



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8963-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Conductas autodestructivas
en adolescentes con familia uniparental**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ABIGAIL CASTREJÓN DIAZ

NOMBRE DEL ASESOR:

MTRA. IRMA ELIZABETH ALCOCER

ARRIAGA



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8963-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Conductas autodestructivas en adolescentes con familia uniparental

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ABIGAIL CASTREJÓN DIAZ

DIRIGIDO:

MTRA. IRMA ELIZABETH ALCOCER ARRIAGA

SINODALES

MTRA. IRMA ELIZABETH ALCOCER ARRIAGA

PRESIDENTE

LIC. COLUMBA FIGUEROA GONZALEZ

SECRETARIA

MTRA. ROSA IBETH GRANDE VALLE

VOCAL

Iguala de la Independencia, Guerrero; enero 2023

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a dios por darme salud, fortaleza y sabiduría, por guiarme en los momentos difíciles, pero sobre todo por la maravillosa familia que me brindo quienes siempre han confiado y creído en mí.

A mi mamá por todos los sacrificios que realizó para que nada me faltara, por brindarme la oportunidad de tener una carrera, pero sobre todo por su gran apoyo incondicional.

A mis hermanos y hermanas por su paciencia, su apoyo y cariño, siendo para mí un ejemplo de superación, humildad y sacrificio, ustedes son los pilares fundamentales en mi vida, gracias por creer en mí, por no dejarme caer y motivarme siempre a ser una mejor persona, gracias por los sacrificios que muchas veces hicieron para que yo pudiera tener lo que necesitaba, gracias por haber estado conmigo en los momentos difíciles, pero también por celebrar conmigo mis logros y triunfos.

A mi compañero de vida, Víctor, por su paciencia, comprensión y apoyo durante este proceso, gracias por estar a mi lado en cada uno de mis proyectos y motivarme a conseguir cada una de mis metas.

También quiero agradecer a mi asesora la Psic. Irma Elizabeth Alcocer Arriaga por su paciencia, tiempo y dedicación, pero sobre todo por haber compartido conmigo parte de su sabiduría, por motivarme y guiarme para poder culminar este proyecto, ya que sin ella no hubiese sido posible.

DEDICATORIAS

Principalmente con mucho amor y cariño dedico este proyecto a mi madre Antonia, por su apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida, por creer en mí y motivarme a concluir esta meta. Gracias por estar a mi lado siempre, a pesar de los momentos difíciles, y por ende verse reflejado su sacrificio y esfuerzo a través de este resultado.

A mis dos grandes pilares Kaled y Adrián por ser mi motor de vida y mi mayor motivación para seguirme superando, quizá en este momento no entiendan mis palabras, pero cuando sean capaces quiero que sepan lo mucho que significan para mí, son la razón por la cual día a día me esfuerzo por ser una mejor persona y en todos y cada uno de mis logros los tengo presentes en mi mente y mi corazón. Los amo mis pequeños bolitochas.

A mis hermanos, por confiar en mi capacidad para lograrlo.

RESUMEN

El presente proyecto de investigación está centrado en determinar las conductas autodestructivas en el adolescente que provienen específicamente de familias uniparentales, siendo el objetivo identificar las causas que llevan a los estudiantes a atentar contra su integridad biopsicosocial y orientarlos a través de un taller psicoeducativo y así disminuir este tipo de autolesiones.

Mediante ésta investigación se aspira a abrir caminos de exploración e intervención biopsicosocial a problemas aparentemente psicológicos, tomando en cuenta que la causa preponderante son los problemas familiares uniparentales, debido a que se desatienden las causas que provocan este tipo de conductas como es el Cutting entendido como una conducta o conjunto de acciones lesivas intencionales que una persona lleva a cabo en sí misma, produciéndose con ello un daño corporal de baja letalidad, de una naturaleza socialmente inaceptable y comúnmente repetitiva.

Considerando la observación directa en el nivel medio superior con adolescentes que expresan de cierta forma el poder ser ayudados sin ser juzgados o encontrar respuestas a preguntas que tienen desde la falta de vínculo familiar y no ser cobijados, los obliga a tomar decisiones que son placebo en el momento, sin considerar las consecuencias y secuelas al no ser canalizados de manera adecuada y no contar con un proceso psicológico preventivo.

En el primer capítulo, se describe todo el desarrollo biopsicosocial del adolescente y sus principales conflictos que pudiese presentar en esta etapa fundamental. Al considerar el proceso que vive el adolescente, se entiende y comprende lo importante que es acompañarlo de psicoeducativa para orientarlo paso a paso con relación a lo que podría experimentar.

A lo que se refiere en el segundo capítulo, nos centra en el núcleo social que es la familia, el impacto que recibe el adolescente al ser parte de la estructura de ella, y cómo afecta si proviene de una familia uniparental.

En el tercer capítulo, destacan las conductas autodestructivas que el adolescente proyecta ante los factores de riesgo que pudiese estar viviendo, y no contar de manera adecuada con el apoyo familiar, escolar o psicológico y por lo tanto, traer consecuencias graves, en las cuales se vea involucrado.

Y para finalizar en el cuarto capítulo, se presenta la propuesta de un taller psicoeducativo para adolescentes como intervención primaria ante las autolesiones que provoca la falta de convivencia en una familia uniparental. Concientizar sobre el hecho de hacer modificaciones en los patrones afectivo-conductuales de la historia familiar.

Palabras clave: **Adolescentes, Conductas autodestructivas, Familia Uniparental, Psicoeducar**



ÍNDICE



ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

Resumen

1. Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Pregunta de investigación.....	9
1.3 Objetivo general.....	9
1.4 Justificación.....	10
II. Marco teórico.....	12
CAPÍTULO I. CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE...13	
1.1 ¿Qué es la adolescencia?.....	14
1.1.2 Desarrollo físico en la adolescencia.....	17
1.1.3 Desarrollo de la sexualidad en el adolescente.....	20
1.1.4 Desarrollo intelectual y conductual en el adolescente.....	22
1.1.5 Desarrollo social y psicológico en el adolescente.....	23
1.2 Principales conflictos en la adolescencia.....	25
CAPITULO II. FAMILIA: PRIMER NÚCLEO SOCIAL.....29	
2.1 Definición de familia.....	30
2.1.2 Función de la familia.....	32
2.1.3 Tipos de estructura familiar.....	33
2.1.4 Evolución de la estructura familiar.....	35

**Conductas autodestructivas en adolescentes**

2.2 Qué es una familia uniparental.....	44
2.2.1 Características de una familia uniparental.....	45

CAPITULO III. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN EL ADOLESCENTE.....48

3.1 Definición de conducta desde la perspectiva psicológica.....	49
3.2 Concepto de conductas autodestructivas.....	50
3.2.1 Tipos de conductas autodestructivas.....	51
3.3 Significado de factor de riesgo.....	53
3.3.1 Factores de riesgo.....	54
3.4. ¿Qué es la autoconservación?.....	61
3.4.1 El instinto de autoconservación	62
3.5 ¿A qué le llamamos autolesión?.....	64
3.5.1 Factores predictores de las autolesiones.....	61
3.5.2 La alimentación como forma de expresar sentimientos.....	67
3.5.3 El Ciclo de la Autolesión.....	70
3.5.4 ¿Por qué se lesionan los adolescentes?.....	72
3.6 Factores protectores que influyen en la disminución de las conductas autodestructivas...76	
3.6.1 Trastornos asociados a las autolesiones.....	78
3.6.2 Clasificación de acuerdo al DSM5.....	79

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO**Taller psicoeducativo para adolescentes como intervención primaria ante las autolesiones que provoca la falta de convivencia en una familia uniparental.....**86

3.1 Objetivos.....	87
Módulo 1 para adolescentes.....	89
Módulo 1 para padres de familia.....	90
Módulo 2 para adolescentes.....	91
Módulo 2 para padres de familia.....	92
Módulo 3 para padres e hijos.....	93



CONCLUSIÓN	95
ESQUEMA	98
BIBLIOGRAFÍA	99

Índice de Figuras

Figura 1 Muestra de los principales conflictos en la adolescencia.....	26
Figura 2 Censo 2010.....	36
Figura 3 Fuente INEGI Censo y población 2020.....	37
Figura 4 Fuente INEGI Censo y población 2020	38
Figura 5 Fuente INEGI Censo y población 2020.....	39
Figura 6 Fuente INEGI Censo y población 2020.....	40
Figura 7 Ciclo de la Autolesión.....	71
Figura 8 Ejemplo de autolesión: Cortes.....	73
Figura 9 Ejemplo de autolesión: Quemaduras.....	73
Figura 10 Ejemplo de autolesión: Darse golpes.....	74
Figura 11 Ejemplo de autolesión: Tricotilomania.....	74
Figura 12: Ejemplo de autolesión: Dermatilomanía.....	75
Figura 13: Ayuda a personas que se autolesionan.....	76
Figura 14: Frecuencia por autolesión por año.....	83
Figura 15: Frecuencia de los diferentes tipos de autolesiones.....	84



Índice de Tablas

Tabla 1 Factores de riesgo de conducta autolesiva en adolescentes.....	82
--	----



INTRODUCCIÓN



Introducción

*Los viejos desconfían de la juventud
porque han sido jóvenes.
-William Shakespeare-*

Desde la perspectiva de (kerr, 2010) define las autolesiones como cualquier conducta intencional y auto dirigido que causa destrucción inmediata de tejidos corporales, que se puede manifestar de diferentes maneras como pueden ser: cortes, skin carving, quemaduras o golpes y que se han asociado con una amplia variedad de problemas tanto psiquiátricos como somáticos.

La investigación de (Martinez, 2015) El estilo parental y las autolesiones en la adolescencia de la Universidad Pontificia de Comillas, España, se describe el fenómeno de las autolesiones en una población de 103 estudiantes con edades comprendidas entre los 16 y 18 años, en el estudio se encuentra una prevalencia del 30% de conductas auto lesivas, que coincide con las estadísticas internacionales. Se describe el fenómeno de las autolesiones en una población de 103 estudiantes con edades comprendidas entre los 16 y 18 años, en el estudio se encuentra una prevalencia del 30% de conductas auto lesivo, que coincide con las estadísticas internacionales.

Los datos son obtenidos a través de cuestionarios estructurados aplicados a los adolescentes, donde se buscó presencia de conductas autolesivas y se indagó sobre sus percepciones acerca del estilo de educación de sus padres para encontrar una relación con las autolesiones. Las conclusiones del estudio no permiten encontrar una relación directa entre el estilo parental y la decisión de autolesionarse en adolescentes.

Por ejemplo, (Táboada, 2007) explica que “las autolesiones son una autoagresión con la intención de provocar un daño en el cuerpo o la salud sin determinación suicida”. Aquí habría que detenerse a pensar dos cosas, la primera alude a lo que el autor marca como un mensaje simple de comprender, es decir, la agresión en el aspecto de lo real, sin embargo, se podría invitar a pensar en éste mismo aspecto a nivel psíquico, incluso con la osadía de pensar no sólo en la meta del propio cuerpo, sino simplemente la agresión como un componente que puede tener más de una meta.



Según (Kernberg, 1997), aquellos individuos que se autolesionan hiriéndose o quemándose buscan aliviar la tensión de esos conflictos mediante el dolor que esto les produce, frente a lo cual se muestran orgullosos y placenteros por dichos actos. También expresa que este tipo de personas con marcada auto destructividad física tienen un pronóstico desfavorable y asocia la misma a necesidades primitivas de autodestrucción.

Por su parte, (Ulloa, 2013), en el artículo Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico, presentan las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con autolesiones como también la recurrencia y motivación para autolesionarse. La muestra se integró por los 556 adolescentes que presentaban autolesiones y correspondieron al 9.8% del total de pacientes atendidos del año 2005 al 2011. De estos 556 adolescentes, un 43, 3% fueron llevados al servicio médico por sus padres, el 41, 7% por instituciones de salud, el 9,2% fueron remitidos por instituciones educativas y 5,9% por servicios de justicia.

Entre los motivos por los cuales los jóvenes llegaron a autolesionarse se mencionan entre otros, problemas familiares, de pareja, síntomas afectivos como tristeza, vacío, “querer sentirse vivos”, en una proporción baja (4,5%) asociada a síntomas psicóticos, por imitación y deseo de pertenecer a un grupo (2%). En el estudio se encontró un incremento importante en el porcentaje de casos atendidos de 2005 a 2011 en un 5,7%. Además, a partir de la investigación se encuentra que los adolescentes practicaron por un periodo prolongado las autolesiones antes de pedir ayuda, sin que sus padres y maestros advirtieran su conducta.

El riesgo de autolesiones aumenta con el consumo de sustancias psicoactivas y se presenta con mayor recurrencia en adolescentes con problemas de conducta, pero el estudio no considera las causas que produjeron el aumento de casos de conducta auto lesiva.

Desde el psicoanálisis, (Ángel, 2014), en el artículo Cortes a flor de piel: una aproximación psicoanalítica a la conducta de auto incisión en la adolescencia, se muestra una revisión teórica para lograr una comprensión de las autolesiones en adolescentes.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



La utilidad para esta investigación radica en la conceptualización que se logra para visibilizar en el ámbito clínico y social una problemática que aqueja a una proporción creciente de jóvenes, quienes demandan de padres y maestros, contención emocional y afectiva.



Planteamiento del problema



Planteamiento Del Problema

*Los problemas de la adolescencia se van
de un momento a otro.
Es como un resfriado muy largo
-Dawn Ruelas*

El grupo familiar es el marco referencial, la matriz en la que los individuos adquieren los hábitos, normas, pautas y valores que van a construir su personalidad madura, su valor y se trascendencia. Es importante considerarla como la base fundamental para que el niño crezca con una buena imagen familiar.

Realizar esta investigación es importante debido a que los hijos de las familias uniparentales tienen un menor nivel educativo que aquellos que viven con ambos padres. A estos adolescentes se les puede observar preocupado, triste y en ocasiones suelen sentirse rechazados lo cual es reflejado en su nivel académico, social y emocional.

Desde la perspectiva del INEGI (2020), La información del Censo de Población y Vivienda 2020, muestra que, a nivel nacional en 33 de cada 100 hogares, las mujeres son reconocidas como jefas de la vivienda, esto significa 11, 474,983 hogares. Por consiguiente es inquietante como el porcentaje de familias uniparentales va en aumento y como consecuencia que muchos adolescentes probablemente elijan conductas autodestructivas.

Nos muestra que estos jóvenes se desenvuelven en un ambiente donde no se cubren las necesidades para un buen desarrollo óptimo, no tienen la atención que requieren por parte de papá o mamá según sea el caso, ya que al ser este adulto quien está a cargo de la familia suele trabajar largas jornadas laborales para poder sustentar los gastos que genera el hogar dejando a los hijos la mayoría de tiempo sin el cuidado necesario.

Para Julia Chávez Carapia, investigadora de la escuela de trabajo social de la universidad autónoma de México (UNAM), los hogares con una sola madre soltera se dan sobre todo en la clase baja y media y cada vez va en aumento.



Las autolesiones constituyen un importante problema en la salud integral del adolescente. Existen pocas publicaciones, procedentes, en su mayor parte, de los servicios de urgencias de los hospitales.

La conducta auto lesiva consiste en la provocación de un daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes; pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias. Suponen una manera de afrontar sentimientos difíciles que crecen dentro de uno mismo.

Las conductas de riesgo en adolescentes son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbimortalidad en esta etapa, entre las cuales se mencionan el consumo de drogas, embarazo precoz, mala alimentación, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio entre otras.

Las cifras actuales subestiman la prevalencia real. El suicidio consumado es más frecuente en varones, mientras que la ideación y el intento suicida son más frecuentes en mujeres. Por cada adolescente que consuma un suicidio, 400 chicos y 4000 chicas realizan un intento. A pesar de la carencia de datos, se considera que el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 24 años.

Es un indicativo de que los adolescentes carecen de habilidades que los ayuden a reconocer, aceptar y canalizar sus emociones hacia actividades que sean productivas, y estas a la vez ayuden a desarrollar sus habilidades de manera adecuada, en lugar de ver la autoagresión como un método de ayuda, alivio y bienestar.

Los estilos de crianza parental pueden tener un efecto positivo o negativo en la incidencia de conductas de riesgo en los adolescentes, comprobándose que a mayor apoyo parental y control conductual hay menor consumo de drogas, autoagresión, violencia y depresión entre otras. Estudios longitudinales demuestran que el adolescente presenta menos conductas de riesgo cuando ambos padres o tutores son capacitados entregándoles apoyo, conocimiento y desarrollo de habilidades básicas en la crianza, tales como disciplina consistente y apoyo afectivo y ambos

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



elementos contribuyen a la adaptación conductual y al desarrollo psicológico positivo del adolescente.

Las conductas auto destructivas constituyen un importante problema en la salud integral del adolescente. Existen pocas publicaciones, procedentes, en su mayor parte, de los servicios de urgencias de los hospitales. El sesgo es importante: vemos solamente la punta del iceberg de estas conductas. Pero no podemos simplificar estas conductas ni entenderlas, simplemente, como una demanda de atención. Suponen una manera de afrontar sentimientos difíciles que crecen dentro de uno mismo.

Los adolescentes afrontan estos sentimientos de distinta manera, y eso lleva en ocasiones a conductas como pellizcarse la piel, realizar una ingesta medicamentosa o tirarse del pelo. En cualquier caso, se trata de un motivo de consulta frecuente en muchos servicios sanitarios.

Las conductas auto destructivas son una expresión contraria a la vida y a la realización de la persona, que, de no ser atendidas de forma integral conllevan a una pérdida de la propia dignidad, en ese sentido, la sentencia de la Corte Constitucional T-881/02 expresa que el principio de dignidad humana, implica tres aspectos fundamentales, protegidos por la Constitución Nacional, estos son: “la autonomía individual materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida)”.

Es por esto que, la dignidad humana comprende la promoción de los más altos valores que permiten al ser humano la realización de sus aspiraciones. En la medida que se protege la dignidad humana desde la familia y la escuela se beneficia toda la sociedad, y esto incluye la identificación de las conductas autolesivas en los adolescentes. En la mayoría de los casos los pacientes viven en familias disfuncionales, sin mecanismos de autocuidado, lo que genera conductas de autoagresión, como son comportamiento suicida y carencia de adaptación social.



Esto nos lleva a encontrar con gran frecuencia a adolescentes que con el fin de “encajar” en un grupo social donde practican conductas de riesgo y/o autoagresivas para sentirse aceptados en dicho núcleo social, sin tener en cuenta el daño que se generan a ellos mismos de manera inconsciente.

Preguntas Centrales de Investigación

- ¿Quiénes podrían ser más vulnerables en autolesionarse las o los adolescentes?
- ¿Existe un factor único que sea el desencadenante a las autolesiones?
- ¿Solo en las familias uniparentales corren riesgos los hijos de autolesionarse?

Objetivo general

Realizar una investigación documental para determinar las conductas autodestructivas más comunes identificadas en adolescentes de familias uniparentales, con la finalidad de proponer un programa de intervención primaria y concientizar a dichas familias a través de un taller vivencial.



