



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

EL ESTILO PARENTAL Y LAS AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA

Autora: Andrea Martínez- Falero Gómez

Directora: Belén Charro Baena

Madrid
Mayo 2015

Andrea
Martínez- Falero
Gómez

EL ESTILO PARENTAL Y LAS AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA



RESUMEN

Las conductas autolesivas afectan a gran parte de la población, sobretodo adolescente. Estas conductas se refieren a la lesión del propio cuerpo sin la intención de morir y tienen su inicio mayoritariamente en la adolescencia. Según los estudios existentes estas conductas guardan relación con problemas en la autorregulación emocional. Esta regulación se aprende desde la infancia. Los diferentes estilos parentales de educación llevados a cabo por los padres se relacionan con diferentes manifestaciones emocionales en los niños y adolescentes. El presente estudio trató de buscar la relación entre las dimensiones del estilo parental y la ideación y conductas autolesivas en una muestra de 103 adolescentes entre 16 y 18 años. Los datos mostraron una prevalencia del 30% de las conductas autolesivas. Además, los resultados apuntan a que la relación entre las variables no es significativa en gran medida, lo que puede deberse a variables mediadoras.

Palabras clave: ideación autolesiva, conductas autolesivas, estilos de educación parental, autorregulación emocional, adolescencia.

ABSTRACT

The self-injurious behaviors affecting much of the population, especially adolescents. These behaviors relate to the lesion body without the intent to die and have their home mainly in adolescence. According to existing studies these behaviors relate to problems in emotional self-regulation. This regulation is learned from childhood. Different parenting styles of education conducted by the parents relate to different emotional expressions in children and adolescents. This study attempted to find the relationship between the dimensions of parenting style and ideation and self-injurious behaviors in a sample of 103 adolescents between 16 and 18 years. The results showed a prevalence of 30% suggests that the relationship between variables is not significant largely, which can be caused by mediating variables.

Keywords: self-injurious ideation, self-injurious behaviors, styles of parenting education, emotional self-regulation, adolescence.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
I. INFLUENCIA DE LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA APARICIÓN DE AUTOLESIONES.....	8
II. EDAD DE INICIO DE LAS CAL. LA ADOLESCENCIA.....	10
III. INFLUENCIA DE ESTILOS EDUCATIVOS LLEVADOS A CABO POR LOS PADRES EN LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES.....	12
IV. CONTENIDOS DEL ESTUDIO.....	13
V. MÉTODO... ..	14
V.1. Participantes.....	14
V.2. Instrumentos.....	14
V.3. Procedimiento.....	15
VI. RESULTADOS.....	16
VII. DISCUSIÓN.....	21
VIII. REFERENCIAS.....	26
IX. ANEXO I: EPCA.....	29
X. ANEXO II: ESTILO PARENTAL.....	35

INTRODUCCIÓN

Las conductas autolesivas deben ser consideradas como dignas de ser estudiadas en profundidad ya que, según los datos existentes, afectan a una parte significativa de la población adolescente.

En los Estados Unidos la prevalencia oscila entre el 14% del que informan Gratz, Conrad y Roemer (2002), y el 14-39% que ponen de manifiesto los estudios de Nock y Prinstein (2005).

Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) en Reino Unido en una muestra de 2875 estudiantes, muestran que la tasa de prevalencia de conductas autolesivas fue de un 17,0%, y que de entre aquellos que las realizaron, el 75% lo hicieron más de una vez, el 36% informó de que nadie sabía de sus conductas autolesivas y solo el 3,29% indicó que había recibido atención médica relacionada con estas autolesiones.

En Reino Unido también se realizó un estudio en el que participaron 6020 alumnos de entre 15 y 16 años de edad, y se investigó la prevalencia de las autolesiones. Los resultados indicaron que el 6,9% de los participantes informaron de autolesiones durante el año anterior a la entrevista, de los cuales únicamente el 12,6% se presentaron en el hospital a causa de las lesiones autoproducidas (Hawton, Rodham, Evans, y Weatherall, 2002).

Por su parte, Ferreira, Martins, Machado y Silva (2012) en las investigaciones llevadas a cabo en Portugal con una muestra de 569 estudiantes de entre 12 y veinte años, dieron con un 28% de personas que explicó haberse autolesionado alguna vez en la vida.

De la misma manera, en los estudios de Brunner et al. (2013) realizados en España, se encontró que un 28,9% de los adolescentes entrevistados refería haberse autolesionado alguna vez en su vida. De estos participantes, un 21,37% dice haberlo hecho de forma ocasional (entre 1 y 4 veces) y un 7,55% informa de hacerlo en repetidas ocasiones (más de 5 veces). Estas cifras alarmantes llaman a profundizar en la etiología de estas conductas que, al igual que la ideación suicida y autolítica, son indicadores de. Sobre todo si tenemos en cuenta que nos referimos a una población de tan corta edad.

País	Prevalencia	Investigación
Estados Unidos	14%	Gratz, Conrad y Roemer (2002)
	14-39%	Nock y Prinstein (2005)
Reino Unido	17%	Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006)
		Hawton, Rodham, Evans, y Weatherall, 2002
Portugal	28%	Ferreira, Martins, Machado y Silva (2012)
España	28,9%	Brunner et al. (2013)

Además, entre el 30 y el 40% de los adolescentes que son hospitalizados, la causa es la autolesión (Briere, 1998; Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008, como se citó en Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor Silva, 2006).

La prevalencia de esta conducta desadaptativa es, como ponen de manifiesto los datos, lo suficientemente importante como para provocar un interés serio en los investigadores. Dada su naturaleza, esta conducta supone además un peligro para la persona que la lleva a cabo, ya que no solo guarda relación con un sufrimiento emocional o psicológico, sino que tiene consecuencias físicas que pueden llegar a poner en peligro la vida, aunque no sea esta la meta de la conducta.

En la actualidad, la conducta autolesiva es definida como la autoinflicción de agresiones físicas que causan lesiones leves o moderadas en el sujeto sin intención de muerte; lo que no impide, sin embargo, que en ocasiones, puedan ser una forma de comportamiento suicida (Suyemoto, 1998 como se citó en Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011; Whitlock, Eckenrode, y Silverman, 2013).

La conducta autolesiva (CAL) es diferente del suicidio, pero constituye un factor de riesgo para este ya que, tras una autolesión, el riesgo de cometer suicidio oscila al año siguiente entre el 0,5 y el 2%. De hecho, según algunos autores, ambos pueden ser planteados como un *continuum* ya que comparten la autoinflicción de daño con diferentes grados de gravedad (Kirchner et al., 2011).

Aunque las autolesiones surgen de impulsos autodestructivos, la relación entre el suicidio y la CAL es compleja. Si bien la mayoría de los estudios (Klonsky y Olino, 2008; Ferreira et. al., 2012; Whitlock et. al., 2013) sugieren que las CAL supone un método para aliviar temporalmente la angustia, las personas en poblaciones clínicas que realizan autolesiones son también más propensas a participar en conductas relacionadas con comportamientos suicidas. Por otra parte, su aparición se asocia además con trastornos de la alimentación, una historia de abuso o trauma y con otros trastornos psicológicos en población clínica (Sansonne y Lewitt, 2002). Esta relación sin embargo, puede deberse a otras variables mediadoras comunes a las personas con comportamientos suicidas y algunas de las personas que llevan a cabo autolesiones.

Hasta la edición en el DSM-V de un apartado destinado a los NNSI (*Non Suicidal Self Injury*) no ha habido consenso ni en la nomenclatura ni en el tratamiento de este tipo de conductas. Podemos encontrar como nomenclatura referencial de estas conductas: conductas autolesivas, comportamiento autolesivo, autolesión sin intención de suicidio, conductas de automutilación o autolesión.

Al hablar de conducta autolesiva nos referimos a una manifestación de un trastorno de control de impulsos conocido como el síndrome de la autoagresión deliberada como explica Favazza (1996, como se citó en Whitlock et al., 2013). Este autor identifica cuatro formas principales de CAL no sancionada socialmente: mayor, estereotipada, compulsiva e impulsiva. Aunque las primeras tres categorías se asocian principalmente con poblaciones clínicas, algunas características de la CAL compulsiva e impulsiva pueden aparecer también en las poblaciones no clínicas.

