



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, CONDUCTAS AUTOLESIVAS Y RASGOS DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LA TRIBU URBANA EMO**

Autor: Inma Garcés Raga  
Director: Sara Ben-Bouchta del Viejo

Madrid  
Mayo 2015



**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, CONDUCTAS AUTOLESIVAS Y RASGOS DE  
PERSONALIDAD LÍMITE EN LA TRIBU URBANA EMO**

Inma  
Garcés  
Raga

# SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, CONDUCTAS AUTOLESIVAS Y RASGOS DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LA TRIBU URBANA EMO

## Resumen

Los Emos son adolescentes que, habiéndose sentido incomprendidos y rechazados, buscan la protección del grupo con el que se identifican compartiendo sentimientos, gustos, estética y vestimenta, siendo la característica más peculiar la tendencia a la tristeza, a la melancolía y a las autolesiones que se provocan como grito de denuncia social. Teniendo en cuenta la importancia del grupo de iguales para el desarrollo psicológico y emocional del adolescente y dados los particulares factores de riesgo de la cultura grupal Emo, parece especialmente relevante el estudio de las particularidades psicológicas de los miembros de esta tribu urbana, debido al impacto que la pertenencia a este grupo pueda tener en la cristalización de su personalidad y su posterior salud mental como adultos. Los objetivos del presente estudio fueron evaluar variables psicopatológicas como sintomatología depresiva, rasgos de personalidad límite y conductas autolesivas, analizar la asociación entre una estructura límite de la personalidad y conductas autolesivas y rasgos depresivos respectivamente y analizar diferencias de género en las tres variables estudiadas. Para ello, se evaluó a 18 adolescentes españoles, de 14 a 19 años, pertenecientes a la tribu urbana Emo mediante un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, 2011), un cuestionario para evaluar la presencia o ausencia de conductas autolesivas y sus características, mediante la selección de algunos ítems de la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz y Baca-García, 2013), y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (Millon, 1993). Los resultados obtenidos mostraron que más del 50% de los sujetos presentaron conductas autolesivas y puntuaciones significativamente elevadas en sintomatología depresiva, no siendo así en rasgos de personalidad límite. Se apreció una relación estadísticamente significativa entre rasgos de personalidad límite y sintomatología depresiva, así como diferencias en rasgos de personalidad límite entre aquellas personas pertenecientes a la tribu urbana Emo que se autolesionan y las que no se autolesionan. Por último, no se hallaron diferencias de género en las tres variables estudiadas.

**Palabras clave:** *adolescencia, tribu urbana Emo, sintomatología depresiva, conductas autolesivas, rasgos de personalidad límite.*

## Abstract

The Emos are teenagers who, having felt misunderstood and rejected, look for protection into a group where they feel identify with sharing feelings, tastes, aesthetics and clothing. The most peculiar characteristic in this group are tendency to sadness, melancholy and self-harm that they

cause as a way of social criticism cry. Nothing the importance of the peer group for adolescents psychological and emotional development, and the specific risk factors for the Emo group culture, it seems particularly relevant to study the psychological peculiarities of the members of this urban tribe, due to the impact that membership in this group may have on the crystallization of his personality and his subsequent mental health as adults. The aims of this study were to assess psychopathological variables such as depressive symptoms, borderline personality traits and self-injurious behaviors, analyze the association between a borderline structure of personality and self-injurious behaviors and depressive traits respectively and analyze gender differences in the three of the variables studied. To do so, 18 Spanish adolescents were evaluated, all of them between 14 and 19 years old, belonging to the Emo urban tribe through a socio-demographic questionnaire, the Beck Depression Inventory (Beck, 2011), a questionnaire to assess the presence or absence of injurious behaviours and their characteristics by selecting some items of the Thoughts and Self-Injurious Behaviour Scale (García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz & Baca-García, 2013), and the Millon Adolescent Clinical Inventory (Millon, 1993). The results showed that over 50% of the participants had self-injurious behaviors and significantly higher scores on depressive symptoms, not the case in borderline personality traits. A statistically significant relationship between borderline personality traits and depressive symptomatology was appreciated, as well as the differences in borderline personality traits among those belonging to the Emo urban tribe who self-harm and not harm themselves. Finally, there are no gender differences in the three studied variables.

**Keywords:** *adolescence, Emo urban tribe, depressive symptomatology, self-injurious behavior, borderline personality traits.*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando sus límites entre los 10 y 19 años.

Algunos autores han diferenciado tres fases de desarrollo dentro de este periodo (primera, segunda y adolescencia tardía) ampliando el límite de edad hasta los 21 años. Hoy en día se habla además de adolescencia ampliada, que recoge aquellos casos en los que, habiendo superado los 21 años, los jóvenes siguen manteniendo conductas propias de la adolescencia, probablemente como consecuencia de seguir dependiendo de los padres, especialmente a nivel económico (Aizpurua, 2011).

Erikson (1977) considera la adolescencia como una etapa en la que resalta la búsqueda de la identidad, debido a los múltiples cambios significativos propios de la edad, que ocurren en

el Yo del adolescente. Por ello, destaca que la tarea más importante de esta etapa es descubrir "Quién soy yo", considerándolo como un aspecto significativo en la búsqueda de identidad.

Durante este periodo de transición a adulto, se produce un brusco desarrollo corporal, intelectual y social que el adolescente vive con gran intensidad. Esta realidad cambiante le crea multitud de inseguridades e incertidumbres, y al mismo tiempo le hace enfrentarse a nuevos intereses, lo que le lleva a vivir una etapa de crisis asociada a la rebeldía, la separación y el conflicto. Es durante esta etapa donde comienza a despertar el deseo de independencia y el desarrollo de la personalidad del adolescente (Sáez, 2010).

Psicológicamente, durante este periodo, al adolescente le surgen infinidad de dudas, y algunas de ellas sin respuesta inmediata, ya que se necesita tiempo para conocerlas. Sexualmente, su cuerpo se ha desarrollado totalmente y está preparado para mantener relaciones, lo que le inclina a buscar confirmar su identidad sexual (De la Cruz, 2010).

A nivel intelectual, el adolescente pone en entredicho muchas cuestiones morales, roles sexuales o incluso sus propias creencias. Es a partir de este momento cuando en su forma de pensar aparece la posibilidad de extraer conclusiones, formular hipótesis, diferenciar lo posible y lo real y sobre todo, cuestionar al mundo adulto. Lo nuevo se vive como algo propio que supuestamente debe dar sentido a su forma de pensar, aunque ello no garantice la coherencia en su forma de comportarse (Sáez, 2010). El adolescente se cree preparado para rebatir las normas y creencias inculcadas desde la niñez; se muestra impaciente por asumir los privilegios de su edad adulta, y busca hacer prevalecer sus deseos de autonomía con respecto a sus padres (Aizpurua, 2011). Todos estos cambios afectan al individuo, pero también a su familia, que no alcanza a comprender en ocasiones estas necesidades imperativas del adolescente, capaz de actuar sin medir las consecuencias posibles (Sáez, 2010).

La OMS reconoce que los adolescentes viven en un mundo cada vez más complejo. Para muchos de ellos, este proceso de transición se establece sin grandes dificultades. Sin embargo, para otros estos cambios físicos y psicológicos no se producen armónicamente, fracasan en la consecución de sus objetivos y sufren trastornos tanto emocionales como conductuales, con la consiguiente morbilidad psicosocial característica de la adolescencia, aspecto que se ve mayoritariamente marcado por la alta prevalencia de problemas como el consumo de drogas, los embarazos no deseados, los trastornos del comportamiento alimentario o los problemas de salud mental. Estos trastornos afectan al joven y a su familia y crean tensiones entre ellos (Aizpurua, 2011).

En este contexto, las experiencias dentro del grupo de amistades del adolescente adquieren una dimensión especial. El adolescente no se siente vulnerable a los posibles peligros derivados de conductas de riesgo propias del grupo, ni tiende a mostrar interés por sus

consecuencias (Aizpurua, 2011). La formación de pandillas en la adolescencia es considerada como defensa contra la confusión de la identidad (Erikson, 1977). Busca la protección de quien pueda arroparle, entenderle y compartir sus mismos pensamientos y motivaciones. Es ahí cuando entra a formar parte de su tribu (De la Cruz, 2010), lo que explica que la mayor parte de los miembros de estas tribus urbanas pertenezcan a edades comprendidas entre los 11 y los 19 años. Psicológicamente, las tribus urbanas suponen una representación de cobijo y resguardo para estos jóvenes; constituyen “una familia” que les va a servir como soporte frente a la ruptura de los lazos familiares tradicionales (Del Toro y Rodríguez, 2013) y de fracasos para insertarse en otros ámbitos sociales, como la escuela u otras agrupaciones deportivas, culturales, etc. (Rizo, 2009).