Justificación

*La adolescencia es la conjugación de la infancia y adultez.
-Louise J. Kaplan-*

La presente investigación es cualitativa de tipo descriptiva, en la cual se pretende indagar cuales son las conductas autodestructivas más comunes en los adolescentes provenientes de familias uniparentales.

Es sumamente importante la investigación y conocimiento de los factores individuales, familiares y escolares que inciden en la ejecución de actos de autoagresión por parte de los adolescentes, permite a la institución educativa o de salud identificar señales de alerta y de esta forma crear e implementar estrategias de prevención que contribuyan a una mejor calidad de vida para los adolescentes.

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios tanto físicos como psicológicos que determinan el estilo de vida del individuo, estos cambios repercuten en la estabilidad emocional de la persona, durante este proceso la relación entre el adolescente y el núcleo familiar en el que se desarrolla es de suma importancia para determinar su crecimiento; al existir mayor conocimiento sobre los cambios que se producen en este periodo se ha producido una preocupante temática sobre este grupo vulnerable el cual tiene sus propias características biológicas, psicológicas, sociales, culturales, conductuales y emocionales; ya que la presencia de alguna alteración en estas áreas de desarrollo puede causar que el adolescente adopte diversas conductas de riesgo sin tener en cuenta los daños que estas podrían ocasionarle.

Las autolesiones se considera un problema que se ha venido desarrollando a lo largo del tiempo, convirtiéndose en una problemática para la sociedad, sin embargo, en los últimos años se ha visto un notable incremento en las estadísticas de este suceso, lo cual es preocupante: por ejemplo, datos reportados en un estudio mexicano, se estima una prevalencia de autolesiones en los adolescentes del 15-17%, siendo este tipo de población mucho más cercano y parecido a los adolescentes ecuatorianos, esto quiere decir que no solo es una problemática en nuestro país sino

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



que también se ve reflejada en otros países desarrollados, de igual manera los estudios realizados en Australia indican que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de su vida específicamente, (Ulloa C. P.)

A partir de estos datos estadísticos emerge el interés de conocer a cerca de la realidad de los jóvenes sobre las conductas auto lesivas, y la situación del mundo actual, los avances tecnológicos, el mal manejo de la información en diferentes medios de comunicación que nos muestra nuestra sociedad, y el núcleo familiar en el que se desenvuelven, han vuelto más susceptible a este grupo, pues los contenidos que se encuentra en las redes sociales son perjudiciales para el adolescente afectando su estabilidad emocional y física, convirtiéndose en factores desencadenantes para proceder a una autolesión.

(Favazza) “sostiene que la autolesión no suicida es una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados”, estos eventos pueden ser rutinarios realizados durante un acto impulsivo que no da tiempo de la reflexión; de igual manera ocurre cuando tienen recuerdos anteriores, los pacientes refieren la condición de inevitabilidad del acto por el alivio que sienten.

(Heath) señala que “existen tendencias distintas en relación al sexo en los medios que los adolescentes escogen para hacerse daño”: las chicas son más proclives a realizarse cortes y los chicos a llevar a cabo conductas de riesgo; con respecto a la edad la conducta auto lesiva en sus diferentes variantes, se detecta ya en la adolescencia temprana período comprendido entre los 10 y los 14 años, e incluso en la niñez, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía; de la misma forma el informe Truth Hurts revela que “la edad media a la que empieza esta conducta se sitúa en los 12 años e incluso puede detectarse en edades inferiores”.



Marco Teórico



CAPÍTULO I

CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA



CAPÍTULO I. CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

*La adolescencia es el conjugador
de la infancia y la adultez.
-Louise J. Kaplan-*

1.1 ¿Qué es la adolescencia?

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa.

En el diccionario de psicología encontramos que la adolescencia es la etapa de transición en el desarrollo que se da durante la niñez y la adultez, caracterizada por cambios biológicos. (Consuegra Anaya, 2011)

El autor (Moreno, (2015)) define la adolescencia con en el término latín “adolescere”, que se deriva de <<adolescencia> y: “adolecere” que significa “crecer”, “madurar”. La adolescencia está dividida en tres etapas importantes, cada una de ellas cuenta con grandes cambios a nivel físico, cognitivo, conductual, que nos permite ir identificando y orientado al adolescente desde la perspectiva socioemocional.

A continuación, describiremos cada una de ellas y sus características más relevantes:

Adolescencia Temprana: Entre los 10 y 13 años. Durante esta etapa, los niños suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



Estos cambios corporales pueden generar curiosidad y ansiedad en algunos, en especial si no saben qué esperar o qué es normal. Algunos niños, además, se cuestionan su identidad de género en esta etapa y el inicio de la pubertad puede ser un momento difícil.

Los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas. Las cosas están bien o mal, fantásticas o terribles, sin muchos matices. En esta etapa es normal que los jóvenes enfoquen su pensamiento en ellos mismos (lo que llamamos "egocentrismo"). Como parte de esto, los preadolescentes y adolescentes más jóvenes suelen sentirse cohibidos por su apariencia y sienten como si sus pares los juzgaran permanentemente.

Los preadolescentes sienten una mayor necesidad de privacidad. Es posible que comiencen a explorar formas de ser independientes de su familia. En este proceso, es probable que prueben los límites y reaccionen con intensidad si los padres o tutores reafirman los límites.

Adolescencia Media: Entre los 14 y 16 años. Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. La mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se le quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos le sale acné. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares.

A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus pares, de la familia o de la comunidad. Otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la autoestimulación, también llamada masturbación.

Muchos jóvenes en su adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia.



Es muy probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos. Les preocupa mucho su aspecto y la presión de los pares (compañeros) puede alcanzar el máximo punto en esta etapa.

El cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto. Gran parte de esto se debe a que los lóbulos frontales son la última área del cerebro en madurar; el desarrollo no está completo hasta que la persona tiene veintitantos años. Los lóbulos frontales desempeñan un papel importante en la coordinación de la toma de decisiones complejas, el control de los impulsos y la capacidad de tener en cuenta varias opciones y consecuencias. Los jóvenes en la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener en cuenta el "panorama general", pero aún carecen de la capacidad de aplicarlo en el momento.

Adolescencia tardía: Entre los 17 y 20 años. Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión.

Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente. No obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad.

En esta investigación nos basaremos en la adolescencia media, con la finalidad que a esta edad los adolescentes se encuentran más susceptibles a los cambios mencionados anteriormente, por lo tanto, es importante observar, identificar, analizar, guiar y canalizar cada situación socioemocional que presentan en su vida diaria para evitar que lleguen a autolesionarse.



Las otras dos etapas mencionadas nos servirán solo como referencia en cuanto a la comparación de los cambios que van ocurriendo en los adolescentes.

1.1.2 Desarrollo físico del adolescente

Los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal con el desarrollo de órganos y sistemas, adquisición de la masa ósea, así como la maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios).

Crecimiento y desarrollo puberal

El comienzo y la progresión de la pubertad varían, como ya se ha comentado, de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad.

En los últimos 150 años, la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas –tendencia secular del crecimiento y desarrollo–, lo que se ha relacionado con las mejoras de las condiciones de vida, como la nutrición, y parece haberse atenuado en las dos últimas décadas del siglo XX.

Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos.

El crecimiento puberal supone del 20 al 25% de la talla adulta definitiva. En ambos sexos, durante el segundo año del estirón es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 cm en los chicos y de 5,4 a 11,2 cm en las chicas. Cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad, la ganancia de talla durante la pubertad es mayor.

Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por “segmentos”, con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos.



Cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas

El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las chicas acumulan más grasa que los chicos y, en estos, predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro. En la edad adulta, los hombres tienen un porcentaje de grasa entre el 12-16%, mientras que las mujeres del 18-22%.

Durante esta época, se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones), se ensancha la pelvis en las mujeres y los hombros en los varones, aumenta la fosfatasa alcalina según el grado de maduración del individuo y se produce un aumento de los glóbulos.

El cerebro madura de forma intermitente de la parte posterior a la anterior y no completa su maduración hasta los 25-30 años; depende de tres procesos:

1. El rápido crecimiento neuronal-glial y la formación de nuevas conexiones sinápticas.
2. La eliminación selectiva o poda de las sinapsis menos eficientes (lo que no se usa se elimina).
3. La mielinización de los axones para facilitar y hacer más rápida la transmisión neuronal entre las diferentes partes del sistema nervioso, lo cual no se completa hasta los 25-30 años.

Se ha observado que, las zonas del cerebro adolescente que buscan la recompensa se desarrollan antes que las zonas relacionadas con la planificación y el control emocional (corteza prefrontal). Lo cual significa que la experimentación, exploración y asunción de riesgos durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico. También, sabemos que el cerebro adolescente tiene una gran capacidad de cambiar y adaptarse. Eso implica que existen posibilidades reales de mejorar situaciones negativas que se produjeron en los primeros años de la vida.



Adquisición de la masa ósea (MO)

La mineralización ósea está determinada por la interacción de factores genéticos, ambientales y hormonales. Cada individuo tiene un potencial genético de desarrollo de la MO, que solo se alcanza plenamente si los factores ambientales, como la actividad física y la nutrición con aporte de calcio, son óptimos. En los sujetos sanos, la MO crece durante la infancia con un máximo durante la fase de adolescencia precoz e intermedia y se enlentece en la adolescencia tardía, alcanzando el pico de masa ósea al final de la adolescencia. Un adecuado desarrollo óseo logrando un apropiado pico de masa ósea es fundamental para evitar la osteoporosis y la osteopenia en edades posteriores de la vida.

Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello, es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual, que se evalúa mediante los estadios de Tanner (1962) y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios.

El primer signo de desarrollo puberal **en las chicas** es el aumento del botón mamario, que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía.

El primer signo de desarrollo puberal en ellos es el aumento del volumen testicular, así como el enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal que puede empezar entre los 9-14 años y acontece a una edad ósea de 13 años. Antes de los 9 años hablamos de pubertad precoz y después de los 14 de pubertad tardía. Un volumen de 4 ml (orquidómetro de Prader) o una longitud de 2,5 cm marcan el inicio puberal. Es seguido por el crecimiento del pene y la pubarquia.



1.1.3 Desarrollo de la sexualidad en el adolescente

El inicio de la maduración sexual (pubertad) suele ir acompañado del interés por la anatomía sexual, lo que puede ser una fuente de ansiedad. A medida que los adolescentes maduran emocional y sexualmente, empiezan a participar en conductas sexuales. La masturbación es frecuente en las niñas y casi universal en los niños.

La experimentación sexual con una pareja suele empezar con caricias o como masturbación mutua y progresar hasta el sexo oral, vaginal o anal. Al final de la adolescencia, la sexualidad evoluciona pasando de la experimentación a la expresión de la intimidad y del compartir.

Los médicos deben proporcionar asesoramiento adecuado sobre las prácticas sexuales seguras como parte de la atención sanitaria de rutina y han de evaluar a todos los adolescentes sexualmente activos respecto de las infecciones de transmisión sexual (ETS).

Muchos adolescentes inician su vida sexual con el fin de tener nuevas experiencias y algunos realizan prácticas sexuales sin protección, lo cual los sitúa en una situación de riesgo ya que pueden contraer algún tipo de infección sexual y/o embarazos no planeados. La finalidad de mencionar lo anterior es porque el adolescente al tener un embarazo no planeado difícilmente se hará responsable de formar una familia biparental, lo cual nos lleva a que la dinámica familiar en la que ese bebé se desarrolle carezca de las habilidades básicas para un buen crecimiento tanto a nivel emocional como social y conductual.

Por otra parte, al crecer sin una familia “normal” el adolescente puede llegar a autolesionarse por sentir que su familia es diferente a las demás o pueden llegar a culparse de que sus padres no estén juntos. A sí mismo una adolescente en estado de gestación no planeada, puede llegar a autolesionarse debido a los cambios físicos, hormonales, emociones y sociales que acompañan esta etapa tan compleja.



A medida que los adolescentes experimentan con su sexualidad, también se pueden comenzar a cuestionar su identidad sexual y su identidad de género.

- El sexo suele referirse a la anatomía de la persona: masculina, femenina o no claramente masculina ni femenina (genitales ambiguos).
- La identidad sexual (también llamada orientación sexual) se refiere al género por el cual una persona se siente sexualmente atraída, si es que la tiene. Existen muchas identidades sexuales diferentes, como la heterosexualidad (atracción por el sexo opuesto), la homosexualidad (atracción por el mismo sexo), la bisexualidad (atracción por ambos sexos) y la asexualidad (falta de atracción sexual por ambos sexos).
- La identidad de género refleja cómo se ve la persona a sí misma, ya sean hombres, mujeres o alguna otra cosa (a veces llamada sexualidad periférica o genderqueer, genderfluid, no binario o agender), un punto intermedio, una combinación de hombre o mujer o ninguno de estos, o bien puede cambiar con frecuencia. Transgénero es cualquier identidad de género en donde las personas sienten que el sexo que se les asignó al nacer no coincide con su identidad de género.
- La expresión de género es la manera en que las personas se presentan ante los demás en términos sexuales. Incluye la manera de vestir, hablar, peinarse; de hecho, todo lo que se dice y se hace y que es indicador de masculinidad o feminidad.

Hoy en día encontramos gran variedad de tipos de preferencias sexuales, sin embargo, no se ha podido erradicar totalmente las ideas erróneas que hay en contra de estas comunidades “diferentes” (gay, bisexual, transexual, transgénero, no binario) a lo que anteriormente era aceptado (hombre y mujer), esta situación ha generado actos de violencia producida por personas con diferente punto de vista lo cual genera inseguridad y temor de dar a conocer sus preferencias sexuales.



Los adolescentes pueden enfrentarse a muchos desafíos a medida que se desarrollan sus identidades sexuales y de género. Pueden sentirse no deseados o no aceptados por la familia o los compañeros si expresan un determinado deseo sexual o una identidad transgénero. Esta presión (especialmente durante una etapa en la que la aceptación social es críticamente importante) causa un estrés muy intenso.

El miedo al rechazo de sus padres, a veces real, los lleva a mantener una comunicación poco sincera o incompleta con ellos. Estos adolescentes también reciben a veces provocaciones y amenazas de sus compañeros. Las amenazas de violencia física han de tomarse en serio y deben ser comunicadas a los responsables de la escuela u otras autoridades. La mejor ayuda para el desarrollo emocional de estos adolescentes, es el apoyo de los amigos y de los miembros de la familia.

Es por esta situación que es importante guiar a los adolescentes y padres de familia sobre la identidad sexual, además de acompañarlos durante el proceso de asimilación y aceptación con la finalidad de establecer vínculos más sólidos entre las familias, disminuir la baja autoestima y aumentar la empatía e inclusión para no generar violencia, evitando así que esto sea un desencadenante para que él adolescente considere la autolesión como una solución.

1.1.4 Desarrollo intelectual y conductual en el adolescente

Al principio de la adolescencia, un niño empieza a desarrollar la facultad de pensamiento lógico y abstracto. Esta mayor complejidad lleva a un mejor autoconocimiento y a la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Debido a los notables cambios físicos de la adolescencia, esta conciencia de sí mismo a menudo se transforma en timidez, acompañada de una sensación de torpeza. El adolescente también está preocupado por su aspecto físico y por su encanto personal y es muy sensible hacia las diferencias con sus compañeros.

A mediados de la adolescencia, el peso en la toma de decisiones acerca de una carrera futura se va incrementando, y la mayoría de los adolescentes no tienen un objetivo claramente



definido, aunque poco a poco se dan cuenta de sus áreas de interés y talento. Los padres deben ser conscientes de las capacidades del adolescente y ayudarle a establecer unas metas realistas.

Los padres también deben estar preparados para identificar los obstáculos para el aprendizaje que requieren corrección, como, por ejemplo, poca capacidad para determinados aprendizajes, problemas de atención, problemas de conducta o entornos poco favorables para aprender.

El adolescente también aplica su nueva capacidad reflexiva para cuestionar aspectos morales. Los preadolescentes interpretan lo correcto y lo incorrecto como fijo y absoluto. Los adolescentes mayores a menudo cuestionan los patrones de comportamiento y rechazan las tradiciones con la consiguiente consternación de sus padres. Idealmente, este proceso de reflexión culmina en el desarrollo e interiorización de su propio código ético.

Los expertos especulan que estos comportamientos se producen, en parte, porque los adolescentes tienden a sobreestimar sus propias habilidades en lo que constituye su preparación para la emancipación. Estudios recientes sobre el sistema nervioso también han demostrado que las partes del cerebro que inhiben los impulsos no están totalmente maduras hasta la edad adulta temprana.

1.1.5 Desarrollo social y psicológico en el adolescente

La familia es el centro de la vida social para el niño. Durante la adolescencia, el grupo de los pares comienza a reemplazar a la familia como principal foco social del niño. Con frecuencia se forman grupos de referencia a partir de distinciones en la forma de vestir, apariencia, actitudes, aficiones, intereses y otras características que pueden parecer profundas o triviales a los observadores externos.

Inicialmente, estos grupos son, por lo general, del mismo sexo, pero en un período posterior de la adolescencia se vuelven mixtos.



Estos grupos son importantes para los adolescentes, ya que hacen que se sientan validados en sus intentos de cambio y les proporcionan apoyo en las situaciones estresantes.

Los adolescentes que no encuentran un grupo de pares de referencia desarrollan sentimientos intensos de ser distintos y de estar al margen.

Aunque estos sentimientos no suelen tener efectos permanentes, agravan cualquier comportamiento antisocial o disfuncional latente. En el otro extremo, para algunos adolescentes el grupo de sus pares asume demasiada importancia, lo cual resulta también en comportamiento antisocial.

Formar parte de una pandilla es algo que se da con mayor frecuencia cuando los entornos social y doméstico son incapaces de compensar las demandas disfuncionales del grupo de referencia.

El adolescente al querer tener un sentido de pertenencia suele buscar grupos con características semejantes a las que el posee, sin embargo, en muchas ocasiones al tratar de entrar a ese círculo social puede ser presionado para realizar actividades autodestructivas, como, consumir bebidas alcohólicas, realizarse cortes en la piel, quemaduras, conducir con exceso de velocidad entre otros, también puede verse involucrado en actos ilegales como consumir sustancias tóxicas, robar, agredir físicamente a otras personas, etc.

Por este motivo es necesario brindarle las herramientas necesarias para que no sea vulnerable ante estas situaciones. Los padres pueden tener una gran influencia positiva en sus hijos brindándoles un buen ejemplo, compartiendo valores, con estilos de crianza saludables, pero sobre todo brindando el apoyo necesario en todos los aspectos fundamentales en la vida del adolescente.