Si bien, la forma de aparición de esta conducta suele estar asociada más con el término "corte", que abarca no obstante una amplia variedad de comportamientos relacionados con la longitud del corte sobre la piel y la profundidad de corte en el tejido subcutáneo, aparecen también otros como rasguños, quemaduras, extracción de la piel o el pelo, ingesta de sustancias tóxicas, moretones y huesos rotos (Whitlock et al., 2013).

Klonsky y Olino (2008) hacen una distinción entre cuatro formas diferentes de autolesión con referencia a las que podríamos clasificar a las personas que se autolesionan según los métodos que utilizados, la función que para los sujetos cumplen

estas conductas y las características descriptivas que las acompañan, como por ejemplo si estas conductas se realizan estando a solas o con otras personas. En concreto, estos autores describen cuatro clases.

- La primera clase, llamada “CAL experimental”, correspondería a aquellas personas que experimentan con las conductas autolesivas; presentan, relativamente, pocos métodos autolesivos y una sintomatología clínica muy baja de trastornos depresivos y ansiosos.
- La segunda clase, llamada “CAL media”, correspondería a individuos que se han autolesionado más de una vez; tienen una edad de inicio más temprana y utilizan más métodos para autolesionarse que el primer grupo, aunque el nivel general de sintomatología clínica sigue siendo bajo.
- La tercera clase, llamada “CAL ansiosa”, presenta funciones automáticas y sociales además de puntuaciones muy elevadas en ansiedad.
- La cuarta clase, CAL con “funciones automáticas/suicidio” se caracteriza por menor impulsividad que los sujetos del tercer grupo y puntuaciones más altas, en comparación con las otras clases, en intento de suicidio.

En cuanto a las causas y las funciones que cumplen las CAL, se han estudiado tanto desde el marco biológico como desde el psicológico.

Según Mendoza y Pellicer (2002), las conductas autolesivas tienen que ver con una disfunción de las estructuras límbicas cerebrales implicadas en el procesamiento cognitivo y emocional del dolor. Esta disfunción provocaría una integración del dolor anómala, puesto que no se experimentaría de forma desagradable. Los autores sugieren que esta forma de percibir el dolor resultaría de la interacción entre factores biológicos y ambientales.

Nock y Prinstein (2004), sugieren cuatro funciones principales de conductas autolesivas que se distribuyen a lo largo de dos dimensiones dicotómicas: contingencias automáticas o sociales (consecuencias inmediatas o en entorno social), y refuerzo positivo o negativo (aparición de un estímulo agradable o desaparición de uno desagradable). De igual modo, volvemos a entender las conductas autolesivas como un modo de afrontamiento de las situaciones o de búsqueda de sensaciones que resulta inadecuado.

Desde el marco psicológico, Ferreira, Martins, Rosendo, Machado y Silva (2012), identifican en alumnos portugueses algunas de las funciones de la conducta autolesiva. La búsqueda de placer, la supresión de sentimientos negativos, la supresión de imágenes o recuerdos dolorosos, la búsqueda de un estado de entumecimiento, el autocastigo, la evitación del colegio o el trabajo, o la evasión de relaciones personales son algunas de las razones que llevan a los jóvenes a autolesionarse. Este tipo de conductas, por lo tanto, suponen para la persona un reforzamiento negativo, ya que las emociones intensas negativas se ven reducidas.

El refuerzo automático negativo se refiere al uso individual de las conductas autolesivas sin intención de suicidio como una estrategia para reducir la tensión u otros estados afectivos de connotación negativa. Esta función es la que aparece en la mayoría de la literatura sobre el tema como la más común. En el refuerzo automático positivo los individuos participan de estas conductas para crear un estado psicológico deseable. En este caso, las conductas autolesivas no servirían tanto al propósito de eliminar sentimientos como al de poder funcionar como un medio o estrategia de generación de sensaciones. En contraste con las funciones de reforzamiento automático, el

reforzamiento social es usado para modificar o regular el propio entorno social. Así, el reforzamiento social negativo se refiere al uso individual de las conductas autolesivas para escapar de las demandas de tareas interpersonales. Esta función ha sido menos estudiada. Por último, el reforzamiento social positivo implica ganar la atención de los otros o ganar el acceso a materiales (Nock y Prinstein, 2004).

En cuanto a la aparición de estas conductas, las investigaciones que llevaron a cabo Nock y Prinstein (2005) explican que aunque la primera vez que la acción autolesiva se realiza puede haber sido fruto de una planificación y no de forma espontánea, los actos posteriores sí conllevan una cierta espontaneidad.

	Refuerzo positivo	Refuerzo negativo
Contingencias automáticas	Sentimientos de placer físico.	Evasión de estados emocionales intensos.
Contingencias sociales	Atención de los demás.	Evasión de responsabilidades sociales.

Si bien la impulsividad subyacente a los sujetos que realizan CAL y la falta de dolor físico hacen pensar que estas conductas son difíciles de prevenir (Nock y Prinstein, 2005), comprender tanto los desencadenantes como los mantenedores de estas conductas es muy importante de cara a desarrollar una investigación psicológica de la que muchas personas podrían verse beneficiadas.

I. INFLUENCIA DE LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA APARICIÓN DE AUTOLESIONES.

Según Suyemoto (1998, como se citó en Hiraocka , 2014) la hipótesis ambiental de la CAL se centra en la interacción entre el medio ambiente y las características del individuo que se autolesiona. Teniendo en cuenta la teoría del aprendizaje social de Bandura, (1973, como se citó en Hiraocka, 2014) los comportamientos autolesivos se pueden aprender a través del aprendizaje vicario y por refuerzo de la CAL. En un estudio reciente realizado por Deliberto y Nock (2008), la mayoría de los participantes adolescentes con antecedentes de CAL informó haber visto estas conductas en comportamientos de amigos, hermanos, o también en los medios de comunicación.

También se ha pensado históricamente en la realización de la CAL con el propósito de influir en lo interpersonal (Gratz, 2003, como se citó en Hiraocka, 2014), a menudo a través de la manipulación de los demás.

Deliberto y Nock (2008) exploraron una amplia gama de factores hipotéticos que se correlacionan con la autolesión no suicida y proporcionan un análisis cualitativo de las motivaciones en formato de auto-informe por parte de los adolescentes para iniciar y detener este comportamiento. Estudiaron a 64 adolescentes con una historia de autolesiones y lo compararon con un grupo control con 30 adolescentes sin antecedentes de autolesión.

La presencia de conductas autolesivas se asoció con una historia familiar de ideación suicida, violencia y abuso de drogas y alcohol, pero no con las formas más generales de la psicopatología. También se asoció con la presencia de complicaciones en el útero, la

aparición de comportamientos repetitivos no perjudiciales durante la infancia, y el respaldo de una orientación homosexual o bisexual. Algunas de las personas autolesionadas informaron de que la idea de autolesionarse la tomaron de otros compañeros (38%), y la mayoría (78%) informaron de al menos una razón para querer dejar de autolesionarse. Menos de la mitad estaban recibiendo actualmente tratamiento.

