciales (Conterio & Lader, 1998 como se citó en Aguirre & Oviedo, 2004). Por tanto, todas aquellas conductas que forman parte de una cultura como tradición no son consideradas conductas de autodaño ya que son las que identifican a una persona en su comunidad.

Sin embargo, como se mencionó en el capítulo 1, existen diversas conductas que son consideradas de autodaño en nuestra sociedad, una de ellas es la autolesión. La cual se clasifica de acuerdo a su severidad, en este caso hablaremos de la conducta de autolesión típica que va desde cortes en la piel, quemarse o golpearse.

Las conductas de auto-daño son todas aquellas que realiza una persona en una situación de riesgo emocional o físico y le ayudan a evitar situaciones o emociones dolorosas. Una de esas conductas es la autolesión, la cual se ha convertido en un fenómeno muy extendido entre los adolescentes y los jóvenes adultos y muchas veces

subestimado o bien, cuando sale a la luz es considerado como una conducta suicida (Balbi, et al., 2012; Santos, 2012).

Las conductas de autolesión se presentan en mayor medida en adolescentes los cuales comienzan a autolesionarse alrededor de los 12, 13 o 14 años. Siendo a su vez una forma de suicidio inconsciente tal y como ocurre en las personas que realizan deportes extremos ya que suelen tener fantasías o pensamientos de muerte inconscientes (Garay, 2001) pero su intención no es morir.

¿Qué es la autolesión?

En México, se han realizado investigaciones la mayor parte de ellas por la Dra. Santos, quien describe a la autolesión como un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo y que deja una marca que dura al menos una hora. Es a su vez una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables (Santos, 2012).

La autolesión es considerada como un conjunto de conductas autolesivas no suicidas deliberadamente provocadas en el propio cuerpo. Estas conductas también han sido denominadas como: deliberate self-harm, self-destructive behaviors (violencia auto-inflingida) y autoinjurious behaviors, cutting/cutters, self-mutilation (auto-mutilación), self-abuse e ‘intento suicida’ (Favazza, 2012; Villarroel et al., 2013) autoflagelación, conducta para-suicida. Siendo el término Autolesión no suicida el más aceptado en la literatura (Santos, 2012) y propuesto en el manual DSM-5 (2014).

Mosquera (2007) en su libro *‘Autolesión: el lenguaje del dolor.’* describe a la persona que se autolesiona como aquella que sufre y que por tanto se daña a sí misma como una forma de tolerar un estado emocional que no puede expresar de manera adaptativa.

Para aquellos que se autolesionan es un acto que les sirve de forma efectiva y a corto plazo en la que las personas quieren vivir, más no morir. Además, funciona como una manera de sentirse vivos en un momento en el que se encuentran en un periodo de disociación en el que influye la necesidad de sentir que existen.

De acuerdo a la Dra. Santos (2012), la autolesión se considera como una conducta directa, de baja letalidad y repetitiva en la que la persona tiene la intención de hacerse daño y lo hace en el momento en que lo necesita pero no busca poner un alto definitivo a su vida.

Se ha encontrado que la mayor parte de las personas que se autolesionan realizan la conducta cada vez que sienten que no pueden sobrellevar su dolor emocional. De alguna manera lesionarse les sirve para enfocar su atención en un dolor corporal que pueden manejar evadiendo el dolor emocional que no pueden controlar. Por lo cual se convierte en un grito silencioso que adopta la forma de un ataque al propio cuerpo (Balbi, et al, 2012).

Los criterios propuestos para evaluar autolesión no suicida están descritos en el DSM 5 (2014), los cuales a manera de resumen refieren que:

- En al menos 5 días del último año el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor de manera leve o moderada sin una intención suicida.
- Los comportamientos autolesivos por lo general tienen una o más de las siguientes intenciones: aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, resolver una dificultad interpersonal y/o inducir un estado de sentimientos positivos. Los resultados se experimentan durante o poco después de la autolesión.
- Cuando la autolesión es intencionada se asocia con al menos uno de los siguientes factores: dificultades interpersonales o sentimientos negativos (depresión, ansiedad, tensión, enfado, sufrimiento generalizado o la autocritica, que suceden por lo general antes del acto autolesivo); un periodo de preocupación con el comportamiento

que se pretende realizar y que es difícil de controlar; y/o pensamientos frecuentes de autolesionarse.

- El comportamiento autolesivo, como ya hemos visto, no está aceptado socialmente y;
- provoca además malestar clínicamente significativo o interfiere con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes para la persona.
- No aparece exclusivamente durante episodios psicóticos, delirium, intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. El comportamiento no sé explicar mejor por otro trastorno mental o afección médica.

El ciclo de la autolesión

Santos (2012), proporciona una descripción más clara acerca de lo que sucede con las conductas autolesivas a lo que llama 'el ciclo de la autolesión' el cual se describe a continuación:

- Existencia de sentimientos intensos que producen estados de ánimo intolerables.
- Estos sentimientos provocan un efecto sobre pensamientos, sensaciones y el cuerpo.
- Hay una incapacidad para transmitir y expresar lo que están sintiendo (se vuelven impulsivos y destructivos). Aumenta el dolor emocional por no poder expresarlo de una manera correcta por lo que aumenta la tensión y el sufrimiento.
- Surge una necesidad de poner fin a la tormenta emocional.
- El alto inmediato al tumulto de emociones es la autolesión. La cual le ayuda a salir adelante.
- Se desconecta de sus emociones para poder hacerse daño.
- Se autolesiona – decide cómo y en dónde se va a cortar, quemar o golpear. Decidiendo su intensidad y profundidad.

- Realizado el acto de la autolesión se libera de la tensión física y el dolor emocional.
- Se acaba la tormenta emocional y retoma su vida normal, causándole bienestar y reintegración.
- A continuación se brinda cuidado y protección de heridas.
- Es secreto (privado, especial y único).
- A la vez siente culpa y vergüenza.
- Por lo que piensa que no merece ser querido ni respetado y tiene miedo al rechazo ya que piensa que “hay algo malo en su interior”.
- Se siente débil por no poder enfrentar los problemas sin autolesionarse.

La autolesión da por resultado un alivio temporal y una distracción de todas esas emociones que le ha sido difícil controlar al adolescente y se convierte en un grito silencioso que da voz al dolor emocional, volviéndose un analgésico ya que le proporciona calma y bienestar inmediato.

Este efecto se puede explicar también desde el punto de vista fisiológico ya que cuando se producen heridas, el sistema nervioso libera endorfinas, opiáceos naturales que nos impiden percibir el dolor físico y que originan una agradable sensación de bienestar y euforia (Balbi, et al., 2012). De tal modo que la repetición puede volver agradable el dolor autoinflingido, por lo que el vínculo con el motivo desencadenante se rompe convirtiéndose en una auténtica compulsión.

Factores y funciones subyacentes a la autolesión

Existen varios factores que influyen y motivan las conductas autolesivas por lo que varían no sólo en términos como el método, en el que se incluye cortarse, rascarse, tallarse, quemarse y/o golpearse (Nixon & Heath, 2008; Tantam & Nick, 2009); sino también en la parte del cuerpo donde se realice la autolesión, su severidad,

su frecuencia, la edad de inicio y el tiempo transcurrido desde la última conducta autolesiva (Tantam & Nick, 2009). De acuerdo a Farber (2000) y Favazza (2012) el método más común para autolesionarse es la realización de cortes en la piel.

Debido a que los motivos para autolesionarse varían de persona a persona, Klonsky (2007) realizó una revisión teórica en la que encontró que hay siete razones que engloban las causas por las que la gente se autolesiona a las cuales denominó funciones. Estas son: regulación del afecto, antidisociación, antisuicidio, límites interpersonales, influencia interpersonal, autocastigo y búsqueda de sensaciones. Siendo la regulación de las emociones negativas la función más presente en la literatura.

Algunas teorías mencionan que existe una ausencia de habilidades adaptativas para calmarse y controlar el estrés o la frustración (Mosquera, 2008) y la autolesión por tanto actúa como una manera para que la persona que se autolesiona pueda expresar su sentir. O incluso para muchos de los que se autolesionan es una manera de demostrar que tienen control sobre sí mismos (Farber, 2000).

De acuerdo con Favazza (2012), la autolesión también disminuye algunos de los síntomas de ansiedad, el estado de ánimo deprimido, pensamientos recurrentes que afectan a la persona y que van relacionados con las emociones intolerables, la ira, alucinaciones y flashbacks. En algunos casos, también genera sentimientos deseados y provoca una autoestimulación durante periodos de disociación, despersonalización, dolor, inseguridad, soledad, aburrimiento extremo, autocompasión y alienación, así como proporciona un medio para escapar de situaciones sociales intolerables.

Marín (2013) realizó una revisión bibliográfica en la que enlistó y describió los modelos que buscan explicar la autolesión, los cuales son: ambiental, de las pulsiones, de regulación afectiva, disociación, de los limites/fronteras, aproximaciones fisiológicas, modelo integral (reforzamiento automático negativo). Este último sugiere que la autolesión es en esencia reforzada negativamente a través de la reducción de estados

emocionales aversivos y displacenteros. Se asume que la persona con autolesión presenta características particulares tales como: tendencia a la evitación relacionada posiblemente a pobre tolerancia al estrés, respuestas emocionales más intensas, habilidades deficientes de regulación emocional y/o deficiencias en la implementación de estrategias de enfrentamiento adecuadas (cuando se encuentra emocionalmente alterado).

En síntesis, la conmoción que vive el adolescente se manifiesta a través de sentimientos, emociones y actitudes, muchas veces contradictorias que sacuden al chico o chica y que desconciertan a los adultos, que en ocasiones no saben cómo diferenciar lo que es propio o normal de esta etapa con problemas más severos, físicos o mentales (Guelar & Crispo, 2002).

Medios de comunicación

Pero, ¿de dónde viene la conducta de autolesionarse? En algunos casos, como menciona Mosquera (2008) se hace referencia a un factor aprendido, en el que el sujeto puede estar buscando un referente que le permita pertenecer a algo o identificarse con alguien. La adolescencia temprana se convierte en una etapa en la que se busca la identidad propia y la relación con los pares es parte indispensable del desarrollo.

La adolescencia marca a su vez el desarrollo de un periodo notable que puede propiciar una mayor prevalencia en conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (Farber, 2000). Se puede hablar incluso de un efecto de contagio que también se suele producir por medio de internet a través de la gran variedad de foros y chats que hablan acerca de la conducta de autolesión como manera de ayuda para evitar emociones o situaciones dolorosas.

Los investigadores han sugerido que los medios de comunicación pueden jugar un papel importante en el aumento de los casos de autolesión debido a la facilidad que se proporciona para que las personas tengan acceso a información sobre la autolesión y sobre los métodos para llevarla a cabo (Whitlock, Lader & Conterio, 2007).

Los estudios indican que el 52% de los chicos que se autolesionan han aprendido estas conductas de amigos o de los medios de comunicación (Hollander, 2008 como se citó en Balbi, et al, 2012). Hoy en día basta con buscar en internet la palabra “autolesión” para que encontremos una gran cantidad de información.