Las tribus urbanas son culturas juveniles que agrupan a jóvenes con determinados intereses comunes. Estos intereses pueden ser deportivos, políticos, religiosos, afectivos, artísticos, ideológicos, etc. Estas culturas tienen en común, entre otras cosas, la base generacional y la percepción de haber compartido sucesos significativos con los coetáneos, la búsqueda de la novedad y la ruptura con el sistema establecido, la apropiación territorial y la elección de un estilo de vida cargado de simbologías. Esta simbología va acorde a la filosofía que defienden y se expresa a través de la música que escuchan, prendas de vestir, corte de pelo, uso del lenguaje, objetos simbólicos con que se atavían, etc. (Del Toro y Rodríguez, 2013).

Las tribus no exigen edad, sexo ni clase social como requisito para ser parte de ellas. La aceptación se da más bien por la actitud y el respeto a los códigos tribales (Rizo, 2009).

La investigación en este trabajo, se centra en la tribu urbana Emo, nacida a mediados de los 80, en Washington D.C. Creada en torno al género musical Emo-core (sentimentalista, depresivo y de tendencias suicidas), derivado del hardcore e indie rock. Las características más notables de esta corriente son la intensidad emocional y la estridencia musical. Comienza siendo una moda asociada a formas particulares de vestir y peinarse, pero posteriormente se ha extendido por todo el mundo a través de su peculiar filosofía, de eterna angustia y disconformidad con el mundo y sus vidas. El Emo es un sujeto sensible a las emociones y propenso a la depresión, que promueve el sufrimiento como una manera de entender y relacionarse con el mundo (Silva, 2002).

El vocablo “Emo” es utilizado por primera vez en 1985 por un representante de la banda musical Rites of Spring en Washington D.C., y lo hace para describir su peculiar estilo musical, que tanto en la música como en la letra, expresaba sentimientos de soledad y añoranza. Posteriormente, en la década de los noventa, aunque todavía vinculado exclusivamente con la música, el sentimiento Emo se expande creando sus propias particularidades según las diferentes zonas geográficas. Estas particularidades van del “indie Emo”, al “Emo violence”, con una tendencia más caótica o violenta (Rueda, 2010). A partir de este momento, cada grupo va

adoptando un estilo propio característico, quedando entre ellos como único vínculo común, su origen (Rizo, 2009).

En la actualidad, este movimiento se ha convertido en una moda entre los adolescentes de clase media que, a través de Internet, consiguen los parámetros para seguir esta tendencia originada en el grupo Kudai, que se centra en un atuendo muy particular. A partir de este momento, su mayor característica deja de ser su relación con la música Emo-core y pasa a ser su actitud y sus patrones estéticos. Mediante su apariencia física, buscan ser identificados como parte de un grupo con una identidad característica, siendo lo más destacable su peinado, cabello negro y lacio, con flequillo largo que cae sobre la cara tapándoles un ojo, como si no quisieran ver la realidad. Se suelen maquillar delineándose los ojos con lápiz negro y utilizan sombras rosas. En cuanto a su vestimenta, no puede faltar el color negro en su ropa, utilizan pantalones entubados, camisetas con personajes de comic o bandas de rock, a veces rayadas o con motivos infantiles (Bernal y Panamá, 2010). No suelen diferenciarse los sexos por su vestimenta. Calzan Vans o Converse de colores, cinturones y grandes hebillas, suelen llevar mochilas, pins, piercings en la cara, tatuajes y expansores en la oreja. Se expresan a través de la música y de la imagen física influenciada por diversas tendencias tales como caricaturas japonesas, personajes fantásticos, etc. Los ejes de su unión son los lugares donde tocan sus grupos musicales, pues es allí donde se expresan y muestran sus sentimientos. Escuchan bandas como Good Charlotte, 30 Seconds to Mars, Evanescence o My Chemical Brothers, y muestran tendencia a focalizar sus ideales en las figuras a las que admiran, a través de quienes se sienten representados. Normalmente suelen ser ciertos grupos musicales los que se vuelven portavoces de sentimientos confusos de soledad, miedo y vacío (Giovagnoli, 2010).

Los miembros de este grupo están unidos por un vínculo emocional, identificado con el sufrimiento y las experiencias de soledad vividas. Sus códigos y rituales les representan y reafirman su pertenencia al grupo. Distorsionan el lenguaje oral y escrito, estableciendo sus propios códigos verbales de comunicación. Con su actitud de protesta pasiva, pretenden llamar la atención por la insensibilidad e intolerancia de la sociedad y de otras tribus juveniles. Son generalmente, adolescentes de 13 a 20 años (Rizo, 2009).

La misma autora señala que, entre las funciones más características que la tribu representa para los miembros Emo, encontramos las siguientes: a) pertenencia, donde los miembros de la tribu desarrollan el sentimiento de compartir algo en común. Los Emos declaran sentirse comprendidos en su dolor, comprensión que su familia no les ofrece. Muchas veces lo que les une no es más que la apatía y el estado depresivo de la adolescencia; b) reconocimiento, según el cual los miembros de este grupo defienden el derecho individual a pensar y actuar, no se acogen a exigencias culturales, religiosas ni sociales. Buscan su reconocimiento por el simple hecho de existir; c) identidad, buscando en los demás miembros los rasgos con los que se identifican y que

les son afines, conectando así con el grupo y adoptando una actitud común en cuanto a estilo de vida; d) socialización, a través de la cual los Emos comparten sensaciones y elementos grupales (imagen, estética, símbolos, música, etc.). Su relación es básicamente emotiva. No necesitan más que estar juntos, y pueden estarlo durante horas sin articular palabra alguna y sin necesidad de hablar, simplemente oyendo música sin más; e) filosofía de vida, que resalta su necesidad de sentirse comprendidos en su sufrimiento, de tal forma que se unen al dolor de cualquier ser vivo, propagando el cuidado a la naturaleza, los animales y los débiles. No tienen ideas filosóficas ni religiosas, centrando su pensamiento básicamente en sus emociones dolientes.

Se puede concluir por tanto que, los Emos son adolescentes, entre 13 y 19 años, que, habiéndose sentido incomprendidos y rechazados, tanto por su familia, como por la sociedad en general; buscan la protección del grupo con el que se identifican compartiendo sentimientos, gustos, estética y vestimenta, siendo la característica más peculiar la tendencia a la tristeza, a la melancolía y a las autolesiones que se provocan como grito de denuncia social (Rizo, 2009). Tienen una visión negativa de la vida y suelen mostrarse al mundo como pesimistas y víctimas de una sociedad creada pensando más en el capital y en los intereses privados, olvidándose de las personas y sus verdaderas necesidades. Son mentes inconformistas y pesimistas. Se preocupan mucho por su apariencia y se declaran en contra de las modas (paradójicamente), suelen tener tendencia a preguntarse el sentido de las cosas y no suelen creer en las religiones. Generalmente son chicos y chicas que tienen una autoestima baja, lo que les causa una gran inestabilidad e inseguridad. Se definen como personas sensibles, el mundo que les rodea no los comprende y quizá por eso tienden a victimizarse. Muchas veces tienden a aislarse y a no expresar lo que sienten. Justifican su modo de vestir, pintarse y hasta a veces cortarse con su estado de ánimo y su forma de ver el mundo, porque consideran que de alguna manera tienen que expresar lo que sienten. Su personalidad tiene mucho que ver con su exterior (Giovagnoli, 2010).

Dentro de los Emos también se encuentran los falsos Emos, los llamados posers, porque se les acusa de ser pura pose, es decir, siguen una moda estética y no el auténtico sentimiento Emo, que refleja el dolor humano y la expresión emocional (Rizo, 2009).

Dada la importancia del contexto sociocultural donde se desarrolla la personalidad del adolescente, es importante tener en cuenta los factores de riesgo que implican la pertenencia a la tribu urbana Emo.

Tal y como se ha comentado anteriormente, los verdaderos Emos presentan emociones dolientes y expresiones emocionales identificadas con el sufrimiento. Los Emos muestran tristeza o melancolía como un “modus vivendi”, expresan indiferencia ante su futuro, se muestran apáticos, no tienen ningún tipo de motivación y consideran que tienen más motivos para entristecerse que para estar felices. Viven al día sin ningún tipo de preparación de cara al futuro.

En algunos casos utilizan las drogas y el alcohol como medio de apaciguamiento emocional, aunque las consecuencias vienen después en forma de desinhibición de impulsos dirigidos hacia las agresiones o la sexualidad. Permanecen en un estado de duelo patológico, que se agudiza por la necesidad de mantenerse unidos en el dolor, lo cual significa que se pierde el sentido de pertenencia si no se comparte este sentimiento de pérdida y sufrimiento (Rizo, 2009).

