



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PRÁCTICAS PARENTALES, DEPRESIÓN Y
AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD
DE MÉXICO**

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

**PRESENTA
DAMARYS BERENICE CASTRO ESTRELLA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl

Gracias por su apoyo, su calidad humana y su amistad; además de sus conocimientos, ideas y aportaciones los cuales enriquecieron en gran medida el desarrollo de esta investigación y sin usted nada de esto hubiera sido posible.

Mtra. Verónica Ruiz González

Gracias por su apoyo, comentarios y aportaciones, las cuales fueron de gran importancia para que esta investigación se pudiera llevar a cabo.

Sinodales

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Dra. Claudia Margarita Rafful Loera

A todos y cada uno de ustedes les agradezco por sus observaciones y aportaciones que realizaron en este trabajo, ya que me permitieron mejorarlo en diversos aspectos y concluirlo de la mejor forma posible.

Familia

A mis padres

Gracias a ustedes tengo principios, soy una persona dedicada y lucho hasta lograr mis objetivos, porque siempre han estado a mi lado para apoyarme, escucharme y aconsejarme desde que era pequeña, gracias por todos y cada uno de los sacrificios que hicieron para que yo pudiera lograr una meta más de todas las que me han ayudado a alcanzar.

A mi hermana

Gracias por ser mi ejemplo a seguir, por siempre estar a mi lado orientándome, escuchándome, dándome ánimos y alentándome a ser mejor día con día.

Bryan

Gracias por ser mi compañero de desvelos, por siempre apoyarme cuando lo necesito y por darme la calma y confianza cuando dudo de mis capacidades.

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo I. Antecedentes Teóricos	11
1.1. Estilos de crianza.....	12
Permisivo.....	12
Autoritario.....	12
Autoritativo o democrático.....	13
1.2. Prácticas parentales.....	15
Apoyo.....	16
Control	16
Comunicación	18
Autonomía	20
Imposición.....	21
Capítulo II. Depresión	23
2.1. Epidemiología	23
2.2. Sintomatología	25
2.3. Factores asociados a la depresión.....	27
Individuales.....	27
Sociales.....	31
Familiares.....	33
2.4. Teorías de la depresión.....	35
Teorías psicodinámicas.....	35

Teorías conductuales.....	37
Teorías cognitivas.....	40
2.5. Instrumentos	44
Capítulo III. Autolesión.....	46
3.1. Epidemiología	47
3.2. Sintomatología	48
3.3. Factores asociados a la autolesión	49
Individuales.....	49
Sociales.....	52
Familiares	54
3.4. Teorías de la autolesión	56
Modelos psicodinámicos.....	56
Modelo ambiental.....	57
Modelo funcional.....	57
Modelo de regulación afectiva.....	58
Modelo de disociación.....	58
Modelo de los límites.....	59
3.5. Instrumentos	59
Capítulo IV. Método.....	61
4.1. Pregunta de investigación	61
4.2. Objetivos	61
Objetivo general.....	61
Objetivos específicos	61
4.3. Hipótesis	61

4.4. Variables	62
Definición conceptual.....	62
Definición operacional.....	62
4.5. Participantes	63
4.6. Tipo de estudio.....	63
4.7. Instrumentos	63
Escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (2008).	63
Inventario de Depresión de Beck BDI – II (Beck, Steer & Brown, 1996).....	64
Cédula de Autolesión CAL (Marín, 2013).	65
4.8. Procedimiento	66
4.9. Análisis estadísticos	66
Capítulo V. Resultados	68
Capítulo VI. Discusión y conclusión.....	79
6.1. Discusión	79
6.2. Limitaciones del estudio.....	84
6.3. Conclusión	84
Referencias	86
Anexos	112

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo determinar la asociación entre las prácticas parentales, la depresión y las autolesiones. Participaron 991 adolescentes de una escuela secundaria de la Ciudad de México; de los cuales, el 48.8% fueron hombres y el 51.2% mujeres, con un rango de edad de 13 a 15 años y una media de 13.97 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Prácticas Parentales que evalúa nueve dimensiones, cinco para la madre (comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual) y cuatro para el padre (comunicación/control conductual, autonomía, imposición y control psicológico); la sintomatología depresiva se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck II y por último, la presencia de conducta autolesiva fue medida por medio de la Cédula de Autolesiones. Se utilizó el programa estadístico informático SPSS, se realizaron análisis de frecuencias, análisis de correlación de Pearson y prueba t de student. Se encontró que la sintomatología depresiva fue significativamente mayor en mujeres que en hombres ($t = -6.777$, $p = .000$); con relación a las autolesiones, nuevamente las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres tanto en autolesiones menores ($t = -4.717$, $p = .000$) como en severas ($t = -4.390$, $p = .000$); además de que las prácticas parentales positivas (comunicación, control conductual y autonomía) se encuentran relacionadas con menor sintomatología depresiva y menor conducta autolesiva, mientras que las prácticas parentales negativas (control psicológico e imposición) se asocian con la depresión y las autolesiones; aunado a ello, se halló que las prácticas parentales influyen de forma distinta dependiendo el sexo de los padres y de los hijos. Por lo que, es importante proporcionar estrategias a los padres de familia, para mejorar la forma en que se relacionan con sus hijos.

Palabras clave: depresión, autolesión, prácticas parentales, adolescentes.

Abstract

This research aims to determine the association between parental practices, depression and self-harm. Participants were 991 adolescents from a secondary school in Mexico City; 48.8% were men and 51.2% women, with an age range of 13 to 15 years and an average of 13.97 years. The instruments that were used are the Parental Practices Scale, that assesses evaluates nine dimensions, five for mother (communication, autonomy, imposition, psychological control and behavioral control) and four for father (communication/ behavioral control, autonomy, imposition and psychological control). Depressive symptomatology was evaluated by the Beck Depression Inventory II; and the presence of self-harm behavior was measured through the Self-Injury Card. The SPSS statistical computer program was used, through which were made frequency analyzes, Pearson's correlation and t tests. The depressive symptoms were significantly higher in women than in men ($t = -6.777$, $p=.000$); regarding self-harm, again women scored significantly higher than men in both minor self-injuries ($t = -4,717$, $p=.000$) and severe self-injuries ($t = -4,390$, $p=.000$). In addition, positive parental practices (communication, behavioral control and autonomy) were related to less depressive symptoms and less self-injurious behavior, while negative parental practices (psychological control and imposition) were associated with depression and self-harm. Also, parental practices influence differently depending on the sex of parents and children. It is important to provide strategies to parents, to improve the way they relate to their children to prevent self-harm and depression.

Keywords: depression, self-harm, parental practices, adolescents.

Introducción

En México, la depresión es un fenómeno de gran relevancia, este trastorno afecta alrededor del 11 al 15% de los adolescentes y ha ido aumentando a lo largo del tiempo (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015; INEGI 2017; Tapia, Wagner, Heredia, & González-Forteza, 2015). Otra problemática importante son las autolesiones que se presentan con mayor frecuencia en adolescentes, se estima que del 13 al 45% de los adolescentes se ha autolesionado al menos una vez en su vida (Vega et al., 2018). Existen diversos factores asociados a la presencia de ambas problemáticas; entre estos se encuentra el entorno familiar, el cual funge un papel importante en el desarrollo del individuo a cualquier edad. Durante la adolescencia, a pesar de los cambios que se producen con respecto a la posición del individuo en el contexto familiar, con los iguales y con la sociedad, los padres siguen siendo de gran relevancia en el proceso de socialización de sus hijos (Malandar, 2016).

Las prácticas parentales influyen de forma significativa en la conducta de los adolescentes (Baumrind, 1991); por lo que si las condiciones del medio familiar no son adecuadas se pueden generar consecuencias desfavorables para el menor (Malandar, 2016). Por ejemplo, la depresión (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura, & Rojas, 2012; Barber, Stolz, Olsen, Collins, & Burchinal, 2005), la ansiedad (Betancourt & Andrade, 2008), los problemas conductuales (Méndez, Andrade, & Peñaloza 2013), el consumo de alcohol y tabaco, la conducta agresiva, las lesiones autoinfligidas y los problemas somáticos (Betancourt & Andrade, 2011).

Si bien, se han llevado a cabo investigaciones que asocian las prácticas parentales con la depresión, solo se ha realizado una en la Ciudad de México por Andrade y colaboradores (2012), por lo que es importante que se efectúen más investigaciones que permitan corroborar los datos obtenidos. De igual forma la relación entre las prácticas parentales y las autolesiones, fue estudiada por Betancourt y Andrade (2011). Sin embargo, la investigación tuvo como objetivo

determinar la relación entre las prácticas parentales y los problemas emocionales, por lo que no fue un estudio enfocado a las lesiones autoinfligidas, ya que las autolesiones únicamente formaban parte del instrumento aplicado. Además, dentro de sus limitaciones los autores propusieron renombrar las dimensiones de la Escala de Control materno y paterno para adolescentes de Betancourt (2007). Por esto, en esta investigación se utilizó la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008). Cabe destacar que es la escala más reciente para medir las prácticas parentales y fue construida a partir del instrumento mencionado con anterioridad y la Escala de Estilos Parentales de Palacios y Andrade (2006).

A pesar de que se han desarrollado investigaciones (Andrade et al.,2012; Betancourt & Andrade, 2011; Cifuentes, 2018; Martínez-Falero, 2015; Palacios y Andrade, 2008; Ruvalcaba-Romero, Gallegos-Guajardo, Caballo, & Villegas-Guinea, 2016) de la relación entre las prácticas parentales con la depresión y las autolesiones, se han llevado a cabo por separado. Por ello en esta investigación se busca identificar la forma en la que influyen dichas prácticas en la presencia y ausencia de depresión y autolesiones, así como la relación existente entre la depresión y las autolesiones, ya que éstas se presentan frecuentemente en la población adolescente.

Esta investigación es importante ya que permite conocer la percepción de los adolescentes sobre las prácticas parentales y así poder desarrollar talleres para padres, en los cuales se proporcionen estrategias que les permitan tener una mejor relación con sus hijos y de esta forma evitar que sigan aumentando los índices de depresión y autolesiones en los adolescentes.

Este documento consta de seis capítulos, los cuales se describen a continuación:

En el primer capítulo se revisa la literatura acerca de los estilos de crianza y las prácticas parentales y la forma en la que influyen en el desarrollo de los niños; así como, la diferencia que hay entre ellos.

En el segundo capítulo se revisa la epidemiología a nivel mundial, continental y nacional de la depresión; además de su sintomatología, los factores de riesgo y protección que se encuentran asociados a ésta y las teorías que explican cómo surge dicho trastorno.

En el tercer capítulo se presenta la epidemiología de las autolesiones en diferentes partes del mundo y posteriormente la de México; asimismo se define esta conducta, se explica la sintomatología, las formas que se emplean con mayor frecuencia para causarse daño, los factores que se encuentran asociados a este y se exponen las teorías que establecen como se genera este comportamiento.

En el capítulo cuatro se desarrolla el método de la investigación, en dónde se explica de forma breve y concisa, cual es el objetivo del estudio, sus variables, las hipótesis, la muestra con la que se trabajó, el tipo de estudio y los instrumentos que fueron utilizados.

En el capítulo cinco se muestra el análisis descriptivo de las variables y análisis inferenciales. Posteriormente, en el capítulo seis se discuten los datos obtenidos con base en las hipótesis planteadas al inicio de la investigación y por último se lleva a cabo la conclusión.

Capítulo I

Antecedentes Teóricos

La familia se define como el conjunto de dos o más personas que comparten una identidad, metas, intereses en común, necesidades psico-emocionales y materiales, además se compone por un espacio en el que hay interacción entre los miembros (Oliva & Villa, 2014), lo que tiene como consecuencia una dinámica familiar, que se caracteriza por normas, reglas, límites, jerarquías y roles, las cuales se encargan de regular la convivencia entre los miembros de la familia (Gallego, 2011). La familia es el contexto de socialización primario de los niños, ya que pasan la mayor parte de su tiempo en este ambiente, en el cual obtienen apoyo emocional, validación, aceptación y los medios para autodefinirse (Barber & Olsen, 1997).

En la familia se encuentran los estilos de crianza, los cuales se definen como la exigencia, la capacidad de respuesta (Baumrind, 1991), el afecto y el acompañamiento (Villegas, 2000) que se brinda por parte de los padres. Según Darling y Steinberg (1993) los estilos de crianza varían dependiendo del entorno social en el que la familia se encuentra involucrada.

Los estilos de crianza de los padres influyen en el desarrollo de sus hijos (Darling & Steinberg, 1993). Sin embargo, así como el comportamiento de los padres afecta el comportamiento del adolescente, la conducta del menor también afecta la conducta de sus padres (Steinberg, 2008). Por lo tanto, la educación es lo que tanto hijos como padres realizan en conjunto (Rich, 2002).

De acuerdo con Céspedes (2002), las experiencias que el niño vive junto con sus padres, el rol que estos ejercen y la relación que mantienen con sus hijos, van influir en su comportamiento actual y futuro del menor, el cual se puede ver favorecido o no, dependiendo de si las acciones de los padres son positivas o negativas.

1.1. Estilos de crianza

Baumrind (1967) estudió la autoridad en la relación padre-hijo, para determinar si el desarrollo de cualidades y las características del menor con el estilo de crianza de los padres se encontraban asociados. En su investigación sobre la relación entre padre - hijo se percató de que los padres diferían en la forma en que expresaban afecto (desde muy afectuoso a frío y crítico), en sus estrategias de disciplina (explicación, persuasión, crítica, aceptación y castigo), en la manera de comunicarse (desde la escucha hasta silenciar al menor) y en sus expectativas de madurez (responsabilidad y autocontrol) (Berger, 2007). Con respecto a sus investigaciones propuso tres tipos de estilos de crianza, los cuales se categorizaron de acuerdo con el grado de control que ejerce el adulto sobre el menor, como se describen a continuación (Baumrind, 1971; Berger, 2007; Biscontini, 2017):

Permisivo.

Los padres tienden a aceptar y afirmar los impulsos, deseos y acciones del niño; asimismo, permiten que este regule sus propias actividades, sin orientarlo a que obedezca reglas. Ya que los padres se enfocan más en ser amigos de su hijo, que en fungir el rol paterno. Los niños con este tipo de padres suelen ser infelices, inseguros y se muestran reticentes a las figuras de autoridad; presentan dificultades de autocontrol, por lo que se ven mayormente implicados en el consumo de alcohol y drogas, además son incapaces de regular sus emociones, lo que provoca que sean inmaduros y se les dificulte tener amistades, siendo la razón principal por la que son infelices.

Autoritario.

Este tipo de padres intentan moldear y controlar la conducta del niño a modo de que este cumpla con el estándar social del comportamiento adecuado, mediante la restricción de autonomía y la asignación de labores domésticas. Por lo que, el incumplimiento de las reglas es considerado algo grave, ya que se basan en que

deben ser obedecidos sin ser cuestionados. Debido a ello, los niños con padres autoritarios, son obedientes y pasivos, tienden a internalizar sus frustraciones y a culpabilizarse a sí mismos cuando tienen dificultades; por lo que son más propensos a sufrir ansiedad, depresión y baja autoestima en comparación de sus pares.

Autoritativo o democrático.

El padre dirige las actividades y establece reglas de manera racional y orientada al problema, toma en cuenta la opinión del niño en decisiones importantes, de igual forma lo alienta para que éste alcance su máximo potencial, sin regular la vida del menor. Por lo que éste es capaz de comprender que él es libre de realizar la conducta que desee, siempre y cuando no perturbe las actividades que las demás personas realizan. Los hijos de padres autoritativos son individuos equilibrados, felices consigo mismos y generosos con otras personas, los cuales son capaces de seguir reglas y cumplir con las normas sociales; asimismo, cuentan con habilidades sociales adecuadas, buen autocontrol, confianza y siempre intentan alcanzar sus metas.

Posteriormente Maccoby y John Martin (1983) reformularon las dimensiones básicas de Baumrind y las redefinieron de acuerdo con dos aspectos: 1) al control o exigencia, lo que se refiere a la presión ejercida por parte de los padres hacia los menores con el fin de alcanzar los objetivos esperados, y 2) al afecto o sensibilidad y calidez, siendo el nivel de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres acorde a las necesidades del menor (Craig & Baucum, 2009; Papalia & Martorell, 2017). De acuerdo con esta reformulación se obtienen cuatro estilos educativos parentales, dos de ellos se definen de la misma forma, aunque son identificados con otro nombre, los cuales son el autoritario-recíproco que corresponde al estilo autoritativo o democrático y el autoritario represivo que concierne al estilo autoritario. Por otra parte, los otros dos estilos (permisivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente) surgen del estilo permisivo descrito por Baumrind (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008), los cuales se describen a continuación:

El estilo permisivo-indulgente se define por tres aspectos básicos de la conducta del padre ante el menor, los cuales son la indiferencia ante sus actitudes y conductas positivas y negativas, la permisividad y la pasividad. Este estilo de crianza se caracteriza por la ausencia de autoridad y de límites, hacen escaso uso de castigos y toleran todo tipo de impulso de los menores. En casa se promueve la comunicación abierta y la democracia, además de que los padres se muestran preocupados por la formación de sus hijos y responden a sus necesidades.

Los niños que se desarrollan con este estilo de crianza tienden a ser espontáneos, originales y creativos; además de presentar mejores competencias sociales, autoestima alta y confianza en sí mismos. Sin embargo, se ven desfavorecidos, debido a que obtienen bajas calificaciones y tienen menor capacidad de autorresponsabilidad, lo que los vuelve propensos a la falta de autocontrol y autodominio. Esto puede surgir como consecuencia de la excesiva tolerancia y complacencia por parte de los padres a los impulsos de los menores.

Por otra parte, el estilo permisivo-indiferente, negligente o no involucrado, es aquel en el que los padres son personas que no establecen límites, tampoco manifiestan afecto o aprobación y tienden a centrarse más en sus propias necesidades que en las del niño. Estos padres padecen de estrés o depresión, debido a ello, no cuentan con la energía suficiente para ayudar o apoyar a sus hijos. La permisividad que se da en este estilo de crianza, se debe a la falta de tiempo, desinterés o comodidad por parte de los padres. Este tipo de padres complacen a sus hijos comprando lo que les piden, cuando estos cuentan con los recursos económicos; sin embargo, tienden a reaccionar de manera agresiva, cuando sus hijos sobrepasan sus límites de tolerancia. Los niños que son criados de esta forma, presentan baja autoestima, menores logros escolares, tienden a ser dependientes, no son responsables en cuanto a la libertad que se les proporciona y su desarrollo de capacidades se ve mermado.

El modelo de Baumrind provocó controversia, debido a que sugiere que existe una forma correcta de criar a los niños; lo que no puede ser afirmado, dado que en sus investigaciones no demostró que los estilos de crianza tuvieran como consecuencia que los menores fueran mayor o menormente competentes, ya que únicamente asoció los diferentes estilos de crianza con las conductas de los niños, además de que no fueron tomados en cuenta los factores innatos, como el temperamento de los padres y tampoco se conoce si durante el estudio los padres adoptaron un estilo de crianza autoritativo, por las condiciones en las que se llevó a cabo (Papalia & Martorell, 2017).

De acuerdo con Darling y Steinberg (1993) es importante diferenciar los estilos de crianza de las prácticas parentales, los cuales se definen a continuación. Los estilos de crianza son el conjunto de actitudes de los padres dirigidas al niño, las cuales forman parte del ambiente en el que el menor es criado, estas involucran tanto comportamientos verbales como no verbales. Además, los estilos de crianza se encuentran integrados por los objetivos de socialización y las prácticas parentales. Los objetivos de socialización se refieren al desarrollo de habilidades por parte de los menores. Por otra parte, las prácticas parentales son las conductas y acciones que los padres realizan con el fin de que los hijos logren el comportamiento deseado para cuando sean adultos.

1.2. Prácticas parentales

De acuerdo con Beltrán y Bueno (1995) las prácticas parentales son el conjunto de acciones que los padres llevan a cabo con el fin de influir e infundir en sus hijos un conjunto de valores y normas que guíen su comportamiento, logrando de este modo el objetivo de socialización.

Las dos dimensiones que ocuparon Maccoby y Martin (1983, como se citó en Méndez et al., 2013) para reformular la teoría de Baumrind; fueron denominadas por Barber (2002) como apoyo parental y control parental.

Apoyo.

El apoyo es la cantidad de soporte y cariño que los padres le muestran a su hijo (Maccoby & Martín, 1983; como se citó en Betancourt & Andrade, 2006) y esta conducta que manifiestan le permite a su hijo sentirse bien ante la presencia de ellos (Rollins & Tomas, 1994; como se citó en Berridi & Andrade, 2002). Según Barber (2002) esta relación padre e hijo involucra el afecto, la sensibilidad, la aceptación y el cariño, siendo importantes, ya que se considera que influyen en el desarrollo positivo del niño.

Asimismo, Barber (1996) encontró que el apoyo se ve asociado con la competencia psicosocial del menor. Las competencias psicosociales son la capacidad del individuo para hacer uso de sus experiencias previas, las cuales le permiten responder de manera adecuada ante las exigencias y demandas del medio, así como cubrir sus necesidades interpersonales de comunicación (Fernández, 2017).

Además, el apoyo proporcionado por los progenitores se ha relacionado con alto desempeño escolar (Lastre, López, & Alcázar, 2017), mayor empatía (Zacarías, Aguilar, & Andrade, 2017), mayor autoconcepto, menores desajustes psicológicos (Fuentes, García, Gracia, & Alarcón, 2015) y menores niveles de depresión (Andrade et al., 2012) en los hijos. No obstante, la ausencia de dicho apoyo se relaciona con la presencia de problemas externalizados, lo que se refiere a causar daño o molestia a otros; así como a problemas internalizados, como la depresión, la ansiedad y los problemas somáticos en los niños (Betancourt & Andrade, 2008).

Control.

El control es definido como el grado de influencia que tiene el padre sobre su hijo, para que este cumpla con la conducta deseada (Rollins & Tomas, 1994, como se citó en Berridi & Andrade, 2002). Éste implica la disciplina, la demanda de

madurez, la represión, la inducción, la supervisión, el monitoreo, el retiro de amor, el control hostil, el control inconsistente, la restricción y el castigo (Barber, 2002).