Pero, si el adolescente pertenece a una familia uniparental es probable que sea más susceptible ante este tipo de situación. Lo cual facilitara que se da ante la presión que se está ejerciendo sobre él para llevar a cabo acciones no benéficas, sin embargo, si el adolescente se



ha desarrollado en un ambiente sano rodeado de principios y valores es más probable que rechace ese tipo de circunstancias ya que su estilo de crianza y forma de pensar le permitirán identificar que va en contra del ejemplo que se le ha brindado en su hogar.

Durante la adolescencia, las regiones del cerebro que controlan las emociones se desarrollan y maduran.

Esta fase se caracteriza por estallidos aparentemente espontáneos que pueden constituir un reto para los padres y los maestros, que suelen llevar la peor parte. Los adolescentes aprenden gradualmente a suprimir pensamientos y acciones inapropiados y a reemplazarlos por conductas orientadas a objetivos concretos.

Un área de conflicto característica es el deseo normal del adolescente de disfrutar de más libertad, que choca con los instintos paternos de proteger a sus hijos de todo daño. Es habitual la frustración causada por tratar de crecer en muchas direcciones. La comunicación supone un reto a medida que padres y adolescentes renegocian su relación.

1.2 Principales conflictos en la adolescencia

Las relaciones interpersonales son parte básica de la vida de los individuos y representan uno de los aspectos más reveladores de la vida de los y las adolescentes.

De acuerdo a UNICEF (2007) la adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los pares, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio.

Entonces, el inicio de la adolescencia es claro, ya que se forma con los cambios físicos y biológicos de la pubertad como la menarquia y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la edad final no está tan definida, ya que la adolescencia es un constructo social e histórico.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



La elección del intervalo etario depende mucho de los patrones culturales, sociales y económicos de cada cultura.

Los adolescentes también se enfrentan continuamente a diversos problemas.

Muchos quisieran recurrir a sus padres, pero pueden pensar que no se les escuchará con simpatía o que darán la impresión de ser incapaces de solucionar sus problemas. En general, los y las adolescentes tienden a ser cautelosos a la hora de recurrir a sus padres, sobre todo al tratar temas como sexo, juego amoroso, parejas (Hurlock, 1994).

Algunas de las dificultades que presentan los y las adolescentes relacionadas a las Relaciones Interpersonales son: Problemas de habilidades sociales, timidez, soledad, ansiedad social, grupos de amigos conflictivos y presión grupal.



Fig. 1 Muestra de los principales conflictos en la adolescencia

En cuanto a las relaciones con los padres, las principales dificultades son: Incomunicación, violencia familiar, peleas, discusiones, normas y control. Entre los temas más difíciles en la comunicación de adolescentes de ambos sexos con sus padres están la sexualidad, relaciones de pareja y problemas sentimentales.



Respecto a las relaciones de pareja, se encuentran problemas sentimentales, desamor, rupturas afectivas, sensación de incompetencia afectiva, dificultad de comunicación, entre otras (Hurlock, 1994).

Algunas de las dificultades que muestran los y las adolescentes relacionadas a las Relaciones Interpersonales son:

Problemas de habilidades sociales

Timidez

Soledad

Ansiedad Social

Grupos de amigos conflictivos

Presión grupal

En cuanto a las relaciones con los padres, las principales dificultades son:

Incomunicación

Violencia familiar

Peleas

Discusiones

Normas y control

Entre los temas más difíciles en la comunicación de adolescentes de ambos sexos con sus padres están la sexualidad, relaciones de pareja y problemas sentimentales.



Respecto a las relaciones de pareja, se encuentran problemas sentimentales, desamor, rupturas afectivas, sensación de incompetencia afectiva, dificultad de comunicación, entre otras (Hurlock, 1994).

Una posible hipótesis de las razones por las cuales los adolescentes de ambos sexos expresan un alto porcentaje de dificultades en las relaciones interpersonales puede relacionarse a la importancia que tienen éstas durante la adolescencia y la manera cómo los adolescentes se perciben a sí mismos y a los demás.



CAPÍTULO II

FAMILIA: PRIMER NÚCLEO SOCIAL



Capítulo II. FAMILIA: PRIMER NÚCLEO SOCIAL

*Dime y lo olvido,
enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo.
-Benjamín Franklin*

2.1 Definición de familia

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, podemos definir a la familia como el “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

La familia es una institución que influye con valores y pautas de conductas que son presentados especialmente por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos. Influyen de sobremanera en este espacio la religión, las buenas costumbres, la moral en cada uno de los integrantes más pequeños. Por ello, los adultos, los padres son modelos a seguir en lo que dicen y en lo que hacen.

La importancia de valores morales como la verdad, el respeto, la disciplina, la autonomía, etc., hace que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica. La familia es un hecho social universal, que ha existido siempre a través de la historia y en todas las sociedades, Es el primer núcleo social en el cual todo ser humano participa. Par su constitución requiere del encuentro y relación de un hombre y una mujer que quieren unirse, en un proyecto de vida en común, mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgirán de su relación.

Esta fundada en el amor, y esto es lo que mueve a todos sus miembros a construir en el amor, día tras día una comunidad siempre renovada, en la cual todos tienen igualdad de importancia; el amor hace que la unidad familiar se dé basándose en la entrega de cada uno a



favor de los demás. Es por ello que la familia es el lugar por excelencia donde todo ser humano aprende a vivir en comunidad con actitudes de respeto, servicio, fraternidad y afecto.

En el sentido técnico – jurídico, la familia, “es el conjunto de personas entre las cuales median relaciones de matrimonio o de parentesco (consanguinidad, afinidad o adopción) a las que la ley atribuye algún efecto jurídico”.

La familia se considera como la unidad social básica, donde el individuo se forma desde su niñez para que en su edad adulta se conduzca como una persona productiva para la sociedad donde se desarrolla. La familia es la célula social o grupo humano elemental sobre el que descansa la organización de las sociedades modernas, el hombre nace perteneciendo a una familia y su desarrollo lo realiza al amparo de la misma, siendo esta en una necesidad natural del hombre, tan necesaria para el desarrollo de las personas.

La conexión de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, la manera de pensar, sentir y actuar ante los otros integrantes de la familia producirá acercamiento, alejamiento, superación o estancamiento y/o un clima de protección y seguridad o lo contrario que podría generar ansiedad y depresión.

Por lo tanto, es importante el procurarle los elementos necesarios para salvaguardar su entorno y contribuir a crear una cultura sobre prevención y resguardo del patrimonio familiar; el espíritu de las leyes es velar por la seguridad de la sociedad, ya que de ella depende el correcto funcionamiento de formas de solidaridad humana y es la principal guiadora y creadora de nuestro quehaceres humanos, teniendo como objeto proteger todos los ámbitos que rodean a la familia, creando las instituciones jurídicas necesarias.

Los tipos de familia actuales son muy diferentes a las familias de 50 años atrás, así como esas también lo eran respecto a las de 50 años más atrás. La evolución del concepto y los tipos de familia ha variado progresivamente al igual que lo ha hecho la sociedad y la cultura, dando lugar a una gran diversidad, antes solo se podía hablar de la familia nuclear (papá, mamá e hijo/s), actualmente tenemos otros tipos de familia: las familias biparentales sin hijos, familias



biparentales con hijos, familias homoparentales, familias reconstituidas, familias monoparentales, familias de acogida, familias adoptivas y familias extensas.

La funcionalidad de la familia será vista desde una perspectiva emocional de lo saludable a lo no saludable. Las características de funcionalidad tendrán entonces que ver con la estructura de la familia (completa o incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo, formas de resolver problemas, aplicar reglas, disciplina, límites y valores.

Sin embargo, en la actualidad la estructura familiar no es un factor determinante para decidir si es funcional o no, siempre que cuente con factores favorables recíprocos como son: la armonía, el cuidado, ayuda mutua, el amor, el respeto, unión y comunicación entre los integrantes de esta misma.

2.1.2 Función de la familia

De acuerdo con (Allard, 1976), cada una de las familias debería de contar con las siguientes funciones con la finalidad cubrir una serie de necesidades básicas:

- **Necesidad de tener:** refiriéndose a lo material, son los aspectos económicos y educativos necesarios para vivir
- **Necesidad de relación:** la familia enseña a socializarse, comunicarse con los demás, querer, sentirse querido, etcétera.
- **Necesidad de ser:** la familia debe proporcionar al individuo un sentido de identidad y autonomía de uno mismo.

La individualidad del adolescente se va moldeando etapa por etapa, desde que es un niño a partir de la unidad primaria (madre e hijo), después (padre e hijo) iniciando aquí la tarea de fomentar el desarrollo de la identidad.

Una de las funciones que más peso tiene es la vertiente socializadora de la familia. Gracias a este proceso, las personas adquirimos los valores y las conductas o normas que son



más aceptables en la sociedad en que vivimos. Sin duda alguna la familia nos prepara para vivir en sociedad desde el ambiente de seguridad que nos proporciona.

La familia es el primer entorno al que los niños acceden para relacionarse y aprender, motivo por el cual es fundamental que la familia pueda cubrir las necesidades básicas para un buen desarrollo, creando así una buena interacción psicosocial en la adolescencia y adultez.

2.1.3 Tipos de estructura familiar

En la actualidad existe una gran diversidad de familias, que refieren a cubrir las necesidades básicas que le competen. Como ya hemos mencionado, las necesidades infantiles se cubren en el seno de una familia y a partir de la conducta de los adultos responsables del niño, (Linares, 1996) propone un modelo de tipología familiar en el que los adultos se mueven en dos dimensiones que determinan en gran medida como son las relaciones con sus hijos:

La parentalidad que es la capacidad que tienen los adultos para responder las necesidades de los niños que tienen a su cargo y la conyugalidad que corresponde al amor conyugal en el cual los miembros que conforman la pareja tienen un intercambio sentimental. La combinación de estas dos dimensiones crea cuatro modalidades posibles de familia de origen, las cuales describiremos a continuación:

Familia nutricia: Es aquella en la que se da una conyugalidad armoniosa y una parentalidad competente, en este tipo de familia es más común que los niños crezcan con una nutrición relacional satisfactoria, ya que todas sus necesidades son cubiertas son graves conflictos ya que los padres tienen una buena capacidad de resolver y enfrentar adecuadamente los conflictos que presenten tanto a nivel de pareja como con sus hijos.

Familia triangulada: Es aquella en la que los padres agobiados por sus conflictos de pareja, pero interesados en sus funciones parentales, arrastran a los hijos a ser partícipes de sus problemas de adultos e implican a sus hijos en su lucha de poder, ya sea para buscar aliados o mediadores. Un ejemplo de esta situación es el síndrome de alienación parental.



Familia deprivadora: Estas familias pueden mostrar una relativa armonía en las relaciones de pareja, pero aun así fracasan en el desempeño adecuado de ciertas funciones parentales, estas familias cubren las necesidades básicas de los hijos (fisiológicas, de hábitos, educativas, o de socialización) este hace que se dificulte su detección y mal funcionamiento. Dentro de este núcleo podemos encontrar diversas modalidades como la “hiperexigencia” y falta de valoración, la hiperprotección y el rechazo o el fracaso en la protección.

Familia caótica: Es aquella en la que no se da la parentalidad competente ni la conyugalidad armoniosa esta familia tiende a una desestructuración en el que el cuidado de los hijos es mínimo dando lugar a la falta de reglas tanto explícitas como implícitas, prohibiciones, confusión de roles, amenazas, agresiones, peleas entre hermanos, maltrato físico y psicológico algunas instaladas en la pobreza y marginalidad social por lógica no pueden satisfacer las necesidades básicas de los hijos, encontrando así niños mal alimentados, mal vestidos, sucios y que incurren en absentismo escolar.

Familia matriarcal: Las funciones positivas recaen en una sola persona que representa la figura maternal, ya sea por ausencia o fracaso del otro miembro de la pareja, hay tendencia a dar la responsabilidad a un hijo para que ejerza las funciones emocionales y necesidades básicas, por ejemplo, la hija mayor se hace responsable de los hermanos menores, realizando las funciones de madre.

Familia patriarcal: En esta familia predomina la figura paterna, ya sea porque la madre esta incapacitada física y/o psicológicamente o se encuentra ausente. Si el paternalismo es suave, esta familia puede funcionar correctamente, pero si por el contrario la dominancia paterna es severa la familia vive bajo un sistema agresivo, tirano y primitivo, la gran mayoría de veces la ternura y el amor es brindado por los abuelos o personas externas a la familia, dado este ambiente los hijos tendrán que huir y no será raro que las hijas se casen prematuramente.

Familia banda: Este tipo de familia puede ser matriarcal o patriarcal y adoptar una actitud desafiante o agresiva hacia la comunidad, las pautas y relaciones se basan entonces en la crítica a lo vivido anteriormente, más que a las vivencias y necesidades de los hijos.



Familia en reversión: Surge de una o las dos figuras parentales que son psicóticas o están dominadas por una sexualidad perversa o tendencias criminales, es considerada la más patológica ya que carece de todas las funciones introyectivas. Sus creencias, delirios, la afiliación a sectas, las perversiones sexuales pueden estar presentes y la escasa habilidad de sus miembros puede colocarlos en una situación de precariedad económica o a la ilegalidad. Los hijos difícilmente pueden adaptarse a la escuela o a la sociedad.

2.1.4 Evolución de la estructura familiar

La evolución del concepto y los tipos de familia ha variado progresivamente al igual que lo ha hecho la sociedad y la cultura, dando lugar a una diversidad muy celebrable. **La diversificación de las familias se está dando en muchos sentidos. Corresponde a la sociedad promover la tolerancia y comprensión hacia los modelos familiares, viejos y nuevos.** Para observar los cambios en las familias y los hogares, en el Censo 2020 se empleó el concepto de hogar censal definido como la unidad formada por una o más personas vinculadas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda particular; alcanzaron la cifra de 35 millones 219 mil 141. En nuestro país, 87 de cada 100 hogares son familiares, mientras que el resto está compuesto de otras formas.

El conteo arrojó que 71 por ciento de los hogares son nucleares, es decir, integrado por mamá, papá e hijos; mamá o papá con hijos; o pareja sin hijos. Además, 28 por ciento son ampliados, lo que significa que además de la familia nuclear también residen otros familiares como tíos o abuelos; y uno por ciento es compuesto, o sea, constituido por una familia nuclear o ampliada y al menos una persona sin parentesco.

En tanto, de cada 100 hogares no familiares, 95 son unipersonales o integrados por una sola persona; y cinco son corresidentes, integrados por dos o más miembros sin relación de parentesco con la jefa o jefe del hogar. En esta última clasificación, aclara la académica universitaria, entran los *roomies* y quienes habitan en instituciones de asistencia, por ejemplo, personas mayores.

En el año 2017 el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM identificó 11 variantes de familia, Ahí se incluyen el “nido vacío”, es decir, madres y padres que no cohabitan con sus hijos o nietos; parejas sin hijos, “tendencia detectada desde el 2000 y que se reafirma en el Censo 2020”, o la familia reconstituida (“mis hijos, tus hijos y nuestros hijos”).

También hay “madres solteras”, solas con hijos, cuyo número ha ido en aumento por diversas situaciones. De cada 100 hogares, 33 tienen a mujeres como jefas de vivienda (11 millones 474 mil 983), cifra que aumentó durante la última década, ya que en el Censo 2010 eran 25 de cada 100. A continuación, se mostrará una tabla con los tipos de familia y cifras encontradas en dicho censo:

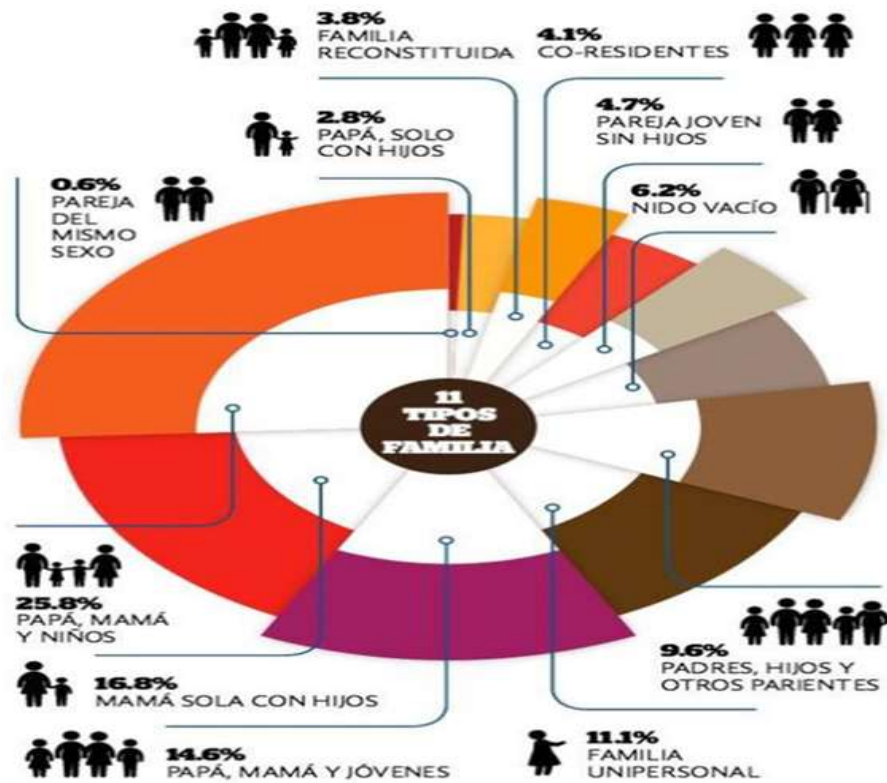


Fig. 2 Censo 2010

Esta información nos ayuda entender mejor como es que la dinámica familiar influye en el desarrollo del adolescente, por esto, es importante también mencionar los aspectos que impactan para que una familia pueda ser funcional o no.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*

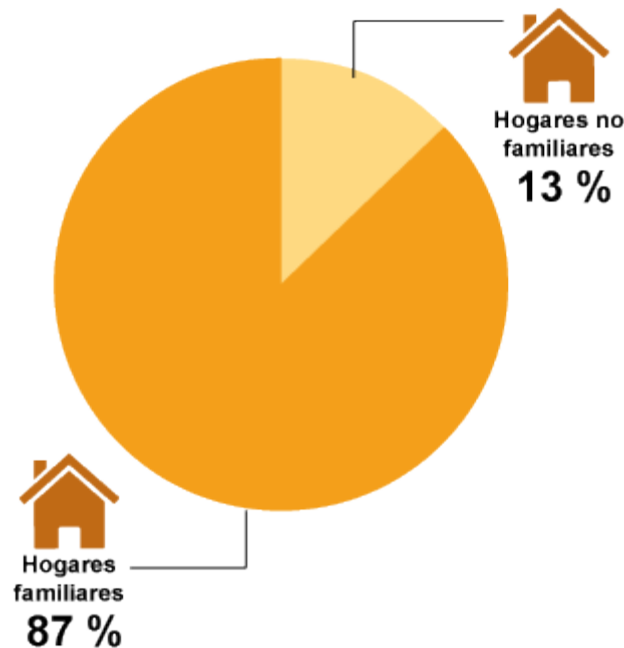
Sin embargo, 10 años después, se aprecia en el Censo 2020, las siguientes características:

Hogares

Vivimos en hogares diferentes

Hogar es el conjunto de personas que pueden ser o no familiares y que comparten la misma vivienda. Una persona que vive sola también constituye un hogar.