Por otro lado, y unido el estado evolutivo/cronológico de la persona Emo, principalmente jóvenes, sabemos que estos son uno de los grupos con mayor probabilidad de sufrir depresión (Blum, 2000), y con riesgo de persistencia del problema entre dos y cuatro veces superior que en la edad adulta (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009). Su vulnerabilidad se debe a que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000). Es además durante esta etapa donde se desarrollan y establecen los patrones personales de comportamiento saludable capaces de prevenir el posible riesgo a futuro de trastornos clínicos. Tanto es así que se ha demostrado que personas que durante su adolescencia han presentado cuadros depresivos, tienen una mayor predisposición a padecer estos trastornos durante su edad adulta (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000). Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009), y pueden presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas, llegando a asociarse con un aumento del riesgo de suicidio (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

Como se ve, la misma actitud propia de los Emo, unida a la vulnerabilidad natural de los adolescentes a padecer depresión, es posible que sea un “caldo de cultivo idóneo” para generar un cuadro depresivo. Algunos autores ya se han hecho eco de esta circunstancia (Bernal y Panamá, 2010).

En cuanto a diferencias de género para sintomatología depresiva, durante la infancia, las probabilidades de sufrir trastornos por depresión son las mismas para los niños que para las niñas. Sin embargo, a los 15 años, estas probabilidades aumentan para las mujeres de modo alarmante, pasando a ser el doble que las de los chicos adolescentes (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2009). Estos porcentajes tenderán a mantenerse a lo largo del ciclo vital (Calvete, 2011).

Otra conducta problemática compartida y aceptada por el grupo Emo son las autolesiones. Los Emos utilizan gestos autodestructivos con la finalidad de llamar la atención y expresar su

rabia e impotencia ante las posturas intolerantes de la sociedad actual, aunque este grupo conforma una sociedad que promueve la tristeza como estándar de vida y de pensamiento, no rechazando la idea del suicidio. El grupo Emo desarrolla una hipersensibilidad en cuanto a la emotividad extrema, con demostraciones colectivas de sufrimiento, tristeza y dolor a través del llanto y lamentaciones; y desensibilización en relación a sus sensaciones corporales, hasta el punto de tener que lastimar su cuerpo con crueldad para sentirse vivos. Muestran mayor tendencia que otros grupos a producirse autolesiones, especialmente cortes en la piel en brazos y piernas, como sinónimo de descontento con el mundo que les rodea (Rizo, 2009).

Algunas parejas se cortan mutuamente o se hacen las mismas marcas como símbolo de fraternidad, como una forma de compartir el dolor o incluso para ver sufrir al otro. Así, utilizan su cuerpo como representante simbólico de sus conflictos y de su forma de relacionarse: perforaciones, heridas, look, vestimenta, etc. (Rizo, 2009). Algunas veces utilizan referencias a la muerte en sus tatuajes, aunque tanto el suicidio como la muerte siguen estando explícitamente representados por los cortes en las muñecas con cuchillas de afeitar que ellos muestran con orgullo. Realizan prácticas autolesivas en grupo durante sus rituales programados (Mortara e Ironico, 2013), aunque las agresiones las ejercen sobre todo contra sí mismos, de forma masoquista, pero también por una necesidad de sentirse vivos. Sin embargo esta agresividad, no aparece en sus relaciones con los otros grupos, más bien todo lo contrario, ya que este grupo suele ser blanco de agresiones por parte de otros grupos o tribus urbanas (Rueda, 2010).

Según Rizo (2009), en los adolescentes Emo, este comportamiento suicida abarca una variedad de conductas que van desde la ideación, los intentos o el acto en sí. En la autoagresión se observa la ambivalencia y confusión que existe en el mundo afectivo del Emo, ya que por un lado se manifiestan a favor del cuidado de la naturaleza, en contra de la agresión y de la discriminación proclamando su dolor por el sufrimiento humano, por la violencia y las injusticias, y por el otro lado, se autolesionan con más dureza de lo que otros pudieran hacerlo, justificando estas acciones con argumentos irracionales.

El hecho de que realicen sus autolesiones públicamente, y muestren con orgullo sus heridas, demuestra que éstas son claramente un grito de denuncia a la falta de respuestas que reciben de los adultos. Esta característica es una condición distintiva de este grupo, ya que normalmente los adolescentes que se ocasionan daño conscientemente, tienden a ocultarlo y se sienten avergonzados por ello. Los Emos racionalizan y justifican sus actos como forma de protesta contra el sufrimiento social y la injusticia. Este tipo de autoagresión tiene componentes tanto sádicos como masoquistas y en la desestructuración psicótica, sí puede llevar a la muerte (Rueda, 2010).

Actualmente, es cada vez más habitual encontrar historias de adolescentes que se autolesionan en las cabeceras de los periódicos. Los críticos de la música y del estilo de vida Emo, piensan que sus temas de tristeza y desesperación les conducen a una preocupación por la muerte, mientras que otros sostienen que los Emos son adolescentes deprimidos extremadamente vulnerables, con la sensibilidad y la ingenuidad de un niño inocente que podría explicar por qué los miembros de esta subcultura se llaman Emo-kids. La música les hace particularmente apasionados, haciendo que sus corazones se estremecen y las lágrimas broten de sus ojos. De hecho, los jóvenes Emo nunca se avergüenzan de esos arrebatos emocionales (Definis-Gojanovic, Gugic y Sutlovic, 2009).

Por otro lado y remitiéndonos a las características propias de las conductas autolesivas, encontramos que normalmente las personas que se autolesionan, suelen practicarse varios cortes poco profundos que se repiten constantemente. Estas heridas se realizan de forma controlada, mostrando la intención o motivación de la persona que lo hace (Doctors, 1981). Son conductas destinadas a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (Lewis, Heath, Michal y Duggan, 2012), aunque en ocasiones, esta autolesión puede ser mortal (sin la intención de serlo), e incluso puede derivar en formas de autolesión repetitivas y más severas, aumentando así el riesgo de mortalidad (Doctors, 2007).

La autolesión es por tanto un lenguaje somático que utiliza el cuerpo en lugar de las palabras, en un intento de manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio o el sufrimiento emocional intenso. Este tipo de conductas parecen actuar como un regulador de emociones en la persona, sobre todo para aquellas que manifiestan cierta vulnerabilidad ante ellas y en entornos que no resultan propicios. También representa un modo de escape de una realidad, externa o interna, que se vive como traumática (Taboada, 2007).

Sin embargo, esta conducta considerada problemática por los observadores, es vivida por el adolescente como una manera de solucionar problemas (Doctors, 2007).

En estudios comunitarios aplicados en población general, se revela que del 13 al 29% de los adolescentes han presentado conductas autolesivas al menos una vez en la vida, y de ellos el 4% de la población adolescente reporta estas conductas de forma repetida (4 o más veces al año). Estos estudios establecen una edad de comienzo entre los 10 y los 15 años. Tradicionalmente se ha descrito que estas conductas autolesivas son más frecuentes en las mujeres, existiendo suficientes muestras de ellos entre la población adolescente (Villarrol et al., 2013).

Por último, la tendencia a las conductas autolesivas son altamente prevalentes en personas con una estructura límite de la personalidad, aunque un número sustancial de pacientes presenten además, síntomas de depresión (Taboada, 2007). Más allá de las conductas autolesivas, la población Emo tiende a presentar otras características problemáticas que hacen pensar en una

posible estructura límite de la personalidad, como son la inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, la inseguridad, el pesimismo e inconformismo, la hipersensibilidad en cuanto a la emotividad extrema con demostraciones colectivas de sufrimiento, sentimientos de vacío e impulsividad (Giovagnoli, 2010; Rizo, 2009).

De hecho, se ha descrito un perfil específico observado frecuentemente en la población Emo relacionado con la estructura de personalidad límite. En estos adolescentes Emo con rasgos de personalidad límite, prevalece la impulsividad sobre la apatía. Tienen un gran miedo a las pérdidas y desarrollan un profundo sentimiento hacía el abandono, lo cual les hace dirigir su destructividad hacia sí mismos. En estos casos el riesgo al suicidio, más que ser un acto premeditado, suele venir por descuidos o abandonos, ya que pierden con facilidad el juicio de realidad. Desarrollan sentimientos de vacío ante cualquier circunstancia adversa, como puede ser una decepción amorosa, un fracaso en sus relaciones con el otro sexo, etc. y este sentimiento les hace reaccionar con rabia arrastrándoles hacia cualquier tipo de conducta que pudiera parecer incoherente (Rizo, 2009).

Uno de los síntomas que más se asocia al Trastorno Límite de Personalidad (TLP), y que de hecho forma parte de los criterios diagnósticos de la enfermedad, son el suicidio, las tentativas y/o gestos autolíticos y los actos para suicidas. La mayoría de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad realizan tentativas autolíticas. La presencia de estos gestos autolíticos está directamente relacionada con la inestabilidad emocional crónica, así como con la presencia de incremento de la irritabilidad, las alteraciones conductuales (destacando conductas de riesgo) y la falta de soporte sociofamiliar (García, Martín y Otín, 2010).