Posteriormente, Steinberg (1990) determinó que el control parental se divide en psicológico y conductual; ya que encontró que el control psicológico afecta negativamente el desarrollo psicosocial del menor, mientras que el control conductual influye de manera positiva en éste.

Control psicológico.

El término de control psicológico surgió en la década de los sesenta a partir del trabajo realizado por Becker y Schaefer, en el cual explican que la disciplina psicológica que ocupan los padres, son por ejemplo la culpa, la decepción, el retiro de amor e incluso el aislamiento del niño. Este tipo de disciplina psicológica es considerada negativa, dado que manipula la relación de amor padre – hijo, como una forma de controlar el comportamiento del niño. Además, interfiere en el desarrollo psicológico y emocional de éste, debido a que afecta su proceso de pensamiento, su autoexpresión, sus emociones y el apego a los padres (Barber, 1996).

El control psicológico repercute en el bienestar de los niños y adolescentes (Méndez et al., 2013), los hijos de los padres que hacen uso de críticas excesivas, el chantaje y la inducción de culpa tienden a presentar problemas externalizados, consumo de alcohol, tabaco, conducta agresiva, lesiones autoinfligidas, problemas somáticos (Betancourt & Andrade, 2011), problemas conductuales (Méndez et al., 2013) y problemas de salud mental (Ruvalcaba-Romero et al., 2016), como la depresión (Andrade et al., 2012; Barber et al., 2005).

Control conductual.

El control conductual es definido como el conjunto de límites, reglas, restricciones y conocimiento de las actividades diarias del menor (Barber, Olsen, &

Shagle, 1994). Se considera una disciplina positiva, debido a que la conducta que llevan a cabo los progenitores por medio de la cual intentan controlar el comportamiento del niño, es el razonamiento y la sensibilización, con la finalidad de concientizar al menor sobre las consecuencias que pueden tener sus actos (Barber, 1996).

La presencia de control conductual por parte de los padres se relaciona con menor sintomatología depresiva en el niño (Andrade et al., 2012). Cuando este tipo de control es ejercido específicamente por la madre se ha relacionado con menor nivel de hiperactividad y menor falta de atención (Méndez et al., 2013). Por otro lado, la ausencia de este tipo de control es considerada un factor de riesgo (Barber et al., 1994) y está asociada con problemas conductuales (Betancourt & Andrade, 2011), conducta antisocial, problemas externalizados como la delincuencia (Barber, 1996), el rompimiento de reglas y la conducta agresiva (Betancourt y Andrade, 2008), así como a problemas internalizados en los hijos (Andrade, Betancourt, & Orozco, 2006).

Según Shaffer (2000) el sexo de los padres influye en el proceso de socialización del niño, debido a que el trato que le dan a sus hijos depende de su sexo. Por lo tanto, Andrade y Betancourt (2010) evalúan las prácticas parentales maternas y paternas; además dentro de su evaluación retoman el control psicológico y conductual propuestos por Barber y agregan la comunicación, la autonomía, y la imposición por parte de los padres.

Comunicación.

Es el proceso mediante el cual dos o más personas intercambian información a través de símbolos, signos o conductas (Dalton, Hoyle, & Watts, 2007). De acuerdo con Pi y Erconvaldo (2016) existen dos tipos de comunicación; la verbal (expresión mediante palabras) y la no verbal (contacto visual, gestos faciales, movimientos del cuerpo, postura, distancia corporal y mirada).

Según Olson y colaboradores (1983, como se citó en Musitu & Evaristo, 2017) la comunicación se da de dos formas, una es la comunicación positiva, la cual está conformada por una mayor apertura, libertad de expresión, comprensión y satisfacción ante la interacción que se experimenta. Por otro lado, se encuentra la comunicación negativa que se caracteriza por problemas para comunicarse, tiende a ser crítica y poco eficaz.

La familia funge un papel importante en la forma en que las personas se comunican, debido a que los niños comienzan este proceso con los padres y hermanos, a través de gestos y tonos de voz. Por lo tanto, son ellos quienes les enseñan cómo deben comunicarse con los demás, mediante este aprendizaje el niño es capaz de establecer vínculos con otros, dar o recibir información, expresar o comprender sus propios pensamientos, así como transmitir sentimientos, comunicar ideas, pensamientos, experiencias o simplemente información (Pi & Erconvaldo, 2016).

De acuerdo con Gonçalves y Bedin (2015) la comunicación en el ambiente familiar se implementa mediante la empatía, la escucha reflexiva, comentarios de apoyo y la capacidad de los miembros para comunicar sus sentimientos, por lo que una adecuada comunicación entre padres e hijos, le proporciona recursos al niño para responder ante las demandas del medio y le genera un sentido de pertenencia al grupo familiar.

La comunicación influye en el comportamiento que el menor adopta en su desarrollo. Además, cuando éste se encuentra en la etapa de la adolescencia atraviesa por cambios físicos, psicológicos y sociales, durante dicha etapa la familia se encarga de orientarlo, para que éste desarrolle su personalidad de manera adecuada (Naranjo & Torres, 2015).

Una comunicación positiva y abierta con el padre o madre genera en el niño bienestar físico (Gonçalves & Bedin, 2015) y psicológico (Estévez, Musitu, &

Herrero, 2005). Debido a ello los niveles de depresión, ansiedad y estrés son menores; de igual forma las personas que cuentan con este tipo de comunicación tienen un desarrollo personal, emocional (Chávez, 2016) y social apropiado (Musitu & Evaristo, 2017). Además, se relaciona con un adecuado funcionamiento familiar (Alfonso, Valladares, Rodríguez, & Selín, 2017), a un alto autoconcepto (Fuentes et al., 2015), mayor autoestima (Musitu, Suárez, Del Moral, & Villarreal, 2015), alto desempeño escolar (Estévez et al., 2005) y menor consumo de alcohol en el niño (Musitu et al., 2015); asimismo se encontró que funge un papel protector ante el embarazo adolescente (Naranjo & Torres, 2015).

Por otra parte, los problemas de comunicación en el contexto familiar pueden tener como consecuencia inestabilidad emocional (Naranjo & Torres, 2015), lo que conlleva a que el niño presente problemas de salud mental; así como dificultades de adaptación en el ambiente escolar (Estévez et al., 2005); además de un comportamiento violento, lo que se puede deber a los cambios que el adolescente pasa (Medina, Álvarez, & Hernández, 2017). También presentan menor satisfacción en su contexto familiar, por lo que tienden a buscar apoyo de sus pares y al no tener la información correcta ante sus cuestionamientos, estos se pueden ver involucrados en situaciones de riesgo (Alfonso et al., 2017), como mantener relaciones sexuales sin condón, exponiéndose a enfermedades de transmisión sexual o a un embarazo a temprana edad (Uribe, Castellanos & Cabán, 2016).

Autonomía.

De acuerdo con Piaget y Heller (1968, como se citó en Gutiérrez, 2014) la autonomía es el proceso mediante el cual la persona es capaz de adaptarse a su medio y de afrontar las diversas circunstancias que se le presentan en los diversos contextos en los que se encuentra implicado. Por lo que, la persona es capaz de tomar decisiones por sí mismo y determinar sus propias acciones sin que nadie se lo imponga (Nascimento, Burnagui, & Rosa, 2016).

Existen tres tipos de autonomía según Steinberg (1999) las cuales se describen a continuación: la emocional, que concierne a la independencia en cuanto a las relaciones íntimas del individuo, en especial con sus padres; la conductual, que se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones de manera independiente y mantenerlas; y la de valores, ésta se caracteriza por el conjunto de principios con los que cuenta la persona, sobre lo bueno y lo malo, lo que le permite diferenciar lo que es importante de lo que no lo es.

La familia funge un papel importante en la adquisición de la autonomía, debido a que esta se desarrolla en etapas tempranas, a partir de que al niño se le incluye en la toma de decisiones tanto en situaciones propias como situaciones que afectan a la familia (Pereira, 2018). Al haber mayor interacción entre padres e hijos, su relación se vuelve equitativa y recíproca, lo que le permite al menor formar su identidad y adquirir su autonomía (Estévez, Jiménez, & Musitu, 2007).

Un alto nivel de autonomía por parte de los padres, genera mayor autoestima, resiliencia y competencia socioemocional en sus hijos (Ruvalcaba-Romero et al., 2016). La autonomía propiciada por el padre se asocia con conducta prosocial de los menores, y cuando la madre es quien la propicia se asocia a menores síntomas emocionales (Méndez et al., 2013) y al bienestar psicológico (González & Andrade, 2018), por lo tanto, se ha relacionado con menor sintomatología depresiva en los niños (Andrade et al., 2012). En contraste, la ausencia de autonomía se ha relacionado con la sobreprotección, la cual dificulta el adecuado desarrollo del individuo (Gutiérrez, 2014).

Imposición.

De acuerdo con la Real Academia Española (2014) la imposición es una carga, tributo u obligación que se le exige a alguien. Esta dimensión implica la forma en que los padres establecen límites en la conducta de sus hijos y de esta manera imponen su autoridad (Fuentes et al., 2015).

La autoridad se define como el poder con el que se cuenta para poder controlar e influir en la conducta de otro individuo (Sennett, 1980), para que éste poder sea ejercido se requiere de una jerarquía. Dentro del ambiente familiar, los padres tienen un mayor nivel jerárquico que los hijos; lo que tiene como consecuencia que las decisiones que los padres toman no pueden ser discutidas, ni cuestionadas, ya que el adulto cuenta con mayor conocimiento y por lo tanto el niño es guiado por las decisiones que los padres toman. De este modo los padres son quienes determinan la forma en que el niño se debe de comportar según las circunstancias (Tenorio, 1999). La imposición al ser una exigencia, es algo que el niño debe llevar a cabo porque su figura de autoridad lo está ordenando.

La imposición por parte de los padres se relaciona con la presencia de problemas de salud mental en sus hijos (Ruvalcaba-Romero et al., 2016); así como con un menor autoconcepto académico, emocional y familiar, conducta hostil y agresiva, autoestima negativa, autoeficacia negativa, inestabilidad emocional y visión negativa del mundo (Fuentes et al., 2015), además de problemas conductuales (Méndez et al., 2013), como consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio, conducta sexual, conducta antisocial y conducta delictiva (Palacios & Andrade, 2008). En especial si la imposición es ejercida por la madre se asocia a hiperactividad/falta de atención y síntomas emocionales en el menor (Méndez et al., 2013).

Se puede concluir que las prácticas parentales positivas, como el apoyo, la comunicación, la autonomía y el control conductual por parte de los padres promueven un desarrollo adecuado y el bienestar psicológico de sus hijos (González & Andrade, 2018). Además, los niños que crecen en un ambiente familiar con estas características cuentan con mayores habilidades y desarrollan sus capacidades de forma óptima. Sin embargo, cuando las conductas que los padres utilizan para controlar a sus hijos, implican control psicológico e imposición, los niños presentan diversas dificultades que repercuten en el desempeño de su vida diaria.

Capítulo II

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) refiere que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, dificultades para disfrutar o sentir placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, falta de concentración, pérdida de apetito, insomnio, así como una reducción de la vitalidad, lo cual llevará consigo una disminución en el nivel de actividad y sensación de cansancio.

2.1. Epidemiología

La OMS (2017) informó que éste es un trastorno mental frecuente que ha aumentado en los últimos años, el cual en el 2015 se presentó en alrededor de 322 millones de personas, lo que corresponde al 4.4% de la población en el mundo, afectando a individuos de todas las edades y condiciones sociales. No obstante, se presenta con mayor frecuencia en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%). Siendo una de las principales causas de enfermedad y discapacidad, ya que altera diversos ámbitos de la vida, como lo son el área laboral, escolar y familiar, e incluso puede llegar a ser tan grave, al grado de propiciar el suicidio.

Uno de cada diez adultos entre 55 y 74 años de edad tiene depresión y el 60% de ellos no cuentan con la ayuda necesaria; éste trastorno también lo padecen niños y adolescentes menores de 15 años (OMS, 2017; Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés, & Salgado-Burgos, 2017; Rueda, 2018).

El 15% de las personas que padecen depresión a nivel mundial, pertenecen a la Región de América (Figura 1).

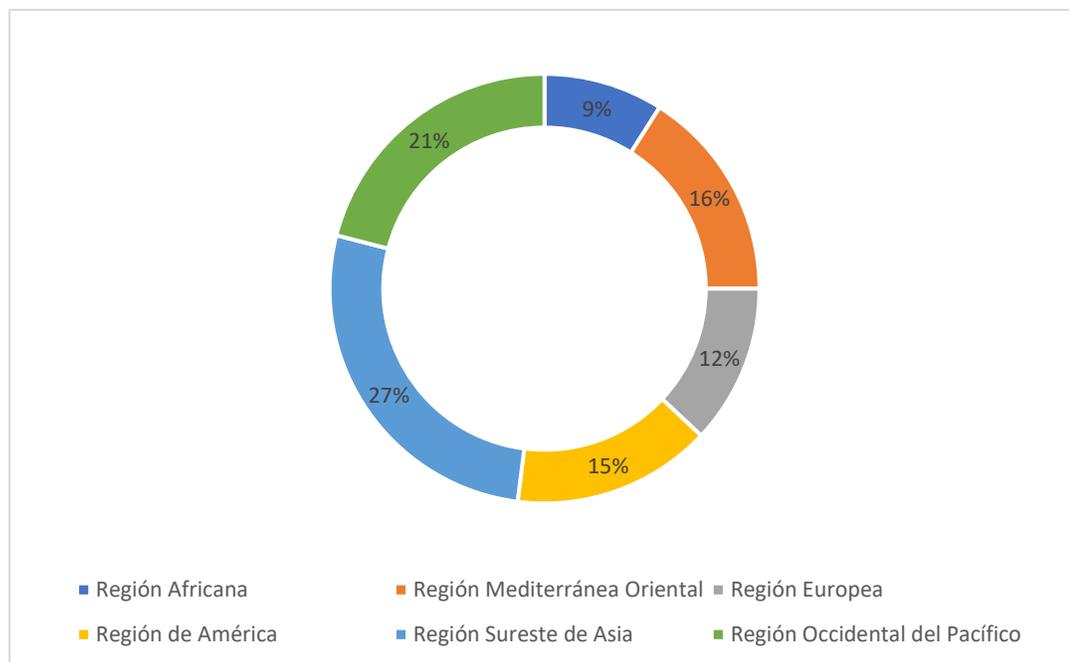


Figura 1. Número de Casos de Trastorno Depresivo, por Región de la OMS (en Millones). Recuperado de Organización Mundial de la Salud, 2017.

Dentro de la región americana los países que ocupan los tres primeros lugares con más casos de depresión reportados son Estados Unidos, el cual se ubica en el primer lugar, con un total de 17 491 047 casos y que corresponde a un 5.9% de la población estadounidense; Brasil con 11 548 577 casos, lo que corresponde a un 5.8% de la población brasileña; y México con 4, 936, 614 casos de depresión que corresponde al 4.2% de la población mexicana (OMS, 2017).

Además, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP) se reportó que la prevalencia de la presencia del episodio depresivo mayor (EDP) alguna vez en la vida fue de 3.3%. También, se reportó que el EDP es más frecuente alrededor de los 17 años, seguido de los 32 años y por último a los 65 años, siendo ésta última la edad máxima a la que se le aplicó la encuesta (Medina-Mora et al., 2003).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) realizó un estudio de hogares en cual reporta que, de las personas mayores de 7 años, el 24.4% mencionan haber sentido depresión, de los cuales el 11% eran menores de 7 a 14 años de edad. Estos datos se aproximan a los proporcionados tanto por la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez-Restrepo, 2015) de Colombia que reportaron que el 15% de los adolescentes padecen depresión, como por Tapia, Wagner, Heredia, y González-Forteza (2015) quienes realizaron una investigación en la Ciudad de México y Michoacán y encontraron que la prevalencia de la depresión en adolescentes es del 12.4%.

2.2. Sintomatología

Morrison (2015) mencionó que la depresión se tiende a experimentar como un abatimiento del estado de ánimo normal; dado que los pacientes la pueden llegar a describir que se sienten infelices, descorazonados, desalentados, melancólicos, entre otros términos, los cuales emiten tristeza.

Además de que la persona debe presentar durante dos semanas, al menos cinco de los síntomas siguientes:

- Pérdida de apetito y de peso.
- Dificultad para dormir.
- Fatiga.
- Enlentecimiento psicomotor (su expresión oral o sus movimientos físicos muestran lentitud).
- Agitación (debido a la ansiedad).
- Baja autoestima o culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de muerte e ideas suicidas (síntomas más graves)

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) los síntomas como el humor depresivo, la pérdida de la capacidad de interesarse y de

disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad lo que conlleva a la reducción de actividad, el cansancio exagerado, el cual se da incluso ante un esfuerzo mínimo, se deben presentar al menos por dos semanas; sin embargo, también se toman en cuenta cuando estos se muestran por períodos más cortos, siempre y cuando empiecen bruscamente.

Por otro lado, la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (World Health Organization [WHO], 2006) menciona que los síntomas de la depresión son:

- a) Disminución de la atención y la concentración
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima
- c) Ideas de culpa e inutilidad
- d) Perspectiva sombría y pesimista del futuro
- e) Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas
- f) Trastornos del sueño
- g) Pérdida de apetito

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (WHO, 2018) el episodio depresivo se divide en tres: leve, moderado y grave.

En el episodio único depresivo leve los síntomas del episodio depresivo no son intensos. Tienen un grado de dificultad, no considerable, para realizar su trabajo ordinario, actividades sociales o domésticas, y no presentan delirios ni alucinaciones.

El episodio depresivo único moderado se caracteriza por un periodo de estado de ánimo deprimido casi diariamente o por la disminución de interés actividades, por al menos dos semanas, aunado a ello se presentan síntomas de inutilidad, culpa excesiva o inadecuada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito o sueño, agitación o retraso psicomotor, y energía reducida o fatiga. Los individuos que

padecen este episodio presentan dificultades para continuar con su trabajo ordinario, con actividades sociales o domésticas, no obstante, es capaz de funcionar en algunas áreas; no presentan delirios ni alucinaciones.

En el episodio único depresivo grave se presentan las mismas características del episodio único depresivo moderado; sin embargo, en este episodio el individuo es incapaz de funcionar en lo personal, familiar, educacional, ocupacional o en otras áreas de importancia, pero si lo hace es de forma limitada.

2.3. Factores asociados con la depresión

Individuales.

Espinosa (2018) mencionó que la depresión se da como resultado de interrelaciones complejas y se encuentra determinado por múltiples componentes biológicos y psicológicos.

Se considera que las mujeres son más propensas a desarrollar episodios depresivos que los hombres, lo que se puede deber a la forma en que afrontan el estrés, a la percepción negativa que se tiene sobre los problemas y a los reproches, así como a los cambios hormonales como son la menarca, el embarazo y la perimenopausia (Espinosa, 2018; García, Valencia, Hernández-Martínez, & Rocha, 2017; González-Forteza, Hermosillo, Vacio-Muro, Peralta, & Wagner, 2015; Rueda, 2018; Tapia et al., 2015). Sin embargo, en el estudio realizado por González, Ibáñez y Barrera (2017) refutan estos resultados, debido a que no obtuvieron diferencias por sexo en su investigación.

Por otra parte, Veytia, Fajardo, Guadarrama y Escutia (2016), informaron que además de puntualizar el sexo, es relevante tomar en cuenta la edad de inicio, la cual ellos determinaron que es entre los 13 y 14 años. Otros estudios mencionan no poder determinar una edad específica de inicio, dado que sus muestras no involucran individuos de todas las edades.

Se han encontrado diferentes enfermedades físicas relacionadas con la depresión, como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, las cuales son las más comunes (Martínez et al., 2017). De igual forma se asocia al accidente cerebrovascular, con respecto a éste se encontró que es más frecuente la sintomatología depresiva durante el primer año después del accidente (Jorgensen et al., 2016).

La obesidad se encuentra asociada a la depresión (Ninatanta, Núñez, García, & Romaní, 2017; Ruiz, Rojas, Serrano, & López, 2017), lo que se puede deber a dos situaciones. Una es la frustración que experimentan las personas al aumentar de peso, después de haberlo disminuido con anterioridad, y la segunda es el estigma social, el cual propicia que los individuos cuenten con menores oportunidades laborales, lo que puede generar síntomas depresivos (Reyes, Betancourt, & Samaniego, 2015).

Asimismo, la depresión se relaciona con trastornos psiquiátricos como las adicciones, la bulimia nerviosa, el juego patológico (López et al., 2017), el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, a la anorexia nerviosa y al trastorno límite de la personalidad (APA, 2014). Entre ellos los más comunes son el trastorno de ansiedad generalizado y el episodio hipomaniáco (Martínez et al., 2017). De igual forma, en el estudio realizado por Pawlowski, Daroszewski, Czerwinska, y Rymaszewska (2019) se encontró que se relaciona con el trastorno de estrés postraumático, debido a que el 52% de los pacientes que padecían dicho trastorno, presentaron depresión mayor y las personas que presentaron ambos trastornos tenían un mayor riesgo de suicidio.

La depresión se ha asociado al riesgo suicida (Bazán-López, Olórtegui-Malaver, Vargas-Murga, & Huayanay-Falconi, 2016; Castaño et al., 2015), los individuos que padecen depresión tienden a tener ideas de muerte o deseos de morir (Londoño & González, 2016). Las personas que tienen creencias negativas (percepción inadecuada que tienen sobre sus capacidades para afrontar las

diversas situaciones que se les presentan) tienden a presentar sentimientos de impotencia y a su vez conlleva al suicidio, ya que consideran que es la única forma de solucionar sus problemas, dado que no encuentran otra alternativa (Siabato, Forero, & Salamanca, 2017).

El pensamiento rumiativo es un factor de riesgo asociado con la depresión, debido a que la persona tiende a tener ideas repetitivas sobre tristeza y al reproche; asimismo se ha dado esta asociación con la co-rumiación, la cual es la confianza que se tiene con un amigo cercano para hablar sobre problemáticas personales, esta reflexión mutua está orientada a pensamientos negativos, por lo que en lugar de beneficiar al individuo le afecta (García et al., 2017; González et al., 2017; Piraman, Tavakoli, & Torkan, 2016).

Por otra parte, también se encontró que las personas que tienen una perspectiva negativa sobre su salud, presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva (Agudelo, Ante, & Torres, 2017). De igual forma, existe una asociación entre la baja autoestima y el diagnóstico de trastorno depresivo (Larios, Laborde, Sánchez, Gaviria, & Lastre, 2017; Rivera, Rivera, Pérez, Leyva, & Castro, 2015).