Para llegar a una comprensión más profunda, Villarroel (2013) realiza una revisión de las motivaciones que llevan a una persona a llevar a cabo conductas autolesivas. Los principales modelos psicosociales son revisados por Klonski:

- El modelo de **regulación de los afectos** propone la CAL como una forma de aliviar los afectos negativos agudos. Desde las teorías cognitiva y sistémica se sugiere que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de estrategias de afrontamiento funcionales para aliviar el estrés emocional. Las personas que desarrollarán CAL son aquellas que tienen una predisposición biológica a la inestabilidad emocional y se sienten aliviados por estas conductas.
- El modelo de la **disociación**. Este modelo habla de la CAL como una respuesta a estados disociativos. Personas con un temperamento vulnerable pueden sufrir desrealizaciones y despersonalizaciones cuando les falta el objeto de afecto. Esta sensación puede desembocar en la búsqueda de la realidad de nuevo a través de una sensación de gran intensidad como es la producida por la CAL.
- El modelo de **conducta suicida alternativa** habla de las CAL como una forma adaptativa de resistencia al suicidio, pero que comienza con conductas que podrían ser consideradas como suicidas. Los pensamientos autodestructivos desembocan en autolesiones, pero no en la muerte.
- El modelo de **influencia interpersonal** entiende la conducta autolesiva con el fin de influir en las demás personas del entorno.
- El modelo de los **límites interpersonales**, sugiere un sujeto que no tiene una identidad integrada y sufre mucho con la separación de los objetos significativos. Entendida la piel como el órgano que separa al sujeto del objeto, el dolor de la lesión cutánea le permitiría sentirse diferenciado del entorno.
- El modelo del **castigo**, planteado por Linehan, habla de sujetos que aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables para moldear comportamientos, de modo que la autolesión constituiría un modo de autocontrol para poder realizar las conductas elegidas como deseables y eliminar las indeseables.
- El modelo de **búsqueda de sensaciones** entiende que la autolesión implica una manera de encontrar placer, ya que la persona necesita de emociones intensas que hagan que se sienta viva. En este caso se plantea una hipoactivación basal de las sensaciones de placer que le llevarían a una búsqueda constante de sensaciones intensas. Este modelo concebiría al sujeto que se autolesiona como un adicto a estas conductas.

Son muchas las hipótesis planteadas para explicar las autolesiones, sin embargo la función reguladora de la emoción es la más descrita tanto en muestra clínica como en la no clínica. Las personas suelen describir una lucidez emocional y sensaciones de euforia

a continuación de un acto de autolesión donde antes había emociones desbordantes (Arthurs, 2012).

Es importante destacar la gran comorbilidad existente entre las CAL y el trastorno de personalidad límite (Jacobson et. al., 2008). En este caso se plantea que los factores que hacen que estas conductas tengan una alta probabilidad en estos sujetos son la presencia de una alta impulsividad, la gran inestabilidad afectiva, el apego inseguro y la difusión de identidad (Villarroel et al., 2013).

En 2004 se llevó a cabo un estudio puesto en marcha por Nock y Prinstein, en el que participaron 108 adolescentes hospitalizados entre los 12 y los 17 años en el que se estudiaron las causas que llevan a los adolescentes a realizar CAL. Los resultados dieron a conocer que las razones relacionadas con un refuerzo automático fueron las más comunes. Los autores señalan que el propósito principal de estos adolescentes es la regulación emocional ya sea para aumentar o disminuir dichas sensaciones emocionales o fisiológicas. También se encontró el refuerzo social, pero el apoyo empírico de esta relación fue menor. Es posible que la causa de que se dé con mayor frecuencia el reforzamiento automático que el social sea porque los adolescentes que se autolesionan tienden a ser personas más aisladas socialmente (Guertin et al., 2001, como se citó en Nock y Prinstein, 2004) a causa de lo cual no tienen demasiada oportunidad de influir en los demás.

En 2005 Nock y Prinstein vuelven a estudiar las funciones de las autolesiones a través de autoinformes realizados por adolescentes. Tras este estudio, afirman que se podría relacionar cada tipo de autolesión con una función determinada. De modo que el refuerzo automático positivo tiene más que ver con una baja reactividad y con disociación, el automático negativo se relacionaría con una alta reactividad emocional, y las funciones de refuerzo social guardarían relación con habilidades de relación social y de comunicación.

Siguiendo a estos autores, las conductas que son mantenidas por un refuerzo automático, sirven en última instancia para regular el estado emocional del individuo, ya sea por exceso o por defecto. Esto quiere decir que la estrategia que la persona ha aprendido para la regulación emocional que más útil considera es la autolesión. Es por esto que sería importante averiguar en qué momento del desarrollo se aprenden estas habilidades de afrontamiento y bajo qué condiciones es más probable que se adquieran estas formas de autorregulación emocional.

Por otro lado, las CAL mantenidas por refuerzo social, también esconden un aprendizaje de recursos escasos para conseguir gestionar las situaciones. Es posible que el refuerzo social negativo tenga relación también con una autorregulación deficiente además de una carencia de habilidades sociales, ya que las emociones que se ponen en marcha en situaciones sociales determinadas han de ser desmesuradas para que el sujeto encuentre la autolesión como la salida más satisfactoria. En cambio, el refuerzo social positivo, que supone atención externa, no se relaciona con la gestión emocional, sino con las habilidades sociales poco funcionales (Nock y Prinstein, 2006).

II. EDAD DE INICIO DE LAS CAL. LA ADOLESCENCIA.

Hay bastante consenso en cuanto a la edad de inicio de las CAL señalada por los investigadores. Los estudios sugieren que en poblaciones clínicas la edad de inicio media se encuentra en la adolescencia media o tardía produciéndose luego un descenso

en la edad adulta temprana (Whitlock et al., 2013), y en población general, según las revisiones de Villaroel et al. (2013) las primeras apariciones se encuentran entre los 10 y los 15 años, siendo muy infrecuente que estas comiencen a aparecer una vez cumplidos los 30.

El hecho de que las primeras apariciones de las autolesiones se den en la edad adolescente, no se debe pasar por alto. La adolescencia es un largo proceso de adaptación en el que confluyen diversas crisis de identidad, y en el que los adolescentes dejan emerger sus recursos personales para hacer frente a las demandas que el mundo adulto les exige.

Hoy en día se entiende la adolescencia como un proceso adaptativo en el que se prueban diferentes modelos de interacción con el entorno y el propio cuerpo, y no como un periodo caracterizado por tumultuosos cambios que habrían de derivar en transgresiones o conductas externalizantes (De la Villa y Sirvent, 2011). Además, la adolescencia es una etapa evolutiva en la que las personas cuentan con una gran labilidad emocional debido a los cambios que deben enfrentar y al estrés que esto puede desencadenar (Costello, Mustillo, Erkan, Keeler y Angold (2003).

En un estudio en Reino Unido en el que se realizaron entrevistas a adolescentes sobre las autolesiones se vio que las conductas autolesivas eran consideradas por los que las realizan como conductas privadas y focalizadas en la expresión de estrés a menudo como una búsqueda de ayuda. Sin embargo, las personas que no manifestaron haberlas realizado las concebían como una llamada de atención. Pero, de hecho, son conductas que se reservan a la práctica privada, ya que los adolescentes que informaron sobre la experiencia de haber sido descubiertos en esta práctica imprimieron en su relato una importante carga negativa (Kineberg, Kelly, Stansfeld y Bhui, 2013). Estos datos nos muestran de nuevo la naturaleza privada de estas conductas que tienen más que ver con sucesos internos que externos.

Como plantean en sus estudios Kirchner et al. (2011), las conductas autolesivas entre los adolescentes han sido poco estudiadas. A pesar de que se pueden empezar a detectar en la adolescencia temprana, los estudios están más enfocados a la adolescencia tardía. Dada la gravedad de este tipo de conductas, sería importante no solo detectarlas lo antes posible sino también poder prevenirlas desde la infancia.

Por otro lado, saber de qué manera llevan a cabo los adolescentes las distintas conductas de riesgo para la salud puede ayudar a comprender e identificar a los adolescentes que se encuentran en situación de riesgo de desarrollar CAL, puesto que los adolescentes que realizan estas conductas son también más propensos a realizar otros comportamientos de riesgo. Por eso, cuestiones como la asociación entre el consumo de sustancias y las autolesiones pueden presentar los mismos factores subyacentes (Giletta, Scholteb, Engelsb, Ciairanoa y Prinsteinc, 2012).

Dado que las investigaciones apuntan a que los adolescentes que se autolesionan utilizan unas estrategias de afrontamiento emocional menos adaptativas que los que no lo hacen (Kirchner et al., 2011), la presencia, ya vemos que elevada, de estas conductas de riesgo en los adolescentes puede constituir, además, un factor de riesgo en la vida adulta para padecer una psicopatología.

III. INFLUENCIA DE ESTILOS EDUCATIVOS LLEVADOS A CABO POR LOS PADRES EN LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES.