Para la realización del Censo de Población y Vivienda 2020, los hogares se clasificaron en familiares y no familiares.



A nivel nacional, **87 de cada 100** hogares son **familiares** y el resto, no familiares.

Fig. 3 FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Un **hogar familiar** es aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con la jefa o el jefe del hogar. A su vez se divide en: nuclear, ampliado y compuesto.

En México, de cada **100** hogares familiares:



71 son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive en el mismo hogar y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear.



28 son ampliados y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tías(os), primas(os), hermanas(os), etcétera).



1 es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, y al menos una persona sin parentesco con la jefa o el jefe del hogar.

Por otro lado, un **hogar no familiar** es donde ninguno de los integrantes tiene parentesco con la jefa o el jefe del hogar. Se divide en: hogar unipersonal y corresidente.

Y de cada **100** hogares no familiares:



95 son unipersonales, integrados por una sola persona.



5 son corresidentes y están formados por dos o más personas sin relaciones de parentesco con la jefa o el jefe del hogar.

Fig. 4 FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.



Persona de referencia

Es la persona reconocida por los demás habitantes de la vivienda como jefa o jefe.

La información del Censo de Población y Vivienda 2020, muestra que, **a nivel nacional en 33 de cada 100 hogares**, las mujeres son reconocidas como **jefas de la vivienda**, esto significa **11, 474,983 hogares**.

Se muestra en la siguiente gráfica, cómo ha cambiado esta cifra de 2010 a 2020.

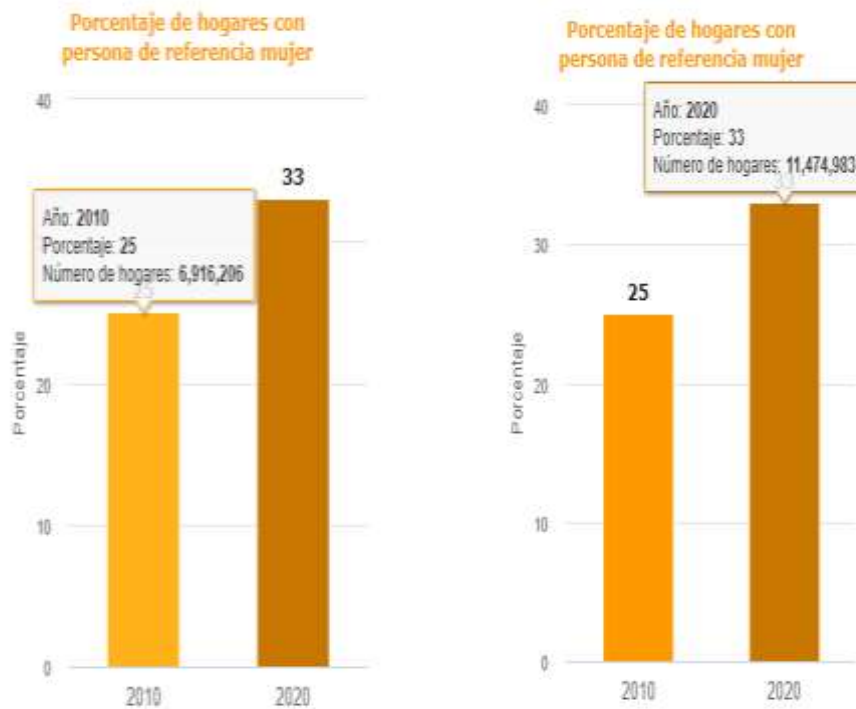


Fig. 5 Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020.

El siguiente mapa muestra el porcentaje de hogares dirigidos por mujeres y hombres, en nuestro estado se ve reflejado el porcentaje que va en aumento donde la mujer se hace cargo de un hogar.



Fig. 6 Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Al analizar el Censo que nos muestra el INEGI con el aumento que existe la diferencia en 10 años, es de preocuparse, porque al estar al pendiente de cubrir las necesidades que un hogar requiere, más el número de integrantes que hay, surge la posibilidad de que más adolescentes corran el riesgo de no ser conducidos de manera positiva y traer consecuencias graves a su persona, si viene de una familia disfuncional.

La disfuncionalidad hace alusión a los trastornos que producen disminución de un buen funcionamiento en un sistema familiar el cual puede causar dolor y agresión, ausencia de afecto, deterioro y posible desintegración. Una familia disfuncional es incapaz de proveer y cumplir con las funciones necesarias para un buen desarrollo social, emocional.

Conductual y psicológico en una familia funcional están satisfechas todas esas necesidades.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



Si hay conflictos o crisis, sus integrantes se complementan y apoyan para hallar las soluciones, alcanzar el desarrollo pleno y, en esencia, ser felices. En la familia disfuncional la situación es opuesta.

En una familia disfuncional, podemos encontrar las situaciones que se describen a continuación:

Dependencia y manipulación emocional

La dependencia emocional y manipulación limita el crecimiento y el desarrollo personal. La sobreprotección de los padres genera inseguridad y dependencia en los hijos. En muchas ocasiones alguno de los padres es tan inmaduro que es manipulado y sometido por el otro.

Violencia intrafamiliar

Uno de los padres ejercer un dominio absoluto y autoritario, mientras que el resto de la familia acepta estar sometido. Hay abuso físico, verbal o sexual. El otro padre y los hijos niegan el abuso evidente. Los niños consideran normal la violencia.

Muy autoritarios o muy permisivos

Los límites que regulan la convivencia familiar o son inflexibles y cortan toda expresión de las distintas personalidades, pueden ser demasiados laxos, no hay respeto ni límites o demasiado estrictos en cuanto a reglas, formas de pensar, religión y educación.

No hay empatía

Como no se satisfacen las necesidades básicas de aceptación y afecto, los miembros de la familia no son empáticos ni sensibles entre ellos. No hay tolerancia, se culpabiliza al otro. Algunos niños son y se sienten rechazados o son injustamente tratados.

Conductas inapropiadas

Se acepta la humillación, el desprecio y la falta de respeto.



Prejuicios de género

Los padres prefieren a los hijos de un género. Le asignan responsabilidades excesivas o niegan la educación y el afecto a los hijos de otro género. Los padres quieren imponer su orientación sexual a los hijos, ya sean heterosexuales u homosexuales.

Ausencia

Los padres están ausentes por exceso de trabajo, residencia externa, o por otras adicciones como el alcohol, drogas o juego. No hay tiempo para compartir en familia ni hacer cosas juntas.

Responsabilidades excesivas

Los niños son obligados a asumir responsabilidades no acordes a su edad: trabajo forzado, cuidar de hermanos menores aun siendo pequeños, actividades domésticas, etc.

Hay mayor probabilidad de que estas situaciones estén presentes en familias uniparentales, debido a la gran carga de responsabilidades que se tienen al ser el único o única responsable de la familia, lo cual, los lleva a laborar largas jornadas de trabajo, dejando a los hijos mucho tiempo solos, o al cuidado de los hijos mayores. También encontramos situaciones en las que el padre o madre que está al frente de la familia encuentra refugio o sensación de bienestar consumiendo sustancias tóxicas o ilegales, lo cual no es un buen ejemplo para sus hijos, además, de que puede ser un factor para auto violentarse o violentar a las demás personas dentro de su círculo familiar y social.

¿Cómo afecta una familia disfuncional a los hijos?

Los niños pueden desarrollar alguna de estas conductas al crecer en el seno de una familia disfuncional:

- Son rebeldes. Se oponen a toda autoridad, ya sea la de los padres, de los maestros o de la policía.
- Al ser culpabilizados por todos los problemas familiares, desarrollan un profundo sentimiento de culpabilidad, lo que los hace víctimas de otros.



- Asumen el rol de los padres, crecen demasiado a prisa y pierden su niñez.
- Son tímidos y callados, aprenden a esconder y reprimir sus emociones. Su autoestima se encuentra lesionada.
- Son oportunistas y manipuladores. Se aprovechan de las debilidades de los demás para lograr lo que quieren.

Como ya mencionamos anterior mente la funcionalidad de una familia será vista desde una perspectiva emocional de lo saludable, las características de la funcionalidad tendrán entonces que ver con la estructura de la familia (familia completa o incompleta) bienestar, formas de intercambio afectivo, manera de resolver problemas, enseñanza de disciplina, valores y límites.

De esta manera las familias funcionales son aquellas que cumplen en mayor o menor grado las obligaciones que tiene cada miembro de la familia, Ackerman menciona que son 6 los requisitos que se deben cumplir en la familia para que exista la funcionalidad a continuación describiremos cada una de ellas:

1. Proveer el alimento, abrigo y otras necesidades materiales para preservar la vida.
2. Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.
3. Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar. Ser el vínculo de identidad que proporciona la seguridad para enfrentar experiencias nuevas.
4. Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura.
5. Promover la identidad social, que ayuda a aceptar la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual.

A mayor cumplimiento de estas tareas, la satisfacción será mejor, habrá menos frustración y mejor funcionamiento armónico. En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura son expresados de forma libre, al igual que los sentimientos de rabia.



En este tipo de familia se reconoce que cada miembro es diferente y tiene su propia individualidad, que tiene actividades en las cuales los otros no participan, es decir, se respeta la autonomía, su comunicación es clara y directa, sus roles se encuentran bien definidos de esta forma cada quien sabe sus responsabilidades y las ejecutan.

A pesar de que lo ideal sea que el adolescente se desarrolle dentro de un núcleo en donde ambos padres estén presentes, el divorcio es cada vez más frecuente en nuestro medio, las causas son múltiples y ocasionan crisis y desintegración en la familia. Ante esta crisis de desintegración, lo adecuado sería que la familia pudiera recibir apoyo psicológico para sobrellevar esta situación de la manera más pacífica y buscando siempre el bienestar de todos los integrantes afectados. Lo mejor que los padres divorciados pueden hacer es seguir siendo padres, a pesar de no ser esposos.

La funcionalidad de una familia aun cuando es incompleta, dependerá del sentido de pertenencia e identidad que se tenga con ella, además de existir un clima de seguridad física y afectiva, con una comunicación clara y directa. Cabe mencionar que siempre han existido, existen y existirán problemas en todas las familias, se puede decir que es algo “normal” gracias a estos conflictos la familia se habilita y capacita para resolverlos y depende de cómo lo haga tendrá mayor o menor funcionalidad.

2.2 ¿Qué es una familia uniparental?

Analizan, Rivas J. et.al (2008), la dificultad que se dio en las ciencias sociales para delimitar y definir conceptualmente el término familia monoparental, que apareció en 1970. Donde se sustituyen los nombres que recibían los matrimonios que se separaban o divorciaban, se les dominaba de manera descalificadora: “familias incompletas”, “padre solo”, “madre sola cabeza de familia”, “familias rotas”, “familias descompuestas”, “familias desunidas”...

Las familias monoparentales se refieren a aquellas en las que hay un solo progenitor, ya sea por muerte o separación o porque los hijos nacieron fuera del matrimonio, o por divorcio, y el adolescente vive con uno de sus padres, pero cuenta con el apoyo de ambos o de plano es nula la ayuda.



El término monoparental y uniparental es lo mismo, sin embargo, cambia según la estructura y convivencia familiar.

Según las Naciones Unidas, una familia uniparental es una variación de la familia nuclear de un solo adulto, compuesta por una madre o un padre o varios hijos.

En estos casos, con más frecuencia se trata de madres que han quedado solas al cuidado de sus hijos tras un divorcio. Sin embargo, también existen padres en la misma situación.

Otro tipo de familia uniparental es con hijos por adopción o fertilización asistida, y frecuentemente encabezada por la mujer.

Y con padre o madre soltera, es más común identificar este tipo de familia con mujeres que se han quedado embarazadas y han sido abandonadas por sus parejas antes del nacimiento del niño o con el niño muy pequeño.

Al tomar cuenta la estructura familiar, es hasta cierto punto compleja, por la interacción que se tiene entre los integrantes que la componen. Sin embargo, al tratarse de una familia uniparental, la separación, abandono o divorcio, podrían presentarse situaciones que afecten o no a los hijos especialmente.

2.2.1 Características de una familia uniparental

La separación de la pareja es entendida como un acuerdo en el que ambas partes deciden alejarse. Esta parte se considera importante porque a partir de la separación, abandono o divorcio, produce un severo shock en los niños y adolescentes y que ellos deben de tener una posición de comprender las causas o los motivos que provocó el rompimiento de la relación entre sus padres, y que de manera irracional va surgiendo un temor en el cual no encuentran una respuesta para asimilar lo que sucede.



Otra realidad, si el divorcio, o la separación no es “amigable”, o si los padres son poco racionales, los hijos son utilizados para servir a ellos produciéndoles una inestabilidad socioemocional.

La autoestima es un factor importante que empieza a formarse precisamente en la familia, la autoestima se entiende como un proceso psicológico – social., esta puede variar dependiendo de la experiencia, y de acuerdo a los roles puede ser alta: como la persona que vive, comparte, siente que es importante, tiene autoconfianza, sabe reconocer sus limitaciones y debilidades, sentirse orgulloso por sus habilidades y capacidades para tomar decisiones.

En cambio, la persona con baja autoestima: padece sentimientos de inseguridad, culpa, temor, apatía, reprimen sus emociones o difícilmente expresan su sentir y se aíslan.

Sobre el tema de la autoestima se han realizado diversas investigaciones tal como la de Jacobs (1988), quien menciona que existe una marcada diferencia entre los sentimientos experimentados por los hijos desde el punto de vista de la variable, las mujeres experimentaban mayor ansiedad y miedo, justo al principio de la separación de los padres, en comparación de los hijos varones, estos resistían más la separación hasta un tiempo superior. Asimismo, afirma que ante la separación los hijos muestran preocupación y angustia, en parte porque ellos piensan que son los culpables de la ruptura de sus padres.

En la actualidad se han incrementado en gran medida las familias disfuncionales, tomando en cuenta que no viven con uno o ambos padres, ya sea por separación, por abandono, por divorcio, o por muerte. Y los niños y jóvenes buscan la manera de canalizar sus emociones al no saber de qué manera expresar, pedir ayuda, sin sentirse señalados o excluidos socioemocionalmente.

En los adolescentes aparecen dificultades como el aislamiento social y soledad del padre, celos de los hijos, tensiones ocasionadas por relaciones amorosas del padre o madre a cargo de los hijos, dificultad para asumir límites y cumplir reglas cuando el progenitor trabaja fuera de la casa.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



Los adolescentes pueden afrontar el problema de dos formas distintas: los que previamente tienen dificultades, el divorcio es una carga añadida, aumentando el riesgo de sufrir problemas emocionales; los que no los tienen, la separación y los cambios que se producen en la vida familiar son percibidos como una experiencia de madurez. Otros se pueden ver involucrados en conflictos de manera directa o indirecta, o verse obligados a asumir un rol como cuidador, etc.

Es importante, para comprender la estructura y dinámica de la familia uniparental y se lleve a cabo su función, se deben ajustar y establecer límites y comunicación para el desarrollo psicológico de los hijos adolescentes.

Según Hernández (2005), en la adolescencia ocurren una serie de eventos psicológicos muy significativos para la persona. Estos sucesos influyen en sus relaciones familiares y sociales, en la búsqueda de la autonomía, en el estilo personal de relacionarse y en la construcción de la identidad.



CAPÍTULO III

CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN EL ADOLESCENTE



Capítulo III. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN EL ADOLESCENTE

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas indirectas como, por ejemplo: fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo, pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida, sino experimentar determinado placer, ya sea en forma consciente o inconsciente.

-Gloria Marsellach Umbert-

3.1 Definición de conducta desde la perspectiva psicológica

El significado que le da el Equipo editorial (2022) es la siguiente: La conducta hace referencia al comportamiento de las personas. En el contexto de la psicología se entiende que la conducta es la expresión de las características de los sujetos, es decir la manifestación de la personalidad. Es por ello el concepto hace referencia a los factores visibles y externos de los individuos.

Se entiende que **hay tres factores** que la regulan o influyen la conducta, estos son:

Fin. Es a partir del objetivo del comportamiento que la conducta adquiere un sentido y da lugar a una interpretación.

Motivación. Es decir que la conducta posee algo que la moviliza.

Causalidad. La conducta también posee o se produce por una causa determinada.

Además, se considera que existen dos elementos más que dirigen la conducta, ellos son los elementos de la sociedad y el ambiente, y los elementos biológicos.

Elementos del ambiente. En el primer caso se hace referencia al medio en el que el sujeto se encuentra inmerso, tanto en relación con el ambiente físico, como social, incluyendo las instituciones que lo conforman. En otras palabras, solo se hace referencia a los factores externos.

Elementos biológicos. Vinculado con las cuestiones genéticas que son determinantes en el proceso biológico. Es decir, poseen un carácter interno. Además, se le pueden sumar otros factores como la alimentación o los meses de gestación en el vientre materno. Es por ello que la base de la conducta



humana se relaciona tanto con la parte psicológica como con la fisiológica de las personas, de manera complementaria.

Se entiende que las personas poseen distintas conductas, definiendo en este caso a la conducta como una reacción. La diversidad de las conductas se debe a que los individuos desean distintos fines, se hallan en diversas circunstancias y son diferentes como personas. De esta manera queda expuesto que la conducta responde al fin, al estímulo y el momento preciso en que se encuentra el sujeto.

Al analizar el concepto de la conducta desde la perspectiva de la psicología nos damos cuenta, que influyen diferentes factores para que las personas expresen su comportamiento según su experiencia que están teniendo, esto nos permite comprender cómo el adolescente se encuentra en una situación vulnerable ante la falta de experiencia, al no saber cómo comunicarse, al no saber cómo dirigirse ante las necesidades que tiene o le inquietan y al no verse comprendido busca otros medios para “satisfacer sus emociones”. Pero eso, el vínculo que debería de existir y ser reforzado desde el útero entre madre e hijo, y mantenerlo en cada etapa primordial, podría evitar daños severos en su conducta y comportamiento del adolescente.

3.2 Concepto de conductas autodestructivas

La denominada tendencia autodestructiva del ser humano es un concepto originado en los estudios sobre psicología y sociología. Comprende todas las conductas orientadas hacia la autodestrucción, indirecta o directa, del propio individuo o grupo.

La tendencia autodestructiva es la conducta orientada hacia el daño a uno mismo, bien buscando un daño inmediato (estas son las CAD: conductas autodestructivas directas, como golpes y heridas intencionadas, quemaduras, cortes...que en última instancia hablaríamos del suicidio) o bien mediante un daño que no tiene por qué mostrar sus efectos en el mismo momento, sino que es de carácter acumulativo y sus efectos negativos se ven con el paso del tiempo (estas son las CAI: conductas autodestructivas indirectas, como mantener relaciones sexuales sin protección, practicar deportes extremos, consumir drogas, adicciones al juego, alteraciones en la conducta alimentaria...) Su finalidad es buscar alivio a emociones negativas o



resolver un conflicto interpersonal y se producen con más frecuencia en mujeres durante la adolescencia.