Whitlock, et al (2007) sugieren que el tema de la autolesión se esparció dentro de la cultura popular en 1990 cuando más de 14 íconos del pop revelaron en distintos medios de comunicación incurrir en la autolesión como un hábito. En ese mismo periodo hubo un incremento en el número de películas, música y artículos con escenas y temas de autolesión. Actualmente hay diversos programas de televisión en los que se exponen detalles físicos y emocionales de la autolesión, de tal manera que puede ser considerada como una opción por las personas que están predispuestas al comportamiento.

Tal es la incidencia de autolesión en los medios de comunicación que López (2012) realizó una investigación con la finalidad de mostrar la prevalencia de conducta autolesiva a través de canciones, de personajes de cine y de literatura. En su artículo enlista nueve canciones (Autolesiones, The loss, Hurt, Severe emotional distress, Self inflicted, Veins of glass, The test of life, What you are y The way she feels), 13 películas (El cisne negro, Inocencia interrumpida/Girl interrupted, Two days with Juliet, Seconds, Mi otro yo/The beaver, Secretos inconfesables, 28 días, El código Da Vinci, Secretaría, Dans ma peau/In my skin, Prozac nation, A los trece y Educando a J/My first mister) y 4 libros (Los emos hablan, Abzurdah, The Luckiest girl in the world y Cutting) que hacen referencia a la autolesión.

Como menciona López (2012), las personas pueden beneficiarse o ser afectados por este tipo de material. Por un lado se pueden sentir identificados y entendidos pero a su vez puede ser contraproducente sobre todo si el adolescente presenta algún trastorno psicológico o si no tiene la madurez adecuada para asimilar estas expresiones artísticas.

De acuerdo con Marín (2013) el estudio de la autolesión como problema de salud data de finales de la década de los 70. Desde entonces, surgió el interés de los investigadores en el tema y se han formulado diversas propuestas teóricas que intentan dar cuenta de la naturaleza de este comportamiento.

Los que se autolesionan por lo general lo hacen en secreto o con un grupo de amigos. Por lo tanto, las cifras con las que se cuenta es de aquellos que han acudido con un profesional o a un hospital debido a sus heridas graves. Nixon y Heath (2008) refieren que existe un mayor índice de adolescentes de entre 12 y 16 años que presentan algún tipo de conducta autolesiva en comparación con jóvenes adultos.

En lo que concierne a México, en un estudio realizado por Santos (2008 como se citó en Santos, 2012) con 1,000 estudiantes de secundarias la Ciudad de México de cinco escuelas públicas y ocho privadas, encontró que aproximadamente el 10% de los adolescentes se autolesionaba.

Estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría en los años 1997 y 2000 sobre la prevalencia de intento suicida con 10, 578 jóvenes estudiantes entre 13 y 17 años de la C.D.M.X., reveló que el 17.4% de hombres y 15% de las mujeres refirieron que al haberse hecho daño no tenían la intención de morir (González – Forteza et al., 2002).

En el estado de Guanajuato en un estudio realizado con 2,530 estudiantes, se encontró que el 3.1% de los hombres y el 10.7% de las mujeres se habían autolesionado por lo menos una vez en su vida, el mayor número de personas que se

autolesionaba se localizaba en zonas con un alto índice de urbanización y el mayor número de autolesiones ocurría cuando los estudiantes se encontraban en el nivel escolar de secundaria (González-Forteza, et al., 2005 como se citaron en Santos, 2012).

Una de las aportaciones más importantes sobre este tema es la cédula de autolesión realizada por Marín en el 2013. Dicha escala fue desarrollada específicamente para adolescentes mexicanos. Para la formulación de la definición operacional se consideraron como formas de autolesión significativas: cortarse, quemarse, frotarse la piel con objetos punzantes y/o sustancias abrasivas; mientras que las otras formas (rayarse la piel sin cortarla, golpearse, morderse, impedir que sane una herida) requieren de información adicional para confirmar una pauta autolesiva

Un estudio realizado por Albores et al. (2014) en la Ciudad de México con el propósito de estudiar la prevalencia de las autolesiones usando varias definiciones y la frecuencia en que los criterios propuestos del DSM-5 se presentan en adolescentes de ambos sexos en 533 adolescentes de entre 11 y 17 años reveló que el 17.1% de los adolescentes se lastimaban sin intención de quitarse la vida mientras que la prevalencia de autolesiones sin intención suicida según los criterios propuestos para el DSM-5 fue del 5.6%.

Una mayor comprensión de la autolesión por medio de la investigación no sólo ayudará a la elaboración de tratamientos efectivos para su eliminación o reducción de la conducta sino que también será útil para llevar a cabo medidas de prevención enfocadas en la población de jóvenes que es la que se encuentra en mayor riesgo.

Autolesión y otros trastornos

La Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición del DSM (2014) hace referencia a la importancia de diferenciar correctamente la autolesión de otro tipo de trastornos tales como: trastorno de la personalidad límite, trastorno de comportamiento suicida, tricotilomanía, autolesión estereotipada y trastorno de excoriación (dañarse la piel). Además, de verificar si la autolesión no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas.

El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica como por ejemplo: trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan y/o trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo. Las autolesiones que se dan en relación con otros trastornos como la autolesión psicótica incluyen una perturbación grave en el sentido de realidad de una persona. Algunos ejemplos son la amputación de partes del cuerpo (Santos, 2012).

También se debe descartar el hacerse tatuajes y/o perforaciones como conductas de autolesión, ya que si bien son acciones realizadas sobre el cuerpo se realizan por razones diferentes. Los tatuajes y/o perforaciones son en su mayoría una manera de expresar la imagen de sí mismos o bien conllevan razones estéticas y por tanto son aceptadas dentro de la cultura (Favazza, 2012).

Diferencia entre autolesión e intento suicida

La autolesión también ha llegado a confundirse con la ideación o intentos suicidas. Si bien podemos considerarla como un suicidio inconsciente es preciso tener en cuenta lo que subyace a la conducta. La autolesión suele subyacer una alienación corporal, una imagen del cuerpo excepcionalmente pobre.

En tanto, en el intento suicida suele existir una depresión significativa, aunada a una ira intensa debida al malestar emocional percibido como inevitable (Marín, 2013). Cuando existe ideación suicida la persona ya tiene una idea fija de terminar con su vida, sin embargo la autolesión busca poner un alto al torbellino de emociones dolorosas que está sintiendo en ese momento (Santos, 2012).

Es importante tener en cuenta que si las autolesiones dejan de funcionar como un analgésico para catalizar sus emociones, las lesiones se volverán más graves a tal punto que requerirán atención médica especializada. Si llegado un momento las autolesiones ya no ayudan a aliviar las emociones, entonces es posible que la persona busque otra manera de poner terminar con ellas, es aquí donde los intentos suicidas pueden presentarse (Favazza, 2012).

Conductas de autodaño y suicidio inconsciente

Sin darnos cuenta, muchas conductas están relacionadas con un suicidio inconsciente el cual se manifiesta en infinidad de acontecimientos como en las dependencias nocivas, en la práctica de deportes de alto riesgo, el ejercicio de ciertos empleos, el no cuidar debidamente la salud, etcétera. La mayoría de las personas que se ocupan de estas actividades, podrían dar una respuesta del motivo evidente de su actuación; sin embargo, el placer y el gusto que les conduce, tienen una connotación inconsciente, obviamente alejada de lo que socialmente puede aceptarse o apreciarse

y que podría denominarse deseos de morir o la búsqueda de daño “accidental” (Garay, 2001).

Las motivaciones del paciente pueden estudiarse a través de las fantasías y pueden variar de persona en persona. Sin embargo, las fantasías se pueden manifestar por medio de sueños, divagaciones y resultados de pruebas psicológicas. Si las fantasías tienen ideas de autodestrucción, destrucción de otras personas, lesión a sí mismo o hacia los demás, fracaso, sensación de valer nada, falta de esperanza, rescate, rejuvenecimiento, paraíso y reencarnación, puede decirse que existe un grado mayor de potencialidad de autodestrucción (Farberow, 1969 como se citó en Garay, 2001).

Tal y como menciona Garay (2001), los individuos con tendencias autodestructivas, históricamente se han caracterizado por vivir circunstancias especiales, en las que se han visto a merced de los demás. Sus emociones han sido limitadas principalmente por ambientes invalidantes en los que se han sentido inseguros, devaluados, limitados. Por lo que sólo creen tener poder y control sobre su propio cuerpo; las conductas autodestructivas inconscientes como la onicofagia, la anorexia, las actividades de alto riesgo e incluso la autolesión le dan sensación de poder frente a sí mismo y a los demás.

Referente a este tema Aguirre y Oviedo (2004) hacen hincapié en el modelo de las pulsiones y la autolesión. Este modelo asume que la autolesión es el resultado de la represión de pulsiones de vida, de muerte y sexual. Dentro de este modelo Firestone & Seiden (1990 como se citó en Aguirre & Oviedo 2004) proponen que la autolesión es un sustituto del suicidio y por tanto sería un microsuicidio ya que sustituye a la acción destructiva letal. A su vez que permite conjuntar los afectos y acciones negativos hacia uno mismo y al mismo tiempo crear una ilusión de dominio sobre la muerte.

La autodestrucción inconsciente es cuando el sujeto por mecanismos inconscientes se causa daños que pueden ir desde pequeñas lesiones (como cortes,

quemaduras, golpes); y la autodestrucción inconsciente puede llegar al nivel del suicidio inconsciente que es cuando el sujeto se causa daños sin ninguna intención evidente y el daño que se puede causar puede ir desde pequeñas lesiones hasta la muerte, generalmente encontrada en algo que puede parecer un accidente (Garay, 2001).

De acuerdo a Menninger (1972 como se citó en Garay, 2001) la autodestrucción puede ser enfocada a partes limitadas del cuerpo y en su máxima expresión, a la destrucción total de él. Como el mismo autor lo indica, en el suicidio localizado, existen los mismos motivos y mecanismos que en el suicidio propiamente dicho, sólo que la participación del instinto de muerte es diferente en grado.

Garay (2001) indica que el suicidio inconsciente no se refiere estrictamente al acto consumado sino a una conducta autolesiva de manifestaciones inconscientes que podríamos identificar como el deseo inconsciente de morir. En este caso, menciona que dichas conductas pueden identificarse como las que van en contra de todo principio de vida o autoconservación natural; por ejemplo, los deportes extremos o de alto riesgo, actividades laborales (rescatistas, bomberos, trabajadores de la construcción, etcétera), conductas de irresponsabilidad en la salud, etcétera. Probablemente se encuentren diversos motivos para la realización de estas actividades, como el dinero, la cultura, etcétera; pero cualquier pretexto puede estar funcionando a través de la sublimación, negación y otros mecanismos de defensa.

El cuerpo y la autolesión

En esta última parte del capítulo se hace una breve reseña sobre la relación que existe entre autolesión e imagen corporal. De acuerdo a Duffy (2009), la autolesión se puede sentir como empoderarse (controlar) o una manera de purgar al cuerpo de su contaminación (limpiarse). Confirmar la propia existencia, un escape para el sufrimiento

diario, una forma de castigarse y de expresar la infelicidad en una manera no verbal porque no pueden encontrar las palabras adecuadas para comunicarse.

El dolor y la herida autoinflingida son pensados como una forma ritualizada que le permite al individuo reconfigurar a su gusto los confines entre sí mismo y el mundo que lo rodea (Manca, 2011). Proporciona un control de sí mismos en el momento, pero a mediano-largo plazo, perpetúa el desamparo y malestar, y el sufrimiento perseguido a través de las heridas tiende a resurgir con más fuerza (Balbi, et al., 2012; Santos, 2012).