Como en todas las problemáticas de corte psicológico, es importante buscar factores de riesgo y de protección que permitan crear modelos de intervención y prevención de las mismas. Estos factores pueden ser de muchos tipos, ya sean ambientales o personales.

Entre las influencias ambientales, se ha observado que las pautas educativas de los padres pueden causar impacto sobre el ajuste social y emocional de los adolescentes.

En la actualidad ha tenido lugar un cambio en los estilos educativos llevados a cabo por padres y madres que fueron educados en un estilo más autoritario que ahora tratan a sus hijos de forma más permisiva y les otorgan a sus hijos un papel central en la familia (Rice, 2000, como se citó en Ato, Galián y Huéscar, 2007). Esta permisividad ha desembocado en una infancia con una disciplina consentida con niños que tienen problemas para aceptar normas sociales y que no toleran la frustración (Ato et al., 2007).

Los estilos educativos manejados actualmente son los identificados por Baumrind (1967, como se citó en Ato et al., 2007). Este modelo habla de tres estilos principales:

- El **estilo autoritario** que se caracteriza por padres que imponen sus normas sin dar lugar al cambio, castigan las conductas no deseadas, exigen un gran nivel de madurez y carecen de capacidad para la comunicación y la afectividad.
- El **estilo permisivo** que se distingue por padres que no son en absoluto exigentes con sus hijos, pero son muy dados a la expresión de afecto y la comunicación.
- El **estilo democrático**, por último, se basa en la imposición de normas y límites y estimulan la madurez de los hijos, pero por otra parte son comunicativos, comprensivos y afectuosos con ellos.

El estudio de las relaciones entre padres e hijos a lo largo del tiempo ha llevado a concluir que el estilo más favorecedor de una autorregulación adecuada de las emociones eran los hijos con padres democráticos, estos son, además, niños más felices y generosos. Del mismo modo, los hijos de padres autoritarios son obedientes pero pasivos y los de padres permisivos se presentan exigentes y carentes de autocontrol (Berger, 2004, como se citó en Ato et al., 2007).

El uso de estas etiquetas para hablar de los estilos educativos que son principalmente cualitativas, se han visto sustituidas en las últimas décadas por el modelo bidimensional descrito por MacCoby y Martin (1983, como se citó en Ato et al., 2007). Estos autores hablan de dos dimensiones continuas: el afecto y el control.

La primera dimensión, el afecto, tiene que ver con la aceptación y la sensibilidad hacia las necesidades del niño y la segunda, el control, se refiere a la implicación de los progenitores, la disciplina o la supervisión. En relación con estas variables, un estilo de crianza que contenga un índice alto en afecto pronostica una menor probabilidad de manifestar problemas de conducta y mejores habilidades sociales. En cambio, un estilo que conllevara tanto un exceso de control como una falta del mismo, pueden dar lugar a conductas disruptivas a lo largo del desarrollo (MacCoby y Martin, 1983, como se citó en Ato et al., 2007).

El enfoque dimensional y el tipológico se complementan y han dado lugar a estudios que muestran la relación entre estilo educativo y desarrollo de los niños. Sin embargo,

el enfoque dimensional permite poner en relación algunas de las variables más importantes del estilo parental con variables de ajuste de los hijos (Oliva y Parra, 2004; Oliva et al., 2007).

Puede resultar intuitivo el hecho de que la conducta de los padres influye en el comportamiento de los hijos debido a que la familia tiene una gran influencia sobre los niños y adolescentes y por lo general viven en casa con juntos en el momento en que se aprende a gestionar las emociones (Wedig y Nock, 2007). De hecho, cada vez son más los estudios que buscan la relación en padres de hijos de adolescentes.

En una investigación llevado a cabo con 103 niños y niñas de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, los datos llevaron a sacar como conclusiones que los niños y niñas que perciben a sus padres como autoritarios tienden a obtener puntuaciones más elevadas de inadaptación personal y social y puede provocar conductas inadecuadas como la agresividad hacia los iguales, rechazo, falta de autoestima o consecuencias neuróticas (López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto, 2009). Según Henao y García (2009), por su parte, si los padres presentan una estructura equilibrada, o en su defecto autoritaria, los niños tendrán un desempeño emocional más adecuado.

Oliva et al. (2007) realizaron una investigación en la que contaron con 848 adolescentes a los que les preguntaron por medio de un test por el estilo educativo de ambos progenitores. Se trataba de comprobar si existía relación entre diferentes indicadores de ajuste adolescente y el estilo educativo de sus padres. Concluyeron que mayores puntuaciones en afecto, promoción de autonomía, revelación y humor tenían relación con un mejor ajuste tanto interno como externo. Sin embargo, la relación entre ajuste y control psicológico fue inversa, a mayor control, menor puntuación en ajuste. El control conductual, por su parte presentó unas correlaciones poco significativas con las variables de ajuste.

En lo que se refiere a conducta suicida se han llegado a proponer factores familiares como falta de comunicación, la pérdida de un cuidador o la psicopatología en los progenitores como factores de riesgo para cometer suicidio en la adolescencia (Gould, Jamieson y Romer, 2003). También, en cuanto a las conductas autolesivas, parece que los adolescentes que informan de conductas autolesivas a menudo les acompañan conflictos relacionados con las interacciones familiares (Lowenstein, 2005).

En la misma línea, otra dimensión que puede desempeñar un papel importante en estas conductas es el índice de emoción expresada en el contexto familiar, esto se refiere al grado en que los miembros de la familia expresan actitudes y observaciones críticas y hostiles y que se muestran demasiado involucrados emocionalmente hacia una persona (Hooley, 1985, 2007, como se citó en Wedig y Nock, 2007). Entonces, los adolescentes más propensos a desarrollar un estilo cognitivo autocrítico pueden ver aumentada la probabilidad de participar en las CAL como una posible forma de autocastigo.

IV. CONTENIDOS DEL ESTUDIO.

Este estudio tiene como finalidad principal adquirir conocimiento acerca de las circunstancias que provocan o mantienen las conductas autolesivas. Esto será lo que permita diseñar, desarrollar y aplicar un plan de acción adecuado para ponerles remedio desde la práctica psicológica, del mismo modo que es importante conocer los factores de riesgo y protección para prevenirlo (Nock y Prinstein, 2004).

Si la autorregulación emocional y el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas tienen relación con las conductas autolesivas, sería conveniente estudiar en qué marco se aprenden estas estrategias. Los estilos educativos de los padres tienen gran relación con la forma en la que los hijos enfrentan las diferentes situaciones de la vida (Henao y García, 2009).

Este estudio se propone comprobar si el desempeño parental que según las investigaciones genera una mayor comprensión emocional en la infancia constituye un factor relacionado con la probabilidad de realizar conductas autolesivas en la adolescencia.

Como ya se ha señalado con anterioridad, las conductas autolesivas han sido poco estudiadas en la adolescencia temprana, pero para poder comenzar a valorar su aparición necesitamos que ya se hayan dado estas conductas para poder buscar la relación. Dada su gravedad y lo pronto que se manifiestan, es de crucial importancia ser capaces de detectarlas lo antes posible para que su tratamiento y prevención sean más eficaces. Preguntando a adolescentes de entre 16 y 18 años, podremos identificar con mayor exactitud las condiciones que se estén dando en ese momento y/o se dieran en el momento en que comenzaron a aparecer.

El objetivo fundamental de este trabajo es, por tanto, encontrar la relación, si la hubiere, entre las conductas autolesivas llevadas a cabo por adolescentes en los cursos de Bachillerato y las dimensiones de las pautas educativas utilizadas por sus progenitores. Esto permitiría contribuir a la elaboración de un adecuado plan de prevención de las mismas en edades tempranas.

Por tanto, los objetivos específicos en función de los que se ha planteado este trabajo son:

- Averiguar la prevalencia de las conductas autolesivas en una muestra de adolescentes entre 16 y 18 años en un colegio de la comunidad de Madrid.
- Estudiar la relación entre conducta autolesiva y variables sociodemográficas (edad, género, número de hermanos).
- Estudiar la relación entre la aparición o no de las conductas autolesivas con las diferentes dimensiones del ejercicio parental tomando como referencia las dimensiones descritas en los estudios de Oliva et. al. (2007) sobre el ajuste adolescente.