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) presenta problemas de adaptación, con dificultades para relacionarse socialmente, por lo que se muestran frecuentemente aislados, hostiles o confusos, existiendo además en ellos una ruptura de la cohesión en la organización de su personalidad. Los adolescentes con Trastorno Límite de Personalidad presentan una orientación emocional disfuncional donde los conflictos aparecen en todos los ámbitos, incapacitándoles para adoptar una posición consistente y equilibrada entre los extremos de estas polaridades, tendiendo a fluctuar constantemente entre un extremo y otro. Así, experimentan estados de ánimo intensos y endógenos, con periodos de abatimiento y apatía que, se ven salpicados por rachas de rabia o euforia. Adicionalmente, muchos de ellos pueden actuar o expresarse a partir de sus pensamientos recurrentes autolesivos y suicidas (Aguirre, 2004), patrón muy habitual entre la población Emo.

Según este mismo autor, en la dimensión interpersonal, la mayoría muestra una ambivalencia cognitiva y afectiva como se evidencia por la presencia simultánea de sentimientos de rabia, amor y culpa hacia los otros, lo cual pone de manifiesto un bajo nivel de cohesión

estructural en su organización psíquica, llegando a ponerse de manifiesto en muchos de ellos una fractura entre sus orientaciones intrapsíquicas e interpersonales. Esta discordia intrapsíquica les lleva a una desorientación entre adoptar una posición independiente o dependiente, entre seguir el deseo de los demás o ir en contra de estos deseos, entre actuar de manera impulsiva o un abandono pasivo. Esta actitud tan vulnerable les lleva repetidamente a contradecir sus propias decisiones o acciones iniciadas previamente, poniendo de nuevo de manifiesto su eterna división interna (Aguirre, 2004). En la conducta autolesiva de las personas que pertenecen a la tribu urbana Emo, se pone de manifiesto la ambivalencia y confusión que existe en su mundo afectivo, mostrándose en contra de la violencia y las injusticias por un lado y autolesionándose con argumentos irracionales por otro (Rizo, 2009).

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) supone pues, una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo en la que hay problemas en diversos aspectos como la autoimagen, la conducta interpersonal, marcada por inestabilidad en sus relaciones e impulsividad en sus acciones, que más tarde pueden reconocer como irracionales. También se destaca la inestabilidad en sus estados de ánimo, donde los rasgos más predominantes son la intensidad de las reacciones emocionales, pasando de un estado depresivo a uno marcado por intensa ira o ansiedad (Torres, 2007). Según esto, las personas con Trastorno Límite de Personalidad por lo general, pueden experimentar dificultades tales como: significantes cambios de humor, pérdida de la confianza, conductas impulsivas y de autodestrucción, abuso de sustancias, excesiva sensibilidad y temor al rechazo y a la crítica (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, 2011). La vulnerabilidad biológica, las experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado pueden dar lugar a dicho trastorno (García et al., 2010). En este sentido, un contexto social como la pertenencia a la tribu Emo podría favorecer la cristalización de unos rasgos de personalidad límite en adolescentes vulnerables.

Por otro lado, conviene plantearse si existe comorbilidad en rasgos límite de la personalidad y depresión en la población Emo. Existen diferentes estudios que refuerzan la idea de que los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad presentan, casi siempre, depresión; si bien la cualidad de la experiencia depresiva de los pacientes límite es peculiar y distinta a la de los pacientes deprimidos. Estos estudios ponen de manifiesto las características particulares de los pacientes límite ante la depresión, como son, su sensación de vacío, la culpa primitiva y las actitudes negativas y devaluadoras. A pesar de esta coexistencia, es difícil decidir a qué se da prioridad en el diagnóstico, al Trastorno Límite de Personalidad o al Trastorno del Estado de Ánimo (Gunderson, 2002).

Por ello, la comorbilidad del Trastorno Límite de Personalidad con los Trastornos del Estado de Ánimo es elevada (Fortes, Sánchez y Antequera, 2012), y los índices de prevalencia de

presencia de trastorno de la personalidad comórbido en los pacientes con depresión son del 30 al 80%. Incluso en un estudio realizado en 2004, se determinó que los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad eran más jóvenes, mayoritariamente del género femenino y con tipo de depresión resistente al tratamiento. A esto se une que los pacientes que sufren Trastorno Límite de Personalidad, habían tenido previamente más episodios depresivos (Feske et al., 2004).

Otros estudios defienden que además de un elevado riesgo de comorbilidad con el Trastorno del Estado de Ánimo en los pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad, también se da en ellos una alta incidencia de conductas autolesivas (Leichsenring, Leibing, Cruse, New y Leweke, 2011). De hecho, las conductas autolesivas se observan en aproximadamente el 75% de los pacientes límite (Gunderson, 2002) y tal es su vinculación, que las conductas autolesivas no están tipificadas en el manual diagnóstico DSM-IV como una entidad clínica específica, sino que aparece exclusivamente como parte de los criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de Personalidad (Villarroel et al., 2013). Si bien las autolesiones son muy frecuentes en el Trastorno Límite de Personalidad, no toda autolesión indica riesgo de Trastorno Límite de Personalidad. De hecho, son las características del Trastorno Límite de Personalidad, las que le predisponen a un mecanismo dual respecto al riesgo de autolisis, haciendo al sujeto, por un lado, más vulnerable ante episodios vitales negativos, pero por otro, esas mismas características le hacen más propenso a una mayor exposición a situaciones vitales de riesgo (Forti y Forti, 2012).

En resumen, existen muchos datos que apuntan a una posible presencia de clínica depresiva, estructura límite de la personalidad y presencia significativa de conductas autolesivas en la población Emo, así como una posible comorbilidad o relación entre estas variables y diferencias de género entre ellas.

La discusión de la subcultura Emo demuestra la naturaleza dinámica de la cultura de los adolescentes y la necesidad de programas de alfabetización de salud mental y servicios de salud mental que sean lo suficientemente flexibles como para hacer frente a estas necesidades. La pertenencia a esta subcultura condiciona su modo de sentirse, de comportarse y hasta su aceptación de ayuda (Scott y Chur-Hansen, 2008). Debido a la fuerte influencia de la cultura grupal en el desarrollo emocional del adolescente, sería comprensible plantearse que las autoridades sanitarias fueran conscientes de la existencia de esta y otras tribus urbanas y adoptaran las medidas necesarias para conocer su realidad, actuando en consecuencia por medio de programas ajustados a sus necesidades y orientados a apoyarlos emocionalmente, como medida de prevención, dada la gran vulnerabilidad a padecer psicopatologías futuras que las personas de esta tribu urbana presentan. A nivel de terapia individual, también sería importante que los profesionales tuvieran la opción de nutrirse de datos empíricos de este tipo de subculturas para

atender a los posibles casos que puedan llegar a su consulta, con el fin de realizar una buena intervención.

Con respecto a la literatura revisada y contrastada para la realización del presente estudio, es destacable la escasez de investigaciones empíricas publicadas sobre la población Emo (Del Toro y Rodríguez, 2013; Lewinsohn et al., 2000). La mayor parte de las investigaciones son descriptivas (Bernal y Panamá, 2010; Definis-Gojanovic et al., 2009; Giovagnoli, 2010; Lewis et al., 2012; Mortara e Ironico, 2013; Rizo, 2009; Rueda, 2010), y aun así, tampoco existe un número elevado de ellas, lo cual convierte este tema en un objetivo deseable de estudio. Si bien esta escasez de estudios empíricos supone una dificultad a la hora de elaborar un marco teórico y formular objetivos, es precisamente esta misma escasez la que justifica la necesidad de medir psicométricamente algunas variables para confirmar o ampliar estadísticamente las conclusiones de estos estudios más descriptivos.

Por todo ello, los objetivos del presente estudio pretenden:

- Analizar si las personas pertenecientes a la tribu urbana Emo presentan una sintomatología depresiva.
- Evaluar si estas personas presentan rasgos de personalidad límite.
- Estudiar la prevalencia de conductas autolesivas.
- Estudiar la asociación entre rasgos de personalidad límite y sintomatología depresiva en la población Emo.
- Analizar las diferencias en cuanto a rasgos de personalidad límite entre las personas de la tribu urbana Emo que se autolesionan y las que no se autolesionan.
- Analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al número de conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite en la tribu urbana Emo.

Por último, las hipótesis planteadas, en base a los objetivos señalados, son las siguientes:

- Más del 50% de la muestra de la presente investigación obtendrá puntuaciones significativamente elevadas en la prevalencia de conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite.
- Existe una relación significativa entre los rasgos de personalidad límite y la sintomatología depresiva en las personas que pertenecen a la tribu urbana Emo.
- Las personas pertenecientes a la tribu urbana Emo que se autolesionan obtendrán puntuaciones significativamente más elevadas en rasgos de personalidad límite que las personas de esta tribu urbana que no se autolesionan.
- Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres que pertenecen a la tribu urbana Emo tanto en número de conductas autolesivas, como en puntuación en sintomatología depresiva y en puntuación en rasgos de personalidad límite, siendo significativamente mayor en mujeres.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por 18 adolescentes (13 mujeres y 5 hombres) pertenecientes a la tribu urbana Emo, con edades comprendidas entre los 14 y 19 años (edad media de 17,89 años, con una desviación típica de 1,410).