Muchos jóvenes que se autolesionan tienen pensamientos automáticos negativos acerca de sí mismos o de los otros, su cuerpo, su habilidad para enfrentar el estrés y su futuro (Nixon & Heath, 2008). Orbach (1996 como se citó en Muehlenkamp & Brausch, 2012) propone que la insatisfacción corporal facilita la autolesión porque una persona desarrolla un desprecio por su cuerpo.

Así que, si una persona tiene una imagen corporal negativa puede experimentar menos sensibilidad al dolor y por tanto, ser más propensas a lesionar su cuerpo. El dolor es entonces un dolor emocional que consiste en una experiencia sensorial y emocional desagradable, molesta, incómoda, de la que uno se quiere librar lo más rápido posible (Santos, 2012).

Las conductas de ataque al cuerpo pueden también cumplir con funciones relativas al ámbito personal, interpersonal y social, tales como: la externación de sentimientos de profundo malestar, la voluntad de reforzar la imagen de uno mismo, la institución del sentido de pertenencia a un determinado grupo, la manifestación de sentimientos antisociales y la representación simbólica o el recuerdo de un evento significativo (Aizenman & Jensen, 2007, y Anderson & Sanson, 2003 como se citaron en Manca, 2011).

Se ha sugerido que mucha gente que se autolesiona ha crecido en “ambientes invalidantes”, donde la expresión o experiencias privadas es no válida y en su lugar puede ser castigada y/o trivializada (Duffy, 2009). Aprender a manejar el dolor emocional se convierte entonces, en un tema primordial ya que tiene que ver con la consciencia, el control, y con la posibilidad y capacidad que tiene el individuo de ser el amo de sus sentimientos (Santos, 2012) y por tanto de sus acciones.

Un claro ejemplo al que hace referencia Bell y Rushforth (2008), es en personas víctimas de abuso sexual, las cuales a menudo tienen una visión alterada de las partes del cuerpo que fueron violadas durante dicho abuso. Por lo que en un intento por manejar la incomodidad que les produce su cuerpo y/o sexualidad, pueden restringir o incrementar su ingesta dietética o su conducta autolesiva.

De acuerdo a un estudio realizado por Muehlenkamp y Brausch (2012) en el que se buscaban evaluar la propuesta teórica acerca de la relación entre la imagen corporal y la autolesión, se encontró que la imagen corporal funciona como un mediador entre el afecto negativo y las conductas autolesivas en adolescentes. Lo cual apoya la idea de que los adolescentes que tienen una imagen corporal distorsionada son más propensos a la autolesión cuando se enfrentan a estados emocionales aversivos o difíciles de manejar. En el mismo estudio se considera que la imagen corporal puede ser otro factor de riesgo potencial y de vulnerabilidad cuando se trata de entender la autolesión.

MÉTODO

Planteamiento del problema

La autolesión ha sido incluida en el DSM-5 (2014) como parte de los trastornos de los que se requiere más investigación con el nombre de ‘Autolesión sin intencionalidad suicida’. Debido a que las características de los que se autolesionan y no se autolesionan son similares hay dificultad para identificarlos, incluso para el terapeuta ya que en algunos casos son personas sobresalientes de las cuales no se sospecha (Santos, 2012).

De acuerdo a la literatura revisada (Favazza, 2012; Klosnky, 2007; Santos, 2012) se observa que la mayor parte de las personas que se autolesionan tienen características en común, una de ellas está relacionada con las emociones negativas y otra con la búsqueda de placer. En México, poco se ha explorado sobre el tema y su relación con la imagen corporal a pesar de las investigaciones realizadas anteriormente que refieren que aproximadamente el 10% y hasta el 27.9% de los adolescentes presenta conductas autolesivas (Albores-Gallo, et al., 2014; Gonzalez-Forteza, 2002; Santos, 2012; Villa, Morales, Victoria & Ulloa, 2016). Sin embargo, a pesar de que los estudios realizados no pueden generalizarse a la población nos aportan un amplio panorama así como una línea de investigación que sería importante considerar en futuros estudios.

Mediante la presente investigación se pretende saber si la imagen corporal proyectada a través del test proyectivo del dibujo de la figura humana de Karen Machover es percibida de diferente manera en adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción en la

imagen corporal que tienen los adolescentes que se autolesionan y los adolescentes que no se autolesionan?

Objetivos

Objetivo general

Comparar las características de la imagen corporal de los estudiantes de secundaria que tienen conductas autolesivas y los que no presentan conductas autolesivas.

Objetivos específicos

Identificar la percepción de la imagen corporal en aquellos estudiantes que se autolesionan.

Identificar la percepción de la imagen corporal en aquellos estudiantes que no se autolesionan.

Hipótesis de investigación

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la imagen corporal valorada a través del dibujo de la figura humana de Karen Machover en adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la imagen corporal valorada a través del dibujo de la figura humana de Karen Machover en adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan

Tipo de estudio

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, cualitativo, comparativo y transversal, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista, 2010:

- *Cuantitativo: Mediante la recolección de datos se aprueba o rechaza la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento en los adolescentes.*
- *Cualitativo: Se utilizó la recolección de datos sin análisis estadístico para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación de los dibujos y sus correspondientes historias.*
- *Comparativo: Se efectuaron mediciones para ahondar en las diferencias entre cada grupo.*
- *Transversal: Se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único para describir las variables y analizar su incidencia.*

Diseño estadístico

Se realizó un análisis comparativo a través del programa estadístico SPSS mediante la prueba U de Mann-Whitney debido a que los datos utilizados para la base de datos son considerados como datos discretos (presencia y ausencia del rasgo) ya que fueron obtenidos de la prueba proyectiva del dibujo de la figura humana de Karen Machover mientras que para la prueba T de student se sugiere que los datos sean continuos.

Definición de variables

VI- Autolesión

VD- Imagen corporal

Definición conceptual de variables

- Autolesión – Es un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo, dejando una marca que dure al menos una hora. Además de ser una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables; no es un intento de suicidio (Santos, 2012).

- Imagen corporal – Es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Raich, 2000) la cual se desarrolla y regenera a lo largo de la vida y que enmarca no solo emociones, sueños y síntomas, sino que también determina decisiones y actos (Nasio, 2008).

Definición operacional de variables

- Autolesión – Alumnos que hayan sido identificados con algún tipo de conducta de autodaño evaluada por medio de la Cédula de autolesión.

- Imagen corporal – Resultado obtenido por medio del test del dibujo de la figura humana de Karen Machover.

Muestra

La muestra inicial se conformó de 95 adolescentes mientras que la muestra final constó de 84 adolescentes de entre 13 y 15 años que estaban cursando el segundo año de nivel secundaria. Se identificó a 65 estudiantes con algún tipo de conducta autolesiva y 19 con ninguna conducta autolesiva.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes con alguna discapacidad física, motora o visual evidente.
- Adolescentes que no completaron la prueba o no cumplieron con las indicaciones en la realización del dibujo de la figura humana de Karen Machover.

Instrumentos

Para identificar a los adolescentes que tenían alguna conducta autolesiva se utilizó la cédula de autolesión desarrollada por Marín (2013) la cual también proporcionó los datos socio-demográficos de la muestra.

- Cédula de autolesión: Es un cuestionario desarrollado por Marín (2013) el cual se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir temporalmente autolesión no suicida.

Los reactivos 1 al 12 presentan ejemplos de autolesiones específicas (basados en la literatura sobre el tema) y se contestan en una escala dicotómica (presencia-ausencia); en caso de respuestas afirmativas, se proporcionan 5 opciones de respuesta para registrar: 1) frecuencia y 2) cuándo fue la última ocasión en que la autolesión ocurrió. El reactivo 13 pregunta la edad al hacerlo la primera vez. Los datos se transforman en un algoritmo a fin de obtener puntuaciones en una escala continua, en donde un mayor puntaje indica mayor severidad y frecuencia de cada tipo de autolesión.

- Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover: Esta técnica puede enfocarse como un tipo de test situacional en el que se enfrenta al examinado, no sólo con el problema de dibujar una persona, sino también con el de orientarse y conducirse en una situación determinada y adaptarse a ella. En sus esfuerzos por resolver estos problemas la persona se compromete en conductas verbales, expresivas y motoras (Hammer, 1995).

Los jóvenes que todavía están en período de desarrollo ofrecen variadas proyecciones en los dibujos, consistentes con las variaciones que se producen en su personalidad (Anderson & Anderson, 1976). La edad cronológica del sujeto no altera la interpretación de las características específicas sin embargo el rasgo del dibujo de un individuo debe ser referido a su grupo de edad.

Para esta investigación se utilizaron únicamente los 12 rasgos que han sido manejados para evaluar específicamente la percepción de la imagen corporal en estudios anteriores como es el caso de Mayorga, (2011) y Zamorate, (2009) tomando en cuenta como referencia los rasgos descritos en Portuondo (2009):

Tabla 1.

Rasgos para valorar la percepción de la imagen corporal mediante el test proyectivo de la figura humana de Karen Machover.

RASGO	INTERPRETACIÓN
Énfasis exagerado de los rasgos	Deficiente estimación de sí mismo
Figura vacía, regresiva y tonta	Reduce su personalidad a lo esencial
Omisión del tronco	Repudio al propio cuerpo
Cuerpo delgado o redondo	Descontento con el propio cuerpo
Hombros tipo hombrera	Insuficiencia corporal
Líneas tipo costilla	Aparente poder físico
Dibujo ridículo y pequeño	Evasión ante sentimientos de inferioridad
Dibujo muy simétrico	Defensa contra la propia despersonalización
Línea media marcada	Sentimientos de inferioridad corporal
Botones sobrantes	Inferioridad física
Pecho sombreado	Sentimientos de inferioridad física
Sombreamiento de ropas	Impulso y temor a exponer el propio cuerpo

Escenario

- La aplicación se realizó en un salón de clases que se encontraba en buen estado físico además de tener espacio para aproximadamente 45 alumnos.
- Se verificó que el salón de clases contará con los pupitres necesarios y adecuados para cada uno de los participantes.

Procedimiento

Se acudió a una escuela secundaria oficial perteneciente al municipio de Chimalhuacán en el Estado de México para solicitar autorización de la Institución en el turno vespertino exponiendo los motivos por los que se realizaría la investigación y su importancia. El orientador de segundo año facilitó dos grupos en los que se habían identificado casos de alumnos con autolesiones.

Para la aplicación grupal se contó con la participación de otra psicóloga para poder supervisar de mejor manera a los alumnos. Antes de la aplicación se informó a todos los alumnos el propósito de la investigación además de garantizar que los datos que proporcionasen serian totalmente confidenciales. Cada grupo fue evaluado por separado en una sesión de 50 minutos aproximadamente.

Se procedió con las indicaciones para realizar las pruebas y se proveyó a cada uno de los alumnos con un lápiz del 2 ½ además de la cédula de autolesión y dos hojas blancas tamaño carta. Terminadas las sesiones se agradeció a los participantes su participación reiterando la confidencialidad de sus datos personales. De igual manera se agradeció al orientador de la institución por brindar la oportunidad de realizar la aplicación de las pruebas en la secundaria.