Además, el consumo de alcohol y drogas está asociado con la sintomatología depresiva, siendo la patología dual más común (Larios et al., 2017; Tirado, Farré, Mestre, Szerman, & Torres, 2018). Existen dos hipótesis que pretenden explicar dicha asociación, una es que estas sustancias son utilizadas con el fin de aminorar la sintomatología depresiva y la segunda es que el consumo de dichas sustancias desarrolla la sintomatología depresiva (Rivera et al., 2015).

Por otra parte, se encontró que un trastorno del estado de ánimo dentro de los antecedentes familiares es factor de riesgo para la depresión, ya que se ha encontrado que esta condición psiquiátrica es hereditaria (Mistry, Harrison, Smith,

Escoth-Price, & Zammit, 2018); en la cual se encuentran involucrados alrededor de 200 genes (Pérez-Padilla et al., 2017).

Las bases biológicas de la depresión, aún siguen siendo imprecisas, ya que la información encontrada en las investigaciones no concuerda. Algunos de los factores biológicos relacionados con la depresión son la alteración en el sistema serotoninérgico y corticosuprarrenal, los niveles aumentados de cortisol y dehidroepiandrosterona (Espinosa, 2018), el volumen disminuido de la corteza cingulada anterior, el hiper-metabolismo del área Cg25, mayor nivel de monoamino oxidasa, menos receptores de serotonina (5-HT) y menores niveles de serotonina debido al polimorfismo del gen C(-1019)G (Cruzblanca, Lupercio, Collas, & Castro, 2016; Restrepo-Arango et al., 2017) predicen el riesgo de padecer depresión.

Sin embargo, según Pérez-Padilla y colaboradores (2017) la depresión surge durante un evento estresante, en individuos genéticamente susceptibles; dicho evento altera la interacción que hay entre las monoaminas (5-HT y la noradrenalina [NA]), el sistema inmune y la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HPA); ya que la actividad tanto del eje HPA y del sistema inmune aumenta, alterando a su vez los niveles de 5-HT y NA, teniendo como consecuencia las conductas características de la depresión.

Por otro lado, existen factores protectores que evitan el desarrollo de sintomatología depresiva, como el ejercicio físico (Gómez-Juanes et al., 2015), debido a que éste aumenta los niveles de serotonina en el cerebro mejorando el estado de ánimo (García et al., 2018). También se ha encontrado que la inteligencia emocional (Veytia et al., 2016) y la resiliencia (Agudelo et al., 2017), son factores que evitan el desarrollo de la sintomatología depresiva, ya que por medio de éstas el individuo es capaz de hacer uso de sus emociones para afrontar las situaciones adversas que se le presentan.

Además, en una investigación realizada en Puerto Rico con adultos mayores, se identificó que las personas que tienen mayor escolaridad, también presentaron mayores niveles de autoeficacia y a su vez ambas se asociaron con menores niveles de depresión (Serra & Irizarry-Robles, 2015).

La afectividad se divide en positiva (involucra emociones placenteras, nivel alto de energía, motivación, confianza, logro y éxito) y negativa (se caracteriza por emociones displacenteras, temor, inseguridad, frustración, fracaso y culpa), por lo que la afectividad positiva es considerada como otro factor protector de la depresión (Robles, Galicia, Sánchez & Pichardo, 2015).

Sociales.

El contexto social puede llegar a influir en el desarrollo y la forma en la que se expresa la depresión; el cual involucra el ambiente escolar en el que se pueden llegar a presentar conflictos y rechazo por parte de compañeros (Espinosa, 2018). Los niños que sufren de acoso escolar son mayormente propensos a presentar sintomatología depresiva (Fernández-Daza, 2016; Jiménez, Silva, Ortiz, & Vargas, 2019). El bajo rendimiento académico se asocia con la depresión, aunado a ello, si los docentes tienen mala salud mental pueden llegar a afectar el aprendizaje de los estudiantes (Larios et al., 2017; Kidger et al., 2016).

La ausencia de apoyo social (González, Pineda, Pineda & Gaxiola, 2018; Hou, Cerulli, Wittink, Caine, & Qiu, 2015), así como la dificultad para confiar en otras personas (De la Rosa, 2018) se encuentran relacionadas con la depresión, los cuales se generan a partir del sentido de pertenencia negativo que tiene el individuo en su grupo social (Agudelo et al., 2017).

Los adolescentes que viven en zonas urbanas son más propensos a padecer depresión que aquellos que viven en zonas rurales (Gómez-Restrepo, 2015); se reporta que la prevalencia de adolescentes con depresión que se encontraban en

situación de pobreza era mayor que aquellos que no carecían de recursos económicos (García et al., 2018; Hou et al., 2015).

En diferentes estudios se ha encontrado una asociación entre la depresión y el uso excesivo de las redes sociales, debido a que en algunas ocasiones las consecuencias negativas que tienen el uso de las redes sociales agravan la sintomatología depresiva; además de que los adolescentes deprimidos tienden a usar las redes sociales con el fin de regular su bajo estado de ánimo (Andreassen et al., 2017; Arab & Díaz, 2015; Woods & Scott, 2016).

El ambiente laboral estresante incrementa el riesgo de padecer depresión, al ser un evento estresante, tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico del individuo, el cual además de relacionarse con la presencia de sintomatología depresiva, se ha encontrado que también agudiza los síntomas (Londoño & González, 2016).

Las características negativas del vecindario, como lo son las condiciones desfavorables de la vivienda, las calles y la escuela, además de inseguridad que se percibe en este medio, son factores que influyen en la presencia de sintomatología depresiva, como la tristeza, la culpa y la pérdida de interés en realizar actividades (González et al., 2018).

Por otra parte, se encuentran factores que son considerados protectores, debido a que evitan que se desarrolle la depresión; como la presencia de apoyo por parte de familia, amigos, vecinos, maestros e instituciones, debido a que este le ayuda a la persona a afrontar los eventos estresantes por los que pasa (González et al., 2018; Hou et al., 2015).

De igual forma se han encontrado otros factores protectores que son de gran relevancia como la aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de sus pares, ya que la falta de estos puede resultar como una experiencia frustrante para el adolescente (Larios et al., 2017).

La religión influye en la satisfacción que las personas tienen sobre su vida, por lo tanto, la religión y el bienestar subjetivo que este genera son considerados factores protectores, dado a que se han asociado a menores niveles de sintomatología depresiva (Maldonado, 2015).

Familiares.

Son diversos los aspectos familiares que se han asociado al trastorno depresivo, por ejemplo, con respecto a la estructura familiar se ha encontrado que el tipo de familia monoparental y reconstruida (Rivera, Arias-Gallegos, & Cahuana-Cuentas, 2018), y que el padre sea visto como figura de autoridad de impositiva son factores que se han asociado a el trastorno depresivo (De la Rosa, 2018).

Existen factores de riesgo que involucran las conductas o acciones de los padres, como el consumo de alcohol por parte de uno de ellos o ambos (Rivera et al., 2018), los conflictos conyugales (Guillen, 2018) y el divorcio; lo que se puede deber a los posibles sentimientos de culpabilidad que el menor experimenta ante la separación de los padres (Orgilés, Samper, Fernández-Martínez, & Espada, 2017).

La población adolescente con sintomatología depresiva se encuentra asociada con la pertenencia a familias disfuncionales (Larios et al., 2017; Zúñiga, 2018). Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Torrel y Delgado (2016) quienes reportan que el trastorno depresivo se asocia con la disfuncionalidad familiar, lo que se refiere a una menor cohesión, mayores problemáticas y ausencia de apoyo por parte de este contexto.

La negligencia en cuanto a las necesidades básicas, el maltrato, el abuso físico, emocional (Arrom, Samudio, Ruoti, & Orúe, 2015) y sexual (Decker, 2015), el divorcio o separación de los padres, el trabajo de los padres fuera de casa y la pérdida de un familiar o una amistad (Espinosa, 2018; Gómez-Restrepo, 2015) se encuentran relacionados con la sintomatología depresiva.

En una revisión de estudios sobre niños institucionalizados, encontraron que los menores que sufrieron de violencia familiar y que fueron separados de su familia, presentaron sintomatología depresiva y dificultades para establecer nuevos vínculos afectivos (Vivian da Cunha & Barreyro, 2015). Lo que concuerda con los resultados obtenidos en un estudio transversal realizado en México con 9,982 estudiantes de entre 14 y 19 años, en el que encontraron una asociación significativa entre violencia intrafamiliar y depresión (Rivera et al., 2015).

El ambiente familiar funge un papel importante durante el desarrollo del adolescente; no obstante, cuando este ambiente adquiere características específicas como lo son la falta de comunicación y la percepción de conflictos por parte del adolescente; en cuanto a hostilidad y rechazo y el escaso o excesivo control de conducta por parte del padre, provoca que los adolescentes sean propensos a desarrollar un trastorno depresivo (Espinosa, 2018).

Andrade y colaboradores (2012) realizaron un estudio con 1,934 adolescentes, provenientes de la Ciudad de México, Poza Rica, Veracruz y Culiacán, Sinaloa; sus resultados mostraron que la sintomatología depresiva se asoció a la imposición por parte de ambos padres y al control psicológico, principalmente si este es ejercido por la madre. Esto se relaciona con otras investigaciones en las que se ha encontrado que el control psicológico (Ruvalcaba-Romero et al., 2016), la sobreprotección (Arrom et al., 2015), la hostilidad verbal (Aburto, Díaz, & López, 2017) y la percepción de una relación negativa con el padre (Palacios & Andrade, 2008) son factores que repercuten en el desarrollo del menor y se asocian con sintomatología depresiva.

Dentro del ambiente familiar se encuentran factores que fungen un papel protector como la comunicación (Rivera et al., 2015), la cercanía (Ayquipa, 2019), el apoyo, la autonomía, el control conductual (Andrade et al., 2012) y los estilos parentales positivos (Ruvalcaba-Romero et al., 2016), ya que estos disminuyen las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas que el menor pueda tener

(Rivera et al., 2015), por lo tanto el riesgo de que la sintomatología depresiva se exprese es menor.

Aunado a ello, el clima familiar proporciona al individuo el apoyo que requiere para afrontar las diversas situaciones que se le presentan, además de que este clima le permite generar vínculos afectivos con la sociedad (Daga & Leon, 2018). De igual forma se ha encontrado que mientras el núcleo familiar tenga una adecuada funcionalidad, menor será la presencia de síntomas depresivos (Guaya, 2017).

2.4. Teorías de la depresión

Existen diversas teorías que explican la etiología de la depresión. Entre estas se encuentran: la psicodinámica, la conductual y la cognitiva (Sánchez & Tinoco, 2017).

Teorías psicodinámicas.

El primero en estudiar la depresión desde este enfoque fue Abraham (1912, como se citó en Sánchez & Tinoco, 2017), señaló como rasgos comunes en pacientes con depresión la reacción a la pérdida de un ser amado o equivalente, estado de ánimo doloroso, ausencia de interés por el mundo exterior y pérdida de la capacidad de amar.

Por otra parte, una conceptualización psicodinámica más reciente de la depresión integra las ideas de Freud (1917, 1936), Klein (1950) y Kohunt (1971) acerca de la pérdida del objeto, la ira interiorizada, la baja autoestima y la autocrítica. Según este concepto, la perturbación en el apego temprano y la pérdida del objeto amado (percibida o real), lleva a la frustración o ira que se vuelve contra el *self*; por lo tanto, la ira que se internaliza se manifiesta en autocrítica, vulnerabilidad ante el rechazo e intentos de búsqueda de seguridad. Debido a ello, el individuo se esfuerza por tener confianza en sí mismo y autoestima, idealiza a otros y los percibe como rescatistas de su sentimiento de soledad y vacío; no

obstante, estas expectativas irrealistas conllevan a la decepción y frustración al no cumplirse. Además de que su dificultad para relacionarse con otros genera sentimientos de ira y culpa, que son internalizados y se manifiestan en depresión y baja autoestima (Norcross, VandenBos, & Freedheim, 2016).

Posteriormente Sandor Rado (1928) en su trabajo “El problema de la melancolía” propuso un modelo de depresión; hace énfasis en las demandas de gratificación narcisista en el cual la autoestima va a depender de los objetos amados y no de sí mismo. Por lo tanto, la persona depresiva ejerce una conducta autocrítica y dominante sobre el objeto amado; por lo que, si el objeto amado retira su amor, la persona va a reaccionar de manera hostil. Aunado a ello, la persona depresiva se auto-reprocha para recuperar el amor del objeto amado.

Vergote (1976, como se citó en Bogaert, 2012) refirió que este trastorno se desencadena por eventos que afectan al individuo emocional o físicamente, causando heridas narcisistas que alteran la imagen ideal de sí mismo, la cual se sostiene de una idealización defensiva que carece de apoyo real simbólico. Además, realizó una hipótesis en la cual planteó que la depresión neurótica es una patología del yo. Dicha patología se caracteriza por el egocentrismo, la dependencia de la admiración de los demás, las fantasías de grandiosidad, la evitación de la realidad que contradice las ideas de grandiosidad, ataques de inseguridad que no le permiten a la persona seguir teniendo sentimientos de superioridad y que la sitúa dentro del grupo de personas que considera comunes, provocando que se deje de sentir especial (Kernberg, 2010). La depresión neurótica es distinta a la psicosis, ya que en esta la persona no es capaz de conservar su yo y no tiene contacto con los demás; de igual forma es diferente a una neurosis clásica, debido a que esta involucra la histeria, la fobia y la obsesión (Vergote, 1976, como se citó en Bogaert, 2012).

A partir del modelo de Bowlby (1969), el cual plantea que los vínculos que se forman tanto con el objeto primario como con la figura de apego son experiencias

que van a influir en el desarrollo de modelos mentales o esquemas del individuo y a su vez regirán sus relaciones futuras. Plantea tres tipos de apego: el apego seguro, el inseguro ansioso y el inseguro. Las personas con apego seguro presentan relaciones satisfactorias, lo que le permite confiar en sí mismo y los demás; los individuos que cuentan con un apego inseguro ansioso tienden a tener relaciones superficiales, debido a que creen que sus necesidades no serán satisfechas por los demás; y las personas con apego inseguro tienen una visión negativa de sí mismas y de sus relaciones, lo que vuelve vulnerable al individuo de padecer un trastorno depresivo.

Teorías conductuales.

De acuerdo con las teorías conductuales la depresión es un fenómeno aprendido, ya que las interacciones negativas entre la persona y su entorno están asociadas, el entorno puede influir y ser influido por la cognición, las conductas y emociones (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

Modelo de la disminución del refuerzo positivo.

Según Skinner (1953) la depresión surge como consecuencia del debilitamiento de una conducta que ha dejado de ser reforzada por el contexto social. Posteriormente Ferster (1966, como se citó en Caballo, 2007) refiere que los siguientes factores pueden dar lugar a la depresión:

- Los cambios ambientales repentinos, en el que la persona requiere de nuevas fuentes de reforzamiento.
- El castigo y el control aversivo, carecen de refuerzo positivo.
- La percepción errónea del medio, lo que provoca una conducta socialmente inapropiada y por consiguiente disminuye la frecuencia del reforzamiento positivo.

Aunado a ello, utilizó el concepto de “encadenamiento”, para explicar que la pérdida de una fuente central de refuerzos conlleva a la disminución de las conductas que se encuentran encadenadas a ella o alrededor suyo. Además, Ferster (1973) mencionó que las características de una persona deprimida, como lo son el llanto excesivo, la irritabilidad y la autocrítica, se deben a la disminución del refuerzo positivo y al aumento del refuerzo negativo.

Más tarde, el trabajo de Ferster fue abordado por Lewinsohn y colaboradores, quienes refirieron que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta podría ser una explicación de determinados aspectos del síndrome depresivo. Por lo que sugirieron tres factores principales que podrían generar una reducción en las tasas de reforzamiento positivo contingente (Abreu & Santos, 2008; Caballo, 2007):

- a. La pérdida de la efectividad del reforzador (eventos que fungían como reforzadores positivos).
- b. El cambio en el entorno, que podría tener como consecuencia que el reforzador ya no se encuentre disponible.
- c. Incapacidad del individuo para acceder al reforzador.

El planteamiento de Lewinsohn se enfocó en la disminución del refuerzo social que el individuo obtenía por medio de su entorno. Por lo que planteó que los individuos deprimidos carecen de habilidades sociales adecuadas, lo que les dificulta obtener refuerzos de su medio social, causando así, una reducción de la tasa de refuerzo positivo (Caballo, 2007).

Lewinsohn y colaboradores (1985, como se citó en Vázquez et al., 2000) proponen diversos factores que aumentan la probabilidad de padecer depresión (factores de vulnerabilidad), los cuales son: ser mujer, tener entre 20 y 40 años, tener antecedentes de depresión, susceptibilidad ante sucesos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos menores de 7 años.

Modelo de entrenamiento de autocontrol.

Rehm (1977) desarrolló el modelo de autocontrol para la depresión, integrando el área cognitiva y conductual del trastorno. Entendiéndose así que el trastorno depresivo es generado a través de la relación recompensa-castigo (Alcántara, 2016), ya que las personas depresivas tienden a la perfección, a proponerse metas inalcanzables y se enfocan en los aspectos negativos de su entorno, empleando pocos refuerzos y aumentan el autocastigo (Vázquez et al., 2000).

La conducta de las personas deprimidas se puede caracterizar por uno o más déficits de la conducta de autocontrol; en primera instancia, de acuerdo con la autoobservación, este tipo de personas atienden de manera selectiva a los sucesos negativos que preceden a su conducta, excluyendo los acontecimientos positivos, lo que podría explicar el pesimismo y la desesperanza que presentan. De igual forma, atienden a las consecuencias inmediatas de su conducta, dejando a un lado los efectos a largo plazo, por lo que no pueden ver más allá de sus demandas actuales. Asimismo, se ve implicada la autoevaluación, ya que estos individuos se plantean metas poco realistas, perfeccionistas y globales, lo que dificulta que satisfagan sus expectativas, al no ser capaces de cumplir con sus objetivos, se evalúan negativamente a sí mismos (Caballo, 2007).

Rehm hipotetizó que los individuos deprimidos, con el fin de denigrarse a sí mismos pueden llegar a distorsionar su percepción de la causalidad; aunado a ello, planteó que este tipo de personas son incapaces de autorreforzarse contingentemente con el fin de mantener sus conductas adaptativas (Caballo, 2007). Debido a los sesgos cognitivos disfuncionales y a la deficiencia de estrategias de autocontrol por parte de la persona, éstas perciben en menor frecuencia sucesos positivos en su vida (Vázquez et al., 2000).

Modelo de solución de problemas.

Nezu, Nezu y Lombardo (2006) sugirieron que la depresión se mantiene debido a la deficiencia e ineficacia de las habilidades con las que cuenta el individuo para afrontar los sucesos estresantes de la vida cotidiana. La depresión surge como consecuencia de una orientación negativa que se tiene al momento de resolver un problema, ya que el percibir la situación como amenaza y dudar de la capacidad para resolver la problemática, genera frustración y molestia.

Además, en otro estudio, Nezu (1987) refirió que el inicio de la depresión se da en el momento en que el individuo tiene que enfrentar una situación complicada. Y si no es capaz de resolver la situación, es probable que se generen resultados negativos, lo que conllevaría a la disminución del reforzamiento de la conducta del sujeto (Vázquez et al., 2000).

Teorías cognitivas.

Modelo de la indefensión aprendida.

La Teoría de indefensión aprendida propuesta por Seligman (1975, como se citó en Alcántara, 2016) se enfoca en la relación entre la depresión y la desesperanza aprendida, lo que refiere que el pensamiento disfuncional (expectativas sobre eventos que no se pueden controlar) precipita los síntomas depresivos. Según este modelo la depresión es resultado de atribuir los fracasos a situaciones que no se pueden controlar, por lo tanto, creen que seguirán fracasando (Alcántara, 2016), como consecuencia de ello, se presentará la inacción o la ausencia de respuesta de afrontamiento, a pesar de que después se le proporcionen las herramientas para afrontar la situación (Seligman & Maier, 1985; Valera, 2019).

Posteriormente, Maier y Seligman (1976) encontraron que a partir de la incapacidad de poder controlar los estímulos externos surgen efectos (Maier & Seligman, 1976; Ponce De León, 2015):

- a. Motivacionales: una vez que el individuo se percata de que su respuesta no influye en la consecuencia, la probabilidad de que emita la misma respuesta en el futuro será menor.
- b. Cognitivos: la percepción del individuo con respecto a la relación respuesta-consecuencia se ve afectada, ante la interferencia de eventos incontrolables entre la conducta del individuo y la consecuencia que esta tiene.
- c. Emocionales: las situaciones aversivas incontrolables generan mayores afectaciones emocionales que los eventos aversivos controlables.

Teoría de la depresión por desesperanza.

De acuerdo con la “teoría de desesperanza” las personas vulnerables tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, cuando experimentan eventos negativos; dicha vulnerabilidad cognitiva se constituye por tres patrones inferenciales desadaptativos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner, & Sandín, 1997):

- a. Tienden a deducir que los factores estables (probabilidad de mantenerse en el tiempo) y globales (probabilidad de alterar las diferentes áreas de la vida del individuo) propician los acontecimientos negativos.
- b. Infieren que los eventos negativos actuales conllevan a sucesos negativos futuros.
- c. Atribuyen la ocurrencia de eventos negativos a características negativas de sí mismos.

Según Abramson (1978), el individuo que presenta este tipo de vulnerabilidad cognitiva, se encuentra sesgado por una atribución negativa en los eventos de la vida cotidiana, asumiendo una causalidad estable, global e interna. Este tipo de personas tiende a anticipar la llegada de sucesos desfavorables a su vida (desesperanza) y asumen que no hay nada que pueda hacer para cambiar dicho suceso (indefensión). Al incrementar la indefensión el individuo se vuelve vulnerable

a desarrollar la depresión llamada “depresión por desesperanza” (Chávez & Tena, 2018).

Modelo de Beck.