V. MÉTODO

1. Participantes

Los participantes fueron 103 alumnos y alumnas de 1º y 2º de Bachillerato del Colegio Nuestra Señora de la Consolación, de Madrid. De ellos fueron excluidos 5 sujetos por omisión de respuestas y por dar más de una contestación a algunas preguntas. Sus edades están comprendidas entre los 16 y los 18 años de edad.

2. Instrumentos

Para la obtención de datos demográficos se procederá a elaborar un cuestionario en el que respondan a datos como edad, sexo, curso, y datos familiares como número de hermanos, y familiares con los que conviven.

Además se les pidió que contestaran a los siguientes cuestionarios.

- *Estilo parental* es una escala elaborada por Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López (2007) para evaluar los estilos educativos parentales de madres y padres según la percepción de sus hijos adolescentes. Este instrumento se validó con la colaboración de 848 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.

La escala incluye 50 ítems para evaluar la percepción del adolescente sobre el estilo educativo de la madre y otros 50 para evaluar el estilo educativo del padre. La versión definitiva de la misma incluye 41 ítems para cada progenitor que han de ser respondidos por el adolescente mediante una escala tipo Likert comprendida entre 1 y 5. Las dimensiones del estilo de cada progenitor que evalúa este test son: afecto/comunicación, promoción de autonomía, control conductual, control psicológico, revelación y humor (Oliva et al., 2007).

Al ser los hijos adolescentes los que responden a las preguntas sobre el estilo parental de sus padres, se espera una mayor objetividad en las respuestas, ya que no estará mediando de forma tan importante la deseabilidad social de los padres (Oliva et al., 2007). La elección de esta escala frente a otras que evalúan el estilo parental radica en que es la única que pregunta directamente a los adolescentes por lo que es capaz de reflejar su percepción de la relación con los padres.

- La escala Self- Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI) evalúa: ideación suicida, planes de suicidio, intento de suicidio, gestos suicidas y conductas autolesivas y los aspectos relacionados de edad de inicio, método, severidad, función, desencadenantes, dolor experimentado, consumo de alcohol o drogas asociado, impulsividad e influencia del entorno. En su versión española se validó empíricamente esta escala en el estudio de García-Nieto, Blasco-Fontecilla y Baca-García, (2013) con una muestra de 150 pacientes españoles hospitalizados. La EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas) está formada por 169 ítems divididos en 5 módulos que evalúan la presencia, frecuencia y características de 5 tipos de conductas autolesivas: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intentos de suicidio y autolesiones. En el test se comienza cada módulo con una pregunta de *screening* en la que la persona responde a la presencia o no de las dimensiones mencionadas. En caso de respuesta negativa, se pasa al módulo siguiente, pero si la respuesta es afirmativa, se busca información sobre la frecuencia, edad de inicio, método y gravedad de la conducta.

3. Procedimiento

Se notificó al colegio el objeto del estudio y se pidió consentimiento para la participación de los alumnos. A los padres se les informó de la confidencialidad y anonimato de las respuestas y se les permitirá acceder a los resultados del estudio en caso de que así lo deseen.

En horario de tutoría, se ofreció a cada uno de los alumnos un ejemplar impreso de los test, para que pudieran responder a las preguntas de los mismos.

Una vez que respondieron a los test, se procedió al análisis de datos mediante el programa SPSS. Se realiza un diseño correlacional y trasversal en el que se buscó la relación entre las variables. Por ello, no hay posibilidad de concluir relación causal ya

que no hay manipulación de las variables. A continuación se interpretaron los resultados.

VI. RESULTADOS

En primer lugar se realizó un análisis de frecuencias para tener una idea general de la incidencia tanto de ideación autolesiva como de autolesiones en los adolescentes que participaron en el estudio.

Tabla 1: Edad inicio Ideación Autolesiva

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 8	2	6,7	6,7	6,7
12	3	10,0	10,0	16,7
13	3	10,0	10,0	26,7
14	11	36,7	36,7	63,3
15	6	20,0	20,0	83,3
17	4	13,3	13,3	96,7
20	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 2: Edad inicio Autolesiones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 7	1	3,3	3,3	3,3
8	1	3,3	3,3	6,7
10	2	6,7	6,7	13,3
11	1	3,3	3,3	16,7
12	5	16,7	16,7	33,3
13	1	3,3	3,3	36,7
14	11	36,7	36,7	73,3
15	6	20,0	20,0	93,3
17	1	3,3	3,3	96,7
20	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

De los 98 sujetos a los que se preguntó, un 30,6% han pensado en autolesionarse y también un 30,6% se han autolesionado alguna vez en su vida. Solo una persona refirió haber recibido atención médica a causa de las autolesiones (3,3%).

De los que sí pensaron alguna vez en autolesionarse y los que lo hicieron alguna vez, un 56,7% eran mujeres y un 46,3% varones. Además, un 34,7% de las mujeres y un 26,5% de los hombres se autolesionó alguna vez en su vida.

También se hallaron las frecuencias de la edad de aparición de la primera ideación autolesivas y la edad de aparición de las primeras autolesiones que se muestran en la tabla 1 y 2.

En cuanto a la frecuencia de ideación autolesiva, un 63,3% dijo que había pensado en autolesionarse entre 1 y 6 veces, un 26,7% lo pensó entre 10 y 15 veces y un 10% lo hizo entre 25 y 30 veces.

El 70% de los que se autolesionaron lo hicieron entre 1 y 6 veces, el 23,3% lo hizo entre 10 y 20 veces y el 6,6 restante lo hizo más de 80 veces.

Los métodos utilizados fueron: hacerse cortes (26,7%), golpearse a propósito (46,7%), arrancarse pelo (20%), hacerse tatuajes a sí mismos (10%), hurgar en una herida (36,7%), quemarse la piel (23,3%), insertar objetos bajo la piel o bajo las uñas (3,3%), morderse (63,3%), pellizcarse hasta hacerse sangre (20%), hacerse arañazos (50%), frotarse hasta hacerse sangre (10%) y otros métodos no especificados (20%).

Con respecto a la influencia de los amigos en las conductas autolesivas, un 43,3% indicó que no tenía conocimiento de que ningún compañero se hubiera autolesionado antes de llevar a cabo esta conducta y el 73,3% dijo que no influyeron sus amigos en ellos.

A continuación se buscó la correlación entre los pensamientos autolesivos y la aparición de autolesión. Los resultados son mostrados en la tabla 3.

También se analizó el tipo de función que cumplían las autolesiones en las personas y se hallaron las medias y las desviaciones típicas de las respuestas.

Tabla 3: Correlación entre Ideación autolesiva y Presencia de autolesiones.

	Presencia de autolesiones
Ideación Autolesiva	,568** ,000

**p<0.01

Tabla 4: Medias y desviaciones típicas de tipo de reforzamiento en autolesiones.

	Media	Desviación estándar
Refuerzo automático negativo	2,40	1,476
Refuerzo automático positivo	1,13	1,224
Refuerzo social positivo	1,13	1,502
Refuerzo social negativo	1,40	1,453

Para comprobar la relación entre las diferentes dimensiones del estilo parental descritas por Oliva et. al. (2007), en primer lugar se crearon nuevas variables que constituyeran la puntuación media de cada una de las dimensiones para cada progenitor y cada sujeto.

A continuación se realizó una correlación de Pearson para buscar la relación entre las variables Ideación Autolesiva y Autolesiones con las dimensiones de Estilo Parental. Los resultados se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5: Relación entre Ideación autolesiva y Presencia de autolesiones con Estilo parental.