Se calificó cada uno de los instrumentos utilizados en la evaluación para la captura de datos en el programa estadístico SPSS en el que se evaluó estadísticamente las diferencias entre el grupo que se autolesionaba y el que no se autolesionaba por medio de la prueba U de Mann-Whitney. Posteriormente se realizó la evaluación cualitativa de los dibujos así como de las historias seleccionando los rasgos más significativos de cada grupo.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

En este capítulo se muestran los datos obtenidos de la cédula de autolesión y los resultados cuantitativos obtenidos por medio de la prueba U de Mann-Whitney en la que se evaluó los rasgos que se utilizaron para valorar la imagen corporal por medio del dibujo de la figura humana de Karen Machover.

La muestra final quedó conformada por un total de 84 adolescentes con un promedio de edad de 13.35 (tabla 1) y una desviación estándar de .52. De los cuales 47 adolescentes eran de sexo femenino y 37 de sexo masculino.

Tabla 2.

Edad de los adolescentes al momento de la prueba.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	56	66.7
14	25	29.8
15	2	2.4
Perdidos	1	1.2
Total	84	100

Resultados cuantitativos

A continuación se muestran los resultados obtenidos por medio de la cédula de autolesión en relación a la edad en que los adolescentes que se autolesionan refirieron haber comenzado con alguna conducta de autodaño:

Tabla 3.

Edad de inicio de las autolesiones

Edad de inicio		Frecuencia	Porcentaje
Válido	9	4	6.2
	10	3	4.6
	11	3	4.6
	12	21	32.3
	13	15	23.1
	14	1	1.5
Perdidos	19	18	27.7
Total		65	100.0

Como se puede observar en la tabla 3, el 32% de los alumnos refirió haber comenzado con algún tipo de conducta de autodaño a la edad de 12 años seguido de los adolescentes que refirieron comenzar a los 13 años.

La siguiente tabla muestra la frecuencia en que los alumnos reportaron haber realizado alguna de las conductas de autodaño específicas que se evalúan en la cédula de autolesión:

Tabla 4.

Frecuencia de conductas autolesivas evaluadas por medio de la cédula de autolesión.

Conductas autolesivas	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	34	52.3
Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar)	46	70.8
Quemarte (con cigarros u otro objeto)	6	9.2
Impediste que sanaran tus heridas	20	30.8
Sacarte sangre	20	30.8
Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte	15	23.1
Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz	18	27.7
Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	13	20
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	15	23.1
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	3	4.6
Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito	19	29.2
Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	14	21.5

Como se puede observar, el tipo de conducta de autodaño más común en este grupo es rayar, marcar o pinchar la piel sin sangrar con un porcentaje del 70.8% seguido de cortarse hasta lastimar o sangrar la piel con un porcentaje de 52.3%. Mientras que la conducta de autodaño menos realizada por los adolescentes es usar ácido u otra sustancia agresiva para frotar la piel con un porcentaje de 4.6%.

A continuación se muestran los resultados obtenidos por medio de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en la que se determinaron las diferencias entre los grupos de adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan utilizando los rasgos evaluados para la percepción de la imagen corporal de la figura humana de Karen Machover.

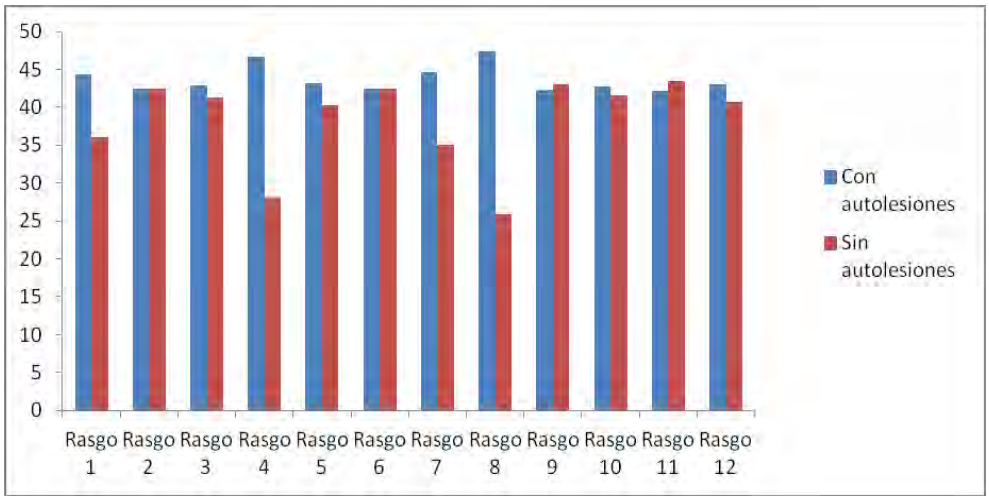
Tabla 5.

Resultados obtenidos de la prueba U de Mann-Whitney.

Rasgo	Adolescentes que se autolesionan (n)	Rango promedio	Adolescentes que no se autolesionan (n)	Rango promedio	Puntuación z
Énfasis exagerado de los rasgos	65	44.39	19	36.03	1.395
Figura vacía, regresiva y tonta	65	42.50	19	42.50	.000
Omisión del tronco	65	42.86	19	41.26	.524
Cuerpo delgado o redondo	65	46.70	19	28.13	3.139*
Hombros tipo hombrera	65	43.16	19	40.24	.498
Líneas tipo costilla	65	42.50	19	42.50	.000
Dibujo ridículo y pequeño	65	44.68	19	35.05	2.073*
Dibujo muy simétrico	65	47.34	19	25.95	3.783*
Línea media marcada	65	42.34	19	43.05	.121
Botones sobrantes	65	42.78	19	41.55	.289
Pecho sombreado	65	42.23	19	43.42	.391
Sombreamiento de ropas	65	43.01	19	40.76	.581

La tabla 5 muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en 3 de los rasgos evaluados, con un puntaje Z de 3. 139 (cuerpo delgado o redondo), 2.073 (dibujo ridículo y pequeño) y 3.783 (dibujo muy simétrico).

Figura 1. Comparación de los rasgos evaluados en la tabla 5.



Resultados cualitativos

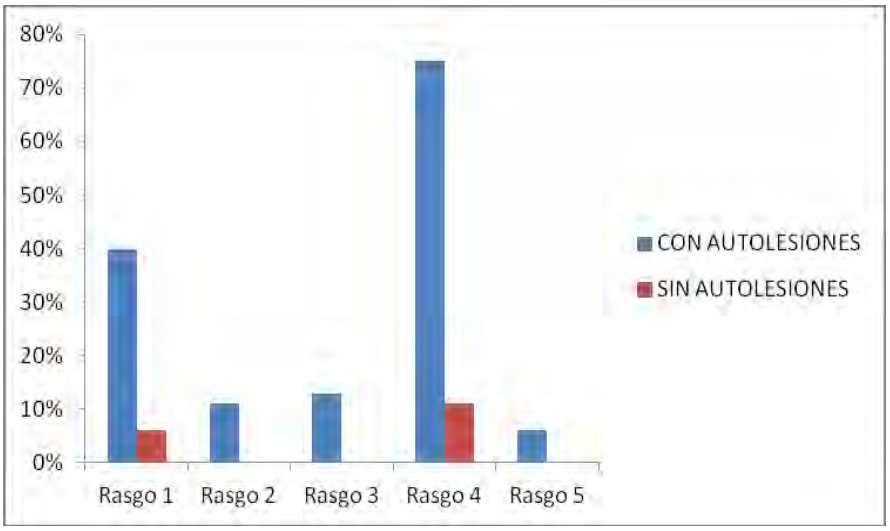
Al realizar un análisis más detallado de los dibujos y las historias de cada grupo se encontraron diferencias entre ambos grupos que no se encuentran especificadas en las tablas de resultados cuantitativos. Por tal motivo se realizaron las siguientes tablas que muestran un análisis comparativo cualitativo de los rasgos más destacados que describen sobre todo al grupo de alumnos con algún tipo de autolesión. A continuación se muestra los cinco rasgos que se presentaron con mayor frecuencia y que se relacionaron con la percepción de la imagen corporal de los adolescentes.

Tabla 6.

Comparación de rasgos más frecuentes identificados en los dibujos de la figura humana del test proyectivo de Karen Machover en adolescentes con autolesiones y sin autolesiones.

Rasgos	Con autolesiones	Sin autolesiones
Cabello cubriendo parte del rostro o un ojo	40%	6%
Lágrimas y/o labios cosidos	11%	0%
Cortes en brazos y/o muñecas	13%	0%
Omisión de manos o brazos	75%	11%
Objetos punzocortantes	6%	0%

Figura 2. Comparación de los rasgos evaluados en la tabla 6.

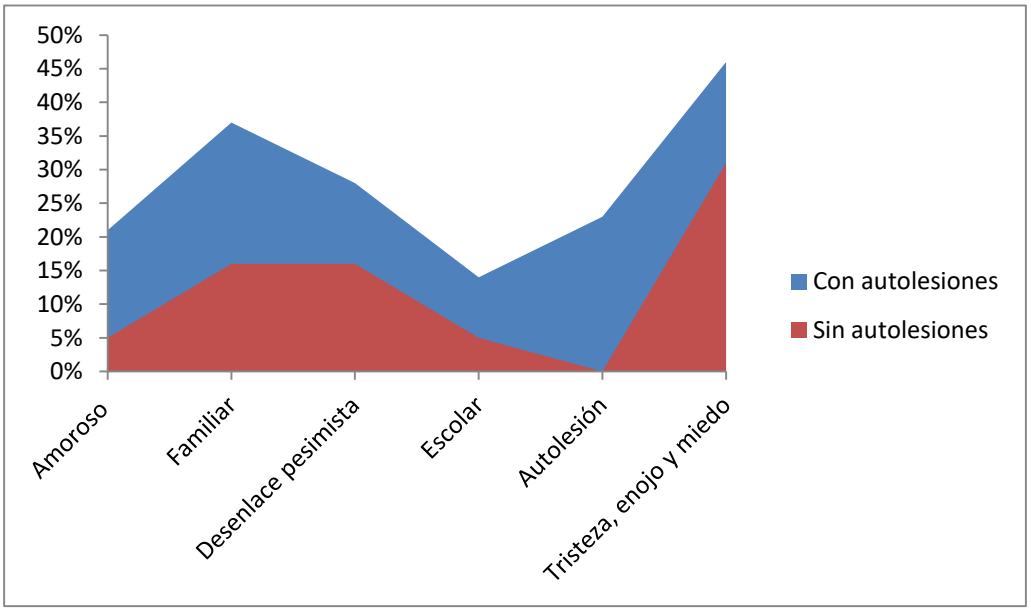


De igual manera se realizó un análisis detallado de cada una de las historias el cual dio por resultado las áreas de probable mayor conflicto entre los adolescentes de ambos grupos y que requieren mayor investigación. Con base en la revisión teórica (Portuondo, 1997) se observa que los temas y matices de mayor conflicto en los adolescentes son los siguientes:

Tabla 7.
Comparación de temas y matices presentes en las historias de la figura humana del test proyectivo de Karen Machover.