Esta teoría plantea un modelo denominado diátesis-estrés que propone que las características específicas (factores de vulnerabilidad) de algunas personas las vuelve propensas a padecer un trastorno psicopatológico ante un acontecimiento estresante (Clínica Universidad de Navarra, 2020). Éste tiene como hipótesis que la depresión es adquirida por medio de experiencias tempranas, las cuales generan esquemas depresógenos (esquemas con contenido negativo); los cuales se encuentran latentes hasta que son activados por medio de un estímulo estresante, teniendo como consecuencia la depresión (Nezu et al., 2006; Tyson & Range, 2003).

De acuerdo con Beck, la depresión no es un trastorno afectivo, sino un problema cognitivo; el cual se compone de cuatro elementos básicos (Nezu et al., 2006; Tyson & Range, 2003):

a. Tríada cognitiva negativa

Se compone de tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a las personas deprimidas, las cuales son: la perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Por lo que la persona deprimida se considera a sí misma incapaz, indigna e indeseable y a su vez cree que se encuentra rodeada de obstáculos y problemas difíciles de resolver, percibiendo así su futuro desesperanzador.

b. Disfunción de los esquemas

Son patrones de pensamiento que se mantienen estables y duraderos, y son representaciones de la generalización que realiza el individuo a partir de una

experiencia previa. Dichos patrones realizan la organización de la información, para hacer uso de ella en situaciones actuales y determinan la forma en que la información es percibida, almacenada y recordada; asimismo establecen que acontecimientos y que aspectos de dicha experiencia son relevantes para la toma de decisiones.

c. Distorsiones cognitivas

Son el inadecuado procesamiento de la información que proviene del medio; los errores más frecuentes que se dan en las personas deprimidas son: la inferencia arbitraria (concluir algo sin evidencia alguna), abstracción selectiva (basar la conclusión en una parte de la información sesgada), sobregeneralización (generalizar una situación con base en uno varios hechos aislados), magnificación y minimización (sobrestimar o desvalorar una situación), personalización (atribuirse a sí mismo la ocurrencia de fenómenos externos) y el pensamiento dicotómico (valorar la situación con base en dos categorías opuestas).

d. Pensamientos automáticos negativos

Son aquellos pensamientos automáticos (el individuo no se percata de estos o de la forma en que interpreta la información), los cuales son repetitivos, involuntarios e incontrolables, entre el 60% y 80% de estos pensamientos automáticos son negativos y predominan en los pensamientos conscientes de las personas depresivas.

Con respecto a cada uno de los tres enfoques que se investigaron (psicodinámico, conductual y cognitivo) se puede concluir lo siguiente. De acuerdo con las teorías psicodinámicas la depresión surge como una consecuencia que se tiene debido a la dificultad para procesar emocionalmente una pérdida, lo que genera ira, la cual se vuelve contra la persona y se expresa mediante la autocrítica, afectando su imagen ideal de sí mismo, por lo que requiere del apoyo de los demás para recuperar su autoestima. Sin embargo, si estas personas que

actúan como rescatistas no cumplen con las expectativas del individuo, éste se decepciona y como consecuencia de ello, se aísla, manteniéndose así la sintomatología depresiva.

Las teorías conductuales hacen énfasis en el reforzamiento dado ante una conducta realizada, el cual, al no presentarse como consecuencia de dicha conducta, provoca la disminución de la misma. La depresión se genera tanto por la falta de refuerzos por parte de la sociedad; como por la incapacidad del individuo al momento de tener que solucionar un problema, teniendo como consecuencia la inactividad y el mantenimiento de dicho trastorno.

Por otra parte, las teorías cognitivas refieren que la depresión se debe a la percepción negativa que el individuo tiene de sí mismo, debido a que todos los fracasos que presenta a lo largo de su vida los atribuye a características propias, ya que éste no toma en cuenta las variables que se encuentran involucradas en sus fracasos, por lo que su capacidad para afrontar las diversas situaciones que se le presentan se ve mermada, afectando a su vez la esperanza que tiene para solucionar las problemáticas en las que se encuentra involucrado y como consecuencia de ello, no hay respuesta de afrontamiento.

2.5. Instrumentos

Existen diferentes pruebas que han sido validadas para ser utilizadas en población mexicana, como se muestran a continuación:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II): es un instrumento de autoinforme que tiene como objetivo medir la sintomatología depresiva en adolescentes de 13 años en adelante y adultos. Éste valora la gravedad de los síntomas de dos semanas previas a la aplicación; además cuenta con propiedades psicométricas aceptables como instrumento de medición de síntomas depresivos, el cual presenta una confiabilidad de $\alpha=.88$ y de $\alpha=.89$ (Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán, & Freyre, 2015).

Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D): es una escala de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en la sintomatología presentada durante la última semana, es autoaplicable y no requiere de personal especializado para su calificación (González-Forteza, Wagner & Jiménez, 2012). Es un instrumento válido y confiable, el cual en el estudio original en población mexicana mostró valores alfa de Cronbach iguales y superiores a .87 (Benjet, Hernández, Tercero, Hernández, & Chartt, 1999).

Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR): es una prueba breve y de fácil aplicación, la cual permite determinar los niveles clínicos de la sintomatología depresiva, además es utilizada para determinar los resultados obtenidos de algún tratamiento. Es una prueba valida y con una confiabilidad de $\alpha=.87$ (Ugarriza & Escurra, 2002).

De acuerdo con los datos proporcionados anteriormente, aunque todos los instrumentos son válidos en la población mexicana, en la presente investigación se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, ya que es el instrumento que cuenta con mayor confiabilidad.

Capítulo III

Autolesión

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que las conductas de riesgo son frecuentes, las cuales tienen consecuencias nocivas, como la nutrición y la actividad física inadecuada, la conducta sexual de riesgo (embarazo no deseado o contracción de enfermedades), el consumo de sustancias, la violencia (homicidio) y las autolesiones (Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, 2015).

La autolesión es el comportamiento mediante el cual las personas afrontan la angustia psicológica, este comportamiento implica el daño corporal intencional, con el fin de obtener un beneficio, el cual es disminuir los niveles de angustia (Walsh, 2005). Por otra parte, de acuerdo con Nock (2010) las autolesiones son todos aquellos comportamientos que la persona realiza de manera intencional y consciente de que se va a generar cierto grado de daño físico o psicológico; por lo que las autolesiones son divididas en directas e indirectas.

Dentro de las autolesiones directas se encuentra la autolesión suicida y la no suicida, las cuales se describen a continuación. La autolesión suicida tiene como intención la muerte y se clasifica en tres tipos, que son la ideación suicida (son pensamientos persistentes sobre suicidarse), el plan suicida (se refiere a contar con método específico para morir) y el intento de suicidio (es el comportamiento autolesivo letal) (Nock, 2010). La autolesión no suicida (ANS), se refiere al comportamiento que se realiza de manera intencional con el fin de generar daño a su propio cuerpo, sin que éste sea letal (Vega et al., 2018). Esta de igual forma se clasifica en tres tipos: la amenaza suicida (le hacen creer a otros que tienen la intención de morir, sin embargo, no tienen dicha intención), los pensamientos de autolesión (se involucran en la conducta, pero no la realizan) y la autolesión (puede ser de poca gravedad o muy grave) (Nock, 2010).

Aunque hay autores que han usado el término autolesiones indirectas para referirse al consumo de drogas o tabaco, a los tatuajes, al consumo de alimento alto

en grasas, a la restricción del mismo e incluso a la realización de actividades que implican poner en riesgo la vida de la persona, dichas conductas no son consideradas autolesiones porque son comportamientos que la persona no realiza con el fin de causarse daño a sí mismo, sino las lleva a cabo con el objetivo de disfrutar y de obtener placer, por lo que la consecuencia dañina es un efecto secundario de dicha conducta (Nock, 2010; Vega et al., 2018).

Las conductas que se realizan con mayor frecuencia con el fin de lesionarse son cortarse la piel, quemarse, golpearse y morderse. Las conductas autolesivas menos frecuentes incluyen hacerse marcas en la piel, insertarse objetos debajo de las uñas o la piel, arrancarse el pelo, arañarse, pellizcarse, frotarse la piel hasta sangrar e incluso envenenarse (Arciniegas, 2016; Fleeta, 2017; Gallegos, 2017).

En la adolescencia entre los 11 y 13 años de edad regularmente se presentan por primera vez las autolesiones (Gallegos, 2017; González, Vasco-Hurtado, & Nieto-Betancurt, 2016), lo que se asemeja a los datos obtenidos por González (2017), quienes informan que esta conducta tiende a presentarse por primera vez entre los 12 y 14 años de edad.

3.1. Epidemiología

Es poca la literatura que menciona la prevalencia a nivel mundial; no obstante, se estima que el 17.2% de adolescentes, el 13.4% de adultos jóvenes y el 5.5% de adultos se han autolesionado (Cuevas, 2019). Vega y colaboradores (2018) llevaron a cabo una revisión de estudios de diferentes países del mundo, en la cual pudieron constatar que los datos de prevalencia tienen una gran variabilidad, por lo que sugieren que del 13% al 45% de los adolescentes se han autolesionado alguna vez en la vida.

En Reino Unido las tasas de suicidio en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad ha aumentado del 3.2% al 5.4% del 2010 al 2015, y la mitad de ellos presentaron antecedentes de autolesiones; en esta investigación identificaron que

alrededor de 16 912 niños se han autolesionado, de los cuales el 21.5% se lesiona de manera repetitiva (Morgan et al., 2017).

Las lesiones autoinfligidas son una modalidad concurrente entre los adolescentes españoles, por lo que se estimó que alrededor del 32.2% ha realizado este comportamiento alguna vez en su vida (Calvete, Orue, Aizpuru, & Brotherton, 2015). En la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se llevó a cabo una investigación con población clínica en la cual se encontró que la prevalencia de las autolesiones en adolescentes y niños pacientes del hospital es del 24.4% (Gómez et al., 2018).

Por otra parte, en un estudio realizado en el Noreste de Estados Unidos identificaron que el 17% de la población estudiantil presentaron conducta autolesiva (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). En Canadá encontraron que 13 438 personas ingresaron a atención médica debido a las lesiones autoinfligidas, de los cuales en su mayoría eran jóvenes de entre 15 y 19 años de edad (Skinner et al., 2016).

En la Ciudad de México se encontró que la prevalencia de las autolesiones es del 27.9% (Mayer, Gordillo, Figueroa, & Ulloa, 2016). Estos datos concuerdan con una revisión de estudios en la cual se encontró que la proporción de adolescentes que se ha autolesionado alguna vez en la vida es del 13.01% al 29.02% y de los que lo han hecho repetidamente es del 17.10%; además se identificó que la edad de inicio de esta conducta es de entre los 10 y 15 años de edad; por otra parte se estima que del 30.01% al 40.01% de la población clínica presenta autolesiones (Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa, 2018).

3.2. Sintomatología

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2014) la autolesión no suicida ha sido

considerada como una alteración que requiere de mayor investigación; no obstante, propone los siguientes criterios diagnósticos:

- a. Por lo menos durante 5 días en el último año, el individuo inflige lesiones en su propia superficie corporal, las cuales tienden a producir sangrado, hematoma o dolor y realizan esta conducta con la intención de generar un daño leve o moderado, sin llegar al suicidio.
- b. El individuo piensa que con esta conducta aliviará los sentimientos negativos, que podrá resolver un problema interpersonal o lo lleva a cabo con el fin de generar sentimientos positivos. La respuesta o alivio que desea obtener a partir de ello se genera poco tiempo después de que se lesiona, lo que conlleva a la repetición de dicha conducta.
- c. Las lesiones autoinfligidas se relacionan con por lo menos una de las siguientes características:
 1. Dificultades interpersonales, sentimientos o pensamientos negativos, como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, la autocrítica o el sufrimiento, las cuales se presentan antes de que se dé la conducta autolesiva.
 2. Dificultad para controlar la conducta autolesiva.
 3. Pensamiento constante de querer lesionarse.
- d. No es un comportamiento socialmente aceptado.
- e. La consecuencia de esta conducta genera malestar clínico, afectando las diferentes áreas en las que el individuo se desenvuelve (interpersonal y académica).

3.3. Factores asociados a la autolesión

Individuales.

De acuerdo con diversos estudios, las mujeres tienden a autolesionarse con mayor frecuencia (Benjet et al., 2019; García & Boira, 2018; Gómez et al., 2018; González, 2017) y las conductas más utilizadas por las mujeres para lesionarse son

cortadas y rasguños con el fin sangrar, mientras que los hombres tienden a golpearse o quemarse (Vega et al., 2018).

Las autolesiones se han asociado a diferentes trastornos mentales como el trastorno límite de personalidad (APA, 2015), la depresión, el trastorno general del desarrollo, la esquizofrenia, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos por abuso de sustancias (Ibáñez-Aguirre, 2017), el autismo (Paula-Pérez & Artigas-Pallares, 2016), el trastorno negativista, el trastorno obsesivo compulsivo (González, 2017), el trastorno por déficit de atención, los trastornos de conducta alimentaria (Gómez et al., 2018), los trastornos disociativos y los trastornos del control de impulsos (Sánchez-Sánchez, 2018).

Gallegos (2017), en un estudio con menores de nivel secundaria de Perú, identificó tres estilos de personalidad que se asocian a las autolesiones; las cuales son el sensible (es extrovertido, entusiasta, impredecible, pesimista y cambia de parecer rápidamente), el inhibido (es reservado, sensible, aislado y desconfiado) y el violento (es agresivo, hostil, desafiante, autoritario, dominante, desconfiado, tiene un pensamiento rígido y presenta dificultad para mostrar sus sentimientos).

La presencia de pensamientos negativos (Arciniegas, 2016) de tipo destructivo, limitativo, derrotista y catastrófico (Magán, 2017) se encuentran relacionados con las autolesiones, debido a que los adolescentes incurren a estas acciones con el objetivo de disminuir dichos pensamientos y el sentimiento de vacío (Vigo, 2019).

La conducta autolesiva se asocia al impulso de querer autolesionarse y a la culpabilidad generada ante el intento de evitar dicha conducta (Arciniegas, 2016); así como a las sensaciones de frustración, impotencia y desvalorización (Montañez et al., 2017). Además, las personas que presentan lesiones autoinfligidas tienen poca claridad en cuanto a sus emociones y presentan dificultades para solicitar

apoyo de los demás cuando lo requieren (Galarza, Castañeiras, & Fernández, 2018).

De acuerdo con Paula-Pérez, y Artigas-Pallares (2016) las autolesiones son utilizadas como una estrategia de afrontamiento. Se ha encontrado que las personas que tienden a autolesionarse, cuentan con baja eficacia, son incapaces de planear y resolver problemas, lo que se debe a la falta de confianza que tienen en sí mismos para solucionar los eventos estresantes que se presentan a lo largo de su vida (González, Vasco-Hurtado, & Nieto-Betancurt, 2016).

Las personas con baja autoestima (Garza, 2016), imagen corporal pobre (González et al., 2016), bajas habilidades sociales (Sempertigue & García, 2018) y con problemas para expresarse (Montañez, Ramírez, & Ramírez, 2017), se relacionan con la presencia de conducta autolesiva, debido a que los individuos presentan inestabilidad emocional y mediante dicha conducta intentan liberar el dolor psicológico (Berrones & Yupa, 2016).

Se encontró que los individuos que tienen dificultad para controlar sus impulsos (García & Boira, 2018), para adaptarse al entorno que les rodea (González et al., 2016) y que carecen de estrategias para regular sus emociones (Wolff et al., 2019) expresan estas dificultades y carencias mediante la conducta autolesiva (Cifuentes, 2018).

En una revisión de estudios se encontró que haber vivido una experiencia adversa durante la infancia (Vega et al., 2018), como el abuso sexual (Mayer et al., 2016; Whitlock et al., 2016), físico y emocional que se asocian a la presencia de autolesiones (Vigo, 2019). De acuerdo con Barrera y Rodríguez (2017), cuando el adolescente lidia con sentimientos de culpa, autorrechazo, vergüenza y enojo, tienden a realizar conductas autolesivas para regular sus emociones.

El consumo de alcohol (Argaez, Echeverría, Evia, & Carrillo, 2018), tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes se asocia a la presencia de autolesiones

(Montañez et al., 2017). Estos datos concuerdan con lo obtenido en un estudio realizado en un penitenciaro juvenil en el que se encontró que los internos que consumen sustancias como alcohol, heroína, metanfetaminas, fármacos psiquiátricos, disolventes o cannabis, de igual forma presentaron lesiones autoinfligidas (García & Boira, 2018).

Existen factores que son considerados protectores, los cuales disminuyen la probabilidad de que se presente la conducta autolesiva, como el que la persona le dé sentido a su vida, que tenga la capacidad para afrontar los eventos traumáticos (Cifuentes, 2018), que cuente con habilidades de regulación emocional e inteligencia emocional, ya que estas habilidades le van a permitir al individuo regular las emociones negativas como la ira y la tristeza y de este modo la persona podrá generar el estado afectivo que desea (Galarza et al., 2018).

Contar con alta autoestima se relaciona con el buen uso de las habilidades sociales, permitiéndole al individuo tener seguridad personal, ser capaz de expresar lo que siente y piensa, alcanzar sus metas y darle sentido a su vida; de este modo no se mostrarán pensamientos negativos, sentimientos de inferioridad y la conducta autolesiva (Sempertigue & García, 2018).

Sociales.

En diferentes investigaciones se ha encontrado que las lesiones autoinfligidas se encuentran relacionadas con el acoso escolar "*bullying*" (Carballo & Gómez, 2017; Vega et al., 2018), con las amenazas de agresión y el sentimiento de ser ignorado, excluido (Arguez et al., 2018) y rechazado por sus compañeros (Fleta, 2017). Al ser excluidos carecen de apoyo lo que repercute en su desarrollo emocional y a su vez conlleva a la autolesión (Montañez et al., 2017).

Por otra parte, el relacionarse con personas que se autolesionan, se encuentra asociado a la presencia de autolesiones en adolescentes, ya que estas personas funcionan como un modelo a seguir para el menor (Fleta, 2017) y a su vez

se genera un contagio social, normalizando la conducta autolesiva (Gallego et al., 2017).

Los menores acuden a la imitación como una forma de aprender y explorar; por lo tanto, si al momento de imitar la conducta autolesiva se siente identificado con el modelo a seguir, hay mayor probabilidad de que el niño repita la conducta (González, 2016). Por otra parte, se ha encontrado que la información obtenida de películas, del internet y la televisión también fungen como modelo (Magán, 2017).

No obstante, el internet no es usado únicamente para imitar acciones, sino también para compartir el daño que los adolescentes se generan a sí mismos. A esto se le conoce como “autolesiones online”, este método es utilizado con el fin de expresar, desahogar y aliviar el malestar, como una forma de buscar atención e incluso es usado por diversión o como moda (Gámez-Guadix, Almendros, Rodríguez-Mondragón, & Mateos-Pérez, 2019).

En cuanto al internet, existen desafíos que promueven la práctica de las autolesiones, como el juego de “La Ballena Azul” (García, de Diego, Garach, & García, 2018) que consiste en realizar 50 desafíos, uno por día, que van desde una noche sin dormir, marcarse una ballena con un cuchillo en el brazo, hasta terminar en el suicidio (Aguirre, 2019); los cuales tienen como objetivo hacer sufrir al adolescente y este sufrimiento aumenta conforme avanza el desafío (Janzich, 2018).

Por otra parte, la pertenencia a grupos como “*emos*”, “*góticos*” y “*punks*” también se ha asociado a la presencia de autolesiones, debido a que estos grupos realizan este tipo de conductas autolesivas (De la Fuente, 2018), por lo que, si el individuo se siente identificado con ellos, puede llegar a realizar la conducta con el fin de sentirse aceptado (Barrera & Rodríguez, 2017; Trujillo & Hernández, 2017).

Las diferencias culturales y raciales (Fleta, 2017), las dificultades económicas (González et al., 2016) y el entorno rural son factores que se han asociado a la

presencia de las lesiones autoinfligidas. En un estudio realizado en una comunidad española se encontró que el entorno rural se relacionó con la conducta autolesiva debido a las diferencias en cuanto al nivel socioeconómico y a que las personas se encuentran mayormente expuestas al consumo de alcohol; además de que esta conducta se presenta con mayor frecuencia durante la noche, hora en la que hay menor asistencia médica y esto en algunos casos conlleva a la muerte (Sierra & Martínez, 2015).

Únicamente se ha encontrado un factor protector y son las redes de apoyo, debido a que cuando la persona cuenta con una red, puede expresar sus emociones y a su vez aliviar los sentimientos negativos, ya que al tener a alguien que la entienda y la escuche, la conducta autolesiva disminuye (Trujillo & Hernández, 2017). Benjet y colaboradores (2019) mencionan que el practicar actividades religiosas se considera un factor protector, lo que se puede deber al apoyo social que el individuo recibe al afiliarse a dicha asociación, así como a las enseñanzas que se le proveen sobre la conducta.

Familiares.

Algunas características familiares son consideradas factores de riesgo de las autolesiones, entre ellas se encuentran pertenecer a una familia monoparental (Montañez et al., 2017), reconstruida, o vivir con otros familiares que no son los progenitores (Gallegos, 2017).

Dentro de las características familiares se encuentran situaciones que se asocian con la conducta autolesiva como la unión libre de los padres, el fallecimiento de alguno de ellos (Benjet et al., 2019), el divorcio o los problemas maritales (Fleta, 2017). Aunado a ello, existen características parentales que de igual forma se relacionan con las autolesiones, como la presencia de una patología como la depresión, la ansiedad o el estrés en los padres (De la Fuente, 2018) o que alguno

de ellos consuma sustancias como el alcohol, marihuana o cocaína (Montañez et al., 2017).

La violencia familiar y el que los padres golpeen, traten de forma agresiva a sus hijos, los insulten, los llamen por apodos (Argaez et al., 2018) y ejerzan control psicológico sobre ellos, se relaciona con la presencia de autolesiones, la última conducta se asocia específicamente si es empleada por la madre (Martínez-Falero, 2015; Vilchez, Vanegas, Samaniego, Vilchez, & Sigüenza, 2019); e incluso el tipo crianza autoritaria también se ve asociada con la conducta autolesiva (Silva, 2017).

Las personas que carecen de apoyo familiar (Chávez-Flores, Hidalgo-Rasmussen, & Muñoz, 2018), de comunicación (Trujillo & Hernández, 2017), que no interactúan con los demás miembros de la familia (Cifuentes, 2018) y que se desarrollan en un ambiente familiar problemático tienden a presentar autolesiones (Arciniegas, 2016).