El método más utilizado son los cortes en la piel

La prevalencia de estos comportamientos ha aumentado considerablemente en los últimos años. Es una tendencia que preocupa mucho a los padres y expertos.

Existen diversos factores que intervienen en los adolescentes para que ellos tomen la decisión de autolesionarse, la comunicación con ellos sigue siendo la mejor manera de prevenir en la medida posible estas conductas, pero también es una gran herramienta que nos ayuda a encontrar las posibles soluciones ante esta situación, ya que si existe una buena comunicación entre padres e hijos será más fácil que el adolescente pueda expresar los motivos que lo están orillando a realizar este tipo de prácticas no benéficas para su salud física y/o mental.

3.2. 1 Tipos de conductas autodestructivas

Agresiones

Sucedan cuando hay cosas que están fuera de su alcance, se enfrentan a situaciones en las que se sienten acorralados o se acumula mucha tensión que no pueden descargar de ninguna manera, lo cual habitualmente puede generar ataques de ira en los adolescentes.

En el caso de los jóvenes, que tienen una cuestión biológica de desarrollo del cerebro y falta de control de impulsos, no siempre serán agresiones físicas directas contra otros: como puede ser el bullying, cyberbullying, el vandalismo, las agresiones contra los demás o el ambiente, sino que también pueden ser físicas, verbales o psicológicas hacia el mismo.

Lo cual puede ser un factor determinante en el que los adolescentes refuercen los ejemplos mencionados anteriormente con la finalidad de creer que si las ejercen no habrá



consecuencias, debido a la condición biológica que presentan, esto se debe a que muchas veces su condición de salud hace que las otras personas justifiquen sus actos.

Conductas de riesgo

Son actos repetidos y deliberados en los que no se tiene en cuenta que la integridad física o mental se está poniendo en riesgo.

Algunas conductas de riesgo adolescente pueden ser: emborracharse, subir fotos íntimas a redes sociales, difundir información personal, tener relaciones sexuales precoces o sin protección, tomar drogas, escaparse de casa, descuidar repetidamente su aseo e higiene, conducir a gran velocidad, etc.

Muchas veces los adolescentes realizan este tipo de conductas ya que creen que son normales en esta etapa, sin embargo, no tienen idea de los daños irreversibles que podrían provocar de manera directa o hacia otras personas, desde impactar de manera socioemocional, o no teniendo visualizado un hijo a esta edad, o al no tener el control de sus pensamientos y emociones podrían provocar accidentes automovilísticos al conducir en estado de ebriedad o bajo la influencia de las drogas.

Autolesiones

La autolesión, autoagresión o herida autoinfligida es un daño producido al propio cuerpo de manera intencionada y consciente con el objetivo de liberar emociones internas. Esto se manifiesta generalmente a través de cortes, rasguños (realizados con las propias uñas por medio de un rascado repetitivo), quemaduras o golpes (generalmente puñetazos a objetos o de la cabeza contra paredes o puertas).

Exceptuando estos últimos, los golpes, el resto de autolesiones suelen realizarse en la parte interior de brazos y piernas o en el abdomen, zonas que pueden esconder fácilmente con sus ropas.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*



La creciente epidemia de autolesiones en adolescentes ha hecho saltar las alarmas entre educadores y profesionales de la salud.

Un reciente estudio del hospital de la Paz de Madrid dice que hasta el 25% de los adolescentes diagnosticados de algún problema emocional o psicológico se autolesiona. El dato más inquietante es el de la población no clínica: del 5 al 10% de los jóvenes no diagnosticados manifiestan conductas autolesivas. Lo cual nos indica estadísticamente que al menos un alumno por cada clase de cada colegio o instituto se autolesiona.

La autolesión más llamativa y habitual son los cortes en los brazos y las muñecas, generalmente asociados a la autolesión femenina.

Pero esto no significa que sea una práctica solo de chicas, aunque históricamente siempre se han relacionado las autolesiones con el sexo femenino, los estudios realizados no muestran una gran diferencia entre hombres y mujeres, aunque sí es cierto que en este último grupo se suele dar de forma más habitual. De hecho, el 58% de las mujeres entre los 12 y los 19 años se produce lesiones de algún tipo, mientras que en el caso de los chicos la cifra es algo menor hablando de un porcentaje del 53,3%

3.3 Significado de Factor de riesgo

Según, Herrera Santi, Patricia. (1999), Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

Existen diferentes tipos de factores de riesgo, entre ellos se encuentran los psicosociales, y ambientales en la adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases



para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

Por lo tanto, se considera la idea fundamental intervenir en una atención primaria a la salud del adolescente, donde el psicólogo intervenga, y tomar en cuenta el conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud y permita anticipar una atención adecuada y oportuna.

3.3.1 Factores de riesgo

Están en función de las características personales y del entorno de los adolescentes:

1. Características personales. Especialmente, cuando existe escasa capacidad para la resolución de problemas, y elevados niveles de impulsividad, desesperanza, ira y hostilidad.

2. Trastornos psiquiátricos. Especialmente, depresión, trastorno de conducta, y patología dual, asociada al consumo de sustancias.

3. Características familiares. Desde la convivencia con un solo progenitor (50%) hasta otros problemas de convivencia entre los padres, o escasa calidez en las relaciones familiares.

4. Los medios de comunicación. La publicidad dada a través de los medios de comunicación sobre un caso de suicidio puede incrementar los suicidios. Existe un pacto de silencio en prensa y televisión sobre suicidios reales. Pero no existe tal pacto para las series televisivas en que aparecen suicidios ficticios. Estos programas televisivos tienen especial importancia en adolescentes de 14 años.

Otro factor que ha influenciado en que los adolescentes se autolesionen son las sustancias psicoactivas. Las sustancias psicoactivas son toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la



conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia.

Las sustancias psicoactivas se pueden clasificar de muchas formas dependiendo de su abordaje a continuación presentare tres grupos de clasificación:

- Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas.
- Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas.
- Según la normatividad pueden ser ilegales o legales, por ejemplo, la cocaína es ilegal pero las bebidas alcohólicas son legales.

Considerando también a Herrera Santi, Patricia. (1999), presenta los factores psicosociales, desde otra perspectiva, y que a pesar de que son otros años, no se han modificado como tal, sino al contrario se manifiestan y no se han visto resultados al enfocarse en la atención primaria para que el psicólogo intervenga.

A continuación, se describen:

Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo.

Patrones inadecuados de educación y crianza. Estos pueden ser:

Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).



Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.

Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.

Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.

Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.

Ambiente frustrante. Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.

Sexualidad mal orientada. Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad.

En relación con el riesgo social del adolescente analizaremos algunos **factores sociales y ambientales** que pueden conducir a resultados negativos en los jóvenes.

Como principales factores de riesgo social tenemos:



Inadecuado ambiente familiar. Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

Pertenencia a grupos antisociales. Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

La promiscuidad. Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.

Abandono escolar y laboral. Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

Bajo nivel escolar, cultural y económico. Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

De manera general podemos decir que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psico-activas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio; por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, como son el establecimiento y el logro de una adecuada autoestima, que le brinde



posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

Al describir lo que se consideraba a finales de los noventa, no hay gran diferencia, al contrario, se manifiestan más necesidades que cubrir del adolescente, y que el psicólogo no puede cubrir como tal, necesita de un equipo interdisciplinario para poder orientar y acompañar en este proceso.

Existen factores protectores y de riesgo en la conducta de consumo de estas sustancias a continuación hablaremos de los factores de protección:

Los factores de protección son características o atributos individuales, familiares o sociales, que nos ayudan a reducir la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas. Entre los factores individuales se encuentran: empatía, habilidades sociales, capacidad para afrontar problemas, entre otros.

Entre los factores familiares encontramos: el respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar y por último tenemos los factores que son: la participación en actividades comunitarias o deportivas, la normatividad respecto a las sustancias psicoactivas, el acceso a servicios de salud y educación, así como el núcleo en el que el adolescente se desenvuelve (círculo familiar y/o pares).

Por el contrario, los factores de riesgo son características o atributos individuales, familiares o sociales, que posibilitan o aumentan el consumo de sustancias psicoactivas.



A nivel individual los factores de riesgo están asociados a baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima, carencia de herramientas para resolución de problemas y resiliencia.

Entre los factores familiares se encuentran: consumo de sustancias psicoactivas por parte de padres de familia o cuidadores, disciplina autoritaria, sobreprotección, falta de supervisión de los padres o cuidadores en las actividades de los hijos, violencia intrafamiliar, entre otros.

Los factores de riesgo social son: uso inadecuado de redes sociales, facilidad para adquirir las sustancias psicoactivas, uso de sustancias psicoactivas por parte de pares, violencia en el entorno familiar, escolar o social.

Existe cierta relación entre el consumo de sustancias ilícitas y la influencia parental en los adolescentes, la cual ha sido documentada teniendo en cuenta variables como la calidad de la relación entre padres-hijos, la naturaleza de la supervisión parental y las actitudes y hábitos de consumo de alcohol y drogas que tengan o hayan tenido los padres. (Eitle, 2004)

De acuerdo con Sigmund Freud en su teoría de las etapas psicosexuales, el consumo de sustancias psicoactivas como es el alcohol y el cigarro se producen por una fijación en la etapa oral la cual es la primera fase de la evolución de la libido y va de los 0 a los 2 años de edad. Esta fase se puede dividir en dos:

En la primera, el niño(a) pasa la mayor parte del tiempo durmiendo. Los períodos de atención consciente quedan limitados a experiencias de nutrición como hambre, lactancia, saciedad, ruidos internos. Cuando no se satisface alguna necesidad surgen emociones desagradables, lo que provoca las primeras experiencias de ansiedad en el bebé. Ansiedad por la falta de provisiones vitales.

En esta fase el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación.



Al nacer el niño(a) es privado de la simbiosis que mantenía con el cuerpo de su madre, esto hace que se ponga en funcionamiento la capacidad y la intención del pecho, de la madre y de la sociedad de alimentarlo. En esta fase el niño(a) vive y ama a través de la boca y la madre lo transmite por medio de los senos.

De esta coordinación entre madre e hijo(a) resulta una alta recompensa en términos de placer libidinal. A través de la boca y el pezón se genera una atmósfera de calor y mutualidad que ambos, madre e hijo(a), disfrutan plenamente y responden con la relajación.

El modo de acercamiento o de relación con el otro es la incorporación, pues el recién "nacido" depende de la entrega de sustancias directamente en la boca.

Al inicio, la pulsión sexual se satisface por medio de una función vital, la alimentación, pero posteriormente adquiere autonomía y a través del chupeteo se satisface en forma autoerótica.

Entonces en esta etapa la fuente de satisfacción es la zona oral, el objeto de satisfacción se encuentra en estrecha relación con el de la alimentación, el fin u objetivo de esta fase es la incorporación.

En la segunda parte de esta fase "... la capacidad para asumir una actitud más activa y dirigida, y el placer derivado de ella, se desarrollan y maduran (en el niño). Aparecen los dientes, y con ellos el placer inherente a morder cosas duras, que no ceden a la presión, en morder objetos blandos y en destrozar otros con los dientes..." (Erikson, 1993)

Para Freud en esta primera fase la libido está vinculada con la necesidad de mantenerse vivo mediante la succión de líquidos y la masticación de sólidos. Pero no solo la ingestión de alimentos satisface la necesidad de respirar y crecer por medio de la absorción. Estas formas de erotismo oral permiten el desarrollo de formas de relación social: la capacidad de obtener y tomar. Estas son formas de autoconservación necesaria para el ser humano en esta etapa de la vida.



Freud propuso que, si se frustran los deseos libidinales del bebé en la etapa oral, es decir, si se descuida o se le da en exceso la lactancia materna, o si se desteta demasiado tarde o demasiado temprano, puede ocasionar que ocurra una fijación oral la cual puede afectar en la adolescencia y/o adultez. Estas fijaciones ocurren cuando un problema o conflicto en una etapa psicosexual permanece sin resolver, dejando al individuo enfocado en esta etapa, las personas con fijaciones orales pueden mostrar conductas como: beber, fumar, comer o morderse las uñas. Por esto es importante que los adolescentes se desenvuelvan en un núcleo saludable en el que los padres puedan cubrir todas las necesidades fundamentales desde su niñez.

3.4 ¿Qué es la autoconservación?

Según la Rev. Chil. (2002) hace mención de un artículo referente a Freud reconoce y contrapone las pulsiones sexuales a las pulsiones de autoconservación. En esta aproximación las primeras representan los intereses de la especie, mientras las segundas representan al conjunto de necesidades ligadas a las funciones corporales indispensables para la conservación de la vida, cuya función es resguardar los intereses del individuo. La energía propia de las pulsiones sexuales se denomina libido, mientras la energía de las pulsiones de autoconservación se designa como interés. La relación original entre estos dos grupos de pulsiones se establece a través del concepto de apuntalamiento. Tal como afirma Freud, las pulsiones sexuales, que sólo secundariamente se vuelven independientes, se apuntalan inicialmente en las funciones somáticas vitales que le indican la fuente, el objeto y el fin.

Por lo tanto, se dice que la autoconservación es un comportamiento o conjunto de comportamientos que afirma la supervivencia de un organismo. Es universal entre todos los organismos vivos. El dolor y el miedo son partes completas de este mecanismo. El dolor provoca al individuo a retirarse de las situaciones perjudiciales, a resguardar una parte del cuerpo dañado mientras sana y a evitar experiencias similares en el futuro.

La mayoría del dolor se soluciona rápidamente una vez que se elimina el estímulo doloroso y el cuerpo se ha sanado, pero a veces el dolor persiste a pesar de la eliminación del



estímulo y la aparente mejora del cuerpo; y a veces el dolor surge en ausencia de estímulos, daños o enfermedades detectables.

El miedo hace que el organismo busque seguridad y puede provocar una liberación de adrenalina, que tiene el efecto de aumentar la fuerza y aumentar los sentidos, como el oído, el olfato y la vista. La autoconservación también puede interpretarse en sentido figurado, con respecto a los mecanismos de afrontamiento que uno necesita para evitar que el trauma emocional distorsione la mente.

La autoconservación es, por lo tanto, un sello casi universal de la vida. Sin embargo, cuando se les presenta una nueva amenaza, muchas especies tendrán una respuesta de autoconservación, ya sea demasiado especializada o no lo suficientemente especializada como para hacer frente a esa amenaza en particular.

La autoconservación es esencialmente el proceso de un organismo que evita que se dañe o mate y se considera un instinto básico en la mayoría de los organismos. La mayoría lo llama un «instinto de supervivencia». Se cree que la autoconservación está vinculada a la aptitud reproductiva de un organismo y puede estar más o menos presente de acuerdo con el potencial de reproducción percibido.

Si el potencial reproductivo percibido es lo suficientemente bajo, el comportamiento autodestructivo (es decir, lo contrario) no es infrecuente en las especies sociales. La autoconservación también es considerada por algunos como la base del pensamiento y el comportamiento racional y lógico.

3.4.1 El instinto de autoconservación

Es una forma especial de conducta dirigida a proteger la propia vida y salud. El instinto de autoconservación es un instinto básico, que es una propiedad innata de una persona. Está activo constantemente, pero es especialmente activo en el momento de dolor o miedo, un presentimiento de una amenaza potencial para la vida o una situación peligrosa.



El instinto de autoconservación aparece desde el nacimiento y, como todas las acciones, se centra en la supervivencia del niño, él quiere comer, beber y para que la madre siempre esté allí.

El instinto de autoconservación en los niños se expresa de manera especial. Es muy sensible y casi cualquier situación inusual, cualquier objeto, acción, presencia de un extraño, un sonido fuerte puede causar un miedo muy fuerte. Desde el nacimiento, el niño "sabe" que debe sobrevivir, y aunque su condición física aún es muy débil, el instinto funciona al cien por cien, a veces incluso demasiado, emitiendo señales de peligro en la primera situación desconocida, ya que la condición psicológica del niño no es tan estable. Para que él mismo pueda hacer frente a su miedo.

La falta de instinto de autoconservación en los niños puede llevar al hecho de que corren el riesgo de hacerse daño a ellos mismos y dañar su salud.

El instinto de autoconservación tiene una estrecha relación con el miedo, y todos los instintos derivados se relacionan con este estado. De hecho, si una persona busca ganar poder, teme no recibirlo cuando siente apetito, teme que pueda seguir hambriento. Estos temores demuestran que, independientemente de las intenciones de una persona, en cualquier caso, experimenta y teme por sí misma, por sus intereses, por su vida.

Tal proceso tiene lugar todo el tiempo, solo las personas no lo notan, no se dan cuenta de cuándo sus deseos y su comportamiento los hacen actuar de cierta manera.

El instinto de autoconservación es una habilidad muy necesaria y debe desarrollarse en consecuencia, determinando el comportamiento personal en diversas situaciones, también esforzándose por lograr objetivos, desarrollar ciertas cualidades en uno mismo.

A veces hay situaciones en las que se requiere un cuerpo preparado físicamente de una persona que contribuya a la supervivencia, a veces las situaciones requieren habilidades mentales, astucia, ingenio y muchas otras habilidades.

Un estudio detallado de sus cualidades necesarias para la supervivencia, la determinación de su posición actual en la sociedad, ayudará a una persona a establecer prioridades en la vida, de acuerdo con lo cual se esforzará por los objetivos que necesita primero, y la expresión del instinto de autoconservación se volverá más consciente, por lo tanto, la reacción al peligro entonces la situación será lo más efectiva posible.



El objetivo de la supervivencia, el abandono de la descendencia es el propósito principal del hombre, lo que dicta la naturaleza y lo que el hombre siente cuando actúa con respecto a los instintos, en primer lugar, el instinto de autoconservación.

Las personas sin el instinto de autoconservación no existen, ya que esta es una cualidad innata, pero las desviaciones son posibles llevando a (el deseo de arrancarse el pelo). Como acciones autodestructivas como pueden ser: daño físico, autolesiones, automutilación, perforaciones en adolescentes, tatuajes, tricotilomanía (el deseo de arrancarse el pelo) en niños y adolescentes, desórdenes alimenticios, entre otros.

3.5 ¿A qué le llamamos autolesión?

Las autolesiones también se conocen como síndrome de cutting y son cualquier conducta, intencional y autodirigida, que implica algún tipo de daño, destrucción inmediata de tejidos corporales y la formación de heridas.

Es decir, hacerse daño a uno mismo de forma deliberada, ya sea mediante cortes, marcas en la piel, quemaduras, mutilaciones o golpes, asociados a una amplia variedad de problemas psicológicos.

Las personas que lo ejecutan generalmente lo hacen porque son incapaces de enfrentarse a una situación, dificultad o dolor psicológico de una forma saludable. Tienen pensamientos difíciles de soportar o sentimientos desesperados, y como tienen una gran dificultad para controlar sus emociones, trasladan ese no control a otra acción lesiva que sí pueden controlar: la autolesión.