Temas y matices	Con autolesiones	Sin autolesiones
Amoroso	21%	5%
Familiar	37%	16%
Desenlace pesimista	28%	16%
Escolar	14%	5%
Autolesión	23%	0%
Tristeza, enojo y miedo.	46%	31%

Figura 3. Comparación de temas y matices evaluados en las historias.



CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Con el presente estudio se apoya la hipótesis nula de investigación, la cual refiere que: existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la imagen corporal valorada a través del dibujo de la figura humana de Karen Machover en adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan. Además, se apoya por los resultados obtenidos mediante el análisis cualitativo no solo de los dibujos de la figura humana sino también de cada una de las historias desarrolladas.

Las diferencias estadísticamente significativas halladas por medio de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney se encuentran en tres de los doce rasgos utilizados para la evaluación, los cuales son: cuerpo delgado o redondo, dibujo ridículo y pequeño, y por último, dibujo muy simétrico. Los rasgos evaluados hacen referencia al descontento por la imagen corporal, evasión ante los sentimientos de inferioridad y defensa con la propia despersonalización.

En primer lugar el rasgo 4 con un puntaje Z de 3.139 que es cuerpo delgado o redondo se interpreta como un descontento con su propia imagen corporal. Esto puede deberse a que la adolescencia es una etapa llena de cambios físicos y biológicos por lo que la preocupación por la imagen corporal se vuelve más común entre los jóvenes.

El hecho de que se encuentre un mayor descontento con la imagen corporal en aquellos adolescentes que se autolesionan puede sugerir que es un factor de riesgo que hace proclive la aparición y prácticas de autolesionarse. Y que a su vez existe un marcado desagrado de su cuerpo expresado en la realización de la figura. En el caso de estos jóvenes que tienen alguna conducta autolesiva se podría reflejar en el hecho de que la mayor parte de ellos no solo ocultan su cuerpo sino también sus marcas.

En segundo lugar, un dibujo ridículo y pequeño con un puntaje Z de 2.073 hace referencia a sentimientos de inferioridad. Tal parece que los adolescentes que se autolesionan no son capaces de comunicar mediante el discurso verbal sus emociones

por lo que lo llevan a la acción “escribiéndolo” en su cuerpo, siendo esta la manera más “adecuada” para ellos de expresarse.

Finalmente, un dibujo simétrico con un puntaje Z de 3.783 se interpreta como una defensa ante la despersonalización de sí mismo. Este rasgo refiere que surge un mecanismo de autoprotección durante la exposición a la lesión para evitar percibir al Yo como un extraño y poner al adolescente en contacto con sus sentimientos y necesidades corporales. A su vez, equivale a la defensa contra lo reprimido y contra un medio ambiente amenazador (Portuondo, 1997).

Sin embargo, también es probable que el adolescente no se sienta como él mismo por lo cual aumenta el acto de autolesionarse. Sobre este último rasgo Nemiah (como se citó en Capponi, 2013), refiere que algunos de los rasgos clínicos principales de las despersonalizaciones son una alteración de la percepción de sí mismo con pérdida del sentido de su propia realidad y asociado a esto, cambios en la imagen corporal que comienza y termina rápidamente.

En los demás rasgos evaluados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas lo que sugiere que ambos grupos probablemente afrontan de manera similar los cambios surgidos de la transición a la adolescencia y por tanto su nueva imagen. Por otro lado, adolescentes que se autolesionan revelaron conductas y sentimientos en el dibujo de la Figura Humana de Karen Machover con una mayor facilidad.

Como resultado del análisis minucioso de la tabla 6 se concluyó que los adolescentes que se autolesionaban presentaron en mayor medida sentimientos de evitación, evasión y tristeza. Sin embargo no se puede afirmar que los adolescentes presenten algún episodio depresivo, dichos rasgos también se observaron en las historias de cada uno de los dibujos realizados.

Algunos adolescentes dibujaron características específicas de las personas que se autolesionan como lo son aparentes cortes en la cara dorsal del antebrazo (ej. en anexo A dibujo I, XII y XII) que de acuerdo con el DSM 5 (2014) es una de las zonas de lesión más frecuentes. Otros rasgos distintivos es que cubrieron uno de ambos ojos, lágrimas, labios cosidos y/u omitieron manos o brazos; lo cual puede sugerir que presentan sentimientos de evitación y tristeza, los ejemplos más significativos se pueden ver en el anexo A dibujos III, X y XIII.

En menor medida algunos adolescentes dibujaron objetos punzocortantes que tal parece hacen referencia al acto de la autolesión y que en su mayoría son cuchillas o sacapuntas (Anexo A dibujo XI, XIV y XV). En el DSM 5 (2014) se menciona que los utensilios y/u objetos que se suelen usar de manera más frecuente son: un cuchillo, aguja, cuchilla u objeto afilado.

En la tabla 7 se realizó un análisis detallado de cada una de las historias relatadas por los adolescentes en la prueba proyectiva de Karen Machover y que se relacionaban con el primer dibujo que habían realizado. Como resultado del análisis se obtuvieron temas y matices que fueron elegidos por su significancia en las historias, los cuales se describirán a continuación.

El primer punto al que se hace referencia es el relacionado al tema amoroso, retomando lo visto en el capítulo uno recordemos que la adolescencia es una etapa en que cada una de las relaciones interpersonales que se establezcan en cualquier área de su vida los ayudará a desenvolverse de manera más adaptativa en el futuro.

Tal parece que los adolescentes que se autolesionan perciben una mayor dificultad para establecer y fortalecer lazos con los demás tal como en los siguientes casos. Es importante aclarar que en la transcripción de las historias se realizó tal cual lo redactaron los adolescentes haciendo cambios mínimos en la redacción de las mismas para no omitir detalles relevantes.

“Una niña se llamaba Jocelyn y ella estaba enamorada de un niño llamado Hugo…La mejor amiga de Jocelyn (Sara) se termino enamorando de Hugo y se besaron…Sara empezó a hablar mal de Jocelyn y bueno Jocelyn empezó a cortarse y a lastimarse en todo su cuerpo.” *Wendy*

“Había una vez un niño que se llamaba Juan…tenia novia y un día la niño termino a Juan y Juan se deprimió mucho y unos compañeros lo empezaron a decir que para que se desahogara tomara que le hiciera al vicio y Juan acepto.”

Carlos

En el segundo tema relacionado a lo familiar abarcaron situaciones como el divorcio, separación o muerte de los padres y por consiguiente sentirse solos. Estas son algunas de las dificultades por las que al parecer cursa el adolescente y que se le complica enfrentar sobretodo en el caso de los adolescentes que se autolesionan. Mientras que los adolescentes que no se autolesionan mencionan deseos de ser exitosos o conocer a sus ídolos lo cual va acorde al proceso del desarrollo de identidad en esta etapa. A continuación algunos ejemplos:

“Esta persona se llama Joe y tuvo un pasado principalmente triste porque no tuvo el cuidado de sus padres. Él tenia un hermano que lo hizo sufrir mucho y tenía varios sueños, tiempo después su papá muere en un accidente y el conoce a varios compañeros con iguales problemas…”

Abril

“…su papá los había dejado por otra y los visitaba cada que se acordaba de ellos. Lizbeth se cortaba para olvidarse de lo que pasaba en su casa y andaba siempre triste…”

Clara

“Ella espera que pronto pueda hablar más con sus papás de todo lo que ella siente, porque ella intenta hacer su mejor esfuerzo para hacer sentir orgullosos a sus papás…”

Frida

El siguiente tema identificado fue el relacionado con desenlaces pesimistas en el cual se puede ver reflejado un suicidio inconsciente ya que algunos adolescentes describieron al personaje con deseos de morir o desaparecer e incluso en la primer figura dibujaron objetos punzocortantes haciendo referencia al acto de autolesión.

Algunos ejemplos son los siguientes:

“Ella ‘no se cortaba solo abría su piel para liberar lo de adentro’. Ella se lastimaba, se cortaba y sus padres NUNCA se daban cuenta hasta que la niña Astrid se colgó de una cuerda desnuda y murió…”

Karina

“…el chavo la secuestro y la joven jamás fue vuelta a ver y no se supo de ella.”

Catalina

“…Juan Carlos se echo a correr por el bosque y se perdió mucho tiempo, al niño ya no lo encontraron y su familia andaba como loca buscándolo hasta que un día lo encontraron…”

Gonzalo

“…y fue a su casa pero saliendo del hospital lo atropello un chimeco y lo destazo, su cabeza se quedo tirada en un jardín, sus brazos en un río y sus piernas y el resto del cuerpo en una perrera.” *Oscar*

El acoso escolar es el siguiente rasgo a describir. Tal parece que varios de los personajes han pasado por dificultades escolares en las que tal vez la principal problemática haya sido el acoso por parte de sus compañeros de clase como en los siguientes casos:

"…su defecto era que se cortaba porque le hacían burla y porque le hacían bullying por su forma de ser y sus gustos."

Minerva

"Esta es la historia de un niño que nadie lo apreciaba por ser pequeño todos le decían muchas cosas por estar pequeño. Un día ese niño iba a la escuela y unos niños le empezaron a decir de cosas…"

Mario

Se identificó que los adolescentes que se autolesionan hacen referencia específicamente al acto de lastimar su cuerpo en situaciones dolorosas lo cual les ayuda a controlar las sensaciones displacenteras que no pueden manejar. A continuación algunos ejemplos:

"…ella siempre se veía feliz pero por dentro ella se sentía terrible, ella se cortaba, pero cuando le preguntaba ella contestaba: "fue mi gato"…"

Lizbeth

"…ella solo finge su felicidad, ella es muy triste, todas las noches llora porque se siente sola, porque nadie la entiende, ella diario por las noches hace unos pequeños cortes en sus muñecas."

Fernanda

“Ella buscaba sentirse libre, para ella cada gota de sangre era sentirse libre ya que ella no lo era…ella se cortaba para sentirse libre un segundo, para ya no sentirse presa, para ya no ser un esclavo…y ser ¡feliz! Un instante.”

Flor

En las historias se puede identificar lo que la Dra. Dora Santos (2012) menciona en su libro como “un torbellino de emociones” ya que los jóvenes hicieron uso de emociones tanto positivas como negativas para describir la situación del personaje y la manera en que se enfrentaba a esas sensaciones.

Los matices hacen referencia a emociones que son displacenteras y/o confusas (Portuondo, 1997) para la persona. En estos casos se identificó que los adolescentes tienen dificultad para manejarlas de manera adaptativa lo cual corrobora la teoría que relaciona a la regulación de las emociones con la autolesión como en los siguientes casos:

“Existió un joven que se caracterizaba por ser callado y tranquilo…se caracterizaba por ser bipolar, algunas veces se enojaba porque alguien le caía mal…y siempre encontraba la forma más positiva de ver su vida.”

Luis

“*Ella va en la secundaria, ella es muy feliz, pero ella sufría mucho por dentro por muchos problemas*…”

Diana

Se observó que las crisis por las que el adolescente estaba cursando están estrechamente relacionadas con las problemáticas descritas en el primer capítulo de la presente investigación. Las conmociones emocionales en las que intervienen en mayor medida la tristeza, el enojo y el miedo no solo están relacionadas íntimamente con los

cambios corporales sino también con nuevos conflictos que se relacionan con el ámbito familiar, amoroso y escolar.