La negligencia parental (Vega et al., 2018) como lo son el abandono (Leiva y Concha, 2019), el maltrato físico, verbal o psicológico se relacionan con la presencia de lesiones autoinfligidas, debido a que la forma en la que la familia resuelve los problemas que se presentan, genera ira, rencor, odio y el sentimiento de insatisfacción en el niño, por lo que busca disminuir su insatisfacción emocional mediante el daño físico (Guevara & Pilamunga, 2018).

En cuanto a los estilos de apego, se ha encontrado que los adolescentes presentan un tipo de apego inseguro, el cual se asocia con la dificultad de regular emociones y con las conductas de riesgo (las autolesiones); además de que los individuos con este tipo de apego tienden a intensificar la expresión de sus emociones, por lo que se considera que las personas que se autolesionan realizan esta conducta como una forma de intensificar la expresión emocional (Leiva & Concha, 2018). Por otra parte, las características parentales que son consideradas un factor protector son pasar mayor tiempo con sus hijos, una adecuada comunicación (Cifuentes, 2018), el control conductual (Martínez-Falero, 2015), el

apoyo, la libertad de expresión, la escucha, el respeto (Chávez-Flores et al., 2018) y que cuenten con estudios universitarios (Benjet et al., 2019). El amor parental es considerado un factor protector, ya que ante este amor menor es la necesidad por llamar la atención y disminuye la presencia de autolesiones (Vilchez et al., 2019).

De igual forma una percepción positiva sobre la relación familiar, menores problemas y la alta unión entre los miembros de la familia son factores que se encuentran asociados a una mejor calidad de vida y como consecuencia a una menor probabilidad de que se presente la conducta autolesiva (Chávez-Flores et al., 2018).

3.4. Teorías de la autolesión

Modelos psicodinámicos.

El modelo de las pulsiones explica las autolesiones mediante las pulsiones de vida, de muerte y sexual. De acuerdo con Firestone y Seiden (1990, como se citó en Marín, 2013) la autolesión es considerada como un sustituto del suicidio, ya que los sentimientos y acciones negativas se juntan y se crea un sentido de dominio sobre la muerte, se podría decir que es un mecanismo de defensa que evita que el individuo llegue al suicidio.

Por otra parte, existe el modelo antisuicida, el cual propone que las lesiones autoinfligidas se encargan de evitar el suicidio, mediante la canalización de sentimientos de autodestrucción (Conde, 2017; Suyemoto, 1998). En relación a el tema, se encuentra el modelo sexual, el cual propone que la conducta autolesiva se realiza como una forma de controlar los pensamientos y los actos sexuales que surgen ante la maduración sexual del individuo (Suyemoto, 1998). Con respecto a las personas que sufrieron de abuso físico o sexual, son ambivalentes en cuanto a su autocuidado y no sienten que su cuerpo sea de su propiedad, por lo tanto, lo perciben como algo negativo y lo utilizan para liberar la tensión (Conde, 2017).

Modelo ambiental.

Este modelo se enfoca en la relación entre el individuo que se lesiona y su entorno, enfatiza los factores que han influido en la presencia y el mantenimiento de las lesiones autoinfligidas, como lo es el refuerzo que el individuo recibe al momento de llevar a cabo la conducta (Calejo, Queirós, & Saravia, 2015).

La conducta autolesiva se puede ver como una forma de atraer la atención de sus familiares, amigos y compañeros, e incluso como imitación de una figura con la que se identifica (padres); aunado a ello, la conducta no únicamente le proporcionaría atención de las demás personas, sino también le generaría alivio ante las emociones negativas, por lo tanto, la conducta es reforzada, lo que conlleva a la repetición de la misma (Suyemoto, 1998).

Modelo funcional.

De acuerdo a el modelo de Nock y Prinstein (2004) las conductas autolesivas y suicidas se clasifican conforme a dos dimensiones son: contingencias (automáticas o sociales) y refuerzos de la conducta (positivos o negativos). De este modo se generan cuatro funciones primarias de las autolesiones que son refuerzo automático positivo (siente excitación y genera algo deseable), refuerzo automático negativo (sensación de alivio y regulación de emociones negativas), refuerzo social positivo (para recibir atención, apoyo y cuidados de terceros) y el refuerzo social negativo (evitación de responsabilidades o un castigo) (Sánchez, 2018).

Nock y colaboradores (2004, 2008) refieren que la autolesión no suicida funge como un refuerzo negativo, debido a que le permite al individuo eliminar o escapar de situaciones que le resultan aversivas como lo son la sobrecarga de ansiedad, el sentimiento de ira o tristeza, e incluso ser objeto de burla o de acoso.

Este modelo fue confirmado por un estudio realizado por Calvete y colaboradores (2015), quienes afirman que los adolescentes llevan a cabo la

conducta autolesiva con el fin de obtener un refuerzo social positivo o evitar el refuerzo social negativo, y se benefician de las intervenciones que reciben para poder cambiar las consecuencias negativas de las autolesiones.

Modelo de regulación afectiva.

Gross y Thompson (2007) proponen dos estrategias de regulación emocional, la primera es la reevaluación cognitiva que implica un cambio emocional a nivel cognitivo y la segunda es la supresión cognitiva mediante la cual inhiben la respuesta emocional.

Los ambientes tempranos invalidantes propician dificultades para generar estrategias de afrontamiento ante las situaciones de estrés emocional; este modelo propone que los individuos que se desarrollan en este tipo de ambientes son proclives a una inestabilidad emocional, por lo que hacen uso de las autolesiones como una estrategia para regular las emociones negativas (Villarroel et al., 2013).

Por otra parte, de acuerdo con Conde (2017) las autolesiones se realizan con el objetivo de hacer real un dolor emocional, el cual no puede ser expresado verbalmente y por ello lo expresa mediante el daño físico.

Modelo de disociación.

Este modelo considera que generarse daño a sí mismo surge como consecuencia de los estados de disociación, despersonalización o de desrealización (Villarroel et al., 2013); llevando a cabo esta conducta con la finalidad de querer sentirse vivo (Maharajh & Seepersad, 2010) y eliminar los efectos que generan estos estados (Suyemoto, 1998).

Cuando el individuo se encuentra en un estado disociativo, las autolesiones le permiten volverse a conectar con el mundo, por medio del dolor que se genera al lesionarse; por otra parte, cuando hay despersonalización la sangre le permite

reconectarse a su cuerpo; por lo que, tanto el dolor como la sangre le ayudan a la persona a conectarse otra vez con la realidad (Conde, 2017).

Modelo de los límites.

De acuerdo con este modelo el individuo no ha generado un sentido de identidad propio, por lo tanto, vive la separación de objetos significativos como un proceso doloroso, por miedo a ser abandonado (Conde, 2017); por lo que la autolesión es una forma de simbolizar las dificultades por la que está pasando y de este modo afirma su autonomía (Marín, 2013; Villarroel et al., 2013), genera su propia identidad y se separa de los demás (Suyemoto, 1998), ya que la piel representa una separación entre el yo y lo externo (Conde, 2017).

Como se puede observar existen diversas explicaciones sobre por qué el adolescente se autolesiona, algunas enfatizan que estas son llevadas a cabo para controlar los deseos sexuales, para delimitar entre uno mismo y otra persona, o para recibir atención por parte de familia y amigos. A pesar de ser realizadas con esa finalidad, las autolesiones se terminan relacionando principalmente con la eliminación de sentimientos y pensamientos negativos, los cuales, al ser liberados de manera intermitente, evitan que el individuo llegue al suicidio.

3.5. Instrumentos

Para evaluar la presencia de autolesiones se han llevado a cabo la adaptación al español de instrumentos desarrollados en Estados Unidos y Canadá, como los siguientes:

Escala SHQ-E (Self-Harm Questionnaire) traducida al español: es un cuestionario autoaplicable, que permite identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas en adolescentes. Es una herramienta validada y confiable, la cual presentó un α de Cronbach de .96 y su sensibilidad para detectar autolesión es del 97.96% (García-Mijares, Alejo-Galarza, Mayorga-Colunga, Guerrero-Herrera, & Ramírez-GarcíaLuna, 2015).

Cuestionario Impulsividad, Autolesión no Suicida e Ideación Suicida para adolescentes (ISSIQ-A): es un instrumento de autorreporte, el cual tiene como objetivo evaluar la autolesión no suicida, impulsividad, los comportamientos de riesgo e ideación suicida. Es válido y confiable, ya que el cuestionario completo tiene una confiabilidad total de $\alpha=.93$, y en sus diferentes dimensiones oscila entre $\alpha=.67$ y $\alpha=.94$ (Chávez-Flores, Hidalgo-Rasmussen, & González-Betanzos, 2018).

Además de las adaptaciones también se encontró un cuestionario diseñado para población mexicana, el cual es la Cédula de Autolesiones: es un cuestionario conformado por 13 reactivos, los cuales permiten diferenciar las autolesiones menores de las severas, conocer la frecuencia y la edad de inicio de la conducta autolesiva (Marín, 2013). En la presente investigación se utilizó la Cédula de Autolesiones, ya que fue desarrollada con población mexicana, además de que permite diferenciar la gravedad de las autolesiones.

Capítulo IV Método

4.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre las prácticas parentales, la depresión y las autolesiones en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México?

4.2. Objetivos

Objetivo general.

Conocer la relación entre las prácticas parentales, la depresión y las autolesiones en adolescentes de la Ciudad de México.

Objetivos específicos.

Conocer los niveles de depresión y autolesiones de los participantes.

Conocer las diferencias en la percepción de prácticas parentales entre hombres y mujeres.

Conocer las diferencias en los niveles de depresión y autolesiones entre hombres y mujeres.

4.3. Hipótesis

HI 1: Existe relación entre las prácticas parentales y la depresión.

HO 1: No existe relación entre las prácticas parentales y la depresión.

HI 2: Existe relación entre las prácticas parentales y las autolesiones.

HO 2: No existe relación entre las prácticas parentales y las autolesiones.

HI 3: Existe relación entre la depresión y las autolesiones.

HO 3: No existe relación entre la depresión y las autolesiones.

4.4. Variables

Definición conceptual

Prácticas parentales: son el conjunto de acciones que los padres llevan a cabo con el fin de influir e infundir en sus hijos un conjunto de valores y normas que guíen su comportamiento, logrando de este modo el objetivo de socialización (Beltrán & Bueno, 1995).

Depresión: es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, dificultades para disfrutar o sentir placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, falta de concentración, pérdida de apetito, insomnio, así como una reducción de la vitalidad, lo cual llevará consigo una disminución en el nivel de actividad y sensación de cansancio (OMS, 2019).

Autolesiones: son todos aquellos comportamientos que la persona realiza de manera intencional y consciente de que se va a generar cierto grado de daño físico o psicológico (Nock, 2010).

Definición operacional

Prácticas parentales: la Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008) cuenta con las dimensiones de comunicación, control conductual, autonomía, control psicológico e imposición, las cuales entre mayor sea su puntaje implica mayor presencia de la conducta del padre hacia su hijo.

Depresión: el puntaje del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (1996) se divide en cuatro parámetros que son mínima de 0 a 13, leve de 14 a 19, moderada de 20 a 28 y grave de 29 a 63.

Autolesiones: la puntuación en la Cédula de Autolesión (CAL) (Marín, 2013) entre mayor sea, implica alta severidad y frecuencia de la conducta autolesiva.

Además, se identifican las autolesiones severas mediante la presencia de los reactivos: 1, 3, 9, 10 y 12; y las menores a través de los reactivos: 2,5, 6, 7, 8 y 11.

4.5. Participantes

La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por 991 estudiantes de segundo y tercer grado de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México.

4.6. Tipo de estudio

Es un estudio no experimental, debido a que no se llevó a cabo manipulación de variables y de tipo transversal, ya que es observacional y descriptivo.

4.7. Instrumentos

Escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (2008).

Esta escala permite evaluar la percepción que tienen los adolescentes de entre 12 y 18 años de edad, sobre el control psicológico y conductual que sus padres ejercen sobre ellos. El control psicológico es evaluado mediante reactivos de invalidación de sentimientos, inducción de culpa, críticas excesivas (devaluación), afecto contingente, devaluación, retiro del habla y chantaje. Por otra parte, en el control conductual se encuentran reactivos de comunicación materna, supervisión materna (conocimiento de la madre sobre actividades cotidianas del niño), supervisión de amigos, razonamiento materno (técnicas disciplinarias), disciplina paterna (percepción positiva del hijo) y castigos paternos (técnicas de castigo empleadas por el padre).

Se reporta que la validez se obtuvo mediante un análisis factorial, el cual identificó cuatro dimensiones para el papá y cinco para la mamá y la confiabilidad fue obtenida mediante el Alfa de Cronbach y todas las dimensiones obtuvieron altos niveles de confiabilidad.

La escala consta de 80 reactivos, con cuatro opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces y siempre). Se divide en dos sub escalas, la primera

evalúa las conductas maternas (40 reactivos), que se divide en 5 dimensiones: la comunicación ($\alpha=.92$), la autonomía ($\alpha=.86$), la imposición($\alpha=.81$), el control psicológico ($\alpha=.80$) y el control conductual ($\alpha=.84$). La segunda evalúa las conductas paternas (40 reactivos), que se divide en 4 dimensiones: la comunicación/el control conductual ($\alpha=.97$), la autonomía ($\alpha=.94$), la imposición ($\alpha=.90$) y el control psicológico ($\alpha=.90$).

El instrumento se califica mediante la siguiente asignación de puntos: nunca equivale a 1, pocas veces a 2, muchas veces a 3 y siempre a 4. El puntaje de cada dimensión se obtiene a través de la sumatoria de los reactivos que conforman la dimensión y posteriormente el resultado obtenido es dividido entre el total de reactivos de la dimensión.

Inventario de Depresión de Beck BDI – II (Beck, Steer & Brown, 1996).

Este inventario tiene como objetivo detectar y evaluar la gravedad de la depresión; está compuesto por 21 reactivos auto-aplicables, referidos a la sintomatología depresiva de acuerdo con la semana previa a la aplicación. En la adaptación para adolescentes mexicanos la escala presentó una confiabilidad de $\alpha=.88$ y $\alpha=.89$ (Contreras-Valdez et al., 2015).

La calificación del inventario es la siguiente: cada uno de los reactivos cuenta con cuatro opciones de respuesta, que se puntúan de 0 a 3 y este puntaje va a depender de la respuesta elegida. Los puntajes de severidad del síntoma van de 0 a 63, en dónde 63 representa la severidad máxima.

La gravedad de la depresión se determina dependiendo del puntaje obtenido, como se muestra a continuación:

- Mínima de 0-13
- Leve de 14 a 19
- Moderada de 20 a 28

- Grave de 29 a 63

Cédula de Autolesión CAL (Marín, 2013).

El cuestionario consta de 13 reactivos que detectan y miden temporalmente la autolesión no suicida. Los 12 primeros reactivos son ejemplos de autolesiones específicas, con dos opciones de respuesta (presencia – ausencia), si la respuesta es afirmativa se proporcionan 5 opciones de respuesta para registrar la frecuencia y la última ocasión en que se realizó la autolesión. El reactivo número 13 permite identificar la edad en la que el individuo se autolesionó por primera vez.

El puntaje máximo indica mayor severidad y frecuencia en que se lleva a cabo cada tipo de autolesión. Dentro del cuestionario se pueden identificar las autolesiones severas (reactivos: 1, 3, 9, 10, 12) y las autolesiones menores (reactivos: 2, 5, 6, 7, 8, 11). Las autolesiones severas son consideradas significativas en cuanto a la frecuencia si se obtiene un puntaje de 2 en adelante en cualquiera de los reactivos y si alguna de las conductas se llevó a cabo durante el último mes. Por otro lado, en los casos en donde la frecuencia en la que se presentan las autolesiones menores es mayor a 5 (puntaje de 3 en adelante) y han ocurrido en el último mes, se tiene que explorar a fondo la intencionalidad de la autolesión, en especial si las personas también presentan autolesiones severas.

La asignación de los puntos para la calificación de la cédula es la siguiente (únicamente se califica con las autolesiones severas):

Cada reactivo tiene tres secciones de respuesta

Sección 1: ¿Alguna vez? SI/NO

Respuesta: “NO” equivale a cero.

Sección 2: ¿Cuántas veces lo has hecho?

Respuestas:

- 1 equivale a 1
- 2-5 equivale a 2
- 6-10 equivale a 3
- +10 equivale a 4
- +20 equivale a 5

La puntuación máxima es de 25.

Sección 3: ¿Cuándo fue la última vez?

La autolesión es considerada importante si se ha realizado en el último mes.

La pregunta número 13 únicamente permite establecer la edad de inicio de la conducta autolesiva, por lo tanto, no se asigna puntuación.

4.8. Procedimiento

Se solicitó permiso tanto a la coordinación de zona, como al director de la secundaria en donde se llevó a cabo el estudio. Una vez obtenido el permiso de ambas autoridades, de los padres de familia y de los alumnos a quienes se les entregó un consentimiento informado, se solicitaron los horarios en los que se podía trabajar con los estudiantes y posteriormente se realizó la aplicación de los cuestionarios dentro de los salones de clase. La aplicación fue colectiva, duró aproximadamente una hora y se llevó a cabo por estudiantes de la Facultad de Psicología. Al alumnado se les explicaron los objetivos de la investigación y la forma en que tenían que responder el cuestionario; asimismo, su participación fue voluntaria y el anonimato fue garantizado por la investigadora titular de este trabajo.

4.9. Análisis estadísticos

Se utilizó el programa estadístico informático SPSS (por sus siglas en inglés Statistical Package for the Social Sciences). Mediante el cual se realizaron análisis

de frecuencias para conocer las características de la población; así como análisis de correlación de Pearson para determinar la relación entre variables y prueba t de student para conocer las diferencias entre hombres y mujeres; se decidió utilizar pruebas paramétricas con base en el tamaño de la muestra y en la teoría del límite central (Berenson, Levine, y Krehbiel, 2006).

Capítulo V

Resultados

Se realizaron análisis descriptivos por sexo.

Participaron 991 estudiantes de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México, 48.80% fueron hombres y el 51.20% mujeres (Figura 2).

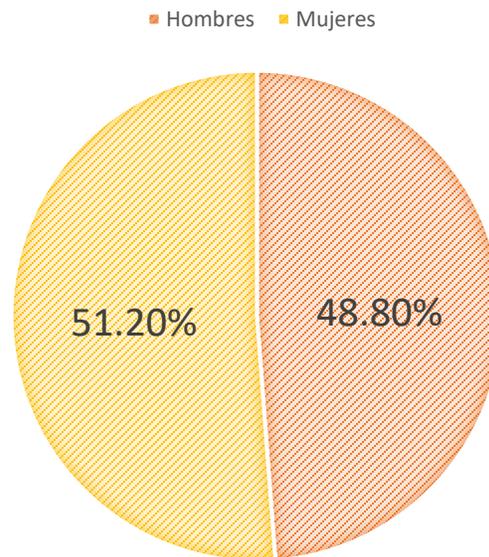


Figura 2. Distribución de porcentajes para la variable sexo.

En la Figura 3, se observa que el rango de edad fue de 13 a 15 años, con una mediana de 14 años.

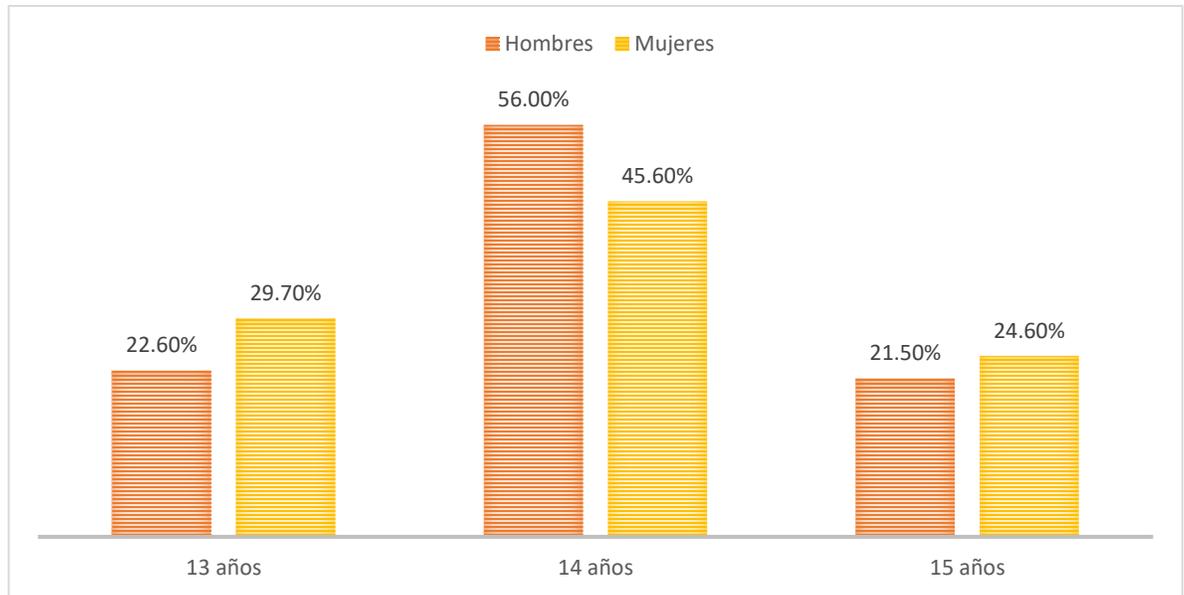


Figura 3. Distribución de porcentajes para la variable edad.

Con respecto al grado escolar, se observa que la mayor parte de la población pertenece a segundo grado (Figura 4).