Se seleccionaron a todas las personas que cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) edad comprendida entre 14 y 19 años; 2) nacionalidad española; 3) pertenecientes a la tribu urbana Emo.

En lo que respecta a las características socioculturales de la muestra, todos los participantes tenían un nivel educativo medio alto, ya que todos se encontraban actualmente estudiando.

Todas ellas colaboraron de manera voluntaria.

### *Instrumentos de medida*

El material utilizado para llevar a cabo la presente investigación fueron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario sociodemográfico: construido *ad hoc* para el presente estudio.

Recoge información sobre la edad, el género, la tribu urbana a la que pertenece y la nacionalidad.

2. Cuestionario para evaluar la presencia o ausencia de conductas autolesivas y sus características: construido *ad hoc* para el presente estudio mediante la selección de algunos ítems del cuestionario EPCA (García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz y Baca-García, 2013) que se consideraron relevantes para contrastar las hipótesis del presente estudio.

La Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA, 2013) es una adaptación de la escala Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI), desarrollada en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard por Nock et al.

La adaptación española fue realizada por Rebeca García-Nieto, Hilario Blasco-Fontecilla, Manuel Paz y Enrique Baca-García en 2013.

Consta de 169 ítems divididos en 6 escalas: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intento de suicidio, pensamientos relacionados con las autolesiones y autolesiones.

Se administró la escala a 150 adultos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid con el fin de examinar las propiedades psicométricas de la

EPCA, repitiendo el protocolo de evaluación con los reingresados después de transcurridos al menos 6 meses. Esto permitió evaluar la fiabilidad test-retest de la escala, mientras que la administración de algunas de las escalas de evaluación de suicidio más reconocidas, sirvió para valorar la validez de constructo de la escala. Los resultados apoyan la fiabilidad y validez de la EPCA en población española (García-Nieto et al., 2013).

Para la presente investigación se han tenido en cuenta los ítems relacionados con la escala de autolesiones, con el fin de conocer datos relevantes como la presencia (o ausencia) de las mismas, naturaleza y características, motivos que les inclinan a autolesionarse y si conocían algún otro caso de adolescentes con autolesiones anterior al suyo propio.

### 3. Cuestionario MACI para evaluar los rasgos de personalidad límite.

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI, 1993), es un inventario de autoinforme compuesto por 160 ítems, que permite integrar la observación sistemática de las características de la personalidad y de sus trastornos, así como detectar la presencia de síndromes clínicos relevantes en el contexto de evaluación clínica de los adolescentes (13-19 años).

Consta de 3 dimensiones y cada dimensión está configurada por varias escalas:

- Prototipos de personalidad: Introvertido; Inhibido; Pesimista; Sumiso; Histriónico; Egocéntrico; Rebelde; Rudo; Conformista; Oposicionista; Autopunitivo; Tendencia límite.
- Preocupaciones expresadas: Difusión de la identidad; Desvalorización de sí mismo; Desagrado por el propio cuerpo; Incomodidad respecto al sexo; Inseguridad con los iguales; Insensibilidad social; Discordancia familiar; Abusos en la infancia.
- Síndromes clínicos: Trastornos de la alimentación; Inclinación al abuso de sustancias; Predisposición a la delincuencia; Propensión a la impulsividad; Sentimientos de ansiedad; Afecto depresivo; Tendencia al suicidio.

La adaptación española fue realizada por Gloria Aguirre Llagostera en 2003. En el proceso de adaptación fueron evaluados 1145 adolescentes. Se obtuvieron 1087 casos válidos, 674 mujeres y 413 varones de 13 a 19 años.

En cuanto a la fiabilidad-consistencia interna, los ítems son homogéneos y consistentes con las escalas a las que pertenecen; su ponderación no afecta a la consistencia, la semejanza observada en cuanto a consistencia entre los resultados de la muestra original y la de adaptación ayudan a pensar que la dimensionalidad y consistencia de las escalas no ha variado y que las diferencias que se observen serán debidas a la variabilidad de las muestras. Y, en lo que a la validez empírica respecta, cabe destacar: la satisfacción de los clínicos por la utilidad del Inventario como una ayuda para el diagnóstico y tratamiento; y, la sensibilidad del Inventario para diferenciar subgrupos dentro de los grandes grupos en que suelen clasificarse los casos atendidos (Aguirre, 2004).

4. El cuestionario BDI-II para evaluar la sintomatología depresiva.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, 2011), es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems de tipo Likert indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63, correspondiendo a diferentes grados de depresión. Éstos son: 0-9 sin depresión, 10-15 depresión leve, 16-19 depresión leve-moderada; 20-29 depresión moderada-severa y 30-63 depresión severa.

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado.

Las buenas propiedades psicométricas de la prueba avalan su uso en la población española, tanto en ámbitos clínicos como de investigación, para la detección de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más (Sanz y Vázquez, 1998; Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

Para hallar la fiabilidad de cada instrumento, se ha realizado el análisis estadístico mediante el alfa de Cronbach. En lo que a la escala para evaluar la presencia o ausencia de conductas autolesivas respecta, presenta un índice de fiabilidad moderado (0,649). El cuestionario BDI presenta un índice de fiabilidad alta, siendo 0,888. Por último, la fiabilidad global del MACI es elevada (0,947).

### *Procedimiento*

La presente investigación presentaba un diseño correlacional transversal y se realizó mediante la evaluación de 18 adolescentes, de 14 a 19 años, pertenecientes a la tribu urbana Emo.

Se seleccionaron a todas las personas que cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) edad comprendida entre 13 y 19 años; 2) nacionalidad española; 3) pertenecientes a la tribu urbana Emo.

La accesibilidad a este tipo de población es difícil, por lo que además de contactar con ellos en el propio entorno ecológico donde se agrupan, se tuvo que recurrir al apoyo de las redes sociales para poder recoger suficiente muestra.

A cada participante se le explicaba brevemente la naturaleza de la investigación, indicándoles que la participación era de forma voluntaria, que podían abandonar la participación si así lo deseaban y que se mantendría la confidencialidad de la información que aportaran con el fin de proteger su privacidad personal.

Una vez obtenida su aceptación a participar, se les explicaba el estudio y se procedía a preguntarles la edad con el fin de determinar si iba a ser necesario el consentimiento previo de los padres. De esta forma se crearon diferentes grupos de participación:

1. Menores de edad localizados en su entorno ecológico. Se les entregaba un sobre conteniendo el material necesario: carta de consentimiento para ser firmado por sus progenitores, cuestionarios con sus instrucciones correspondientes, y un sobre con los sellos necesarios y la dirección impresa para facilitar el envío; y se les solicitaba que lo depositarían en correos una vez cumplimentado, remarcándoles que era necesario que incluyeran el documento de consentimiento debidamente autorizado por sus padres.
2. Menores de edad contactados a través de redes sociales. Se les enviaba a su domicilio por correo ordinario un sobre que contenía todo el material necesario para la participación: carta de consentimiento para ser firmado por sus progenitores, cuestionarios con sus instrucciones correspondientes, y un sobre con los sellos necesarios y la dirección impresa para facilitar el envío; y se les solicitaba que lo depositarían en correos una vez cumplimentado, remarcándoles que era necesario que incluyeran el documento de consentimiento debidamente autorizado por sus padres.
3. Mayores de edad localizados en su entorno ecológico. Se les entregaban los cuestionarios con sus instrucciones y lo cumplimentaban in situ entregándolo en el momento una vez finalizado.
4. Mayores de edad contactados a través de redes sociales. En este caso, el intercambio de cuestionarios se realizaba vía e-mail.

El tiempo aproximado invertido para realizar los cuestionarios fue de unos 30 minutos por participante.

A los problemas de accesibilidad geográfica, hay que añadir las dificultades para recolectar la muestra debido a que la mayor parte de los miembros de la tribu Emo contactados eran menores de edad, lo que supuso un motivo frecuente de declinar participar en el estudio, pues tenían que tener el consentimiento de los padres para poder participar.

#### *Análisis de datos*

El análisis estadístico de los resultados obtenidos se llevó a cabo mediante el programa *SPSS V.19*. En todos los análisis se aceptó un nivel de significación estadística menor o igual a 0,05 para un nivel de confianza del 95%.

En primer lugar, se halló la fiabilidad de cada instrumento mediante el alfa de Cronbach.

Con el fin de analizar y caracterizar la muestra, se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, media, mediana y desviación típica) en el caso de las variables cuantitativas y análisis de frecuencias y porcentajes en las variables categóricas.