	Ideación Autolesiva	Presencia de autolesiones
Afecto y Comunicación Padre	-,320**	-,222*
	,002	,032
Autonomía Padre	-,316**	-,142
	,002	,172
Control Conductual Padre	-,133	-,121
	,202	,246
Control Psicológico Padre	-,010	,071
	,921	,497
Revelación Padre	-,158	-,088
	,128	,396
Humor Padre	-,230*	-,105
	,026	,315
Afecto y Comunicación Madre	-,157	-,081
	,124	,433
Autonomía Madre	-,161	-,110
	,115	,282
Control Conductual Madre	-,090	-,090
	,383	,383
Control Psicológico Madre	,146	,066
	,154	,521
Revelación Madre	-,104	-,047
	,310	,649
Humor Madre	-,151	-,098
	,140	,339

**p<0.01 *p<0.05

Después se quiso averiguar si existían correlaciones entre la edad de inicio de las Ideaciones y las conductas autolesivas; la intensidad máxima y media de los pensamientos autolesivos; el porcentaje de tiempo en que aparecían pensamientos y autolesiones mientras estaban bajo el efecto de las drogas y la probabilidad percibida de recaídas. Los resultados se muestran en las Tablas 6 y 7.

Tabla 6: correlaciones estilo relación del Padre y dimensiones de Ideación Autolesiva y Autolesiones.

	Edad Ini, IA	Int. Máx.	Int. media Drogas	Reinc I.A.	Edad Ini. A Drogas	Recaída		
Afecto y	-,352	-,221	-,276	-,440*	-,116	-,228	-,217	-,136

Comunicación Padre	,061	,250	,147	,017	,548	,244	,267	,481
Autonomía Padre	-,379*	-,094	-,148	-,426*	-,117	-,281	-,158	,039
	,043	,627	,445	,021	,547	,147	,421	,839
Control Conductual Padre	-,018	-,390*	-,268	-,344	-,225	-,112	-,433*	-,234
	,927	,037	,160	,067	,242	,569	,021	,221
Control Psicológico Padre	-,030	,235	,066	-,029	,055	-,276	,131	,085
	,879	,220	,732	,881	,779	,155	,506	,661
Revelación Padre	-,193	-,248	-,173	-,376*	-,215	,063	-,257	-,326
	,317	,195	,368	,044	,262	,751	,187	,085
Humor Padre	-,452*	-,260	-,371*	-,420*	-,137	-,314	-,252	-,142
	,014	,173	,047	,023	,480	,103	,197	,462

**p<0.01 *p<0.05

Tabla 7: correlaciones estilo relación de la Madre y dimensiones de Ideación Autolesiva y Autolesiones

	Edad ini. IA	Int. máx.	Int. media	Drogas	Reinc.	Edad ini. A	Drogas	Recaída
Afecto y Comunicación Madre	-,228	-,209	-,361	-,059	-,301	,036	-,041	-,057
	,234	,276	,054	,760	,112	,854	,834	,763
Autonomía Madre	-,249	-,082	-,140	,006	-,189	-,114	-,112	,030
	,193	,673	,470	,977	,325	,555	,562	,874
Control Conductual Madre	-,142	-,019	-,008	-,254	,253	,015	-,302	,016
	,463	,921	,967	,183	,185	,937	,112	,935
Control Psicológico Madre	-,024	,189	,310	-,020	,475**	,015	-,096	,280
	,904	,327	,102	,918	,009	,939	,621	,134
Revelación Madre	-,120	-,141	-,160	,014	-,111	,145	-,166	-,231
	,536	,466	,408	,944	,568	,454	,388	,219
Humor Madre	,069	-,376*	-,437*	-,113	-,424*	,107	-,241	-,382*
	,723	,045	,018	,561	,022	,580	,207	,037

**p<0.01 *p<0.05

Aunque se aprecian algunas diferencias entre ambos progenitores, las correlaciones no son muy fuertes. Por lo que se procedió a averiguar las diferencias de género con respecto a las dimensiones anteriormente mencionadas en cuanto a su correlación con las diferentes dimensiones del estilo parental con ambos progenitores por separado. Los resultados se muestran en las Tablas 8 y 9.

Tabla 8: correlaciones estilo parental y dimensiones de Ideación Autolesiva y Autolesiones en chicos.

	I. A.	Edad inicio	Int. Int.	Int. media	Dg	R. I.A.	Auto les.	Edad inicio	Dg	Rec.A
Ay C	-,348*	-,420	-,409	-,365	-,686**	-,359	,000	-,158	-,473	-,026
Padre	,018	,153	,165	,220	,010	,228	,999	,624	,121	,936
Aut.	-,412**	-,456	-,229	-,241	-,676*	-,357	,029	-,249	-,418	,075
Padre	,004	,117	,452	,428	,011	,232	,849	,435	,176	,818
C. C.	-,203	-,088	-,441	-,275	-,192	-,200	-,139	-,246	-,467	-,639*
Padre	,175	,775	,131	,363	,530	,513	,358	,440	,125	,025
C. P.	-,054	-,156	,260	,084	,081	-,113	,121	-,163	,494	-,090
Padre	,721	,610	,390	,785	,793	,713	,425	,612	,103	,782
Rev.	-,138	-,284	-,401	-,250	-,609*	-,321	,005	-,171	-,446	-,490
Padre	,362	,346	,175	,411	,027	,285	,973	,595	,146	,106
H. Padre	-,189	-,449	-,253	-,320	-,717**	-,457	,165	-,066	-,639*	-,100
	,208	,124	,405	,287	,006	,116	,273	,839	,025	,756
A y C	-,090	-,191	-,270	-,501	-,094	-,572*	,043	,371	-,338	,207
Madre	,538	,533	,372	,081	,759	,041	,768	,212	,258	,498
Aut.	-,128	-,139	-,123	-,283	,057	-,603*	,042	,184	-,586*	-,230
Madre	,382	,651	,689	,348	,854	,029	,775	,547	,035	,449
C. C.	-,010	,009	,015	-,013	-,029	,264	,060	,154	-,140	-,353
Madre	,947	,977	,961	,967	,926	,383	,684	,617	,648	,237
C. P.	,162	,048	,094	,104	,189	,422	-,058	,127	,245	-,171
Madre	,266	,877	,759	,734	,537	,151	,692	,679	,420	,577
Rev.	,018	-,113	-,211	-,132	-,182	-,027	-,001	,158	-,729**	-,238
Madre	,904	,714	,489	,668	,553	,931	,996	,605	,005	,433
H. Madre	-,016	-,062	-,247	-,229	-,108	-,467	,128	,068	-,504	-,182
	,913	,840	,416	,452	,727	,108	,382	,824	,079	,551

**p<0.01 *p<0.05

Tabla 9: correlaciones estilo parental y dimensiones de Ideación Autolesiva y Autolesiones en chicas.

	I. A.	Edad inicio	Int. Int.	Int. media	Dg	R. I.A.	Autole s.	Edad inicio	Dg	Rec. A
AYC	-,297*	-,307	-,052	-,238	-,104	,086	-,402**	-,133	-,162	-,143
Padre	,040	,248	,847	,375	,702	,751	,005	,622	,548	,585
Aut.	-,228	-,337	-,005	-,131	-,093	,063	-,279	-,179	-,058	,085
Padre	,119	,202	,986	,628	,731	,817	,055	,508	,831	,744
C. C.	-,065	,029	-,384	-,342	-,594*	-,256	-,100	-,039	-,464	-,042
Padre	,660	,915	,142	,195	,015	,339	,497	,885	,070	,872
C. P.	,040	,057	,229	,067	-,190	,177	,040	-,296	-,332	,197
Padre	,787	,834	,394	,804	,482	,513	,787	,265	,209	,449
Rev.	-,189	-,138	-,149	-,168	-,084	-,143	-,180	,251	-,057	-,247
Padre	,199	,610	,582	,533	,758	,596	,220	,349	,833	,338
H. Padre	-,278	-,463	-,293	-,485	-,025	,115	-,337*	-,341	-,144	-,118
	,056	,071	,271	,057	,926	,671	,019	,196	,594	,652
A y C	-,186	-,252	-,104	-,188	-,170	-,158	-,145	,087	-,021	-,131
Madre	,206	,347	,701	,485	,530	,558	,324	,749	,939	,617

Aut.	-,174	-,308	-,012	,012	-,116	,023	-,221	-,113	,079	,159
Madre	,238	,246	,966	,966	,669	,933	,131	,676	,771	,543
C. C.	-,190	-,264	-,026	,040	-,682**	,250	-,270	,011	-,645**	,269
Madre	,197	,323	,923	,883	,004	,350	,064	,967	,007	,297
C. P.	,109	-,075	,247	,465	-,250	,511*	,182	-,230	-,413	,579*
Madre	,462	,782	,355	,069	,351	,043	,216	,392	,112	,015
Rev.	-,211	-,121	-,061	-,131	,167	-,156	-,091	,164	,183	-,235
Madre	,151	,657	,823	,628	,537	,564	,537	,543	,497	,363
H.	-,253	,166	-,431	-,533*	-,264	-,407	-,272	,345	-,196	-,521*
Madre	,083	,540	,096	,033	,324	,117	,061	,191	,466	,032

**p<0.01 *p<0.05

Los resultados de las correlaciones del estilo parental de ambos progenitores teniendo en cuenta el género por separado, es más importante sobre todo en variables que muestran drogadicción, sin embargo a nivel general sigue sin existir correlaciones.