Sin embargo, a pesar de que la mayor parte de los adolescentes refirió pasar por alguna situación difícil durante esta etapa está claro que los adolescentes que se autolesionan tienen mayores conflictos internos y dificultades para poder sobrellevar las situaciones externas dolorosas. Al no poder manejar las situaciones adecuadamente han encontrado la manera de “aliviar” el dolor emocional por medio de conductas de autodaño en este caso referidas como autolesiones.

Con la Cédula de autolesión se identificó a los adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan y en conjunto con la prueba proyectiva de la figura humana de Karen Machover arrojó más resultados de lo esperado. Sobretodo referente a la cantidad de adolescentes que reportaron haber realizado alguna conducta autolesiva ya que fue superior a la esperada, tomando en cuenta que se estima que aproximadamente el 10% de adolescentes se autolesiona (Santos, 2012).

Por otro lado, los reactivos que puntuaron más alto en la cédula referentes al tipo de autolesión que realizan los adolescentes fueron: a) cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel; y b) rayar, marcar, pinchar tu piel (sin sangrar). Todas estas formando parte de las conductas de autodaño más comunes reportadas en la literatura (Marín, 2013; Nixon & Health, 2008; Santos, 2012; Tantam & Nick, 2009).

Es importante mencionar el efecto que tiene el grupo sobre las conductas autolesivas ya que la cantidad de adolescentes que se autolesionaban superó la estadística esperada referida por la Dra. Dora Santos (2012) del 10%. Y que si bien algunos adolescentes pueden iniciar estas conductas por moda o por integrarse a algún grupo, la continuidad de las mismas puede depender tanto del grupo como de la situación que estén pasando.

Retomando lo revisado en el primer capítulo sobre la adolescencia se observó que algunas de las preocupaciones o crisis que se le presentan al adolescente en esta etapa han sido plasmadas tanto en las historias como en las figuras dibujadas, tales como problemas familiares, escolares y amorosos.

Asimismo las emociones que más permean a estos adolescentes son la tristeza, el miedo y el enojo los cuales no solo se observan en las historias sino también en los dibujos sin embargo no se integra un diagnóstico con esos rasgos ya que se considera importante realizar otras evaluaciones complementarias.

Además de evaluar la percepción de la imagen corporal en ambos grupos se identificó rasgos específicos que diferenciaron claramente a los adolescentes que se autolesionan de los que no se autolesionan. Debido a que el producto se puede conservar indefinidamente y analizar a gusto, presento un testimonio directo de la proyección del sujeto y no una mera descripción de la misma (Anderson & Anderson, 1976).

Con esta investigación no solo se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la imagen corporal en adolescentes que se autolesionan y que no se autolesionan sino que por medio del análisis detallado del test proyectivo de la figura humana de Karen Machover se obtuvieron características particulares que describieron a los adolescentes que se autolesionaban lo cual podría servir de referencia para futuras investigaciones.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Los resultados de esta investigación son aplicables solo a la presente muestra.
- Para futuros estudios se sugiere:

- Utilizar pruebas para evaluar trastornos de la personalidad que ayuden a complementar y corroborar la información aportada por los adolescentes.
- Realizar estudios en poblaciones con diferentes edades para poder comparar resultados con el presente estudio.

REFERENCIAS

Aguirre, C., & Oviedo, K. (2004). *El discurso del cuerpo en adolescentes que se automutilan.* (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Diego Portales, Chile.

Aguirre B., A. (1994). *Psicología de la adolescencia.* España: Boixareu Universitaria.

Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, L., Xochitl-García, L. A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr, 42*(4), 159-168.

Anderson, H., & Anderson, J. (1976). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: Rialp.

André, C., & Lelord, F. (2009). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás.* Barcelona: Kairós.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 5° Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Balbi, E., Boggiani, E., Dolci, M., & Rinaldi, G. (2012). *Adolescentes violentos con los otros, con ellos mismos*. España: Herder.

Baile, J., & Velázquez-Castañeda, A. (2006). Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: Convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología, 23*(2), 225-233.

Barberá, E., & Martínez, B. I. (2005). *Psicología y género*. España: Pearson.

Bell, L., & Rushforth, J. (2008). *Superar una imagen corporal distorsionada*. Madrid: Alianza.

Braconnier, A. (2001). *Guía del adolescente*. España: Síntesis.

Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.

Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.

Capponi, R. (2013). *Psicopatología y semiología psiquiátrica.* Universidad Católica de Chile.

Collier, D. (1996). Método comparativo. *Revista Uruguaya de ciencia política*, 21-46.

Duffy, D. (2009). Self-injury. *Psichiatry, 8*(7), 237-240.

Esnaola, I., Rodríguez, A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud mental, 33*(1) 21-29.

Estévez, E. (2013). *La familia y el grupo de amigos: la familia con hijos adolescentes.* Los problemas en la adolescencia. España: Síntesis.

Farber, S. K. (2000). *When the boy is the target. Self-harm, pain, and traumatic attachements.* USA: Rowman & Littlefield Publishers, inc.

Favazza, A. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, *11*(3), 21-25.

Garay M., M. L. (2001). *¿Suicidio inconsciente? Perfil psicológico evaluado con el MMPI-2 en sujetos que realizan actividades de alto riesgo* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM.

González-Forteza C, Villatoro V. J., Alcántar E. I., Medina-Mora M. E., Fleiz B. C., Bermúdez L. P., & Amador B. N. (2002). Prevalencia de intento suicida en adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, *25(*6), 1-12.

Grinder, R. (1986). *Adolescencia.* México: Limusa.

Guelar, D., & Crispo, R. (2002). *La adolescencia: manual de supervivencia*. Barcelona: Gedisa.

Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. España: Paidos.

Halgin, R. P. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-Hill.

Hammer, E. (1995). *Tests proyectivos gráficos*. México: Paidos.

Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. M. (2010). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill.

Jensen A., J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural.* México: Pearson.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*, 226-239.

López, M. A. (2012). *Autolesión en las canciones, el cine y la literatura*. 13° Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis. México: Universidad La Salle Morelia.

Macías-Valadez, G. (2008). *Ser adolescente.* México: Trillas.

Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo. *Psicoanálisis, 1,* 77-88.

Mayer Villa, P. A., Morales Gordillo, N., Victoria Figueroa, G., Ulloa Flores, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, *58*(3), 335- 336.

Mayorga S., O. L. (2011). *Percepción de la imagen corporal de un grupo de adolescentes que viven en la calle en comparación con un grupo de adolescentes que viven en su núcleo familiar.* (Tesis de Licenciatura). Escuela de Psicología incorporada a la UNAM.

Marín T., M. I. (2013). *Desarrollo y evaluación de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología, UNAM.

McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. París: Gallimard.

McDougall, J. (1998). *Las Mil y Una Caras de Eros.* Buenos Aires: Paidós.

Mirolli, A. (1980). *Las drogas*. Argentina: El Ateneo.

Mosquera, D. (2007). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid: Pleyades.

Muehlenkamp, J., & Brausch, A. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of adolescence, 35*, 1-9.

Nasio, J.-D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.

Nixon, M., & Heath, N. (2008). *Self – Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention.* New York: Routledge.

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.

Portuondo, J. A. (1997). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo.* Madrid: Pirámide.

Redondo, C., Galdó, G., & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Universidad de Cantabria.

Santos B., D. (2012). *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. México: Edición de autor.

Secretaría de Salud. (2013). *Boletín Atención Psiquiátrica, 5*(3), 1-4. Recuperado de: http://www.sap.salud.gob.mx/media/65527/sap_bol9.pdf

Tantam, D., & Nick, H. (2009). *Understanding repeated self-injury. A multidisciplinary approach*. China: Palgrave MacMillan.

Toro, T. J. (2013). *El adolescente ante su cuerpo: Cuerpo, vestido y sexo.* España: Pirámide.

Villarroel, G., Jerez, C., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 51*(1) 38-45.

Whitlock, J. (2009). The cutting edge: Non-suicidal self-injury in adolescence. *Act for youth center of excellence.* Recuperado de http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf

Whitlock, J., Lader, W., & Conterio, K. (2007). The internet and self-injury: What psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11), 1135-1143.

Zamorate V., R. (2009). *Imagen corporal en el paciente con diagnostico de esquizofrenia.* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM.

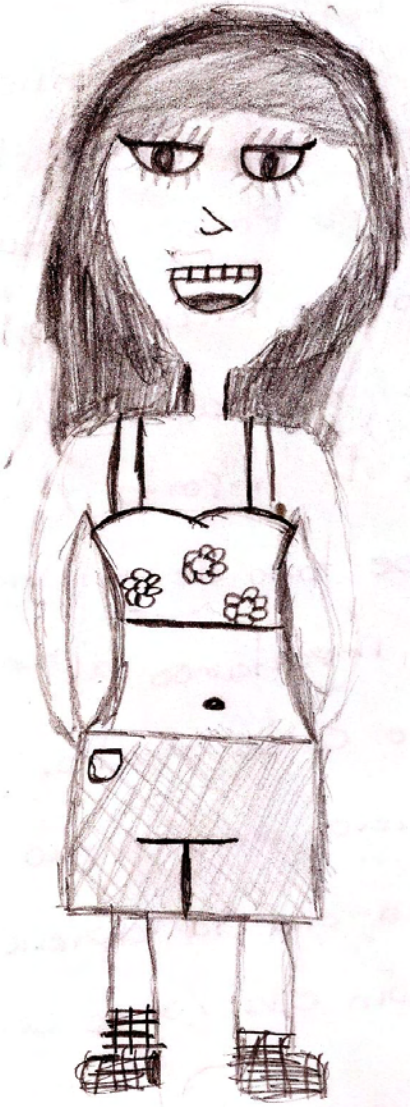
ANEXOS

Anexo A. Prueba de la figura humana de Karen Machover en adolescentes con conductas autolesivas.