Por último, para el contraste de las hipótesis, se llevó a cabo un análisis estadístico no paramétrico debido al tamaño de la muestra y a la diferente proporción entre hombres y mujeres de la muestra, ya que esta estadística estudia las pruebas y modelos estadísticos cuya distribución subyacente no se ajusta a los llamados criterios paramétricos. El análisis de datos se realizó mediante las siguientes pruebas:

- Prueba binomial para ver la proporción de las tres variables estudiadas (conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite).
- Correlación Rho de Spearman para estudiar la relación entre dos variables cuantitativas.
- Prueba U de Mann-Whitney para el análisis comparativo de medias de variables dicotómicas para dos muestras independientes.

## **Resultados**

### **Descripción de los participantes, de las conductas autolesivas, de la sintomatología depresiva y de los rasgos de personalidad límite de los participantes**

Antes de comenzar con el contraste de hipótesis, se realizó el análisis descriptivo de las variables, cuantitativas y categóricas, estudiadas (Tablas 1 y 2).

Como se muestra en la Tabla 1, la edad media de las personas que componen la muestra es de 17,89 años, siendo la persona más joven de 14 años y la más mayor de 19 años. En lo que respecta al número de conductas autolesivas que realizan a lo largo de su vida, la puntuación media es de 3,71 conductas. Antes de autolesionarse, conocían a una media de 0,79 personas que lo hacían antes que ellos, siendo el mínimo de personas que conocían ninguna y el máximo 3. La puntuación media del instrumento BDI es de 23,89 que equivale a la categoría de clínica depresiva moderada-severa; siendo 63 la puntuación máxima que se puede obtener en el cuestionario. Por último, la puntuación media de la escala tendencia límite del MACI es de 62,50, que equivale a la categoría de clínica moderada en rasgos de personalidad límite. Esta puntuación indica cierta inestabilidad afectiva, relaciones interpersonales erráticas, comportamientos caprichosos, hostilidad impulsiva, temor al abandono y acciones autodestructivas. Estas personas se caracterizan por presentar dificultades de adaptación, dificultades para relacionarse socialmente y cierta inestabilidad emocional.

Tabla 1

*Análisis descriptivos de las variables cuantitativas de los instrumentos*

	N	Media	Desviación Típica	Mínimo - Máximo
Edad	18	17,89	1,410	14 - 19
Número de conductas	14	3,71	1,978	1 - 9
Número de razones	14	2,14	1,099	1 - 4
Número de personas previas	14	0,79	1,188	0 - 3
Puntuación total BDI	18	23,89	12,175	4 - 44
Puntuación total MACI	18	62,50	20,734	23 - 96

En la Tabla 2 se observa que, de los 18 participantes Emo que componen la muestra, 5 son hombres (27,8%) y 13 son mujeres (72,2%), siendo todos de nacionalidad española y estudiantes. En lo que a las conductas autolesivas respecta, 14 de los participantes presentaron conductas autolesivas (77,8%), refiriendo distintas formas de autolesión y pudiendo seleccionar en el cuestionario más de una forma de autolesión y más de un motivo para hacerlo. Según esto, 13 personas refirieron hacerse cortes (92,9%), 10 personas hacerse arañazos (71,4%), 7 personas morderse (50%), 6 personas golpearse a propósito (42,9%), 3 personas quemarse la piel (21,4%), 3 personas frotarse la piel hasta el punto de hacerse sangre (21,4%), 2 personas arrancarse el pelo (14,3%), 2 personas pellizcarse zonas del cuerpo hasta el punto de hacerse sangre (14,3%), 1 persona hurgarse en una herida (7,1%), ninguna persona hacerse un tatuaje a si mismo (0%), ninguna persona insertarse objetos bajo las uñas o bajo la piel (0%), y, 5 personas presentaron otras conductas autolesivas diferentes a las expuestas (35,7%), tales como dar puñetazos a la pared o clavarse las uñas hasta hacerse sangre. Analizando la función de la conducta autolesiva, 7 personas refirieron autolesionarse para deshacerse de los malos sentimientos (50%), 7 personas para sentir algo, porque se sentían vacías (50%), 6 personas para expresar su propio dolor (42,9%), 6 personas para evitar hacer algo o escapar de algo (42,9%), 1 persona porque quiere morir (7,1%), ninguna persona refirió autolesionarse para comunicarse con alguien o conseguir su atención (0%); y, 3 personas presentaron razones diferentes a las expuestas (21,4%). Estas razones diferentes fueron porque les gusta y les hace sentir bien, por el impulso de los nervios y porque después de autolesionarse se sienten bien y relajadas. Por último, en cuanto a presencia de clínica depresiva y rasgos de personalidad límite, de los 18 participantes de la muestra, 15 personas presentaron sintomatología depresiva (83,3%) y 12 personas presentaron rasgos de personalidad límite (66,7%).

Tabla 2

*Análisis de frecuencias y porcentajes de las variables categóricas de los instrumentos*

		N	Porcentaje
Tribu	Emo	18	100,0
Género	Hombres	5	27,8
	Mujeres	13	72,2
Nacionalidad	Española	18	100,0
Estudiante	Sí	18	100,0
Autolesiones	Sí	14	77,8
	No	4	22,2
Hacerte cortes	Sí	13	92,9
	No	1	7,1
Golpearte a propósito	Sí	6	42,9
	No	8	57,1
Arrancarte el pelo	Sí	2	14,3
	No	12	85,7
Hacerte un tatuaje a ti mismo	No	14	100,0
	Sí	1	7,1
Hurgar en una herida	No	13	92,9
	Sí	3	21,4
Quemarte la piel	No	11	78,6
	Sí	7	50,0
Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel	No	14	100,0
	Sí	7	50,0
Morderte	No	7	50,0
	Sí	2	14,3
Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre	No	12	85,7
	Sí	10	55,6
Hacerte arañazos	No	4	22,2
	Sí	3	21,4
Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre	No	11	78,6
	Sí	5	35,7
Otras formas	No	9	64,3
	Sí	7	50,0
Para deshacerte de los malos sentimientos	No	7	50,0
	Sí	7	50,0
Para sentir algo, porque te sentías vacío	No	7	50,0
	Sí	7	50,0
Para comunicarte con alguien o conseguir su atención	No	14	100,0

Para expresar tu propio dolor	Sí	6	42,9
	No	8	57,1
Para evitar hacer algo o escapar de algo	Sí	6	42,9
	No	8	57,1
Porque quieres morir	Sí	1	7,1
	No	13	92,9
Por otras razones	Sí	3	21,4
	No	11	78,6
Síntomatología depresiva	Sí	15	83,3
	No	3	16,7
Rasgos de personalidad límite	Sí	12	66,7
	No	6	33,3

### Contraste de hipótesis

En la presente investigación se plantean cuatro hipótesis interrelacionadas pero estudiadas de forma independiente mediante los análisis estadísticos pertinentes. A continuación se presentan los resultados para cada una de las cuatro hipótesis mencionadas.

La primera de las hipótesis plantea que más del 50% de la muestra de la presente investigación obtendrá puntuaciones significativamente elevadas en prevalencia de conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite.

Con el objetivo de contrastar esta primera hipótesis, se llevó a cabo un análisis estadístico no paramétrico de prueba binomial para estudiar la proporción de las tres categorías estudiadas: prevalencia de conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite.

Los resultados se muestran a continuación en la Tabla 3. Éstos reflejan que se han hallado puntuaciones elevadas en la prevalencia de conductas autolesivas y en sintomatología depresiva, pero no en rasgos de personalidad límite. La significación para la prevalencia de conductas autolesivas y para sintomatología depresiva (0,031 y 0,008 respectivamente) es menor a 0,05; pero, la significación para rasgos de personalidad límite (0,238) es mayor a 0,05. Esto indica que se puede afirmar que de forma significativa más del 50% de la muestra de la presente investigación mostró conductas autolesivas y puntuaciones significativamente elevadas en sintomatología depresiva, pero no en rasgos de personalidad límite.

Tabla 3

*Prueba binomial para la prevalencia de conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite*

		N	Proporción observada	Punto de corte	Sig.
Conductas autolesivas	Sí	14	0,78	0,50	0,031
	No	4	0,22		
	Total	18	1,00		
Sintomatología depresiva	Sí	15	0,83	0,50	0,008
	No	3	0,17		
	Total	18	1,00		
Rasgos de personalidad límite	Sí	12	0,67	0,50	0,238
	No	6	0,33		
	Total	18	1,00		

La segunda de las hipótesis expuestas plantea que existe una relación significativa entre los rasgos de personalidad límite y la sintomatología depresiva en las personas que pertenecen a la tribu urbana Emo.

Con el fin de contrastar esta hipótesis, se llevó a cabo un análisis estadístico no paramétrico de Correlación Rho de Spearman entre la puntuación total que han obtenido en el MACI en la escala de tendencia límite, que mide los rasgos de personalidad límite, y la puntuación total que han obtenido en el BDI, que mide la sintomatología depresiva.