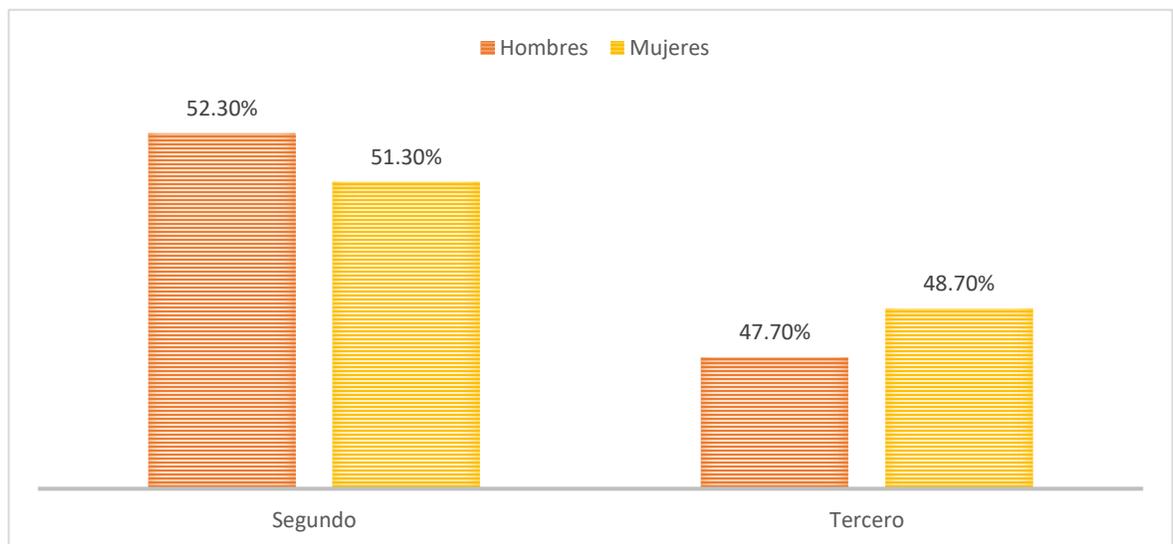


Figura 4. Distribución de porcentajes para la variable grado escolar.

Por otra parte, en la Figura 5, se muestra el turno, en donde la mayor parte de la población estudiada se encuentra en el turno matutino.

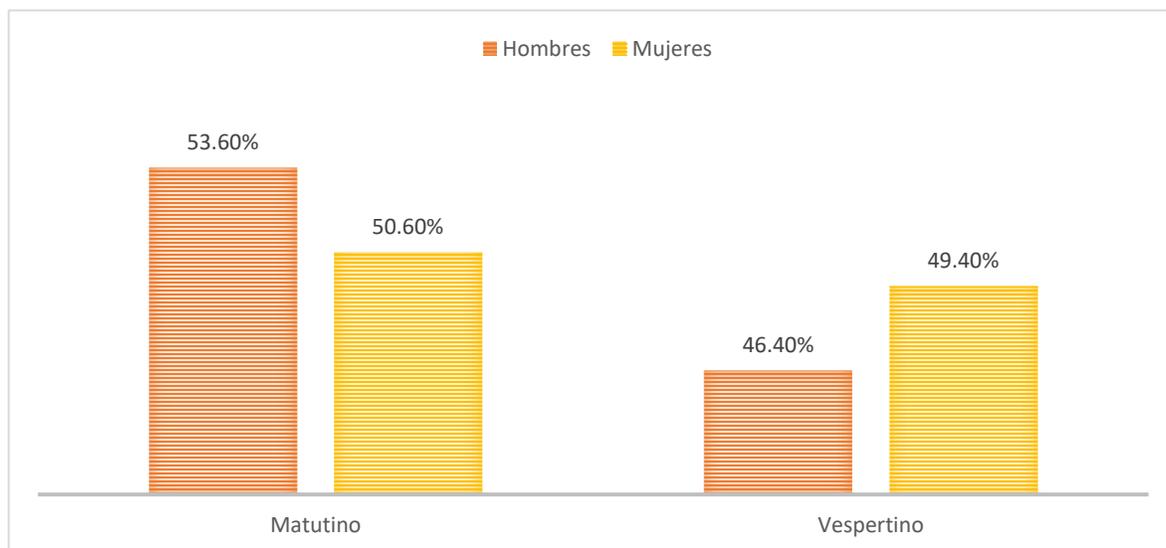


Figura 5. Distribución de porcentajes para la variable turno.

En Figura 6, se pueden observar que la mayor parte de los hombres (38.40%) tuvo un promedio escolar de 8, mientras que en las mujeres (47.60%) fue de 9.

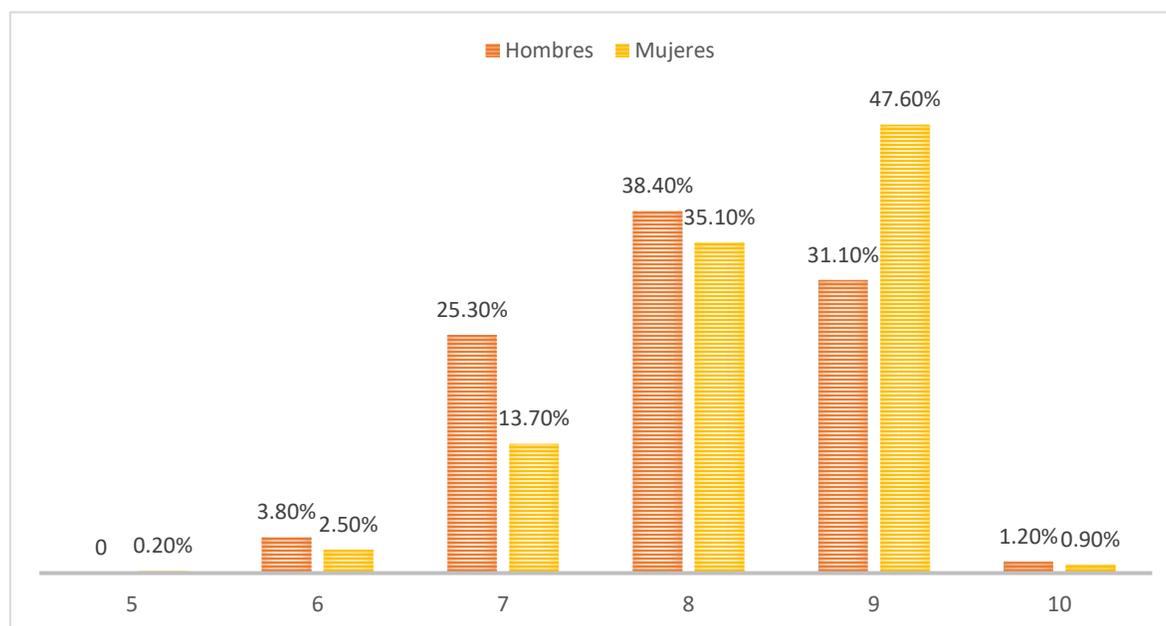


Figura 6. Distribución de porcentajes para la variable calificación.

Se reporta que la mayor proporción de hombres (45.20%), como de mujeres (44.20%) viven con ambos padres y con sus hermanos (Figura 7).

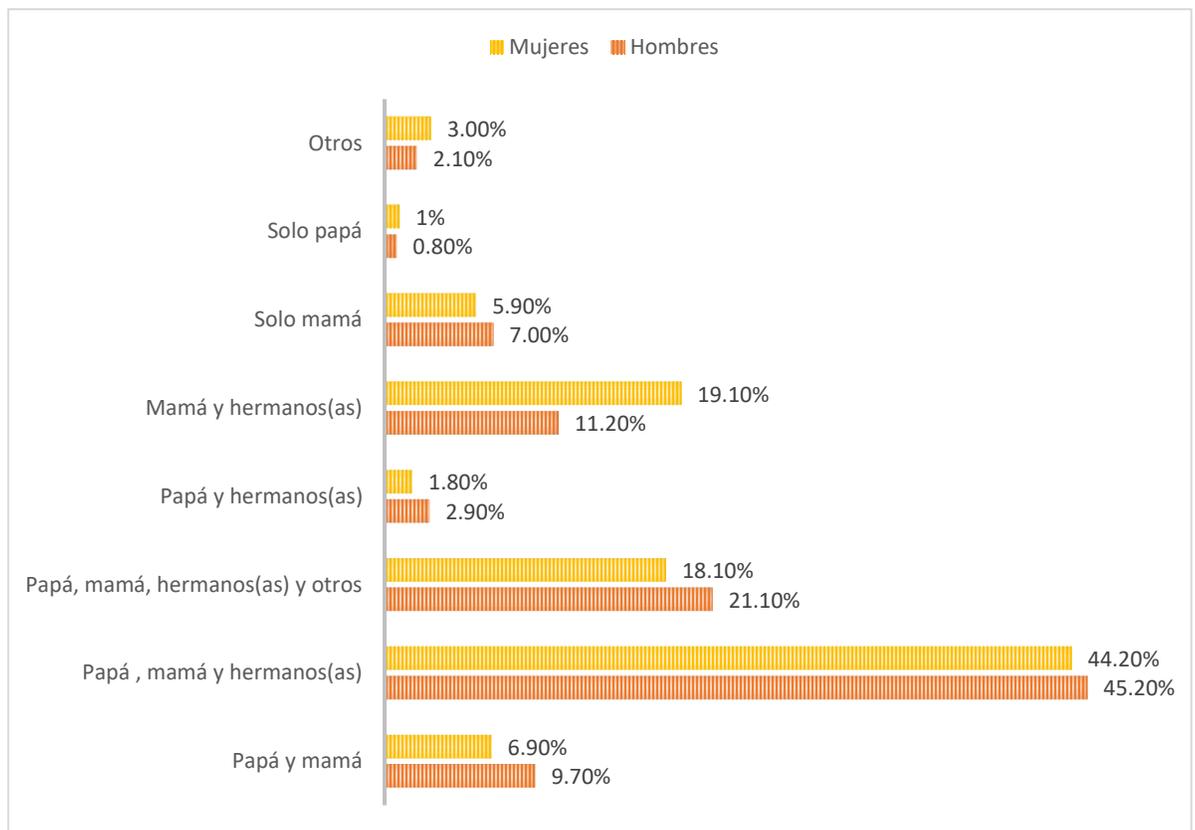


Figura 7. Personas con las que vive el adolescente.

En la Figura 8, se reporta que el 35.70% de los padres de los hombres estudió hasta nivel licenciatura y el 30.40% de los padres de las mujeres estudió hasta la secundaria.

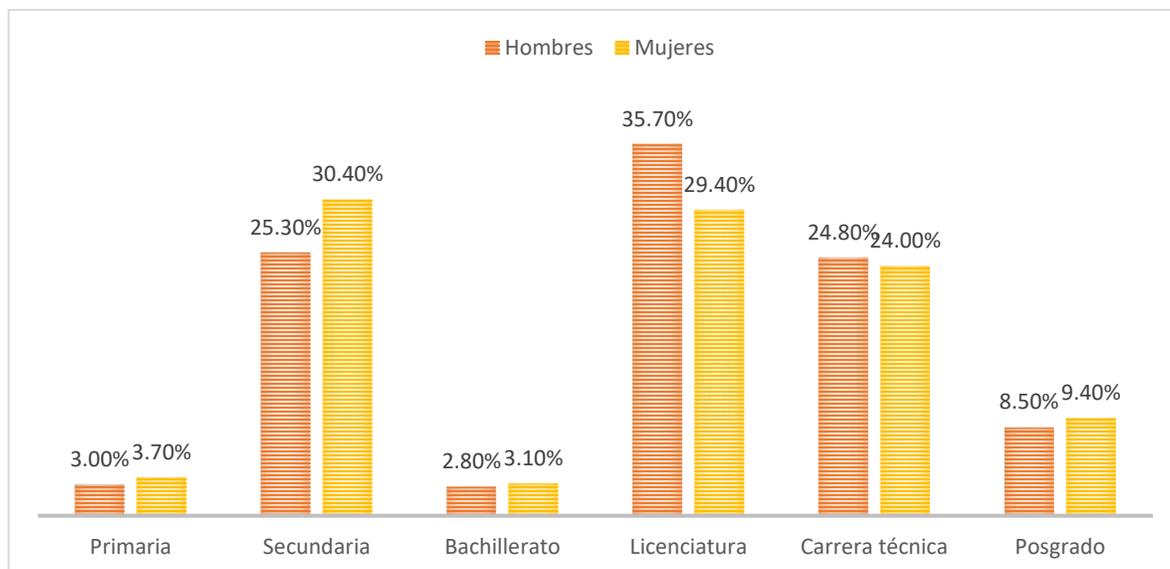


Figura 8. Distribución de porcentajes para la variable nivel de estudios del padre (padrastra).

De igual forma, se reportó que el 37.10% de las madres de los hombres y el 29.90% de las madres de las mujeres estudió hasta nivel licenciatura (Figura 9).

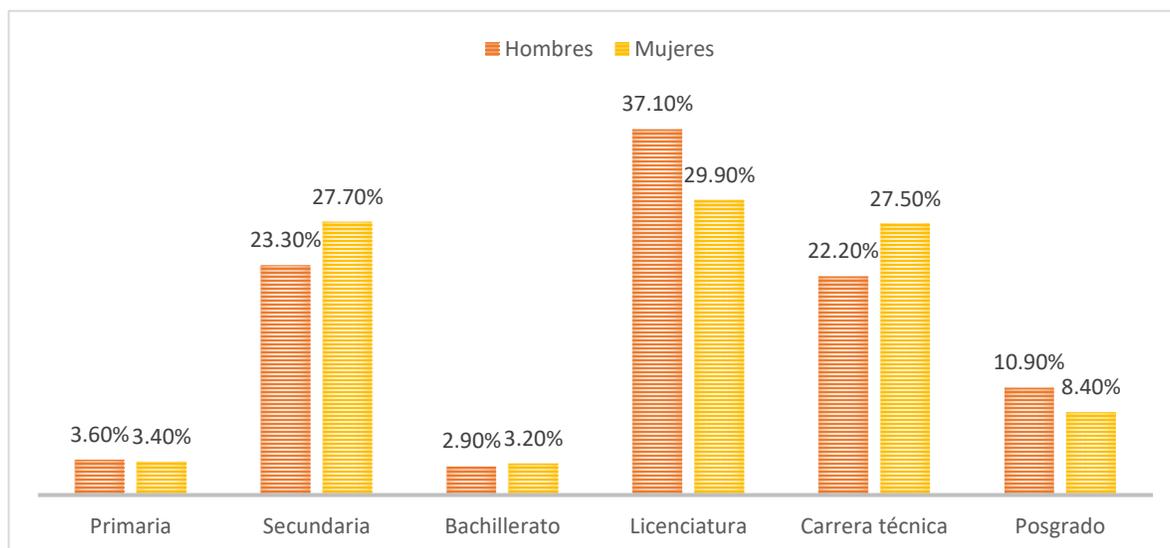


Figura 9. Distribución de porcentajes para la variable nivel de estudios de la madre (madrastra).

La mayoría de los padres trabajan tiempo completo, tanto en el caso de los hombres (66.7%) como en el de las mujeres (62.7%) (Figura 10).

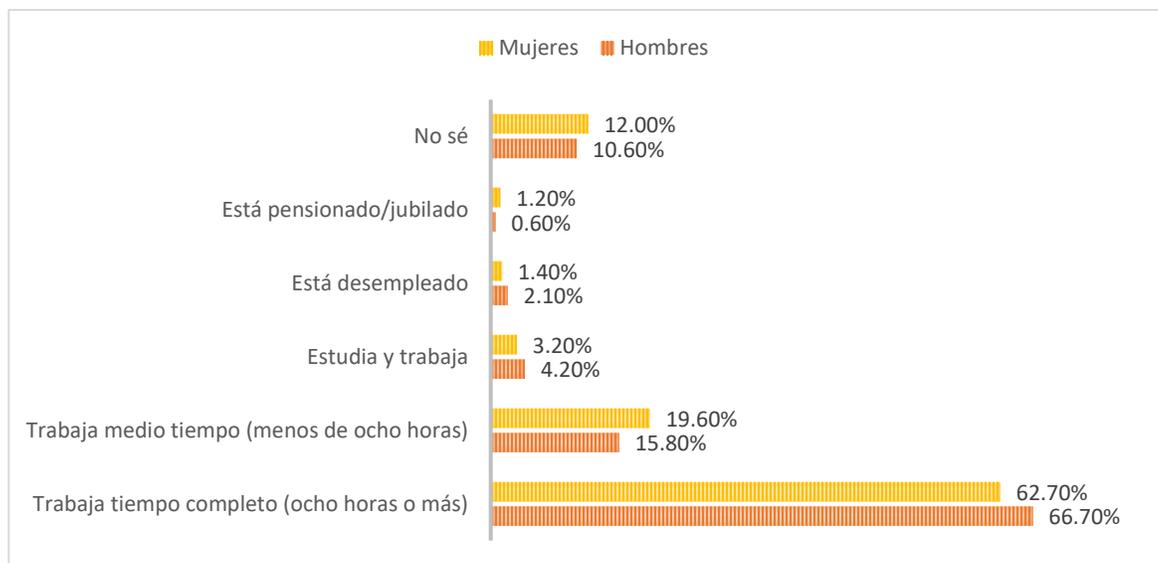


Figura 10. Distribución de porcentajes para la variable tiempo de trabajo del padre (padrastr).

Por otra parte, el 34.5% de las madres de los hombres trabaja tiempo completo y el 36% de las madres de las mujeres es ama de casa o está jubilada (Figura 11).

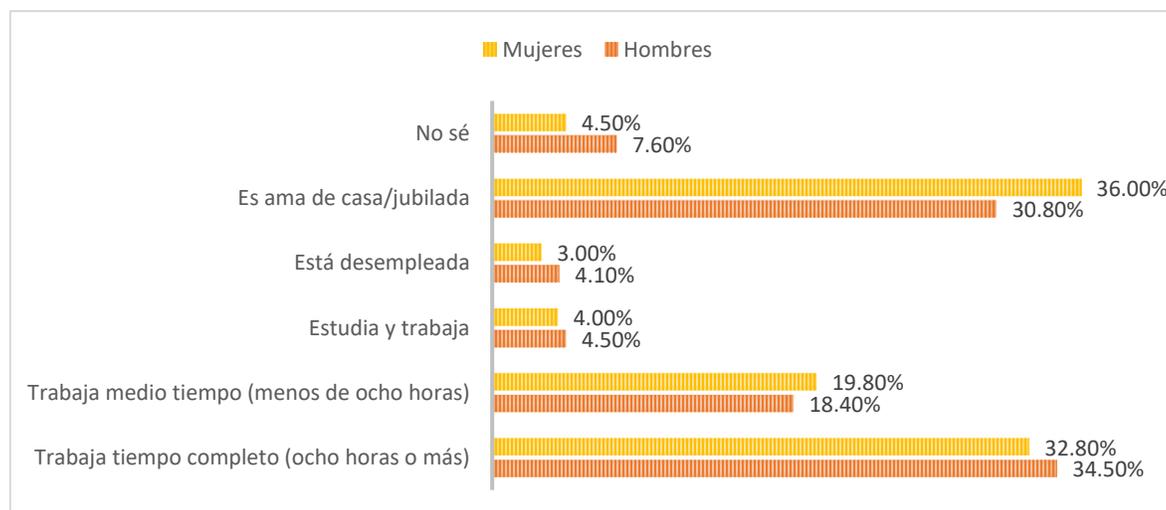


Figura 11. Distribución de porcentajes para la variable tiempo de trabajo de la madre (madrstra).

Con la finalidad de analizar si existían diferencias de la percepción que los adolescentes (hombres y mujeres) tienen sobre las prácticas parentales; así como su sintomatología depresiva y la conducta autolesiva, se realizó una prueba t de Student.

Al comparar la percepción que tienen los hombres y las mujeres sobre las prácticas parentales maternas (Tabla 1), se puede observar que únicamente hay diferencia significativa en el control conductual, ya que las mujeres perciben mayor control conductual que los hombres. En cuanto a la comunicación, la autonomía, el control psicológico y la imposición no hay una diferencia significativa en como las perciben los hombres y las mujeres. Tanto hombres como mujeres perciben que la práctica parental materna más común es el control conductual y la menos común es el control psicológico.

Tabla 1.

Diferencias en las Prácticas Maternas expresadas por hijos hombres y mujeres.

Prácticas Parentales Maternas	Hombre		Mujer		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DE	M	DE		
Comunicación	3.5357	1.06	3.5609	1.14	-.352	.725
C. Conductual	4.0151	.78	4.3282	.62	-6.843	.000
Autonomía	3.6193	.85	3.6815	.86	-1.124	.261
C. Psicológico	2.0117	.85	2.0461	.90	-.598	.550
Imposición	2.3839	.89	2.3133	.88	1.209	.227

Nota: C. Conductual= Control conductual, C. Psicológico= Control psicológico

En cuanto a las prácticas parentales paternas (Tabla 2), se encontraron diferencias significativas, ya que los hombres perciben mayor comunicación/control conductual, control psicológico e imposición que las mujeres. Con respecto a la autonomía no se encontraron diferencias significativas. La práctica parental paterna percibida por hombres y mujeres como más común es la autonomía y como menos común es el control psicológico.

Tabla 2.

Diferencias en las Prácticas Paternas expresadas por hijos hombres y mujeres.

Prácticas Parentales Paternas	Hombre		Mujer		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DE	M	DE		
Comunicación/C. Conductual	3.1928	1.17	2.9690	1.24	2.774	.006
Autonomía	3.7692	.96	3.8396	.98	-1.083	.279
C. Psicológico	1.7932	.97	1.6599	.85	2.187	.029
Imposición	2.3866	1.05	2.1672	.97	3.244	.001

Se encontró una diferencia significativa en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva (Tabla 3), ya que las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres.

Tabla 3.

Diferencias en la presencia de Depresión en hombres y mujeres.

Hombre		Mujer		<i>t</i>	<i>p</i>
M	DE	M	DE		
13.7660	11.82	19.3222	12.36	-6.777	.000

Con respecto a las autolesiones (Tabla 4), se encontraron diferencias significativas, debido a que las mujeres practican en mayor grado ambos tipos de conducta autolesiva (menores y severas), que los hombres.

Tabla 4.

Diferencias en la presencia de Autolesiones en hombres y mujeres.

Autolesiones	Hombre		Mujer		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DE	M	DE		
Menores	7.9854	1.40	8.4585	1.72	-4.717	.000
Severas	5.3278	.77	5.5564	.85	-4.390	.000

Por último, para probar las hipótesis del estudio se realizaron análisis de correlación entre las prácticas parentales y la depresión, entre las prácticas parentales y las autolesiones, y entre la depresión y la conducta autolesiva, aunado a ello los análisis se llevaron a cabo por sexo.

En los hombres (Tabla 5), tanto las prácticas maternas, como las paternas positivas (comunicación, autonomía y control conductual) correlacionaron de manera negativa con la sintomatología depresiva y con las autolesiones (menores y severas), mientras que las prácticas negativas correlacionaron de forma positiva. Es importante destacar que el control psicológico ejercido tanto por la madre, como por el padre se encuentra correlacionado en mayor grado con la sintomatología depresiva y con las autolesiones tanto menores como severas.