VII. DISCUSIÓN

El porcentaje de participantes que se autolesionan o que han pensado en hacerlo es de un 30,6%, lo cual entra dentro de los parámetros establecidos por Nock y Prinstein (2005) en donde se ponía de manifiesto una prevalencia entre un 14% y un 39%. También coincide con los resultados de los estudios de de Ferreira et. al. (2012), en los que aparecía un porcentaje de 28%.y con los Brunner et. Al (2013), en los que la prevalencia era de un 28,9% en España.

Sin embargo es una tasa mucho más alta que la que notificaban Whitlock et. al. (2006). Esta diferencia puede deberse principalmente a la magnitud de la muestra y a la procedencia de la misma, ya que la del presente estudio fue mucho más reducida.

Sí coincide, por otra parte, el porcentaje de personas que recibió tratamiento médico a causa de las autolesiones, que en nuestro estudio es de un 3,3%, similar al de Whitlock et. al. (2006) que encontraron un 3,29%.

Las diferencias de género en este estudio nos muestran que son las mujeres las que más piensan en autolesionarse y las que más lo hacen.

Con respecto a la edad de inicio, llama la atención que un 73,3% comenzaran con las conductas autolesivas antes de los 14 años, y un 33,3% de estos lo comenzó antes de los 12, coincidiendo con Villarroel et. al. (2013) y Witlock et al. (2013). Como veíamos, es una edad muy temprana para iniciar conductas de este tipo.

En el caso de la ideación autolesiva, los datos son similares, sin embargo aunque un 63,3% se inicia con esos pensamientos antes de los 14 años, solo un 6,7% los inicia antes de los 12. Esto puede tener que ver más con la llegada de la adolescencia y el malestar puramente psicológico que pueden desencadenar los cambios de esta etapa evolutiva (Costello et. al., 2003) y no necesariamente responden a las mismas causas.

Sin embargo, en nuestros resultados aparece una correlación significativa entre la aparición de las autolesiones y los pensamientos autolesivos de un .568. Esto quiere decir que si aparecen los pensamientos es mayor la probabilidad de aparición de las autolesiones y viceversa. No obstante, no podemos establecer una relación causal entre ambas variables.

Al estudiar las funciones descritas por Nock y Prinstein (2004) de las conductas autolesivas en nuestros participantes, encontramos también que las puntuaciones más altas con una desviación típica similar son las del refuerzo automático negativo. Esto quiere decir que la razón percibida principal para realizar las autolesiones es la huida o el cese de sentimientos o sensaciones internas valoradas negativamente por las personas, y nos vuelve a llevar a la gestión emocional como punto de mira de esta problemática.

En cuanto al objeto principal de nuestro estudio que era buscar relación entre las variables de relación parental y las autolesiones, no hemos dado con grandes hallazgos.

En lo referente a la ideación autolesiva, se encontraron correlaciones negativas significativas entre la dimensión de afecto y comunicación y la de autonomía del padre. Las correlaciones, aunque no son muy altas (-,320 y -,316 respectivamente), sí tienen un índice de significación del 0,01. También se encontró correlación con el humor del padre, en este caso positiva y con un índice de significación del 0,05. Con todas las demás dimensiones no aparecen relaciones significativas.

En el caso de las autolesiones, solo aparece una correlación negativa significativa con la dimensión de afecto y comunicación del padre. En el resto de dimensiones no aparece ninguna relación.

Llama la atención que en ambos casos las únicas correlaciones que aparecen son con el estilo del padre y no de la madre.

En el caso de las autolesiones, solo aparece una correlación negativa significativa con la dimensión de afecto y comunicación del padre. En el resto de dimensiones no aparece ninguna relación.

Según Oliva et. al. (2007), las variables que más relevancia cobraban a la hora de predecir el ajuste adolescente era la de afecto y comunicación, ya que influye además en las demás estrategias de los padres de educar a sus hijos.

Como se encontró una correlación tan débil en los resultados al relacionarlo con la aparición de la ideación y de las conductas autolesivas, se buscó relación con diferentes aspectos de estas variables.

En el caso del padre se halló cierta relación negativa significativa entre el afecto y la comunicación con el porcentaje de tiempo en que sus hijos se drogaban mientras pensaban en autolesionarse; la promoción de la autonomía y la edad de inicio y la presencia de las drogas; el control conductual y el porcentaje de tiempo que estaban drogados mientras se autolesionaban, la revelación y de nuevo la presencia de drogas en la ideación autolesiva; y por último, el humor del padre se relacionó con la edad de inicio, la intensidad media y las drogas en los pensamientos autolesivos. Todas estas correlaciones son de valor negativo.

Estos resultados revelan que en la variable que más influía la relación parental es en la probabilidad de aparición de las drogas acompañando a las autolesiones, lo cual encaja con la exploración de Deliberto y Nock (2008) que relaciona el abuso de sustancias con las autolesiones. El estilo paternal podría ser una variable mediadora entre el consumo de sustancias y la ideación y las conductas autolesivas.

En el caso de la madre, de nuevo los resultados muestran una correlación más baja, ya que solo se encuentra una correlación significativa entre el control psicológico y la probabilidad de reincidencia en los pensamientos autolesivos. Esto puede tener sentido

en la medida en la que el control psicológico de la madre produce malestar en los adolescentes, ya que la ideación autolesiva también puede tener que ver con manifestaciones de malestar interno. En los estudios de Oliva et. al., esta dimensión tiene una relación débil con la variable problemas internos, lo que nos lleva a pensar de nuevo la existencia de variables mediadoras que no alcanza a medir este estudio. Por otro lado, el humor de la madre, juega un papel más importante que el del padre, guardando relación negativa con la intensidad máxima y media y la probabilidad estimada de ocurrencia de los pensamientos autolesivos y con la probabilidad de recaída en las autolesiones.

Las diferencias entre las dimensiones que guardan cierta relevancia con los diferentes aspectos de las autolesiones pueden tener que ver con los roles esperados por parte de ambos progenitores. Las madres suelen ser más cariñosas que los padres y menos autoritarias (Aunola, Stattin y Nurmi, 2000) y los padres tradicionalmente se han ocupado menos de la educación de los hijos, por lo que desarrollaban con ellos más funciones lúdicas (Torío, Peña e Inda, 2008). Puede que los padres y madres percibidos por sus hijos como notoriamente diferentes causen en los adolescentes mayor efecto de cercanía por contraste con los estereotipos.

Para continuar con el estudio, se buscaron las relaciones anteriores pero separando los chicos de las chicas, para ver si el género de los adolescentes influía en las dimensiones de los padres que tenían relevancia. En este caso se encontraron diferencias tanto entre chicos y chicas como con las puntuaciones generales.

El afecto y comunicación se relacionaron con la ideación autolesiva tanto en chicos como en chicas, y con la aparición de autolesiones en chicas, pero solo la del padre. Además se relacionó más fuertemente con el porcentaje de tiempo en que los adolescentes habían consumido mientras pensaban en autolesionarse solo en caso de los chicos, y en el caso de la madre también con la probabilidad percibida de volver a tener pensamientos autolesivos en los chicos.