Los resultados se presentan a continuación en la Tabla 4, reflejando una relación estadísticamente significativa entre rasgos de personalidad límite y sintomatología depresiva, siendo la correlación Rho de Spearman = 0,595 con una sig. < 0,05 (p = 0,009).

Tabla 4

*Correlación Rho de Spearman entre rasgos de personalidad límite y sintomatología depresiva*

		MACI
	Coefficiente de correlación	.595**
BDI	Sig.	.009
	N	18

\*\* p < .05

La tercera de las hipótesis presentadas plantea que las personas pertenecientes a la tribu urbana Emo que se autolesionan obtendrán puntuaciones significativamente más elevadas en rasgos de personalidad límite que las personas de esta tribu urbana que no se autolesionan.

Para contrastar esta hipótesis se llevó a cabo un análisis estadístico no paramétrico de la prueba U de Mann-Whitney, es decir, se halló la diferencia de medias en la variable rasgos de personalidad límite, medida a través de la puntuación total en la escala de tendencia límite del MACI, entre el grupo que presentaba autolesiones y el que no las presentaba.

Los resultados que hacen referencia a esta hipótesis se muestran en la Tabla 5, en los que la diferencia de medias hallada es estadísticamente significativa. La significación ( $p = 0,011$ ) asociada al estadístico de contraste (U de Mann-Whitney = 4,000) es menor a 0,05. Esto indica que existen diferencias en rasgos de personalidad límite entre aquellas personas pertenecientes a la tribu urbana Emo que se autolesionan y las que no se autolesionan.

Tabla 5

*Diferencias de medias en personas pertenecientes a la tribu urbana Emo que se autolesionan y que no se autolesionan en rasgos de personalidad límite*

	Conductas autolesivas	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
	Sí	14	11,21	4,000	0,011
MACI	No	4	3,50		
	Total	18			

La cuarta y última de las hipótesis plantea que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres que pertenecen a la tribu urbana Emo tanto en número de conductas autolesivas como en puntuación en sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite.

Con el fin de contrastar esta hipótesis se llevó un análisis estadístico no paramétrico de la prueba U de Mann-Whitney, es decir, se halló las diferencias de medias entre hombres y mujeres pertenecientes a la tribu urbana Emo con respecto al número de conductas autolesivas, sintomatología depresiva, obtenida mediante la puntuación total del BDI, y rasgos de personalidad límite, evaluada mediante la puntuación total de la escala de tendencia límite del MACI.

Los resultados se plasman en la Tabla 6, y muestran que ninguna de las diferencias de medias halladas es estadísticamente significativa. La significación ( $p = 0,308$ ) asociada al estadístico de contraste (U de Mann-Whitney = 13,000) para el número de conductas autolesivas es mayor a 0,05; la significación ( $p = 0,323$ ) asociada al estadístico de contraste (U de Mann-Whitney = 22,500) para sintomatología depresiva es mayor a 0,05; y la significación ( $p = 0,921$ )

asociada al estadístico de contraste (U de Mann-Whitney = 31,500) para rasgos de personalidad límite es mayor a 0,05. Esto indica que no existen diferencias en número de conductas autolesivas, puntuación de sintomatología depresiva y puntuación de rasgos de personalidad límite entre hombres y mujeres que pertenecen a la tribu urbana Emo.

Tabla 6

*Diferencias de medias entre hombres y mujeres pertenecientes a la tribu urbana Emo con respecto al número de conductas autolesivas, puntuación en sintomatología depresiva y puntuación en rasgos de personalidad límite*

		N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Conductas autolesivas	Hombre	4	9,25	13,000	0,308
	Mujer	10	6,80		
	Total	14			
BDI	Hombre	5	7,50	22,500	0,323
	Mujer	13	10,27		
	Total	18			
MACI	Hombre	5	9,70	31,500	0,921
	Mujer	13	9,42		
	Total	18			

## Discusión

El propósito de este estudio fue analizar la prevalencia de sintomatología depresiva, rasgos de personalidad límite y conductas autolesivas, estudiar la asociación entre ellas y evaluar si existen diferencias de género.

Atendiendo a la primera hipótesis que plantea que más del 50% de la muestra de la presente investigación obtendrá puntuaciones significativamente elevadas en sintomatología depresiva, rasgos de personalidad límite así como presencia de conductas autolesivas, los resultados apoyan esta hipótesis en dos de las tres variables mencionadas. Se confirma la hipótesis tanto en conductas autolesivas como en clínica depresiva, por lo que en la muestra seleccionada más del 50% de los Emos presentan tanto conductas autolesivas como sintomatología depresiva. Por un lado, en cuanto a las conductas autolesivas, los resultados corroboran las teorías de autores como Rizo (2009), que afirma que esta tribu urbana muestra mayor tendencia que otros grupos a producirse autolesiones. Además, esta autora señala que las autolesiones se realizan especialmente a través de cortes en la piel en brazos y piernas, observación a la que apuntan los resultados descriptivos obtenidos, donde podemos observar que el 92,9% de las personas que se

autolesionan, lo hacen mediante cortes en la piel. Rueda (2010) también afirma que las agresiones propiciadas por este grupo, las ejercían sobre todo contra sí mismos, de forma masoquista, pero también por una necesidad de sentirse vivos. Por su parte, Doctors (1981) expone que normalmente las personas que se autolesionan, suelen practicarse varios cortes poco profundos que se repiten constantemente, que de nuevo se confirma en los resultados obtenidos. Por otro lado, en lo que a la sintomatología depresiva respecta, los resultados apoyan la aseveración de Blum (2000), que afirma que el grupo Emo es uno de los grupos con mayor probabilidad de sufrir depresión. Asimismo, Bernal y Panamá (2010), apuntan que a la vulnerabilidad natural de la época adolescente a padecer depresión, se une la propia actitud de los Emos, generando así, el caldo de cultivo idóneo para la aparición de cuadros depresivos. Sin embargo, en lo que respecta a los rasgos de personalidad límite, no podemos afirmar con significación estadística que la proporción de rasgos de personalidad límite en nuestra muestra Emo sea superior al 50%. Sin embargo, sí se observa una cierta tendencia, a la vista de los resultados descriptivos obtenidos (66,7% de sujetos han obtenido una puntuación significativa en rasgos de personalidad límite), a que se den algunos de los rasgos que caracterizan a las personas con Trastorno Límite de Personalidad, como son la inestabilidad en sus estados de ánimo, la sensación de vacío, las conductas impulsivas o de autodestrucción, etc., rasgos descritos por autores como Torres (2007). Esto puede ser debido a que la muestra que se ha obtenido para la investigación no sea suficiente, ya que parece existir una cierta tendencia a estos rasgos de personalidad que quizás confirmaría la hipótesis con una muestra más representativa. Es posible que esta hipótesis se confirmara si se realizara un estudio mucho más profundo para poder esclarecer no sólo si la tribu urbana Emo presenta rasgos de personalidad límite, sino también poder analizar en profundidad los factores que confluyen en la personalidad vulnerable de los adolescentes de la tribu urbana Emo. Un estudio que permita comprobar la existencia de experiencias psicológicas traumáticas previas y analizar la influencia de las mismas y del contexto social inadecuado en la cristalización de rasgos de personalidad límite en estos adolescentes vulnerables sería adecuado, tal y como apuntan García et al. (2010).

La segunda de las hipótesis, que plantea que existe una relación significativa entre los rasgos de personalidad límite y la sintomatología depresiva en las personas que pertenecen a la tribu urbana Emo, se confirma en la muestra seleccionada, corroborando así las afirmaciones de algunos autores como Fortes et al. (2012), Feske et al. (2004) o Taboada (2007), que afirman que los pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad son tendentes a experimentar episodios depresivos. Estos datos apuntarían a la existencia de comorbilidad, y, si bien, la cualidad de la experiencia depresiva, es peculiar en los pacientes con rasgos de personalidad límite y distinta a la de los pacientes depresivos, hasta el punto de no poder dar una prioridad diagnóstica, tal y como apunta Gunderson (2002), no podemos eludir plantear la posibilidad de que la

estructura límite de personalidad predisponga a una mayor sintomatología depresiva y quizás esto sea más evidente en este tipo de cultura grupal donde predomina la desesperanza.

La tercera de las hipótesis planteadas, que expone que las personas pertenecientes a la tribu urbana Emo que se autolesionan obtendrán puntuaciones significativamente más elevadas en rasgos de personalidad límite que las personas de esta tribu urbana que no se autolesionan, se confirma en la muestra seleccionada, por lo que podemos afirmar que existe una relación significativa entre la presencia de autolesiones y la puntuación en rasgos de personalidad límite de las personas Emo, es decir, las personas que se autolesionan puntúan más alto en rasgos de personalidad límite que las que no se autolesionan, tal y como apuntan Leichsenring et al. (2011). Por otra parte, si bien podemos afirmar que la mayoría de los individuos de nuestra investigación que presentan rasgos de personalidad límite se autolesionan; esto no se produce a la inversa, obteniendo en nuestra muestra resultados que prueban la existencia de un porcentaje de pacientes que presentan conductas autolesivas, pero no rasgos de personalidad límite. Esto podría apoyar la enorme fuerza de la normalización de conductas autolesivas en esta tribu urbana, no requiriendo la estructura límite de personalidad como factor de vulnerabilidad para desarrollarlas.