Tabla 5.

Correlación entre las variables de Prácticas Parentales, Depresión y Autolesiones (menores y severas) en hombres

Prácticas parentales	Depresión		Autolesiones				
			Menores		Severas		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	
Maternas	Comunicación	-.348	.000	-.307	.000	-.173	.000
	C. Conductual	-.293	.000	-.311	.000	-.223	.000
	Autonomía	-.305	.000	-.322	.000	-.188	.000
	C. Psicológico	.362	.000	.287	.000	.202	.000
	Imposición	.305	.000	.176	.000	.162	.001
Paternas	Comunicación/C. Conductual	-.312	.000	-.192	.000	-.124	.009
	Autonomía	-.370	.000	-.248	.000	-.173	.000
	C. Psicológico	.384	.000	.220	.000	.194	.000
	Imposición	.254	.000	.205	.000	.149	.002

En el caso de las mujeres (Tabla 6), de igual forma se reporta que las prácticas maternas y paternas positivas (comunicación, autonomía y control conductual), correlacionan de manera negativa con la depresión y las autolesiones; mientras que las prácticas negativas se encuentran correlacionadas de manera positiva. Destacando que el control psicológico es el que correlacionó más alto con la depresión y con las autolesiones (menores y severas).

Tabla 6.

Correlación entre las variables Practicas Parentales, Depresión y Autolesiones (menores y severas) en mujeres.

Prácticas parentales	Depresión		Autolesiones				
			Menores		Severas		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	
Maternas	Comunicación	-.379	.000	-.207	.000	-.214	.000
	C. Conductual	-.285	.000	-.252	.000	-.261	.000
	Autonomía	-.404	.000	-.233	.000	-.232	.000
	C. Psicológico	.475	.000	.296	.000	.236	.000
	Imposición	.267	.000	.188	.000	.215	.000
Paternas	Comunicación/C. Conductual	-.328	.000	-.246	.000	-.173	.000
	Autonomía	-.332	.000	-.220	.000	-.166	.000
	C. Psicológico	.378	.000	.260	.000	.170	.000
	Imposición	.184	.000	.187	.000	.086	.064

Con respecto a la relación entre la sintomatología depresiva y las autolesiones (Tabla 7), ambas se correlacionan de manera positiva tanto en hombres como en mujeres. Es importante destacar que tanto en hombres como en mujeres la sintomatología depresiva se correlaciona en mayor grado con las autolesiones menores.

Tabla 7.

Correlación entre las variables Depresión y Autolesiones

		Autolesiones			
		Menores		Severas	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Depresión	Hombre	.498	.000	.389	.000
	Mujer	.488	.000	.455	.000

Las prácticas parentales positivas como la comunicación, el control conductual y la autonomía se relacionaron con menor sintomatología depresiva y menor presencia de autolesiones; mientras, que las prácticas parentales negativas como control psicológico e imposición, se asociaron a la presencia de síntomas depresivos y de autolesiones.

Capítulo VI

Discusión y conclusión

6.1. Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue identificar la relación que existe entre las prácticas parentales, la depresión y las autolesiones en estudiantes de nivel secundaria de la Ciudad de México. En primera instancia se analizaron aspectos relacionados con la percepción que tienen los adolescentes en cuanto a las prácticas parentales, con síntomas depresivos y las autolesiones. Los resultados principales de este análisis preliminar fueron los siguientes: 1) la presencia de sintomatología depresiva, y 2) de autolesiones fue significativamente mayor en mujeres que en hombres, asimismo se encontraron diferencias significativas con respecto a la percepción que se tiene sobre las prácticas parentales, ya que 3) las mujeres perciben mayor control conductual por parte de la madre y 4) los hombres perciben mayor comunicación/control conductual, control psicológico e imposición por parte del padre.

Cabe destacar que lo reportado en cuanto a que hay mayor incidencia de sintomatología depresiva en mujeres que en hombres, concuerda con lo que informan otros autores (Espinosa, 2018; García et al., 2017); lo que según Rueda (2018) se puede deber a la forma en la que las mujeres afrontan el estrés, a la orientación negativa que tienen hacia los problemas y a los reproches, así como a los cambios hormonales como lo son la menarca, el embarazo y la perimenopausia.

En cuanto a las autolesiones, las mujeres presentaron una mayor tendencia a llevar a cabo esta conducta que los hombres; además en la presente investigación se separaron las autolesiones menores de las severas y se encontró que en ambos niveles de gravedad las mujeres lo realizan en mayor grado que los hombres; estos resultados confirman lo encontrado por otros autores (García y Boira, 2018; Gómez et al., 2018; González, 2017). Lo que se puede deber a que las conductas autolesivas que realizan las mujeres son de menor gravedad que las que los

hombres realizan, ya que de acuerdo con Vega (2018), las mujeres tienden a cortarse y rasguñarse con el fin sangrar, mientras que las conductas que los hombres tienden a realizar como golpearse o quemarse son de mayor gravedad, lo que puede influir en que estos lo lleven a cabo en menor grado.

Existe diferencia en cuanto a la percepción que se tiene de las prácticas parentales, ya que las mujeres perciben mayor control conductual por parte de la madre y los hombres perciben mayor comunicación/control conductual, control psicológico e imposición por parte del padre. Según Shaffer (2000) esto se debe a que la forma en que los padres tratan a sus hijos se ve influenciado por el sexo del menor.

Se aceptaron las hipótesis de la presente investigación, debido a que efectivamente existe relación entre las prácticas parentales, la depresión y las autolesiones en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México, ya que las prácticas parentales positivas se relacionaron con bajos niveles de sintomatología depresiva y de autolesiones en adolescentes de ambos sexos, mientras que las prácticas parentales negativas se asociaron con sintomatología depresiva y lesiones autoinfligidas; lo que concuerda con los datos obtenidos por otros autores (Andrade et al., 2012; Barber et al., 2005 y Betancourt y Andrade, 2011) quienes informan que las prácticas parentales negativas tienen consecuencias desfavorables en los menores.

Las prácticas parentales de comunicación, autonomía y control conductual, se relacionan de manera negativa con la depresión y las autolesiones; estos datos coinciden con lo informado por Ruvalcaba-Romero y colaboradores (2016), quienes reportan que las prácticas parentales positivas favorecen el desarrollo de una buena salud mental.

En cuanto a la comunicación, tanto con la madre como con el padre, se encontró que entre mayor sea, disminuye la sintomatología depresiva, en especial

si se tiene una comunicación adecuada con la madre. Los resultados fueron consistentes con otras investigaciones, por ejemplo, Rivera y colaboradores (2015) realizaron un estudio con 9 982 estudiantes de 14 a 19 años de edad, de las 32 entidades federativas de la República Mexicana y encontraron que un alto nivel de comunicación con los padres es un factor protector de la sintomatología depresiva.

Cuando los padres le enseñan al menor a comunicarse de forma adecuada, éste es capaz de establecer vínculos con otros, dar o recibir información, expresar o comprender sus propios pensamientos, así como transmitir sentimientos, comunicar ideas, pensamientos, experiencias o simplemente información (Pi & Erconvaldo, 2016). Además, le proporciona recursos al menor para responder ante las demandas del medio y esto a su vez le genera un sentido de pertenencia al grupo familiar (Gonçalves y Bedin, 2015). Sin embargo, si no hay una comunicación adecuada, el individuo presenta dificultades para resolver las situaciones que se le presentan y de acuerdo con el modelo de diátesis-estrés éste es un factor de vulnerabilidad, el cual vuelve al individuo propenso a padecer un trastorno psicopatológico ante un acontecimiento estresante (Clínica Universidad de Navarra, 2020).

Con respecto a las autolesiones, en esta investigación se encontró que entre mayor sea la comunicación que hay con los padres menor es la conducta autolesiva, además se reportó que los hombres que tienen una comunicación adecuada con la madre presentaron pocas autolesiones y estas son de menor gravedad. Por otra parte, las mujeres que tienen mejor comunicación con el padre presentaron pocas autolesiones menores y, si tienen mejor comunicación con la madre presentaron menos autolesiones severas, lo que se asocia a lo informado en diferentes estudios (Trujillo y Hernández; 2017 y Cifuentes, 2018). Esto se puede deber a que una comunicación adecuada, le proporciona recursos al menor para responder ante las demandas del medio (Gonçalves y Bedin, 2015). En contraste, las personas que no cuentan con una comunicación adecuada con los miembros de la familia presentan menor satisfacción en dicho contexto, por lo que tienden a buscar apoyo de sus

pares y al no tener la información correcta ante sus cuestionamientos, estos se pueden ver involucrados en conductas de riesgo (Alfonso et al., 2017).

El control conductual, si es ejercido principalmente por el padre, se relacionó con menor sintomatología depresiva, lo que coincide con los datos obtenidos en otros estudios (Andrade et al., 2012). Asimismo, este tipo de control, especialmente si es ejercido por la madre, se asoció con una menor presencia de lesiones autoinfligidas, lo cual corrobora lo encontrado en otro estudio (Martínez-Falero, 2015). Este tipo de control favorece que no aparezcan ambas problemáticas ya que se enfoca en razonar y sensibilizar, con la finalidad de concientizar al menor sobre las consecuencias que pueden tener sus actos (Barber, 1996).

De igual forma, se reportó que mientras mayor autonomía proporcionen ambos padres a sus hijos, los adolescentes presentaron menores síntomas depresivos, principalmente si la autonomía es propiciada por el padre en el caso de los hombres y por la madre en el de las mujeres, estos datos concuerdan con lo obtenido en la investigación realizada por Andrade y colaboradores (2012) quienes trabajaron con adolescentes de tres entidades federativas de la República Mexicana (Ciudad de México, Veracruz y Sinaloa), con un rango de edad de 11 a 17 años, e informaron que cuanto mayor autonomía menor sintomatología depresiva. En cuanto a las autolesiones, se informó que hijos que perciben mayor autonomía de los padres especialmente de la madre, presentan menores autolesiones. La autonomía permite que el individuo razone con mayor profundidad las situaciones, ya tiene que tomar sus decisiones y determinar la forma en la que va a actuar por sí mismo (Nascimento, Burnagui, y Rosa, 2016), lo cual favorece que ambos fenómenos se presenten en menor grado. Por el contrario, la ausencia de autonomía se relaciona con la sobreprotección, el cual merma el desarrollo del individuo, propiciando dificultades para adaptarse adecuadamente al medio (Gutiérrez, 2014) volviéndolo vulnerable a dichos fenómenos.

Por otra parte, se reportó que el control psicológico se encuentra relacionado con la sintomatología depresiva, en especial si éste es ejercido por el padre en el caso de los hombres y por la madre en el caso de las mujeres, lo que corrobora los datos obtenidos por otros autores (Ruvalcaba-Romero et al., 2016; Andrade et al., 2012; Barber et al., 2005). Aunado a ello, si el control psicológico es ejercido principalmente por la madre se asocia a la conducta autolesiva, como lo menciona Betancourt y Andrade (2011) que realizaron una investigación con estudiantes de nivel secundaria de la Ciudad de México, de 12 a 16 años de edad y reportaron que el control psicológico efectivamente se encuentra asociado a problemas emocionales, como lo son las autolesiones. Este control favorece la presencia de sintomatología depresiva, ya que los padres usan la culpa, la decepción, el retiro de amor e incluso el aislamiento del niño, para controlar su comportamiento, interfiriendo en su desarrollo psicológico y emocional, lo que afecta su proceso de pensamiento, su autoexpresión, sus emociones y el apego a los padres (Barber, 1996).

La imposición se asocia a la presencia de síntomas depresivos, principalmente si es ejercida por la madre, estos datos concuerdan con lo reportado por Andrade y colaboradores (2012) quienes informan que ante mayor imposición mayor sintomatología depresiva. Asimismo, la imposición se encuentra asociada con la conducta autolesiva, en el caso de los hombres si ésta es ejercida por el padre tiene mayor relación con las autolesiones de menor gravedad, no obstante, si se ejerce por la madre se asocia en mayor grado con las autolesiones severas; y en el caso de las mujeres la imposición ejercida por la madre tiene mayor relación con la conducta autolesiva. Este resultado se podría explicar debido a que en cuanto a la imposición los padres son quienes toman las decisiones por sus hijos, las cuales no pueden ser discutidas ni cuestionadas (Tenorio, 1999), repercutiendo en la capacidad del individuo para adaptarse al medio y para afrontar diversas situaciones que se le presenten (Gutiérrez, 2014).

De igual forma, se aceptó la hipótesis que plantea que existe relación entre las autolesiones y la depresión, debido a que se encontró que las autolesiones y la depresión se encuentran asociadas, principalmente en los hombres, lo que coincide con lo informado por Ibáñez-Aguirre (2017) quien reporta que esto se puede deber a que la persona resuelve sus emociones negativas de manera disfuncional.

Los resultados obtenidos en la presente investigación destacan la importancia de las prácticas parentales en el desarrollo del adolescente; ya que si los padres hacen uso de las prácticas negativas pueden favorecer la presencia de síntomas depresivos (Andrade et al., 2012) y de la conducta autolesiva en sus hijos (Betancourt y Andrade, 2011).

6.2. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de esta investigación es que es un estudio de tipo transversal, lo que no permite observar si realmente las prácticas parentales negativas favorecen el desarrollo de los síntomas depresivos y de la conducta autolesiva. Además, de que no se comparó una muestra clínica y una no clínica.

6.3. Conclusión

La depresión y las autolesiones tienen una alta incidencia en la población adolescente de la Ciudad de México, por lo que es importante conocer que factores se encuentran asociados a estas. En la adolescencia, la familia representa un ámbito importante, por ello en esta investigación se tomó en cuenta la relación que tienen las prácticas parentales en dichas problemáticas.

De acuerdo con los datos que se obtuvieron en la presente investigación la comunicación, el control conductual y la autonomía, se asociaron con bajos niveles de depresión y de conducta autolesiva. Mientras que los adolescentes con mayores niveles de depresión y autolesiones, reportaron mayor control psicológico e imposición por parte de los padres. Por lo tanto, sería importante desarrollar talleres para padres, que informen las consecuencias que tienen las prácticas negativas en

el desarrollo de los adolescentes y les ayuden a incrementar el uso de las prácticas positivas con sus hijos.

Es importante destacar que no todos los estudios encontrados sobre el tema reportan si la influencia que tienen las prácticas parentales, cambia dependiendo del sexo de los hijos y de los padres. por lo tanto, se requieren de más estudios que permitan comparar los resultados obtenidos en la presente investigación.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T., & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.
- Abreu, P., & Santos, C. (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 130- 145.
- Aburto, C., Díaz, K., & López, P. (2017). Ideación suicida en adolescentes del área rural: Estilo de crianza y bienestar psicológico. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 50-61.
- Agudelo, A., Ante, C., & Torres, Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *Revista CES Psicología*, 10(1), 21-34. doi: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.2>
- Aguirre, J. (2019). *Análisis de las redes sociales y su impacto mediático: Facebook y el caso "ballena azul"*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, Ibarra, Ecuador.
- Alcántara, M. (2016). *Intervenciones positivas y psicopatología centrada en la depresión*. (Tesis de pregrado). Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3401/1/Alcntara_Castro_Miriam_TFG_Psicologa.pdf
- Alfonso, C., Valladares, A., Rodríguez, L., & Selín, M. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *MediSur*, 15(3), 341-349.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Medica Panamericana.

- Andrade, P., & Betancourt, D. (2010). Evaluación de las prácticas parentales en padres e hijos. En S. Rivera., R. Díaz-Loving., I. Reyes., R. Sánchez., & L. Cruz. (Ed), *La Psicología Social en México XIII* (pp. 137-143). León, Guanajuato: AMEPSO.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Orozco, L. (2006). Control parental y depresión en niños. En R. Sánchez., R. Díaz–Loving., & S. River. (Ed.), *La Psicología Social en México XI* (pp. 763-768). Villahermosa, Tabasco: AMEPSO.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental, 1*(35), 29-36.
- Andreassen, C., Billieux, J., Griffiths, M., Kuss, D., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2017). Adicción a internet, redes sociales y videojuegos: La relación entre el uso adictivo de las redes sociales y los video juegos y síntomas de trastornos psiquiátricos: un estudio transversal a gran escala. *RET: Revista de Toxicomanías, (81)*, 8-20.
- Arab, L., & Díaz, G. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: Aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes, 26*(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.001>
- Arciniegas, X. (2016). Autolesiones sin intención suicida en alumnos de un colegio fiscal de la Ciudad de Cuenca. *Revista Médica, 8*(1), 35-39.
- Argaez, S., Echeverría, R., Evia, N., & Carrillo, C. (2018). Prevención de factores de riesgo en adolescentes: Intervención para padres y madres. *Psicología Escolar y Educativa, 22*(2), 259-269.
- Arrom, C., Samudio, M., Ruoti, M., & Orúe, E. (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica.

Revista Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud,
13(3), 39-44. [http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)39-044](http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)39-044)

Ayquipa, A. (2019). *Percepción de la función parental y sintomatología depresiva en adolescentes escolares*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Barber, B. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319.

Barber, B. (2002). *Intrusive Parenting. How psychological control affects children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.

Barber, B., Stolz, H., Olsen, J., Collins, A., & Burchinal, M. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(4), vii-147.

Barber, B., Olsen, J., & Shagle, S. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65(4), 1120-1136. <https://doi.org/10.2307/1131309>

Barber, B., & Olsen, J. (1997). Socialization in context: Connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research*, 12(2), 287-315.

Barrera, L., & Rodríguez, K. (2017). *Avances en la comprensión de las autolesiones físicas en la adolescencia*. (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia.

- Baumrind, D., & Black, A. (1967). Socialization Practices Associated with Dimensions of Competence in Preschool Boys and Girls. *Child Development*, 38(2), 291-327. doi:10.2307/1127295
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0030372>.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. *Family Transitions*, 2(1), 111-163.
- Bazán-López, J., Olórtegui-Malaver, V., Vargas-Murga, H., & Huayanay-Falconi, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista Neuropsiquiatría*, 79(1), 3-15.
- Beltrán, J., & Bueno, J. (1995). *Psicología de la educación*. Barcelona, España: Boixareu Universitaria/Marcombo.
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M.,...Mortier, P. (2019). Psicopatología y autolesiones en alumnos de nuevo ingreso en seis universidades mexicanas. *Salud Pública de México*, 61(1), 16-26. <https://doi.org/10.21149/9158>
- Benjet, C., Hernández, L., Tercero, G., Hernández, A., & Chartt, R. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Berenson, M., Levine, D., y Krehbiel, T. (2006). *Estadística para administración*. México: Pearson Educación.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. España: Editorial Medica Panamericana.

- Berridi, R., & Andrade, P. (2002). Percepciones de las conductas parentales en niños de primaria. G. Villagrán. (Ed), *La Psicología Social en México IX* (pp. 875-880). Colima, Colima: AMEPSO.
- Berrones, J., & Yupa, M. (2016). *La autolesión (cutting) y su relación con la autoestima en estudiantes del décimo año de la unidad educativa "Amelia Gallegos Díaz" de la Ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, en el periodo febrero- junio 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2006). Percepción del control parental en padres e hijos. R. Sánchez., R. Díaz-Loving., & S. Rivera. (Ed), *La Psicología Social en México XI* (pp. 763-768). Villahermosa, Tabasco: AMEPSO.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2008). Prácticas parentales asociadas a los problemas internalizados y externalizados en adolescentes. T., García. (Ed), *La Psicología Social en México XII* (pp. 667-671). León, Guanajuato: AMEPSO.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011). Control Parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.
- Biscontini, T. (2017). Diana Baumrind (psychologist). Salem Press Biographical Encyclopedia. Revisado en: <http://pbidi.unam.mx:8080/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=125600071&lang=es&site=eds-live>
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (Vol. 1)*. New York, United States of America: Random House.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI.
- Calejo, J., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-219. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.991>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228.
- Carballo, J., & Gómez, J. (2017). Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 1(115), 207-218.
- Castaño, J., Constanza, S., Betancourt, M., Castellanos, P., Guerrero, J., & Llanos, C. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 11(2), 193-205.
- Castro, E. (2017). *Autolesiones en jóvenes mexicanos universitarios*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Céspedes, L. (2002). *El rol de la familia en el comportamiento del niño*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Abierta: Centro Local Falcon, Santa Ana de Coro, Venezuela.

- Chávez, E. (2016). *Comunicación familiar y su relación con la depresión en estudiantes del 5° de secundaria de la institución educativa adventista puno, 2015*. (Tesis de maestría). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Chávez-Flores, Y., Hidalgo-Rasmussen, C., & González-Betanzos, F. (2018). Adaptación transcultural del cuestionario ISSIQ-A para evaluar Impulsividad, Autolesión No Suicida e Ideación Suicida en adolescentes mexicanos. *Terapia Psicológica, 36*(2), 91-99.
- Chávez-Flores, Y., Hidalgo-Rasmussen, C., & Muñoz, S. (2018). Relaciones intrafamiliares y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes mexicanos que se autolesionan sin intención suicida. *Salud y Sociedad, 9*(2), 130-144. doi: 10.22199/S07187475.2018.0002.00001
- Chávez, K., & Tena, E. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. México: El Manual Moderno.
- Cifuentes, N. (2018). *Autolesiones en adolescentes: ansia de vida*. (Tesis de maestría). Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Clínica Universidad de Navarra. (2020). *Diccionario Médico*. Pamplona, España: Clínica Universidad de Navarra. Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/modelo-diatesis-estres>
- Conde, C. (2017). Xogarse o peullo: unha visión clínica das autolesións. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG, 1*(10), 9-16.
- Contreras-Valdez, J., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica, 33*(3), 195-203.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson educación.

- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47-58. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.067
- Cuevas, F. (2019). *Autolesiones no suicidas y su relación con la ansiedad en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Daga, E., & Leon, K. (2018). *Depresión, clima familiar, apoyo social y habilidades sociales en adolescentes de una institución educativa de Huancayo 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad peruana los Andes, Huancayo, Perú.
- Dalton, M., Hoyle, D., & Watts, M. (2007). *Relaciones humanas*. Ciudad de México, México: Thomson.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Decker, K. (2015). *Determinar la depresión sus factores de riesgo y complicaciones en adolescentes*. (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- De la Fuente, M. (2018). *Autolesiones en la adolescencia*. (Tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- De la Rosa, D. (2018). *Estructura y tipología familiar en escolares adolescentes con trastorno depresivo de una institución educativa estatal de Lima – Perú durante el año 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

- Espinosa, B. (2018). *Prevalencia de depresión y factores del ambiente familiar asociados, en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Estévez., E, Jiménez, T., & Musitu. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. España: Nau Llibres.
- Estévez, E., Musitu, G., & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Fernández-Daza, M. (2016). Neuropsicología del acoso escolar: Función mediadora de la conducta prosocial. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(6), 106-119.
- Fernández, M. (2017). *Características de las competencias psicosociales en espacios de aprendizaje cooperativo en dos grupos de adolescentes de la Ciudad de Medellín*. (Tesis de maestría). Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.
- Ferster, C. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. <http://dx.doi.org/10.1037/h0035605>
- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M., & Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 200-216.
- Fuentes, M., García, F., Gracia, E., & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles.

Revista de Psicodidáctica, 20(1), 117-138. doi:
10.1387/RevPsicodidact.10876

Galarza, A., Castañeiras, C., & Fernández, M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 35(2), 307-326.

Gallego, A. (2011). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 326-345.

Gallego, M., Holguera, S., Moro, M., Pareja, M., Graell, M., & Pedraz, A. (2017). Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *NURE investigación: Revista Científica de Enfermería*, 14(90), 1-9.

Gallegos, M. (2017). *Estilos de personalidad y autolesiones en alumnos de tercero a quinto de secundaria en la ciudad de Arequipa*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.

Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Rodríguez-Mondragón, L., & Mateos-Pérez, E. (2019). Autolesiones online entre adolescentes españoles: Análisis de la prevalencia y de las motivaciones. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, Recuperado de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/1903.pdf>

García, G., & Boira, S. (2018). Comportamientos de autolesión en jóvenes con medida de internamiento en medio cerrado. *Escritos de Psicología*, 11(2), 92-100. doi: 10.5231/psy.writ.2018.0108

García, G., de Diego, V., Garach, A., & García, F. (2018). Las redes sociales en la piel. *Pediatría Atención Primaria*, 20(78), 179-181.

- García-Mijares, J., Alejo-Galarza, G., Mayorga-Colunga, S., Guerrero-Herrera, L., & Ramírez-GarcíaLuna, J. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental, 38*(4), 287-292. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.039
- García, M., López, E., Gili, M., Roca, M., Vicens, C., Gómez, R.,...Castro, A. (2018). Relación entre actividad física, gravedad clínica y perfil sociodemográfico en pacientes con depresión mayor. *Revista de Psicología del deporte, 27*(2), 69-74.
- García, R., Valencia, A., Hernández-Martínez, A., & Rocha, T. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: Repensando el impacto del género. *Interamerican Journal of Psychology, 51*(3), 406-416.
- Garza, A. (2016). *Terapia breve en un caso de autolesión no suicida*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.
- Gómez-Juanes, R., Gili, M., Roca, M., Castro, A., López-Navarro, E., Crespí, C...García-Toro, M. (2015). Prescripción de ejercicio físico en la depresión por parte de médicos de familia. Factores involucrados. *Revista de Psicología del Deporte, 24*(1), 61-69.
- Gómez-Restrepo, C. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. Colombia: Javegraf.
- Gómez, S., Sevillano, I., Geijo, S., Monjil, B., Vaquero, M., & de Uribe, F. (2018). Autolesiones en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. *Psiquiatría Biológica, 25*(1), 2-6.
- Gonçalves, S., & Bedin, M. (2015). Bienestar, salud e imagen corporal de adolescentes brasileiros: la importancia de los contextos familiares, de

amistad y escolar. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1399-1410. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.bsic>

González, M., & Andrade, P. (2018). Prácticas parentales y bienestar psicológico. En P. Andrade (Ed.), *Fortalezas de los adolescentes* (pp. 141-164). Ciudad de México, México: Facultad de Psicología de la UNAM.

González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.

González-Forteza, C., Wagner, F., & Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.

González, M., Ibáñez, I., & Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. *Acta Colombiana de Psicología*. 20(2), 30-41. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.3>

González, P. (2017). La autolesión no suicida, ¿Un trastorno en sí o síntoma de otros trastornos?. *Ciencia, Cultura y Sociedad*, 4(2), 14-23.

González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: Factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>.

González, L., Vasco-Hurtado, I., & Nieto-Betancurt, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.

- González, V. (2016). *Relación entre la observación de contenidos en internet sobre autolesiones respecto a la ejecución de Cutting en una adolescente con trastorno depresivo persistente*. (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3–24). The Guilford Press.
- Guaya, M. (2017). *Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Guevara, N., & Pilamunga, D. (2018). *Negligencia parental y su influencia en la conductiva autodestructiva adolescente*. (Tesis de pregrado). Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Ecuador.
- Guillen, I. (2018). *Estilos de crianza parental y conflicto conyugales en padres del colegio primario n°2016 Francisco Bolognesi, Comas*. (Tesis de pregrado). Facultad de Ciencias de la Salud, Lima, Perú.
- Gutiérrez, V. (2014). *El papel de la familia en el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad intelectual y su relación con el trabajo social*. (Tesis de pregrado). Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Hou, F., Cerulli, C., Wittink, M., Caine, E., & Qiu, P. (2015). Depression, social support and associated factors among women living in rural China: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 15(28), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0180-7>

- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 65-70.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI, 2017). *Encuesta nacional de hogares*. Aguascalientes, México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Janzich, F. (2018). *Autolesión adolescente*. (Tesis de pregrado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Jiménez, A., Silva, D., Ortiz, N., & Vargas, M. (2019). Depresión y bullying en adolescente del Liceo María Teresa Angulo extensión Bojo Sanare Estado Lara. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 5(19), 92-113.
- Jorgensen, T., Wium-Andersen, I., Wium-Andersen, M., Jorgensen, M., Prescott, E., Maartensson, S.,...Osler, M. (2016) incidence of depression after stroke, and associated risk factors and mortality outcomes, in a large cohort of Danish patients. *Jama Psychiatry*, 73(10), 1032-1040. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1932.
- Kernberg, O. (2010). Narcissistic personality disorder. En Clarkin, J., Fonagy, P., & Gabbard, G. (Ed). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, (pp. 257-287). Londres, Inglaterra: American Psychiatric Publishing.
- Klein, M. (1950). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. *Revista de psicoanálisis*, 7(3), 415-449.
- Kidger, J., Brockman, R., Tilling, K., Campbell, R., Ford, T., Araya, R.,...Gunnell, D. (2016). Teachers' wellbeing and depressive symptoms, and associated risk

factors: A large cross sectional study in English secondary schools. *Journal of affective disorders*, 192, 76-82.

Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G., & Lastre, G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Cienc Innov Salud*, 4(2), 1-8.

Lastre, K., López, L., & Alcázar, C. (2017). Relación entre apoyo familiar y el rendimiento académico en estudiantes colombianos de educación primaria. *Psicogente*, 21(39), 102-115. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2825>

Leiva, J., & Concha, A. (2018). Autolesiones no suicidas y su relación con el patrón de apego en adolescentes. Una revisión breve. *Revista GPU*, 14(2), 135-142.

Leiva, J., & Concha, A. (2019). Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. *Salud y Sociedad*, 10(1), 84-99. doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00006

Londoño, C., & González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329.

López, J., Batlle, S., Cortizo, R., Belmonte, E., Sanz, N., Mollà, L.,...Martínez, L. (2017). Comorbilidad entre depresión y conductas impulsivas: un caso de urgencia negativa. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5(1), 65-76.

Magán, M. (2017). *El pensamiento autodestructivo en la conducta autolesiva tipo Cutting de las adolescentes piuranas*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Maharajh, H., & Seepersad, R. (2010). Cutting and other forms of derma-abuse in adolescents. *Health*, 2(04), 366-375.

- Maier, S., & Seligman, M. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46.
- Malander, N. (2016). Percepción de prácticas parentales y estrategias de aprendizaje en estudiantes secundarios. *Revista de Psicología (Santiago)*, 25(1), 1-19. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2016.42098>
- Maldonado, M. (2015). Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1815-1830.
- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de un tratamiento cognitivo y conductual para adolescentes que se autolesionan*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Martínez-Falero. (2015). *El estilo parental y las autolesiones en adolescentes*. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P., & Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*. 145(1), 25-32.
- Mayer, P., Gordillo, N., Figueroa, G., & Ulloa, R. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), 335-336. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>
- Medina, P., Álvarez, A., & Hernández, V. (2017). Comunicación entre padres e hijos adolescentes. *Verano de la Investigación Científica*, 3(2), 432-437.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C.,...Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de

la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4),1-16.

Méndez, M-P., Andrade, P., & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 99-118.

Mistry, S., Harrison, J., Smith, D., Escoth-Price, V., & Zammit, S. (2018). The use of polygenic risk scores to identify phenotypes associated with genetic risk of bipolar disorder and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 234, 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.005>

Montañez, M., Ramírez, C., & Ramírez, J. (2017). *Características sociodemográficas, individuales y familiares asociadas a la presencia de autolesión en adolescentes de una institución educativa, 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Morgan, C., Webb, R., Carr, M., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C., ... & Ashcroft, D. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*, 359, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>

Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. México: El Manual Moderno. pp. 113-115.

Musitu, G., & Evaristo, J. (2017). El modelo del estrés familiar en la adolescencia: MEFAD. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 11-19.

Musito, G., Suárez, C., Del Moral, G., & Villarreal, M. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: el rol de la comunicación, el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo en la familia y amigos. *Búsqueda*, (14), 45-61.

- Naranjo, S., & Torres, K. (2015). *Comunicación familiar como prevención en embarazos adolescentes del Colegio de Bachillerato Remigio Geo Gómez Guerrero, del Cantón Huaquillas, año 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Macha, El Oro, Ecuador.
- Nascimento, G., Burnagui, J., & Rosa, M. (2016). Autonomia e independência: percepção de adolescentes com deficiência visual e de seus cuidadores. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 27(1), 21-28. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i1p21-28>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.
- Ninatanta, J., Núñez, L., García, S., & Romani, F. (2017). Factores asociados a sobrepeso y obesidad en estudiantes de educación secundaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 19, 209-221.
- Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prev Psychol*, 12(4), 159-168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(15), 15-25. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Norcross, J., VandenBos, G., & Freedheim, D. (2016). *APA Handbook of clinical psychology: Vol. 2. Theory and research*. American Psychological Association.

- Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
<https://doi.org/10.15665/rj.v10i1.295>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Depresión*. Recuperado de:
<https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Orgilés, M., Samper, M., Fernández-Martínez, I., & Espada, J. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 129-134.
- Palacios, J., & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Ciencias Sociales y Humanidades*, 1(7), 7-18.
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Paula-Pérez, I., & Artigas-Pallares, J. (2016). Vulnerabilidad a la autolesión en el autismo. *Revista de Neurología*, 62(1), 27-32.
- Pawlowski, T., Daroszewski, J., Czerwinska, A., & Rymaszewska, J. (2019). Reduction of posttraumatic stress disorder (ptsd) symptoms in ptsd and major depressive disorder comorbidity after acute hypoglycemia—A case report. *Front Psychiatry*, 10(530). Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6675865/>

- Pereira, V. (2018). *Rol de la familia en el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad intelectual*. (Tesis de pregrado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98. <http://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pi, A., & Erconvaldo, A. (2016). Clima familiar: Una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. *Revista Médica Multimed*, 20(2), 437-448.
- Piraman, M., Tavakoli, M., & Torkan, H. (2016). Rumination and co-rumination: Factors predicting depression. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(2), 99-104.
- Ponce de León, M. (2015). *Indefensión aprendida*. México: Escuela Nacional Preparatoria Plantel 8 "Miguel E. Schultz". Recuperado de <http://www.prepa5.unam.mx/wwwP5/encuentroEvaluacion/mesa3/2.IndefensionAprendida.pdf>
- Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 420-438.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid, España: Asociación de Academias de la Lengua Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=L5nDVC2>
- Restrepo-Arango, M., Sánchez-Díaz, E., Vélez Peláez, C., Marín-Cárdenas, J., Martínez-Sánchez, M., & Gallego-González, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: Una mirada genética. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294.

- Reyes, L., Betancourt, J., & Samaniego, A. (2015). Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. *Salud y Sociedad*, 6(1), 38-48.
- Rich, J. (2002). *El mito de la educación*. Barcelona, España: Grupo Editorial Random House Mondadori.
- Rivera, R., Arias-Gallegos, W., & Cahuana-Cuentas, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 56(2), 117-126.
- Rivera, L., Rivera, P., Pérez, B., Leyva, A., & Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, (57)3, 219-226.
- Robles, F., Galicia, I., Sánchez, A., & Pichardo, A. (2015). Afectividad y dimensiones temporales asociadas a la depresión en estudiantes de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 40-47.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.
- Rueda, M. (2018). Depresión en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*. 25 (S1) 59-65.
- Ruiz, E., Rojas, M., Serrano, K., & López, M. (2017). Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión. *Psicología y Salud*, 27(2), 189-199.
- Ruvalcaba-Romero, N., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, V., & Villegas-Guinea, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236.

- Sánchez, A., & Tinoco, S. (2017). *Depresión: un estudio descriptivo de la sintomatología depresiva en mujeres*. (Tesis de pregrado). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México, México.
- Sánchez, T. (2018). La autolesión como vía de autorregulación emocional en personas con déficit de mentalización. En Asociación Mundial de Psiquiatría, *Interpsiquis*, Conferencia llevada a cabo en el IXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, España.
- Sánchez-Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185-209. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.196>
- Seligman, M., & Maier, S. (1985). *Indefensión aprendida*. Madrid, España: Debate.
- Sempertigue, L., & García, A. (2018). *Habilidades sociales y conductas autolesivas en los estudiantes de 1° y 2° año del nivel secundario de la Institución Educativa Particular Ciencias de Tarapoto, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Tarapoto, Perú.
- Sennett, R. (1980). *La autoridad*. Madrid, España: Alianza.
- Serra, J., & Irizarry-Robles, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. doi: 10.14718/ACP.2015.18.1.12
- Shaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI.
- Siabato, E., Forero, I., & Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS

- Sierra, E., & Martínez, C. (2015). Suicidio y autolesión en ámbito rural y urbano en emergencias 112 Castilla y León. *Prehospital Emergency Care*, 1(5), 1-8.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (p. 255–276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill College.
- Steinberg, L. (2008). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Skinner, R., McFaull, S., Draca, J., Frechette, M., Kaur, J., Pearson, C., & Thompson, W. (2016). Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15). *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 36(11), 243-251.
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tapia, A., Wagner, F., Heredia, M., & González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107.
- Tenorio, M. (1999). *Estilos de autoridad paternal*. Ponencia en Encuentro Internacional Niñez y Participación: Psicología Cultural, Universidad del Valle. Grupo Cultura y/ Desarrollo Humano, Managua, Nicaragua.
- Tirado, J., Farré, A., Mestre, J., Szerman, N., & Torres, M. (2018). Dual diagnosis in depression: Treatment recommendations. *Adicciones*, 30(1), 66-76.
- Torío, S., Peña, J., & Rodríguez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría Educativa*, 20, 151-178.

- Torrel, M., & Delgado, M. (2016). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*, 17(1), 47-53.
- Trujillo, M., & Hernández, K. (2017). *Autolesiones: Las huellas de lo psicológico en la piel*. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Tyson, G., & Range, L. (2003). La Depresión: Comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt Journal*, 4(1). Recuperado de <http://www.gestaltmardelplata.com.ar/ladepresion.pdf>
- Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, (5), 83-130.
- Uribe, A., Castellanos, J., & Cabán, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 27-48. doi: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a03.
- Valera, S. (2019). *Psicología ambiental elementos básicos*. Madrid: Universitat de Barcelona. Recuperado de http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-4-2
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P.,... Pascual, J. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué?. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(4), 146-55.

- Veytia, M., Fajardo, R., Guadarrama, R., & Escutia, N. (2016). Inteligencia emocional: Factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos*, 16(1), 35- 50.
- Vigo, C. (2019). *Antecedente de abuso infantil asociado a conductas suicidas*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Atenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Vilchez, J., Vanegas, O., Samaniego-Chalco, M., Vilchez, M., & Sigüenza, W. (2019). Relación entre estilos parentales y conductas autolesivas sin intención suicida en población ecuatoriana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(1), 21-31.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 38-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
- Villegas, M. (2000). La familia y su relación con la crianza. La crianza humanizada. *Revista Colombiana Pediátrica*, 33(1), 331-350.
- Vivian da Cunha, R., & Barreyro, J. (2015). Revisión del estado del arte de la depresión, la ansiedad y el apoyo social en torno del tema de niños y adolescentes institucionalizados. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2), 58-73.
- Walsh, B. (2005). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Wolff, J., Thompson, E., Thomas, S., Nesi, J., Bettis, A., Ransford, B., ... Liu, R. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic

review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 59, 35-36.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>

Woods, H., & Scott, H. (2016). # Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence*, 51, 41-49.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>

World Health Organization. (2006). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. pp 77-81.

World Health Organization. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades 11-para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad*. Recuperado de:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1669279433>

Zacarías, X., Aguilar, E., & Andrade, P. (2017). Efectos de las prácticas parentales en la empatía y la conducta prosocial de preadolescentes. *Informes Psicológicos*, 17(1), 71-86.
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a04>

Zúñiga, M. (2018). *Asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes adolescentes del colegio del ejército de Arequipa, año 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad católica de Santa María, Arequipa, Perú.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación prácticas parentales

Responsable: Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl

Corresponsable: Castro Estrella Damarys Berenice

El presente estudio será supervisado por el Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por medio de este escrito se les informa que se tiene como objetivo desarrollar una investigación en la que se pueda conocer la relación entre las prácticas parentales, la depresión y las autolesiones. El trabajo con usted implica la participación directa. Por lo tanto, se le pide el apoyo para realizar un cuestionario acerca de temas mencionados anteriormente.

A través de la firma de este consentimiento informado, usted acepta participar voluntariamente. Asimismo, toda la información que provea en el cuestionario es confidencial y no se usará con otro propósito fuera del objetivo antes mencionado. Por lo que, los materiales generados serán modificados usando un número de identificación con la finalidad de resguardar datos y hacer la información anónima.

Ha sido informado acerca de que puede realizar preguntas sobre el cuestionario en cualquier momento y retirarse cuando así lo decida.

Firma supervisor Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl

Nombre y firma del participante

Escala de Prácticas Parentales

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

MI MAMÁ:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa					
2.	Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa					
3.	Me hace sentir que soy un(a) inútil					
4.	Sabe en dónde estoy después de la escuela					
5.	Habla conmigo sobre mis problemas					
6.	Me deja tomar mis propias decisiones					
7.	Me impone las cosas que ella piensa					
8.	Me grita por cualquier cosa					
9.	Conoce a mis amigos (as)					
10.	Respeto las decisiones que tomo					
11.	Cree que todos debemos pensar como ella					
12.	Se enoja conmigo por cualquier cosa					
13.	Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)					
14.	Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)					
15.	Me dice groserías o insulta, si me porto mal					
16.	Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela					
17.	Me ayuda en mis problemas					
18.	Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero					
19.	Quiere que sea como ella es					
20.	Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice					
21.	Quiere que haga todo lo que ella dice					
22.	Me dedica tiempo para platicar					
23.	Quiere que piense como ella piensa					
24.	Respeto mis decisiones aunque no sean las mejores					
25.	Platica conmigo de las cosas que me suceden					

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

MI PAPÁ:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Habla conmigo sobre mis problemas					
2.	Me impone su manera de ser					
3.	Quiere que sea como él es					
4.	Me culpa por todo lo que sucede					
5.	Me amenaza, si me porto mal					
6.	Me dedica tiempo para platicar					
7.	Cree que todos debemos pensar igual que él					
8.	Me culpa por cualquier cosa					
9.	Le platico las cosas que me suceden					
10.	Respeto las decisiones que tomo					
11.	Él cree que tiene la razón en todo					
12.	Me deja tomar mis propias decisiones					
13.	Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela					
14.	Acepta mi forma de expresarme					
15.	Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero					
16.	Me hace sentir que soy un(a) inútil					
17.	Me grita por cualquier cosa					
18.	Apoya mis decisiones					
19.	Quiere que haga lo que él dice					
20.	Platica conmigo sobre todo lo que hago					

Inventario de Depresión de Beck

Describe cómo te has sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lee todas las frases en cada grupo antes de hacer tu elección y marca solo una de las opciones.			
1	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	12	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesad@ que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.
2	0 No estoy desalentad@ respecto mi futuro. 1 Me siento más desalentad@ respecto de mi futuro 2 No espero que las cosas funcionen para mi. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	13	0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
3	0 No siento que he fracasado más que los demás. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	14	0 Siento que yo soy valios@ 1 No me considero a mí mism@ tan valios@ y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valios@ cuando me comparo con otr@. 3 Siento que no valgo nada.
4	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	15	0 Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
5	0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	16	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
			1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
			2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual
			3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
6	0 No siento que estoy siendo castigad@. 1 Siento que tal vez pueda ser castigad@. 2 Espero ser castigad@. 3 Siento que estoy siendo castigad@.	17	0 No estoy más irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.
7	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1He perdido la confianza en mí mism@. 2 Estoy decepcionad@ conmigo mism@. 3 No me gusto a mí mism@.	18	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
			1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
			2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
			3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo.
8	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crític@ conmigo mism@ de lo que solía hacerlo 2 Me critico a mí mism@ por todos mis errores 3 Me culpo a mí mism@ por todo lo malo que sucede.	19	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
9	0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	20	0 No estoy más cansad@ o fatigad@ que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigad@ o cansad@ para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigad@ o cansad@ para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
10	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.	21	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesad@ en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Ahora estoy mucho menos interesad@ en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.
11	0 No estoy más inquiet@ o tens@ que lo habitual. 1 Me siento más inquiet@ o tens@ que lo habitual. 2 Estoy tan inquiet@ o agitado@ que me es difícil quedarme quiet@ 3 Estoy tan inquiet@ o agitado@ que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	Total	

Cédula de Autolesiones

Por favor contesta cada pregunta en las secciones **SI / NO** indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una **X** donde corresponda. Contesta "**SI**" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un **claro propósito de lastimarte/herirte pero sin intención de quitarte la vida**. Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿Cuántas veces lo has hecho? Y ¿Cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que NO, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

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