La mayoría de las veces, las autolesiones no pretenden ser un intento de suicidio, aunque esto no quiere decir que no haya pensamientos o ideaciones sobre el suicidio, por lo que habrá que valorar este aspecto. Aun así, normalmente se trata de una forma dañina y poco adaptativa de enfrentarse al dolor emocional.



Hemos de entender la autolesión como una forma para regular las emociones.

Los adolescentes se autolesionan por muchos motivos, pero la mayoría intenta parar o interrumpir una emoción muy intensa, incontrolable y muy difícil de tolerar.

Autolesionarse es para muchos y muchas una forma de control para su malestar. Sin embargo, aunque las autolesiones pueden concluir en una sensación de calma momentánea, luego reaparecen sentimientos como la culpa o la vergüenza, por lo que el malestar vuelve y, a veces, con mayor intensidad.

La mayoría de las veces, las autolesiones son fruto de una mala regulación emocional. Los adolescentes no han aprendido a regular sus emociones de una manera adecuada y no tienen herramientas para afrontar esos sentimientos de una forma más adaptativa. Su malestar puede estar causado por: sentimientos de rechazo en clase, por la pérdida de una relación amorosa o de amistad, por estar muy presionados por su entorno, o incluso otros pueden haber sufrido algún trauma que no se han atrevido a contar, como pueden ser los malos tratos o los abusos sexuales.

En otras ocasiones los adolescentes ni siquiera saben de dónde viene todo ese malestar y tienen dificultades para localizarlo y expresar qué les sucede. Sin embargo, cuando se autolesionan el dolor se vuelve específico, controlable, se sabe dónde está. Se ha transformado algo psíquico y más abstracto en algo físico. Este dolor es mucho más visible, y más fácil de soportar, produciendo así la sensación de calma momentánea de la que hemos hablado anteriormente.

La sensación de alivio que describen los adolescentes se produce por la liberación de endorfinas u hormonas del “placer” que se liberan cuando se produce un esfuerzo físico intenso y que también pueden liberarse cuando se produce una lesión o un corte. Es decir, procesamos de formas muy parecidas el dolor y el placer.

Por todo esto, cortarse o autolesionarse de otras formas puede crear una adicción, y esta conducta puede convertirse en un hábito difícil de frenar.



El cerebro comienza a relacionar la sensación momentánea de alivio de las emociones desagradables con la acción de cortarse o autolesionarse. Cada vez que surge dicho dolor, el cerebro busca ese alivio y lleva al adolescente a repetir esta conducta.

3.5.1 Factores predictores de las autolesiones

Factores de riesgo: ser mujer, tener entre 15 y 25 años, vivir en una institución o centro y ser persona dependiente de alcohol o drogas.

Factores precipitantes: «bullying», embarazo no deseado, enfermedad física grave, divorcio de los padres o problemas familiares, abuso sexual, violencia doméstica, duelo, depresión, problemas económicos o en el trabajo, ansiedad, problemas en las relaciones sociales, suicidio o autolesiones de alguien cercano (este factor afecta más a los adolescentes), entre otros. El alcohol está presente en muchos de los períodos autolesivos, desinhibe y fomenta la conducta impulsiva por lo que es una nefasta combinación.

Factores inherentes a la persona: baja autoestima, imagen corporal pobre o distorsionada, sentimientos de rechazo por parte de los demás o de ser diferente, ser una persona aislada, bajas habilidades sociales, diferencias culturales o raciales, mala adaptación al entorno, alto neuroticismo (como rasgo de personalidad), presentar algún trastorno psicológico y/o alimenticio.

Es importante brindar atención primaria a los adolescentes que cuenten con uno o más de los factores aquí mencionados, esto con la finalidad de poder ayudarlos a mejorar su autoestima, resiliencia y manejo de emociones, también para prevenir la influencia en el abuso del alcohol y las drogas.

Considerar como padres de familia la importancia de vigilar a sus hijos, el contenido al que tienen acceso en internet y programas de televisión, que en muchas ocasiones son factores que incitan a la violencia o por imitación, o para permanecer y pertenecer a un grupo social donde él se sienta aceptado, escuchado, atendido, comprendido y reconocido, no tomando en cuenta el contexto donde se encuentren sus pares ni vulnerabilidad del mismo.



3.5.2 La alimentación como forma de expresar sentimientos

"Las dificultades con la alimentación son una manera de expresar sentimientos que no pueden ser dichos, así como las emociones que no pueden ser reconocidas o los afectos que desde nuestro inconsciente intentan manifestarse", asegura Isabel Menéndez, psicóloga psicoanalista experta en este terreno y autora del libro *Alimentación emocional*. "Desamor, abandono, culpa, rabia, celos, rivalidad, angustia o tristeza **son** algunos de los sentimientos que pueden estar intentando expresarse tras los conflictos con la alimentación".

Comida y emoción están estrechamente relacionadas y es en el terreno psicológico donde se encuentran muchas de las respuestas que el plano 'real' no es capaz de responder.

Esto es algo que no sorprende en casos graves, los que derivan en trastornos alimenticios como anorexia o bulimia, entre otros. De esta manera, tras una alimentación desordenada y poco saludable, ingestas excesivas o 'pérdida' de apetito hay una intención dirigida no solo a callar sino a 'calmar' lo que sentimos y alimentar las emociones, más allá de las necesidades fisiológicas del cuerpo.

Nos cuidamos y castigamos a través de la comida de manera inconsciente pues cuando nuestra boca no pronuncia lo que sentimos, traga para aliviar la tensión emocional. Uno de los síntomas que más se produce y más preocupa de esta llamada 'alimentación emocional' es el aumento de peso.

Sobre este desequilibrio detalla la psicoanalista que puede estar relacionado con tres conflictos internos. Por un lado, el miedo a crecer, la incapacidad de romper el vínculo con un ambiente familiar protector. En este caso la comida viene a representar la protección de los padres ante el temor de enfrentarnos a situaciones adultas. Por otro lado, puede ser reflejo de sentimientos agresivos que, ante la incapacidad de descargarlos de una manera adecuada, conducen a la ingesta desproporcionada.



Por último, el aumento de peso puede deberse a dificultades afectivas, en casos en los que las emociones se desbordan y se es incapaz de aplacarlas desde la razón. Ante la pérdida de control, la comida nos ayuda a calmar las tensiones internas es por esto que muchas veces nos refugiamos en ella.

¿Qué es el comer emocional?

El Dr. Jorge Luis Poo (2021), Internista y Hepatólogo refiere que existen tres patrones disfuncionales del comer, éstos son:

El comer emocional, el comer externo y el comer restringido.

Uno de los posibles factores psicológicos que influyen en el consumo de alimentos es el **comer emocional**, es decir, consumir alimentos para “sentirse mejor” o para satisfacer necesidades emocionales. Puede que las personas consuman un helado al sentirse tristes; ordenar una pizza al sentirse “solos” o ir por comida “chatarra” después de una larga jornada de trabajo bajo condiciones de estrés. Otro ejemplo, es el trato que se les da a los niños, ante una situación de inestabilidad emocional, se utilizan alimentos para consolar, compensar un aburrimiento o disminuir la tristeza.

Las emociones tienen un poderoso efecto sobre nuestra selección de alimentos, hábitos alimentarios, preferencias y hasta en las aversiones alimentarias. Dichas reacciones del organismo tienen un papel clave e importante en la vida cotidiana y en el comportamiento humano. Por ello, es necesario comprender principalmente de qué forma se han caracterizado a las emociones.

Una investigación realizada en la población mexicana se reportó que las emociones más percibidas son: la felicidad, el amor, el enojo y la tristeza, pero también reportaron que el miedo está presente, pero de manera menos intensa.

Entonces ¿qué es el comer emocionalmente o la alimentación emocional? La alimentación emocional se puede observar como una dimensión de la conducta alimentaria.



Al hablar sobre el “comer emocionalmente” o también llamado como “alimentación emocional” se hace referencia al comer por apetencia, pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional.

Algunas de las emociones que se han descrito y que son relevantes para el caso, son la ansiedad, la depresión, ira y la soledad. Por otro lado, a través de la evidencia experimental se ha observado que la alimentación emocional tiene consecuencias psicológicas y de salud.

Se ha observado que los “comedores emocionales” piensan en la comida cuando se generan conductas ansiosas, emotivas o negativas y así fijan su atención en los alimentos y en su ingesta, dado que es una forma de no focalizar la atención en las emociones negativas. Los comedores emocionales se caracterizan por tener dificultad en identificar sus emociones y diferenciarlas de las sensaciones de hambre, esto tiene un efecto en la capacidad para expresar sus sentimientos. Sumado esto con la exposición a otros factores como son, mantenerse largo tiempo frente a un televisor, jugar videojuegos o utilizar una computadora, ha demostrado que son factores para el consumo excesivo de alimentos.

La tristeza puede ser fácilmente confundida con el hambre, esto ocurre por las reacciones químicas que produce la comida sobre el cerebro, alterando nuestros estados emocionales.

Lo más importante es conocer el comportamiento del cuerpo frente a distintas situaciones como el hambre o la depresión; muchas veces un vaso de agua puede eliminar la ansiedad. El Dr. Jorge Luis Poo (2021), Internista y Hepatólogo, comenta que la observación clínica de que los seres humanos consumimos más alimento del que necesitamos es muy frecuente. Parecería ser que hay un desequilibrio entre hambre y saciedad. Algunos dirían que de pronto el hambre se queda y la saciedad desaparece. Pero en realidad no es tan sencillo, porque se ha demostrado que comemos, aunque no haya hambre.



Las costumbres y hábitos familiares frecuentemente confunden a la abundancia como un buen sustituto a la finura o a la calidad de los platillos que se va a degustar. Y por otro lado, según este interesante artículo, están las emociones, como la tristeza, la ansiedad, la ira, la depresión, que activan el modo comida, con el fin de inactivar esas emociones. Tal vez ocurra algo como en el tabaco o el alcohol, que al consumirlos se inactivan a las emociones, pero su efecto es leve y pasajero.

Al rato vuelven las emociones y entonces hay que retroceder a ingerir alimentos para intentar inactivarlos otra vez. Sin que se reflexione sobre el origen de esas emociones. Esto pasa continuamente con los adolescentes, y se debe considerar encontrar el motivo por el cual consumo alimentos para saciar un sentimiento o una emoción para sobrevivir a la tristeza, depresión, enojo, ansiedad, etc., porque no saben cómo expresar sus necesidades sin sentirse juzgados.

3.5.3 El Ciclo de la Autolesión

Desde la perspectiva de la Psic. Liz Fabiola González (2020), Según estudios realizados en los últimos años, la población más propensa a practicar la autolesión son los adolescentes, siendo los 14 años la edad en la que con más frecuencia aparece, no obstante puede presentarse entre los 12 y 25 años y aunque no es un fenómeno exclusivo de un género es más común en mujeres que en hombres.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes en 2015, con cerca de 67 000 muertes, teniendo claro que estas cifras van en incremento en la actualidad.

Quienes presentan estas conductas más frecuentemente son los adolescentes de mayor edad, en especial en las jóvenes, en las que es la segunda causa de muerte. Así mismo la OMS afirma que estos fallecimientos pueden ser prevenibles.

*Abigail Castrejón Díaz.
Facultad de Psicología.*

Es importante conocer que la autolesión tiene un ciclo, que si estás pasando por esto podrás identificar:

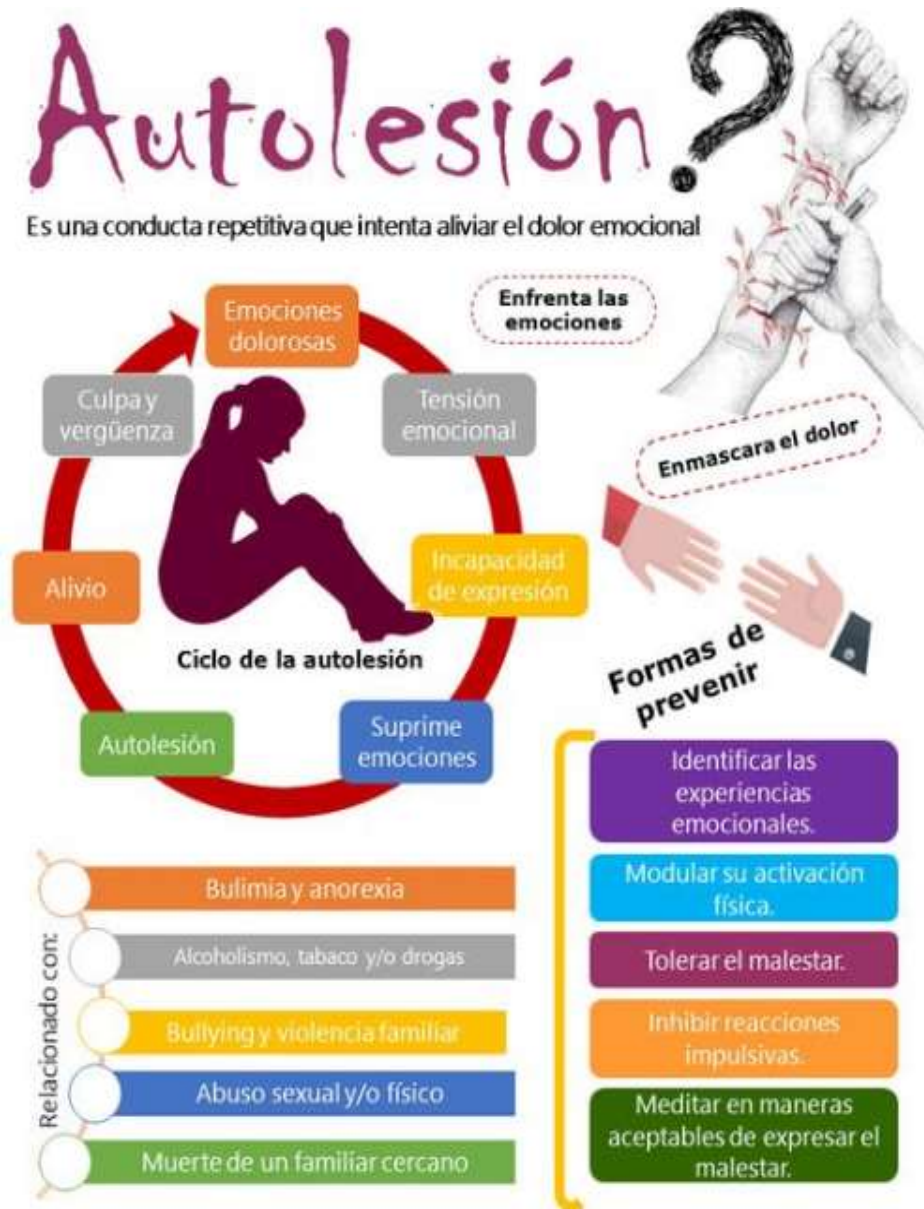


Fig. 7 Ciclo de la Autolesión

Este ciclo comienza por sentir una emoción dolorosa (tristeza, ira, frustración, etc.), la persona piensa que su malestar es tan grande que no lo puede controlar o manejar y ahí comienza a aumentar la tensión fisiológica y emocional activando los pensamientos y llegando a la



autolesión, luego de que produce el daño se experimenta un alivio pero después el individuo siente culpa y/o vergüenza.

3.5.4 ¿Por qué se lesionan los adolescentes?

Los motivos que los propios jóvenes declaran que los llevan a infligirse heridas se engloban en tres:

- **Para anular emociones intolerables.** La autolesión sirve para distraerme de pensamientos no deseados.
- **Para hacer físico el dolor psíquico de esas emociones intolerables.** No puedo expresar ni calmar mi angustia, pero un corte en el brazo concentra todo el dolor en un punto y puedo hacer que me deje de doler después de curarlo.
- **Para transformar y anestesiar las emociones no deseadas.** Después de la angustia antes y durante el corte se produce una extraña calma y sensación de bienestar. He conseguido hacerme cargo de mi angustia. La autolesión provoca la relajación de las endorfinas que, a su vez, provoca una sensación de bienestar.

APAI Psicólogos (2021) nos dicen que... Las autolesiones se pueden producir en cualquier parte del cuerpo, situándose sobre todo en los antebrazos, los muslos y el abdomen.

No hay que olvidar que intentan ocultar estas conductas a la vista de los demás y sienten una profunda vergüenza, por lo que algunos adolescentes se realizan los cortes o las quemaduras en partes del cuerpo más escondidas.

Normalmente vemos estas formas de hacerse daño:

-Cortes: se pueden hacer con todo tipo de objeto afilado, como cuchillos, cutters, hilos, agujas, cuchillas de afeitar o incluso las uñas.



Fig. 8 Ejemplo de autolesión: Cortes

-Rozaduras y quemaduras: usan fuego, mecheros calientes, cigarrillos encendidos, cerillas... se pueden realizar heridas profundas y muy dolorosas.



Fig. 9 Ejemplo de autolesión: Quemadura

-Darse golpes, puñetazos o golpearse la cabeza: hay muchos adolescentes que pegan puñetazos hasta ver que sus nudillos sangran, se dan golpes en el pecho o en la cabeza e incluso les piden a otros que les hagan daño.



Fig. 10 Ejemplo de autolesión: Darse golpes

-Tricotilomanía: es un impulso por arrancarse cabellos, tanto del cuero cabelludo como cejas, bigote, barba, nariz u otras partes del cuerpo. Puede pasar de un hábito a una adicción, siendo una conducta presente en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).



Fig. 11 Ejemplo de autolesión: Tricotilomanía

-**Dermatilomanía:** es la conducta autolesiva de reabrirse las heridas, arrancándose la costra o la piel nueva, quitándose los puntos o las tiritas.



Fig. 12 Ejemplo de autolesión: Dermatilomanía

Es importante que, ante el primer indicio, de que, el adolescente se autolesione se busque la ayuda requerida y adecuada para poder confrontar, contener y si es posible detener en la medida posible esa situación que está perjudicando inevitablemente al adolescente, a su entorno familiar y social, es preciso acudir ante un especialista en el tema o a las diferentes estancias que ofrecen ayuda a los adolescentes con este tipo de conductas de autolesión, con la finalidad de descartar que esto sea generado por algún trastorno o condición biológica.

De esta forma también estaríamos evitando que los adolescentes lleguen a perpetrar un suicidio.



3.6 Factores protectores que influyen en la disminución de las conductas autodestructivas

No siempre es fácil detectar las autolesiones, ya que los adolescentes no hacen evidente su situación y les cuesta mucho pedir ayuda. Esconden su situación por vergüenza y por culpabilidad.

Aun así, existen algunas señales que pueden poner en alarma a los cuidadores primarios o profesores o compañeros:

– Que sufran heridas inexplicables, quemaduras, golpes, que haya manchas de sangre en la ropa o en la cama, encontrar objetos punzantes escondidos como cuchillos, agujas, cuchillas...