II

III

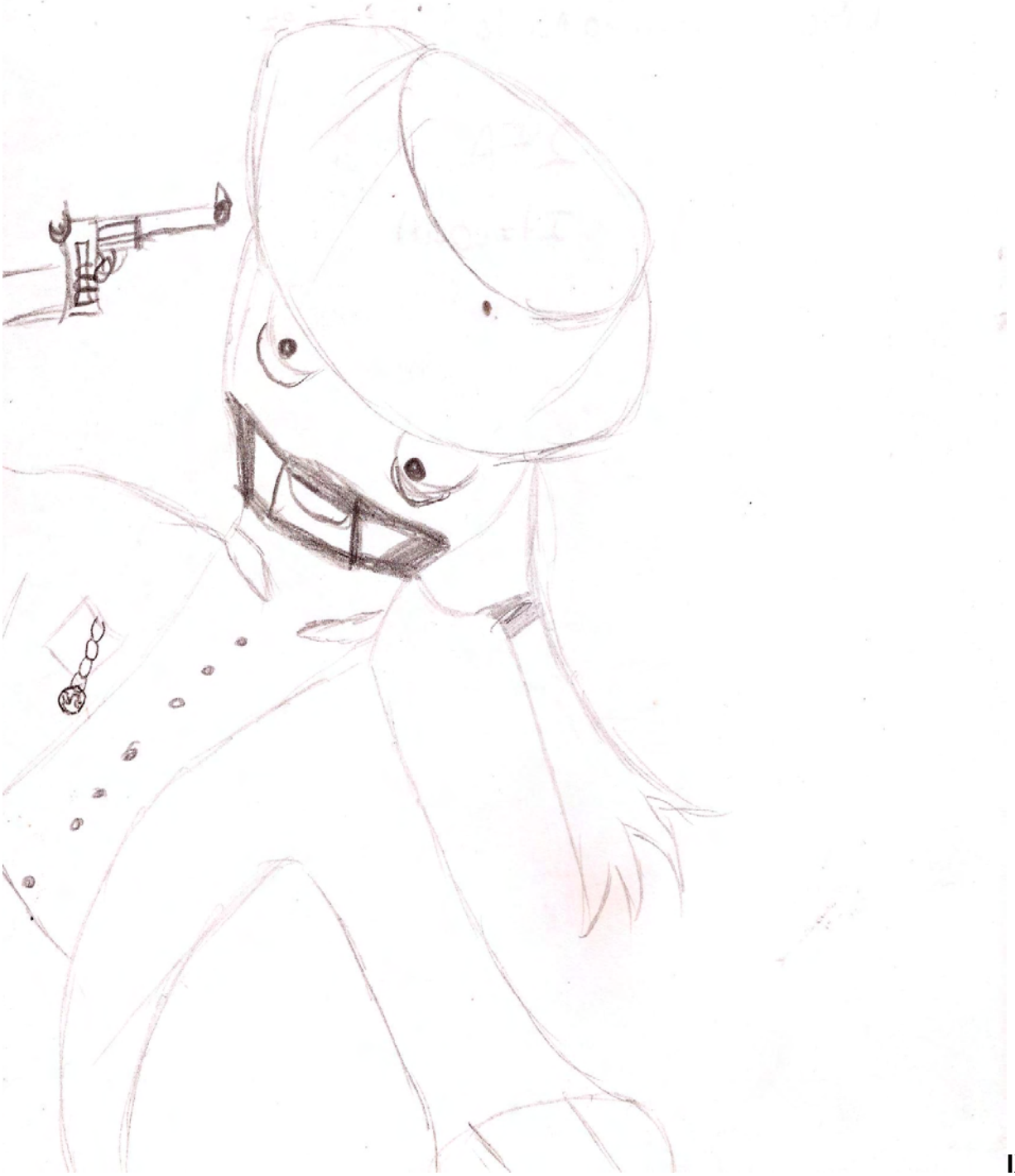
IV



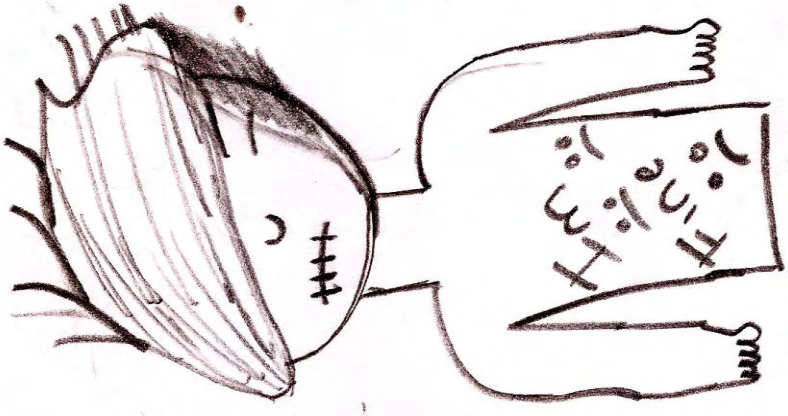
V

VI

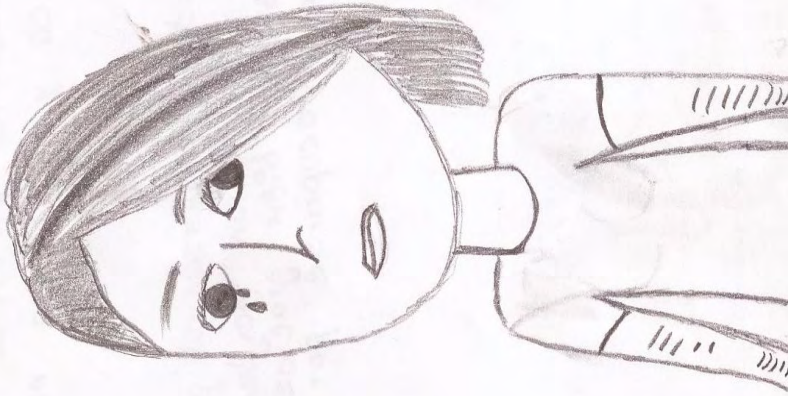
VIII



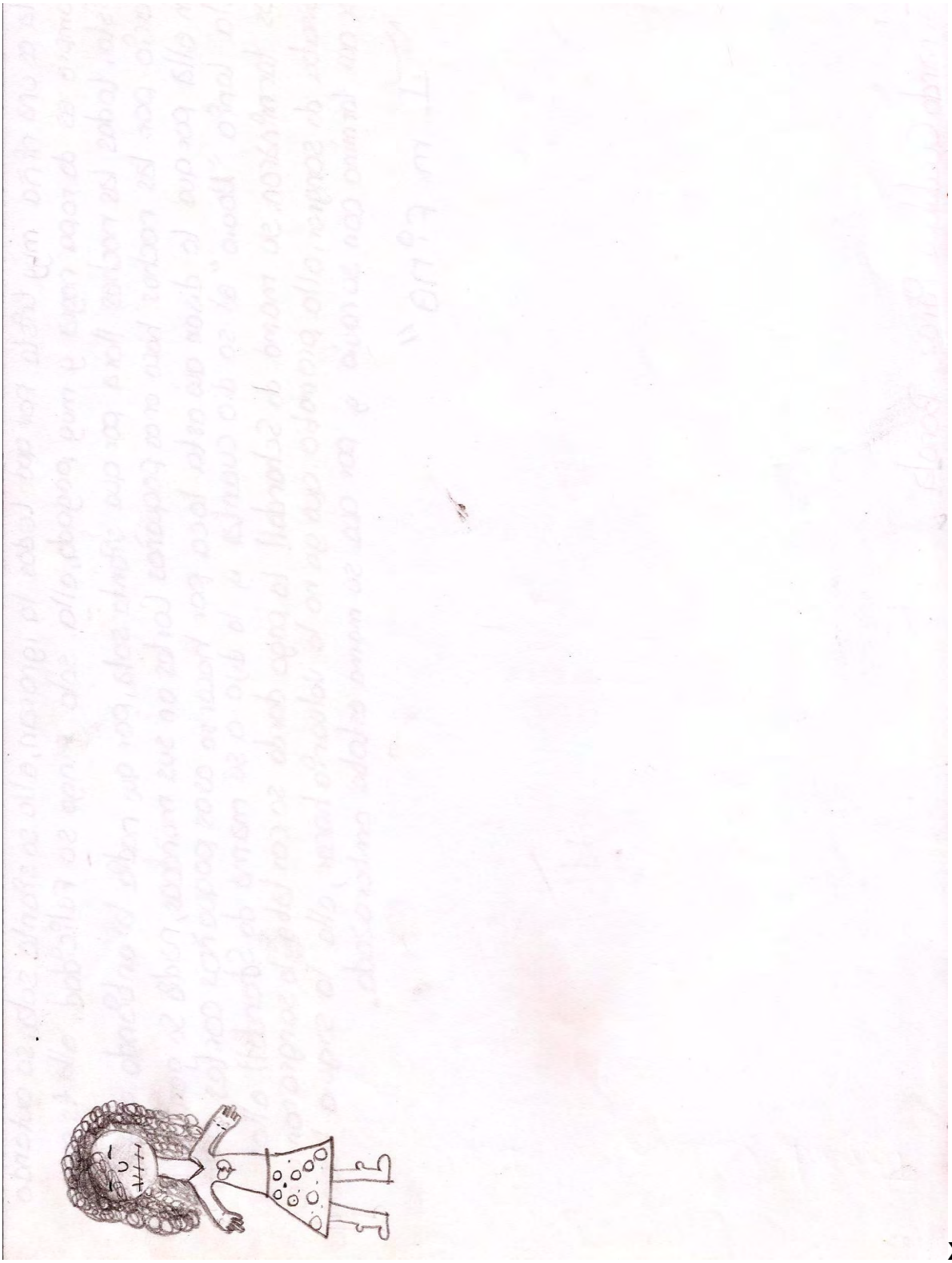
IX




astrid



XII



XIII

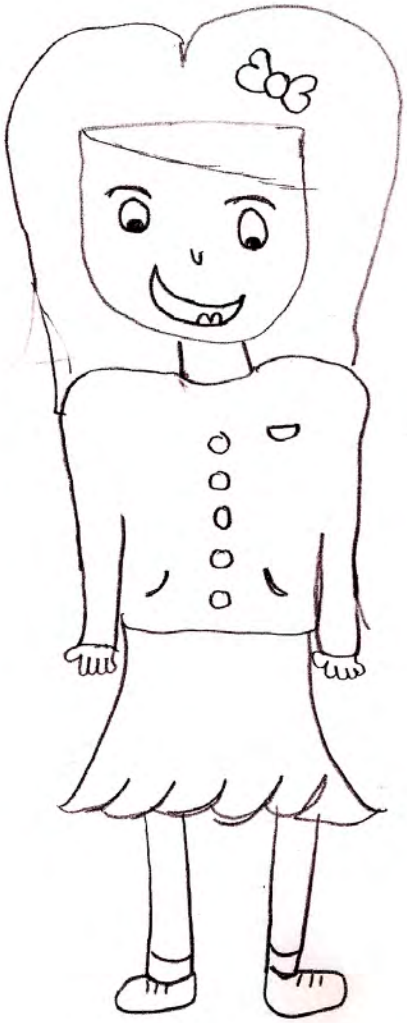
XIV

XV

Anexo B. Prueba proyectiva de la figura humana de Karen Machover en adolescentes sin conductas autolesivas


FRCUNOO


BMX
BMX
I ♡
BMX



Anexo C. Historias en la prueba proyectiva de Karen Machover de adolescentes con conductas autolesivas.

Una niña se llamaba jocelyn y ella
estaba enamorada de un niño
llamado Hugo y su mejor amiga"
le dijo que lo iba a hacer pagar
porque a jocelyn la iluciono y le prometio
muchas cosas.
La mejor amiga" de jocelyn
(Sara) se termino enamorando de
Hugo y se besaron y ella jocelyn
se enojo y le dejo de hablar y
Sara empezó a hablar mal de jocelyn
y bueno jocelyn se empeso acortarse
y a lastimarse en todo su cuerpo.

Wendy

15

Habia una vez un niño que se llamaba Juanito
iba en 2 de secundaria que se aplicaba en la
escuela mucho que tenia novia y un dia la niña
termino a juanito y juanito y el se
deprimio mucho y unos compañeros lo empezaron
a decir que para que se desahogara tomara
que le hiciera al bisio y juan acepto y desde
ay empezo a tomar drogarse y todo

Carlos

Esta persona se llama Joey tuvo un pasado principalmente triste por que no tuvo el cuidado de sus padres el tenia un hermano que lo hizo sufrir mucho y tenia varios sueños, tiempo después su papá muere en un accidente y el conoce a varios compañeros con iguales problemas y tiene frente a el una gran oportunidad el formar parte de una banda muy poco conocida y le dan la oportunidad de ser el batenista y gracias a ello hace grandes logros y tiempo despues se tatua varios nombres principalmente el de su papá y de ahí su carrera surgue a lo grande y se hace muy famoso, entonces lo llaman para formar parte de otra banda y el acepta y gracias a ello tiene una vida sensacional y con grandes logros.