La cuarta y última de las hipótesis expuestas plantea que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres que pertenecen a la tribu urbana Emo tanto en número de conductas autolesivas, como en puntuación en sintomatología depresiva y en puntuación en rasgos de personalidad límite, siendo significativamente mayor en mujeres. Esta hipótesis no se cumple, por lo que no podemos afirmar que existan diferencias de género en estas tres variables mencionadas. A nivel descriptivo, los datos apoyan una mayor prevalencia de conductas autolesivas en mujeres adolescentes Emo, tal y como sostiene la teoría aportada por Villarroel et al. (2013), así como una cierta tendencia a una mayoría de mujeres de la tribu urbana Emo afectadas por depresión como defienden algunos autores como Calvete (2011). Lo mismo ocurre con rasgos de personalidad límite, más presentes en las mujeres de la muestra seleccionada. Sin embargo, consideramos que los resultados obtenidos no son relevantes debido, por un lado, al reducido tamaño de la muestra y, por otro, a la desigualdad de sexos representada en la muestra (12 mujeres frente a 6 hombres).

De cara a investigaciones futuras, es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio realizado. La primera limitación a destacar es el reducido tamaño de la muestra, debido a la dificultad de acceso y resistencia a colaborar de la muestra. No todas las personas a las que se les ha solicitado la colaboración en el estudio han accedido a ello. Las dificultades a la hora de obtener la muestra han sido muy numerosas, tanto a la hora de localizar a los miembros de la tribu, como a la hora de convencerles para que aceptasen participar. La falta de colaboración de los menores de edad localizados al no querer involucrar a sus progenitores para que les permitieran participar, y la escasa predisposición de los mayores de edad a colaborar han sido

otras dificultades añadidas. Por otra parte hay que considerar que la muestra no ha sido recogida de forma aleatoria ni se han tenido en cuenta posibles variables extrañas, además de la reducida representatividad de los hombres que hemos podido conseguir para su participación en el estudio. Con el fin de obtener resultados concluyentes y generalizables a la población objeto de estudio, sería importante contar con un número más elevado de participantes.

Otra limitación encontrada hace referencia a la información recabada para el estudio del tema objeto de este trabajo. Añadir que tampoco existen suficientes investigaciones empíricas en las que apoyarse, por lo que la investigación ha resultado ser más complicada de lo normal, si bien, esto puede suponer una ventaja en cuanto a la utilidad de esta investigación, que tiene una connotación exploratoria y no confirma ningún marco teórico contrastado en cuanto a la población Emo. Es por tanto, un estudio innovador, que muestra la realidad de la conducta de una tribu urbana, con unas características muy determinadas que, si bien es minoritaria en cuanto a porcentaje de individuos en la sociedad, no deja de ser una fuente de riqueza por la confluencia de rasgos psicológicos que en ellos se concentran.

Tras la presentación del estudio que compone el presente trabajo, es importante plantear y dejar abiertas líneas futuras de investigación con el fin de seguir profundizando y avanzando en el ámbito de la tribu urbana Emo desde su perspectiva psicológica, área prácticamente virgen y con una literatura al respecto muy limitada en la actualidad.

Tal y como se ha señalado previamente, el trabajo presentado constituye un estudio preliminar de las variables expuestas en el modelo teórico propuesto al inicio del escrito. Por tanto, el siguiente paso en el camino aquí iniciado es la realización de una investigación con un diseño cuasiexperimental ampliando la muestra del estudio, logrando participantes representativos de la tribu urbana Emo a nivel nacional y contando con un grupo control, con el fin de analizar las tres variables estudiadas en esta investigación (conductas autolesivas, sintomatología depresiva y rasgos de personalidad límite) así como los mecanismos de relación entre ellos.

Asimismo, sería interesante conseguir un número similar de hombres y de mujeres para igualar los participantes de cada grupo. De esta forma se permitirá comparar ambos grupos y observar si existen diferencias entre ellos en lo que a la sintomatología depresiva, rasgos de personalidad límite y prevalencia de conductas autolesivas, entre otras variables, respecta.

Serían necesarios más estudios que permitieran abordar empíricamente el tema de las tribus urbanas y contar con muestras representativas de población Emo con el fin de obtener resultados concluyentes.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguirre, G. (2004). *Manual del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Aizpurua, M. (2011). Atención al adolescente. En Fernández-Conde, M., Manzano, M. y Moya, M. (Eds.), *Habilidades Prácticas Comunicativas y Comunitarias en Atención Primaria* (pp. 357-400). Valladolid: Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SocalemFYC).
- Bernal, V. V. y Panamá, J. M. (2010). *La Subcultura Emo y su incidencia en el comportamiento del adolescente*. (Tesis). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 656-672). Mexico: Mc Graw Hill.
- Calvete, E. (2011). Diferencias de género en la depresión de adolescentes y jóvenes. *Crítica*, 974, 55-59.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Madrid: Efpá. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- De la Cruz, C. (2010). Desarrollo evolutivo y sexual hasta la adolescencia. En De la Cruz, C. (Ed.), *Nueva educación de las sexualidades* (pp. 39-62). Madrid: Universidad Camilo José Cela.
- Definis-Gojanovic, M., Gugic, D. y Sutlovic, D. (2009). Suicide and Emo youth subculture-a case analysis. *Collegium antropologicum*, 33(2), 173-175.
- Del Toro, J. y Rodríguez, A. (2013). Estudio de depresión e ideación suicida en miembros de un grupo social EMO en la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Psicoespacios*, 7(11), 164-185.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2009). *Depresión*. Estados Unidos: Instituto Nacional de la Salud Mental. Recuperado de: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)

- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: a developmental view. *Adolescent Psychiatry*, 9, 443-460.
- Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.
- Erikson, E. (1977). Notas autobiográficas sobre la crisis de identidad. En Erikson, E. (Ed.), *Sociedad y Adolescencia* (pp. 5-72). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Feske, U., Mulsant, B. H., Pilkonis, P. A., Soloff, P., Dolata, D., Sackeim, H. A. y Haskett, R. F. (2004). *Respuesta clínica a la terapia electroconvulsiva en los pacientes con depresión mayor y trastorno límite de la personalidad comórbido*. *American Journal of Psychiatry* (Edición Española), 8, 116-123.
- Fortes, J. L., Sánchez, A. y Antequera, J. (2012). Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 16(12), 9p.
- Forti, L. y Forti, M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 149-154.
- García, M. T., Martín, M. F. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz, M. y Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 101-108.
- Giovagnoli, M. (2010). *Tribus urbanas: Emos, acompañamiento parental desde la puesta de límites*. (Tesis). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09.

- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- Gunderson, J. G. (2002). Diagnóstico del Trastorno Límite. En Gunderson, J. G. (Ed.), *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica* (pp. 1-32). Barcelona: Ars Medica.
- Gunderson, J. G. (2002). Diagnóstico diferencial. Solapamientos, diferencias sutiles e implicaciones terapéuticas. En Gunderson, J. G. (Ed.), *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica* (pp. 33-59). Barcelona: Ars Medica.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Cruse, J., New, A. S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J. y Duggan, J. M. (2012). Non suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-9.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., y Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1597.
- Mortara, A. e Ironico, S. (2013). Deconstructing Emo lifestyle and aesthetics: a netnographic research. *Young Consumers*, 14(4), 351-359.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.
- Rizo, P. (2009). *Estudio sociológico y psicológico del grupo social de los Emos*. Recuperado de: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2009\\_emos\\_1.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2009_emos_1.pdf)
- Rueda, G. (2010). *Los grupos EMO: Análisis descriptivo de la influencia en los procesos de construcción de identidad y vida afectiva del adolescente*. Ecuador: Universidad de las Américas.

- Sáez, S. (2010). Capítulo V. En Sáez, S. (Ed.), *Sexo básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez* (85-105). Madrid: Universidad Camilo José Cela.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Scott, L. y Chur-Hansen, A. (2008). The mental health literacy of rural adolescents: Emo subculture and SMS texting. *Australasian Psychiatry*, 16(5), 359-362.
- Silva, J. C. (2002). Juventud y tribus urbanas: en busca de la identidad. *Última Década*, 10(17), 117-130.
- Taboada, E. (2007). Autolesiones (primera parte). *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5(3), 7-31.
- Torres, T. E. (2007). Trastorno límite de personalidad. Tratamiento desde un enfoque Cognitivo-Conductual. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(3), 174 -371.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M. A., Montes, C., Igor, M. y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 38-45.