– Ir siempre ocultando su cuerpo, manteniendo la manga larga haga el tiempo que haga, tanto en temporada de frío como en temporada de calor.

– Pueden estar irritables y preferir aislarse de los demás. Eligen evitar las situaciones sociales ya que “tienen que fingir estar bien” y les cuesta mucho mantener esa imagen.

Los factores de protección son aquellos acontecimientos o cosas que disminuyen el riesgo en este caso de las conductas autos lesivos, estos pueden ser:

- Cohesión familiar / con grupo de iguales.
- Buenas relaciones interpersonales.
- Estrategias de afrontamiento positivas.
- Auto-concepto positivo.
- Autorregulación y flexibilidad cognitiva.
- Autocontrol emocional.
- Valores/actitudes positivas.
- Habilidades resolución problemas.
- Tener creencias religiosas y culturales.
- Apoyo familiar y comunitario.

- Buena autoestima.
- Habilidades para formar razones para vivir.
- Tener apoyo y recursos de tipo social, comunitario, sanitario y educativo

Los factores mencionados anteriormente serán incluidos en el taller psicoeducativo que se llevara a cabo, con la finalidad de tenerlos presentes como herramientas que ayudarán a la prevención y disminución de casos de adolescentes con conductas autodestructivas.

AUTOLESIONES

¿Cómo ayudar a una persona que se autolesiona?

Qué no hacer	Qué sí hacer
<ul style="list-style-type: none">• No culpabilices• No juzgues• No infravalores su sufrimiento• No pases por alto sus emociones• Nunca ignores una autolesión	<ul style="list-style-type: none">• Muestra apoyo y preocupación• Ayúdale a encontrar otras formas de descargar su malestar• Ayúdale a expresarse• Retira objetos peligrosos• Pide ayuda profesional

Fig. 13 Ayuda a personas que autolesionan



3.6.1 Trastornos asociados a las autolesiones

Como hemos referido anteriormente las autolesiones pueden aparecer por sí solas, pero pueden representar un problema más complejo de fondo: se estima que el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental. Toda autolesión debe ser considerada y no ignorada, al menos hasta que se descarte algún peligro o que esto forme parte del tratamiento.

Hay muchos trastornos en los que aparecen las autolesiones, el más común y el único que se considera como criterio de diagnóstico es el denominado trastorno límite de la personalidad. En este trastorno las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes y entre el 8 y 10% consuman el suicidio.

En el trastorno de personalidad histriónica pueden aparecer autolesiones, aunque en este caso, es más probable que se asocien a una llamada de atención. También pueden aparecer en otros trastornos de personalidad (como el antisocial), en la depresión o en el trastorno bipolar; los sentimientos de malestar, en general, pueden acabar llevando a la persona a autolesionarse. Este fenómeno también puede verse en patología comparada.

Tal es así que, en algunas especies animales, como en el perro o en las aves, también existen casos de autolesiones, en casos de zoocosis, es el término que se le da al trastorno autodestructivo y anormal que presentan los animales en cautiverio, como en procesos depresivos, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad y estrés. En estos casos se pueden observar mordeduras de las patas y de la cola, arrancarse el pelo, picotearse, golpearse la cabeza hasta producirse mutilaciones, morder los barrotes de la jaula y lesiones en los genitales.

Las autolesiones pueden ocurrir en momentos o episodios de despersonalización en los que la persona no es consciente de lo que está haciendo.

Así mismo, en ocasiones, en episodios psicóticos las voces pueden inducir a las autolesiones. Se asocia también con los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias.



Las autolesiones también pueden aparecer en el trastorno por estrés postraumático. Por último, añadir que, en una serie de enfermedades mentales, como la demencia y la esquizofrenia, así como en otros trastornos, como la discapacidad intelectual y el autismo, los afectados se producen a sí mismos daños sin ningún objetivo, sino a consecuencia de su enfermedad, y esta conducta también se considera autoagresión.

Un caso paradigmático de autolesión es el paciente con el síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del metabolismo de las purinas producido por una deficiencia completa de hipoxantina-guanina-fosforribosil-transferasa.

Esta deficiencia es una alteración congénita de herencia recesiva ligada al sexo, con una prevalencia de un caso por cada cien mil recién nacidos vivos. En este caso los niños presentan una autoagresión compulsiva con pérdida tisular: empiezan a morderse los labios o sus dedos desde muy corta edad.

3.6.2 Clasificación, Criterios Y Otras Características, Según DSM-5

Las autolesiones no suicidas están contempladas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5ª edición, actualizada y editada por la Asociación Americana de Psiquiatría y publicada en español en 2014.

El tema se inscribe en la Sección III, que contiene «Medidas y modelos emergentes», con el título de «Afecciones que necesitan más estudio». En este apartado se incluyen afecciones que conviene seguir investigando en el futuro, con el fin de tomar decisiones acerca de su posible inclusión en las subsiguientes versiones del DSM.

Así pues, los criterios que se aportan de esta afección no son definitivos ni oficiales en la actualidad por lo que se recomienda utilizarlos con cierta precaución ante propósitos clínicos.



Los criterios propuestos para definir esta afección son los siguientes:

1. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, como por ejemplo cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso, etc., con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, sin intención suicida).

1. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
 - 2.1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 - 2.2. Para resolver una dificultad interpersonal.
 - 2.3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
2. Las autolesiones intencionadas se asocian con, al menos, una de las siguientes:
 - 2.1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 - 2.2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
 - 2.3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúa.
3. El comportamiento no está aceptado socialmente, como por ejemplo «piercings», tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural, y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.



4. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

5. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas.

El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica, como por ejemplo trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía y trastorno de excoriación en piel.

Tabla 1. Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia

<p>A. Características personales</p> <ol style="list-style-type: none">1. Capacidad de solución de problemas: si es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas.2. Impulsividad: la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo.3. Desesperanza: síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida.4. Ira y hostilidad: diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan. <p>B. Trastornos psiquiátricos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Trastornos depresivos: directamente relacionados con conductas autolesivas. El 67% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo.2. Abuso de sustancias: el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse.3. Trastorno de conducta: adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial. <p>C. Características familiares</p> <ol style="list-style-type: none">1. El 50% de los adolescentes que se autolesionan viven solo con uno de sus padres.2. Los problemas de convivencia entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes.3. La falta de calidez en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 años y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio. <p>D. Los medios de comunicación</p> <ol style="list-style-type: none">1. Un estudio mostró que cuanto más publicidad se le dé a un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el período posterior al primero.2. La publicación en diversos periódicos de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el período posterior a la publicación.3. La emisión de una serie de televisión basada en un caso de suicidio («Muerte de un estudiante») en Estados Unidos en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de la misma.4. La influencia de programas de televisión en adolescentes de 14 años sanos: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de autolesiones. <p>Tomado de AEPNYA (1), modificado</p>

Como podemos observar en la tabla anterior, un 50% de adolescentes que se autolesionan viven con solo uno de sus padres, con lo cual volvemos a reafirmar la importancia que tiene la familia en el desarrollo físico, mental, social, cognitivo y conductual, siempre habrá más probabilidad de que un adolescente con una familia tradicional (mamá y papá) se adapte y desarrolle mejor en todas sus áreas.



En cambio a un adolescente con una familia uniparental se le dificultara más poder satisfacer sus necesidades básicas, tener una buena autoestima y resiliencia para resolver los conflictos que se le presente en su día a día, no obstante si estos adolescentes se desenvuelven dentro de un núcleo familiar que cuente con una buena comunicación, afecto reciproco con sentido de pertenencia e identidad puede tener una mejor calidad de vida.

Las autolesiones en adolescentes son un tema que, como sociedad, debería alertarnos sobre el estado de la salud emocional de nuestros jóvenes, ya que frecuentemente podemos encontrar casos de este tipo, no solo en consultorios u hospitales sino también en el ámbito escolar sin importar el grado académico en el que se encuentren.

Un ejemplo para darse una idea de cómo ha ido incrementando los reportados en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro", 2013

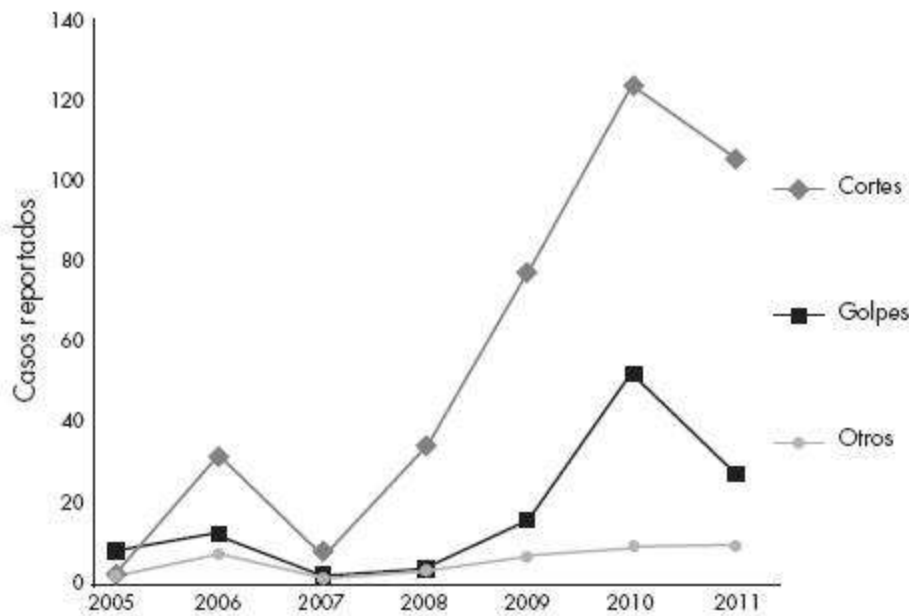


Fig. 14 Frecuencia de autolesiones por año

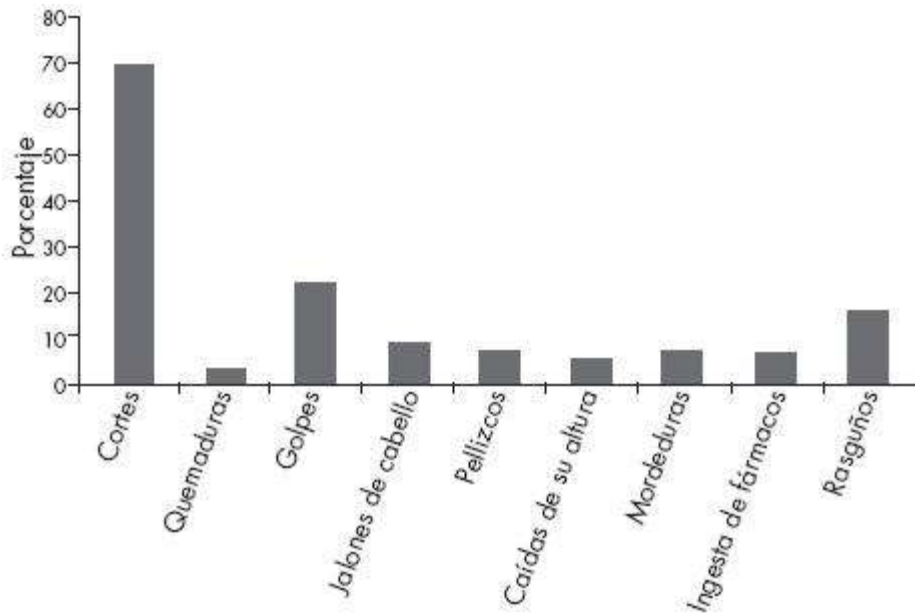


Fig. 15 Frecuencia de los diferentes tipos de autolesiones

La prevalencia de autolesiones en adolescentes mexicanos con psicopatología se ha incrementado notoriamente a lo largo del tiempo; estas lesiones están asociadas principalmente a trastornos afectivos y de conducta. La distribución por sexo y el tipo de autolesiones son similares a las reportadas en otros países.

Es importante incluir dentro de la valoración psiquiátrica cotidiana la búsqueda intencional de conductas autolesivas en pacientes de cualquier edad, en este caso adolescentes, que acudan por cualquier motivo, en especial por problemas de conducta, síntomas afectivos o ansiosos, o bien por consumo de sustancias y que además tengan una importante carga de adversidad psicosocial o de eventos estresantes de vida.

Y considero que es importante tomar medidas preventivas para frenar el aumento de casos y sea un detonante para un trastorno mental.

A continuación, se comparten algunos testimonios de adolescentes que nos narran su experiencia en cuanto a esta situación.



Estos testimonios son tomados del libro: “**LA AUTOLESION**”: (Dolores, Autolesion: El lenguaje del dolor, 2008)

Testimonio 1: Cuando me preguntan ¿Por qué te cortas?, suelo contestar “no lo sé” esto es en parte cierto y en parte falso por que sí lo sé, pero no lo puedo explicar. Es como una necesidad imperiosa de hacerme daño, pero el desencadenante puede ser muy variado.

Testimonio 2: A veces entro en una especie de trance... siento que me estoy volviendo loca, que no existo, que no soy real, es como si estuviera muerta... A veces me quemo para comprobar que sigo viva y que aun siento algo.

Testimonio 3: No tolero las discusiones, me afectan muchísimo y solo consigo frenarlas cuando empiezo a golpearme. Cuando me golpeo paran los gritos. Se ha vuelto automático. A veces me gustaría gritar “callaos”, pero no soy capaz.



CAPÍTULO IV

TALLER PSICOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES COMO INTERVENCIÓN PRIMARIA ANTE LAS AUTOLESIONES QUE PROVOCA LA FALTA DE CONVIVENCIA EN UNA FAMILIA UNIPARENTAL



Capítulo IV

TALLER PSICOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES COMO INTERVENCIÓN PRIMARIA ANTE LAS AUTOLESIONES QUE PROVOCA LA FALTA DE CONVIVENCIA EN UNA FAMILIA UNIPARENTAL

La finalidad de este trabajo es diseñar un taller psicoeducativo para adolescentes como intervención primaria ante las autolesiones que provoca la falta de convivencia en una familia uniparental.

El programa se desarrollará a nivel secundaria, con adolescentes de entre 14 a 16 años considerando de preferencia familias uniparentales.

Objetivos:

1. Psicoeducar a padres de familia y adolescentes acerca de las autolesiones que existen para poder identificarlas y hablar sobre ellas de manera preventiva través de factores positivos.
2. Concientizar sobre el hecho de hacer modificaciones en los patrones afectivo-conductuales de la historia familiar.
3. Reconocer el concepto de emoción y sus tipos para saberlas regularlas.
4. Manejo de resolución de problemas.

El programa iniciara con su primer y segundo módulo basado en la psicoeducación para adolescentes y padres de familia respectivamente.



¿De qué trata la psicoeducación?

El término fue acuñado por George Brown y su equipo de psiquiatría (1972), quienes centraron su trabajo en familias y pacientes que fueron diagnosticados con esquizofrenia.

A partir de sus observaciones identificaron que mientras más hostiles y negligentes eran los familiares, la recaída de quien presentaba el cuadro solía ser más frecuente.

Es así como surge la psicoeducación, descrita como una aproximación terapéutica en la que se proporciona a la persona y a su familia información específica sobre la enfermedad (Godoy et al., 2020).

Dicha información incluye el tratamiento, pronóstico y pasos a seguir frente a una determinada patología.

Por tanto, esta herramienta que involucra procesos biológicos, cognitivos y sociales apoya la autonomía y mejora de la calidad de vida del consultante.

Ahora, el nivel de efectividad de la psicoeducación trasciende el hecho de brindar información sobre una determinada situación o patología. Esta aproximación terapéutica tiene por objetivo el modificar las actitudes o conductas del consultante a través del entrenamiento de técnicas de afrontamiento.



Aquí se abordarán características, tipos de autolesiones y factores de riesgo.

Módulo 1 dirigido a adolescentes

Actividad 1

Esta es basada en la interacción de primer contacto entre todos los participantes y se brindará información sobre las autolesiones. Estará dividida en cuatro tiempos:

Objetivo	Actividad	Desarrollo	Recursos	Tiempo
Integrar a los alumnos de manera lúdica para observar la manera en que interactúan de manera social.	¿Quién eres tú?	Se dividirá a los participantes en parejas para que puedan intercambiar información acerca de su ciclo de vida (Nombres, grado que cursan, profesión que desean tener, si practican algún deporte, fortalezas y debilidades.)	Participantes	25 minutos
Imaginar la información del programa a través de la redacción de cada alumno.	¿Qué hago aquí?	Los adolescentes compartirán a grandes rasgos, en qué creen que consiste el programa, en qué podrá ayudarles, el objetivo se escribirá en un papel y se guardará hasta concluir el programa.	Participantes Hojas blancas Lapicero	25 minutos
Identificar emociones primarias en los alumnos para relacionarlas con el contexto donde se desenvuelve.	¿Qué sentimos?	Cada participante recibirá 5 papelitos en los cuales podrá escribir emociones, acciones o pensamientos que relacione con las autolesiones. En un pizarrón se dibujarán 3 columnas en las cuales los participantes colocarán las palabras escritas en los papeles e identificarán las emociones, pensamientos y acciones que tienen en común.	Participantes Hojas blancas Lapicero	30 minutos
Presentar la información de autolesiones y lo que provoca al llevarlo a cabo.	Aprendiendo juntos	Se realizará una exposición acerca de las autolesiones, sus síntomas, características tipos de autolesiones y factores de riesgo.	Proyector Lap top	45 minutos



Módulo 1 dirigido a los padres de familia

Actividad 1:

Se hablará de la psicoeducación para padres basada en las autolesiones. Estará dividida en 3 momentos.

Objetivo	Actividad	Desarrollo	Recursos	Tiempo
Escuchar a los padres de familia, sus acontecimientos vitales que tienen junto con sus hijos para ser orientados y canalizar de manera psicológica la situación que confrontan.	Lo que yo sé	Cada participante nos compartirá su experiencia, emociones, pensamientos y acciones que han presentado ante la situación en la que se encuentran junto a sus hijos y de qué manera lo confrontan.	Participantes	30 minutos
Brindar la información necesaria acerca de las autolesiones, como identificarlas, cuáles son los factores de riesgo, los tipos de autolesiones y sus características	Aprendiendo a aprender	Se realizará una exposición psicoeducativa a los padres de familia para que identifiquen las autolesiones que podrían presentar sus hijos y saber dirigirse con ellos y canalizarlo al área que corresponda.	Participantes Proyector Lap top	45 minutos
Aclarar todo lo relacionado con el tema presentado para darle seguimiento al otro módulo.	Reafirmando conocimientos	Los padres de familia harán las preguntas correspondientes que hayan surgido a partir de la información brindada, sabremos si ya tenían conocimiento y como se sintieron respecto a las dos actividades anteriores.	Participantes Hojas blancas Lapicero	30 minutos



Módulo 2 dirigido a adolescentes

Actividad 2

Es para reconocer la importancia que tiene la familia en el desarrollo de los adolescentes, está dividida en 3 momentos.