Abril

Esta niña se llamaba Lizbeth, vivia con su mamá y su hermano menor, su papa los habia dejado por otra, y los visitaba cada que se acordaba de ellos Lizbeth se cortaba para olvidarse de lo que pasaba en su casa, andaba siempre triste, pero ella podia y sabia escuchar a sus amigos de lo que les pasaba ella sabia siempre que decirles, tenia a su mejor amigo que se llamaba Mario el sabia toda su historia y la apoyaba y iban a todos lados juntos, cuando Mario se entero de lo que ella se cortaba, el asustado le fue a contar a la mamá de Lizbeth ella asustada decidio llevarla a un psicologo, ella llegaba y contaba lo que pasaba se desahogaba, fue vario tiempo y logro dejar de cortarse y llevar una mejor relación con su familia y amigos.

Clara

Ella es Naiker, una chica de Secundaria, una adolescente como todas las de su escuela tenia una mejor amiga que se llamaba Itzel y les gustaba la misma música, aunque Naiker tenía muchisimos amigos en la escuela no sentía que ellos fueran un apoyo cuando ella se sentía mal, ella no le tenia mucha confianza a cualquier persona ni siquiera a sus papás le tenia mas confianza a solo 2 de sus amigos Itzel y Valeria, sentía que no tenerle confianza a sus papás era malo por que sus demás amigos le contaban que sus papás ya hasta les daban consejos con eso de los novios.

La mayor pasión de Naiker es Bailar, le encanta pero aunque ella va con un muy buen promedio en la escuela a veces su ma má le dice que ya no la va a dejar ir a bailar y eso la pone muy triste ya que ella quiere dedicarse a la Danza.

Ella espera que pronto pueda hablar más con sus papás de todo lo que ella siente, por que ella intenta hacer su mejor esfuerzo para hacer sentir orgullosa a sus papás y no es que le guste la escuela sino que solo le hecha ganas para que la sigan dejando ir a bailar.

Frida

Astrid era una niña solitaria que sus padres estaban
con ella pero nunca se enteraban de lo que hacían...
ella "NO se cortaba solo abría su piel para lograr lo de
adentro" ella se lastimaba se cortaba y sus
padres NUNCA se daban cuenta hasta que la niña
Astrid se colga de una cuerda desnuda, y muerta
ya que estaba en una depresion y sus padres nunca
se dieron cuenta hasta ese dia que sus padres la
vieron con muchas marcas en su cuerpo se
dieron cuenta de lo que hacia...

Karina

Era una vez una chica de 16 años que amaba the strolhes y fue a su concierto y en el concierto conocio a un chico de 20 años y se conocieron y con el tiempo empezaron a salir despues de 4 meses de conocerse el chaco le pidio que se vieran en el centro comercial y estando alli el chaco la secuestro y la joven jamas fue vuelta a ver y no se supo de ella.

fin.

Catalina

Había una vez un niño llamado Juan carlos el tenía muchos problemas con sus amigos, familia, esto desconocidos un día pensó hacer una broma unos de sus familiares Quitandole sus cosas diciendo su familia me han robado el niño se sintio mal al quitarles los cosas y llamaron una patrulla entonces Juan carlos se echo a correr por el bosque y se perdio mucho tiempos al niño lo no lo encontraron y su familia andaba como loco buscando hasta que un día lo encontraron y el niño le dejo la verdad a su mamá.

Gonzalo

Noemio

Noemio vivia en un barrio rico pero un dia salio de su casa y fue a un barrio pobre y fue a una cantina y se emborach y se pelio con un muchacho llamado Geobanio y se dejaron los ojos morados Noemio no podia caminar y Geobanio quedo sangrado por que Noemio se puso rompudo y lo golpeo entonse Noemio regreso a su casa y recado que su familia se abia ido de viaje a Cozumel y entonses recordo que el tenia mucho dinero y fue por un choche nuevo, y entonos lo estreno y despues al siguiente dia pudo salir a un bar y iba bien pedo y choco, salio volando y callo sobre popo de caballo y hay se quedo inconsiente y lo mio un perro y reacciono y fue a venirse al hospital y fue a su casa pero saliendo del hospital lo atropello un chimeco y lo destaz su cabeza se quedo tirada en un jardin sus brazos en un rio y sus piernas y resto del cuerpo en una perrera.

Fin.

Oscar

Habia una niña llamada Dulce que ra muy feliz
porque tenia padres y amigos que ella tenia
pero su befecto era que se cortaba por que le
hacian burla y por que le hacian bulling por su
forma de ser y sus gustos entonces sus padres
se dieron cuenta de esto y la llevaron a
un psicologo pero ella aun se sentia mal pero
despues dejo de cortase para no ver preocupa-
dos a sus padres. Fin ^.^

Minerva

Esta es la historia de un niño que nadie lo apreciaba por ser pequeño todos le decian muchas cosas por estar pequeño un dia ese niño iba ala escuela y unos niños le empezaron a decir de cosas como las niñas veian cuanta agresividad le hacian y ellas comenzaron a ablarle y el empezo a tomar mucha confianza pero ala semana los mismos niños lo agredieron por ablar les a las niñas el acudio con la directora y la directora los expulso y el niño fue feliz.

FIN!!

Mario

Brenda vivia en la ciudad de Mexico,
ella siempre se veia feliz pero por
dentro ella se sentia terrible, ella
se cortaba, pero cuando le preguntaban
ella contestaba "Fue mi gato" paso
barios meses así nadie se daba
cuenta del daño que se hacia.
Un día ella decidio quitarse la vida
ella se aorco y dejo una nota que
decia

Gracias a todas las personas que
hicieron que me decian "gorda, mensa,
inutil". Yo estare bien gracias de
nuevo por no preocuparse por mi.

Lizbeth

Ella es una niña muy triste por que todos la ignoran, ella se siente sola, se autendo siempre es de ropa negra y muy pegada, ella. solo fingo su felicidad, ella es muy triste, todas las noches llora por que siente sola, por que nadie la entiende, ella diario por las noches hace unos pequeños Cortes en sus muñecas, nadie se gunta con ella por que le disen que esta loca por hacerse esos pequeños cortes, pero ella tenia "Novio" el se dio cuenta y le dijo a su mamá de Schandall ellos dos terminaron. su mamá de Schandall le pego donde se cortaba le sangroron y no Paraba de sangrar, ella prometio. que yo no lo volveria hacer, ella lo seguia haciendo Por que termino con su novio y por que su mama estaba embarazada.

"I m fine"

Fernanda

Habia una vez una niña que tenia
13 años ella vivia con sus padres en
la misma casa pero estaban separados
sus papas no se llevaban bien pero sin
embargo nunca se hablaban, su papa solo
se la pasaba trabajando su mundo era
el trabajo y no le ponia atencion nunca
le preguntaba como te fue ni nada
su mama solo se la pasaba en el
celular sin importarle su hija. Ella se
sentia sola sin nadie que la apo-
yara y ella busco la manera mas
"facil" se empezo a cortar ella buscaba
sentirse libre para ella cada gota de
sangre era sentirse libre ya que
ella no lo era sus papas no le
ponian atencion pero no la dejaban salir
con sus amigos ella queria sentirse
libre un segundo y ella se cortaba
muy seguido para sentirse libre
un segundo, para ya no sentirse
presa, para ya no ser un
esclavo.... y ser ¡feliz! un
instante.

Flor

- Existio un jóven que Se Caracterizaba Por Ser Callado y tranquilo, le gustaba hacer Amigos, pero, también, le gustaba dibujar en Sus tiempos libres.

- Se Caracterizaba por ser bipolar, Algunas Veces se enojaba, porque Alguien le Caia mal, o porque no lo dejarón Jugar. y siempre encontraba la Forma más Positiva de ver Su vida.

Luis

Ella es muy feliz... Tiene
15 años, a ella le gusta
mucho jugar futbol...
ella va en la secundaria
ella es muy feliz, pero
ella sufria mucho por dentro
por muchos problemas, en la
epoca de la adolescencia
ella sufria mucho por que
encontro un chavo el chavo
solo la hace sufrir... ella
por los problemas se cortaba
nunca usaba camisa de manga
corta pero ella pidio ayuda
y regreso hacer muy feliz

:) :(

Diana

Anexo D. Historias en la prueba proyectiva de Karen Machover de adolescentes sin conductas autolesivas.

El es Alan tiene 23 Años Vive en Francia
es una persona preparada y estudio ingenieria
en mecatronica y se dezempeña muy bien en
su trabajo es exitoso y muy reconozido
a el le gusta mucho su trabajo y por que
le gusta su profecion se siente feliz con

su trabajo el esta muy preparado es un
joven muy inteligente de echo es el mas
joven con esa carrera y teniendo tanto exito
y el siempre dijo que nadie truncaria su
sueño de terminar su carrera y el y su familia
siempre decian que el era el mejor y
asi fue.

Alan

Habia una vez llamada Josslin ella vivia con su mama, y sus 2 hermanos, ella era muy alegre, y sociable todos la querian mucho ella solia escuchar musica y tener muchos amigos y ella y su mejor amiga Paola eran inseparables, se ponia triste cuando ella no llegaba, paola y Josslin eran muy simpaticas aunque habian veces en los que las criticaban ella le gustaba escuchar mucho a las personas como si fuera una psicologa, ella es muy alegre y esa felecidad nadi se la podra quitar.

Joselin

Una niña llamada mitzi iva caminando un dia
por el parque un par de amigos la invitaron
a jugar futbol ella acepto porque le gustaba
mucho pues a su hermano le gustaba y la en-
seño a jugar ella muy feliz empezo a jugar
y anoto un gol y ella brinco de alegria pues
era un gol muy especial porque era muy parecido
alque su papa le avia enseñado a su
hermano y su hermano a ella ella despues
de jugar se fue a centar debajo de un arbol
de ese arbol callo una manzana y la manza-
na le gusto mucho y se paro y se fue a su
casa muy contenta.

FIN

Mariana

Habia una vez una niña que tenia 13 años, era muy buena porque sacaba buenas calificaciones tenia promedios muy altos pero sus compañeros se burlaban de ella, y cuando eso pasaba ella se ponia muy triste. Asi fue por mucho tiempo hasta que un dia ella decidio decirle a sus padres y orientador para que la ayudaran, pero las burlas seguian. El orientador y los padres estaban preocupados por ella e hicieron todo lo posible para que eso se acabara y llegaron al extremo de dar de baja a los niños que la molestaban. Ella decia que eso era lo mejor porque si no los expulsaban las burlas seguirian

Después de eso la niña tuvo confianza de si misma y vivio feliz

Araceli

habia Ora Vez Un hombre llamado Iuan
desde Niño Como alos 12 años empezo
a Practicar BMX Porque le apacionaba
ese deporte empeso a Practicar en sorralle
Con tabiqes empezo a irse alos
rampas de tantos beses que iba
aPrendio Mas Trucos entonces empezo
a Sobir Vidoos a: you tube Se iso
famoso y ya es un rider Profesional

Iván