Objetivo	Actividad	Desarrollo	Recursos	Tiempo
Realizar un árbol genealógico para conocer la relación con su familia, etc.	No estamos solos	Se pedirá a cada uno de los participantes que realice un árbol genealógico, después nos brindara la explicación de quienes lo integran, su historia y dinámica familiar.	Participantes Hojas blancas Lapicero Colores	60 minutos
Dar explicación del concepto de familia y cómo influye en el desarrollo del adolescente.	Mi familia	Consiste en una exposición acerca del concepto de la familia, diferentes tipos de, sus funciones y cómo influyen en el desarrollo del adolescente.	Participantes Hojas blancas Lapicero Proyector Lap top	45 minutos
Identificar las fortalezas, debilidades y amenazas que existen dentro del núcleo familiar del estudiante.	Mi familia: Mi fortaleza	Cada uno de los alumnos escribirá en un papel las fortalezas y debilidades que considere están presentes en su núcleo familiar.	Participantes Hojas blancas Lapicero	20 minutos

**Módulo 2 dirigido a los padres de familia****Actividad 2:**

Es para reconocer la importancia que tiene la familia en el desarrollo de los adolescentes y se divide en 3 momentos.

Objetivo	Actividad	Desarrollo	Recursos	Tiempo
Dar explicación del concepto de familia y cómo influye en el desarrollo del adolescente	Familia	Consiste en una exposición acerca del concepto de la familia, diferentes tipos de, sus funciones y cómo influyen en el desarrollo del adolescente	Participantes Proyector Lap top	45 minutos
Dar explicación del concepto de familia y cómo influye en el desarrollo del adolescente.	Recuerdos	Se pedirá a cada participante que nos comparta información acerca de su historia familiar, que emociones, sensaciones, pensamientos y acciones cree que fueron adquiridas desde su historia familiar y si siguen presentes o se han interrumpido ciclos o patrones a través de la modificación de las mismas.	Participantes Hojas blancas Lapicero	45 minutos
Identificar las fortalezas, debilidades y amenazas que existen dentro del núcleo familiar desde la perspectiva de los padres de familia.	Fortalezas	En esta actividad al igual que se trabajó con los adolescentes se pedirá a cada participante que nos escriba en un papel las fortalezas, amenazas y debilidades que percibe en su núcleo familiar.	Participantes Hojas blancas Lapicero	25 minutos

**Módulo 3 dirigido a Padres e hijos****Actividad 3:**

Está basada en reconocer y aceptar las fortalezas, debilidades y amenazas que están presentes en el núcleo familiar, esto con la finalidad de mejorar las carencias y fortalecer los vínculos, con el propósito de contar con un buen contexto en el que el adolescente se desenvuelva plenamente.

Objetivo	Actividad	Desarrollo	Recursos	Tiempo
Conocer los alcances que se han logrado mediante la impartición del taller.	¿Cómo me siento?	Se iniciará la actividad pidiendo a los participantes que nos hable de cómo se han sentido durante el desarrollo del taller y si la información brindada ha sido de ayuda.	Participantes	25 minutos
Comparar los puntos de vista que tienen padres e hijos acerca del funcionamiento de su familia.	Semejanzas y diferencias.	En esta actividad llevaremos a cabo la comparación acerca de lo que los adolescentes y padres escribieron en la actividad anterior sobre las fortalezas y debilidades que cada uno detecta en su núcleo familiar.	Hojas realizadas en la actividad 2 Hojas blancas lapicero	40 minutos
Identificar las fortalezas, debilidades y amenazas que existen dentro del núcleo familiar con la finalidad de encontrar posibles soluciones a diferentes situaciones que generen conflictos.	En busca de algo mejor.	Durante esta actividad se pedirá a los adolescentes en conjunto con sus padres que dialoguen acerca de los puntos que quieran y deban mejorar para un buen funcionamiento de su entorno y los escriban en un cuadro junto a las posibles opciones que deben realizar para modificar dichas carencias	Hojas realizadas en la actividad 2 Hojas blancas Lapicero	35 minutos
Conocer si el taller causo el impacto esperado en los participantes y de esta forma saber si se lograron los objetivos del mismo.	¿Qué logre?	En esta actividad se pedirá a todos los participantes que nos expresen si el programa les fue funcional y si se logró cumplir con los objetivos y expectativas que tenían al inicio del mismo. Se agradecerá por haber participado en las actividades realizadas durante todo el taller.		30 minutos



CONCLUSIONES



Conclusiones

El propósito de este trabajo fue conocer la manera en la que influye la aparición de conductas autodestructivas en adolescentes de familias tradicionales en comparación de familias uniparentales. Mediante la presente investigación se constata que las características de la dinámica familiar tales como: comunicación, roles, afecto recíproco, identidad y sentido de pertenencia son aspectos fundamentales para un buen desarrollo psicológico, social conductual y emocional en los adolescentes.

La mayoría de adolescentes más vulnerables a realizar conductas autodestructivas son aquellos que viven en un hogar disfuncional ya sea tradicional o uniparental, puesto que no siempre se comunican de manera asertiva, no actúan de manera recíproca para mantener una adecuada interacción familiar, existe una carencia de definición de roles y reglas por lo que altera la relación entre los miembros, creando barreras de comunicación que conllevan a los adolescentes a practicar este tipo de conductas poniendo en riesgo su cuerpo o peor aún su vida, con el fin de aliviar la angustia o el sufrimiento emocional, causado por varios factores y la intolerancia a los mismos.

Además, se percibe una baja autoestima, por no saber encontrar soluciones a los conflictos, sino más bien buscan una forma de escapar de la realidad.

De acuerdo con la información recabada durante la investigación podemos ultimar que:

- Las adolescentes (mujeres) son las que con mayor frecuencia realizan prácticas de autolesiones destructivas.
- No existe un factor único que sea el desencadenante para que las y los adolescentes lleven a cabo prácticas de autolesión.



- Podemos darnos cuenta que uno de los factores importantes para que el adolescente se autolesione es el hecho de vivir en una familia uniparental ya que un 50% de estos jóvenes practican alguna autolesión, sin embargo hay adolescentes con familias tradicionales (mamá y papá) que también recurren a autolesionarse, lo cual nos lleva a reafirmar la importancia de tener una buena dinámica familiar en la cual los adolescentes se desarrollen de manera adecuada, cubriendo las necesidades, físicas, emocionales y sociales que se requieran.

Desde mi perspectiva considero importante brindar las herramientas necesarias tanto a padres, adolescentes, maestros y personal de salud para contrarrestar esta situación, ya que día a día son más los casos de jóvenes que ponen en riesgo no solo su salud, si no también, la de las personas que se encuentran a su alrededor al practicar conductas no favorables, debo recalcar que entre mejor sea la dinámica familiar en la que se desenvuelven los adolescentes desde su infancia menor será la probabilidad de que caigan en este tipo de prácticas.

Una sugerencia es que en la familia exista interés y disponibilidad para contar con una dinámica familiar en la cual puedan compartir momentos de ocio y sin tecnología, incentivar el intercambio de las experiencias más significativas, motivaciones y los proyectos de vida, esto ayudará al bienestar emocional, en el núcleo debe prevalecer una comunicación eficaz y saludable, lo cual ayudará a aumentar el afecto entre sus miembros, como padres con hijos adolescentes, es necesario ser empático y aplicar la escucha activa, dejándolo expresar sin ser interrumpido, aunque no estés de acuerdo con sus argumentos, demostrando interés en lo que comunica, haciendo preguntas abiertas para aclarar dudas y por consiguiente opinar o buscar soluciones a cualquier problema o situación, por lo que el diálogo se hará más factible y los adolescentes tendrán la confianza de poder expresar sus pensamientos, sentimientos, emociones y preocupaciones lo que los llevara a sentirse seguros y comprendidos.

Los adolescentes necesitan de atención y ser escuchados, por lo que es fundamental que los padres aprendan a escuchar sus conflictos por muy pequeños que parezcan con esto estaremos contrarrestando los factores de riesgo y propiciando los factores de protección que pueden ser:

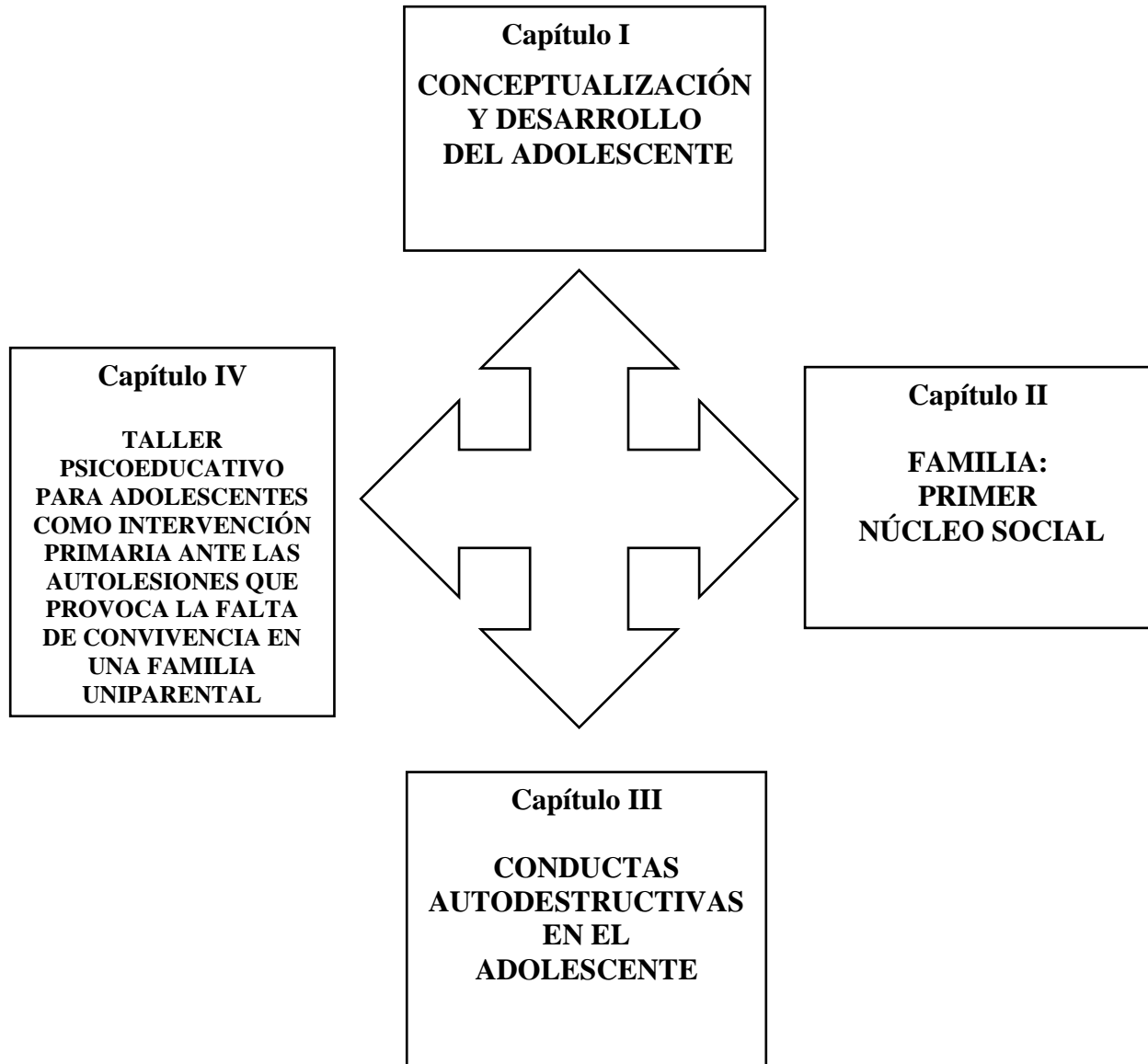


Mayor apoyo moral, económico, informativo, y trascender valores, tener una buena convivencia en todos los núcleos en los que se desenvuelve el adolescente (casa, escuela, vecindario entre otros.)

Además, los factores culturales también equilibran los riesgos, incentivando a la práctica de algún deporte, la participación en asociaciones religiosas, clubes de danza, pintura, gastronomía, o cualquier otro que sea de su interés, con esto lograremos un escudo o filtro de protección para el desarrollo óptimo del adolescente lo cual es una manera de prevenir las conductas autodestructivas que afectan su bienestar físico y emocional.

Sin embargo, la mejor herramienta para disminuir estas prácticas autodestructivas es que las familias, ya sean tradicionales o uniparentales establezcan una relación fuerte con los hijos, basada en un ambiente de confianza, comprensión y afecto, incrementando su autoestima, fomentar la resiliencia, la resolución de conflictos, brindarles la atención que necesitan y tratando de cubrir en la mayor manera posible todas sus necesidades, en caso de encontrarse en una situación de autolesiones buscar de manera inmediata la ayuda adecuada para resolver la situación de la mejor manera y evitar que haya daños irreparables como son los suicidios.

ESQUEMA





Bibliografía

- Aguirre, E. (2000). Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud. Bogotá, Colombia, Universidad Nacional de Colombia.
- Alonso, J. y Román, J. (Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*. 17(1), 76-82.
- Alzate, M. (2003). El descubrimiento de la infancia, modelos de crianza y categoría sociopolítica moderna. *Revista de Ciencias Humanas*. 9(31), 17-24.
- Amaya, R. (2008). Parentalidad positiva: educación emocional y en valores desde el ámbito familiar. Mesa Redonda: Educación Emocional y en Valores: Jornada sobre “Familia, escuela y sociedad: el reto de la convivencia”. Madrid: Universidad de Oviedo.
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM5. Guía para el diagnóstico clínico.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Andrade, P. y Díaz-Loving, R. (1997). Ambiente familiar y características de personalidad de los adolescentes. *Revista de psicología social y personalidad*, 13 (2), 199-210.
- Arvelo, L. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: implicaciones psicoeducativas. *Acción Pedagógica*, 12 (1), 20-30.
- ASeFo: Autolesión Self injury Foro. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion>.
- Autolesiones ¿por qué se hacen? Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.omicrono.com/2013/10/autolesiones-porque-lo-hacen-todo-lo-que-necesitas-sabery-como-enfrentarte-a-ellas-trigger/>
- Barrera, F. (2002). Una aproximación al estudio de los determinantes de la crianza. Documento CESO. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bowlby, J. (1979). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata



- Cabera, V., Guevara, I. y Barrera, F. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*. 9(2), 115-126.
- Castells P, Silber J. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona. Ed Planeta 1998; pág. 363-371
- "Conducta". Autor: Equipo editorial, Etecé. De: Argentina. Para: *Concepto.de*. Disponible en: <https://concepto.de/conducta/>. Última edición: 22 de octubre de 2021. Consultado: 19 de diciembre de 2022
Fuente: <https://concepto.de/conducta/#ixzz7nwq0NZ2i>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147-165. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316010>
- Corsi, Paulina. (2002). Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 361-370. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400008>
- Cuervo, A. (2010). Pautas de Crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 6(1), 111-121.
- DeMause, L. (1991). *Historia de la infancia*, Madrid, Alianza.
- Emprendiendo por tu salud, OMS (2019), [EnferviDacs/posts/499991787476595/](https://www.who.int/es/emergencias/enfervidacs/posts/499991787476595/)
- Eraso, J., Bravo, Y. y Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres de cabeza de familia en Popoyan: Un estudio Cualitativo. *Revista de Pediatría*. 41(3), 23-40.
- iaget J. The intellectual development of the adolescent. En: *Adolescence: Psychological perspectives*. New York: Basic Books, 1969.



- Faber, A. y Mazlish, E. (2006). *Cómo hablar para que los adolescentes escuchen y cómo escuchar para que los adolescentes hablen*. Nueva York: Harper Collins.
- Frías, A., Vázquez, M., Del Real, A., Sánchez, C. & Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. ISSN 1695-4238, 103. Tomado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>.
- Frías, Á., Vázquez, M., Del Real-Peña, A., & Sánchez, C. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, (103), 5.
- Galán, Elena (2007). Desarrollo emocional, educación afectiva y modelos de familia. *INFAD: International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 55-66
- González Liz (2020). Equipo de Psicología Sincera. <https://www.psicologiasincera.com/autolesion-nueva-forma-danina-de-drenar-el-dolor-emocional/>
- González, María (2002) (dir). *Dinámicas familiares: Organización de la vida cotidiana y desarrollo infantil y adolescente en familias homoparentales*. Madrid: Defensor Comunidad de Madrid.
- Gracia, E., Lila, M. & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*. 28 (2), 73-81.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Godoy, P., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 2(31), 169-173. Doi: 10.1016/j.rmclc.2020.01.005



- Herrera Santi, Patricia. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42. Recuperado en 19 de diciembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006&lng=es&tlng=es.
- Henao, G., Ramírez, C. & Ramírez, L. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El Ágora*, 7 (2), 233-240.
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. Universidad del País Vasco, España. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 4 (1), 65-70
- Ibáñez ÁF, Costa MV, Sánchez C. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. 2012; 16.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>
- Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 559-579.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235
- Luengo, Tomasa (2004). Estructura familiar y satisfacción parental: Estudio con familias nucleares, monoparentales, binucleares y complejas. Universidad de Valladolid. Departamento de Psicología. Tesis Doctoral dirigida por J.M. Román.
- Martínez-Falero, A. (2015). El estilo parental y las autolesiones en la adolescencia. Universidad Pontificia de Comillas.



- Máiquez, M.L., et al (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, (2), 203-210.
- Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*. 2011; 15: 507-18.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 16, (1), 87-94.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. En: *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo>. ISSN 0718-4808
- Portillo C. et. al. Efectos en la crianza de las familias uniparentales: La autoestima. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 10, No. 1, marzo 2007.
- Puello Scarpati, Mildred; Silva Pertuz, Marta; Silva Silva, Adriana Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 10, núm. 2, 2014, pp. 225-246 Universidad Santo Tomás Bogotá, Colombia
- Ramos, Victoria y González Bernal, Jerónimo (2007). Nuevos modelos de familia y educación para la prevención del consumo adolescente de sustancias. *INFAD: International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 155-163.
- Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión del análisis del estado actual, [electrónico] http://cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3_p50_93.pdf



Silva, I. y Pillón, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, [electrónico] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea10.pdf>.

Soriano Guillen L. Pubertad normal y variantes de la normalidad. *Pediatr Integral*. 2015; XIX (6): 38.

Ulloa Flores, Rosa Elena, Contreras Hernández, Cecilia, Paniagua Navarrete, Karina, & Victoria Figueroa, Gamaliel. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*, 36(5), 421-427. Recuperado en 03 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500010&lng=es&tlng=es.

UNICEF (2002). *Adolescencia: Una etapa fundamental*. Nueva York.

Vallés, A., & Vallés, C. (2006). *Autoconcepto y autoestima en adolescentes: Educación secundaria, primer ciclo*. Valencia: Promolibro

<https://www.hola.com/estar-bien/20181113132441/alimentacion-emocional-gt/>

http://es.housepsych.com/instinkt-samosohraneniya_default.htm