La autonomía adquiere relevancia para la ideación autolesiva en el caso del padre, y en el de la madre en la probabilidad de repetir en la ideación. La aparición de drogas durante los pensamientos se relacionó con ambos progenitores en esta dimensión. Sin embargo esta dimensión no se relaciona con ninguna variable en el caso de las chicas.

El control conductual, por su parte, se relaciona negativamente con la probabilidad percibida de volver a llevar cabo una autolesión para los chicos, y para las chicas en la aparición de drogas durante los pensamientos autolesivos, esto en el caso del padre. En el caso de la madre, guarda relación con la aparición de drogas tanto en pensamientos como en conductas autolesivas en las chicas.

El control psicológico no muestra ninguna relación en ninguno de los dos géneros. Es posible que esta sea una dimensión algo confusa por la forma en la que está definida e interactúe con otras dimensiones.

La revelación en el caso de las chicas no guarda relación con ninguna variable en lo que se refiere a ninguno de los dos progenitores. Para los chicos, se relaciona negativamente con las drogas en la ideación en el caso del padre y de la misma manera con las drogas en las conductas autolesivas en el caso de la madre.

Por último, el humor del padre se relaciona negativamente con las drogas tanto en ideación como en conducta autolesiva en los chicos y con la aparición de autolesiones en las chicas. En el caso de la madre, se relaciona negativamente con la intensidad

media de los pensamientos autolesivos y con la probabilidad de volver a cometer conductas autolesivas en el caso de las chicas.

Estos resultados apuntan a mayores índices correlacionales en el caso de los padres pero solo en el caso de los chicos. Aunque viendo los datos por separado, las correlaciones se hacen más fuertes porque sí hay diferencias en cuanto a las variables en función del género. Por otro lado, la variable que más veces se relaciona con las diferentes dimensiones del estilo parental es el consumo de sustancias durante las conductas autolesivas. Esto lleva a pensar de nuevo en la posibilidad de que el consumo de sustancias sea una variable mediadora o relacionada con las CAL.

Los resultados de este estudio muestran que las dimensiones escogidas para este trabajo no han resultado ser muy relevantes en cuanto a la relación con las CAL. Sin embargo, esto puede deberse a varias razones.

En primer lugar, la muestra con la que se ha podido contar era muy reducida, por lo que además, si queríamos buscar relación entre variables que están dentro de la conducta autolesiva solo contábamos con los adolescentes que sí que se habían autolesionado y es una muestra escasa para establecer conclusiones. Pueden estar interactuando variables como el tipo de colegio o el nivel socioeconómico, que no hemos alcanzado a regular. Además, al tratarse de adolescentes, puede que su implicación en la tarea fuera escasa.

Por otro lado, hay que contar con que el término “autolesiones” abarca un alto espectro de conductas que pueden no tener el mismo significado para todos. Por ejemplo, entre “hacerse cortes” y “morderse los labios” que son dos de los ítems que aparecen en el EPCA, hay muchas diferencias que van desde la percepción de las mismas hasta la voluntariedad de llevarlas a cabo. Es posible que las CAL hubiera que medirlas de manera separada unas de otras, teniendo en cuenta su forma de aparición. Además puede que unas estén más relacionadas que otras con la autorregulación emocional como sugerían Nock y Prinstein (2005).

También es importante tener en cuenta que este es un estudio en el que se preguntó a los adolescentes por su percepción sobre los estilos educativos de los padres, lo que cuenta con ventajas como que no va influir tan fuertemente la deseabilidad social de los padres (Oliva et. al., 2007). Sin embargo sería interesante también preguntar a los padres, ya que ellos tienen una percepción más precisa de los métodos que utilizan, así como de los aspectos de la educación que consideran relevantes. De este modo, puede que hubiera cambios importantes en los resultados.

También es posible que la relación de las CAL con variables familiares, tenga más que ver con los factores que describían Deliberto y Nock (2008) en vez de con variables de relación propiamente dicha, ya que los padres pueden ser muy afectuosos con sus hijos y sin embargo tener conductas perjudiciales para ellos que los hijos aprenden. En esa dirección, se podría estudiar si la autorregulación emocional de los adolescentes guarda, por ejemplo, más relación con la forma de autorregulación emocional de los padres y no tanto con cómo se relacionan entre sí en términos de afecto y disciplina.

En cualquier caso, las tasas de prevalencia tan altas de esta problemática urgen a implementar cuanto antes medidas de prevención y/o de intervención que contribuyan en un desarrollo sano y pleno del adolescente (Kirchner et. al., 2011).

VIII. REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aunola, K., Stattin, H. y Nurmi, J. (2000). Parenting styles and adolescents achievements strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205-222.

Arthurs, S. D. (2012). *Personality and early maladaptive Schemas differentiating persons who engage in infrequent versus pathological non-suicidal self injury*. (Tesis doctoral inédita). Lakehead University, Ontario

Ato, E., Galián, M.D. y Huéscar, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología* 23(1), 33-40.

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Sarchiapone, M Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J.P., Keeley, H., Meszaros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnik, A. y Wasserman, D. (2013). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 37-48.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 37-44.

De la Villa, M. y Sirvent, C. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 33-56.

Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219-231.

Ferreira Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A.P., César Machado, B., Silva, E. (2004). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541.

García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz, M., Baca-García, E. (2012). 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.

Giletta, M., Scholte, R., Engels, R., Ciairano, S. y Prinstein, M.J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*, 197(0), 66-72.

Gould, M., Jamieson, P. y Romer, D. Media Contagion and Suicide Among the Young. *American Behavioral Scientist* 46(9), 1269-1284.

Gratz, K.L., Conrad, D., Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. y Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(23), 1207-1211.

Henao, G. C. y García, M. C. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 785-802.

Hiraocka, R. (2014). *The affect regulation function of nonsuicidal self-injury: an experimental examination using the cold pressor test*. Northern Illinois University de Kalb. Illinois.

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J.J., Miller, A.L. y Turner, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal Clinical Child Adolescence Psychology*, 37(2), 363-75.

Kineberg, E., Kelly, M. J., Stansfeld, S.A. y Bhui, K.S. (2013). How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC Public Health*, 13.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Especialistas Psiquiatría*, 39(4). 226-35.

Klonsky, E. y Olin, T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27.

López-Soler, C., Puerto, J.C., López-Pina, J.A. y Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70-77

Lowenstein LF (2005), Youths who intentionally practice self-harm. *International Journal Adolescence Medical Health*, 17, 225-230.

Mendoza, Y., Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10-16.

Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.

Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140.

Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007) Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56.

Sansone, R. A. y Levitt, J.L. (2002). Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10(3), 205-13.

Torío, S., Peña, J. e Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.

Villaruel, 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 Non suicidal self injuries in clinical practice. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.

Wedig, M. M. y Nock, M. K. (2007). Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury. *American Academy of Child Adolesc. Psychiatry*, 46(9), 1171-1178.

Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2006) Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.

ANEXO I: TEST

Conductas autolesivas

En la actualidad, cada vez más adolescentes deciden llevar a cabo conductas de riesgo para su integridad física. El objetivo de este trabajo se centra en analizar las cuestiones que rodean a la aparición o no de este tipo de conductas. Con tu colaboración, nos ayudarás a entender con mayor profundidad y acierto la realidad que existe en torno a esta problemática, sobretodo en lo relacionado con la familia.

Antes de comenzar recuerda que:

- El cuestionario es **ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL**.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, te rogamos la **MAYOR SINCERIDAD POSIBLE**.
- Es importante que respetes el orden de las preguntas tal y como aparecen en el cuestionario.
- El cuestionario es **INDIVIDUAL**, te agradeceríamos que no consultes las preguntas o respuestas.
- Escoge, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a su situación.

Muchas gracias por tu colaboración, tu tiempo nos es de gran ayuda.

Antes de comenzar te agradecemos que contestes a las siguientes preguntas:

¿Qué edad tienes?	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>			
¿Con quién vives?	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>	Abuelos <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
¿Cuántos hermanos sois en total?:	¿Qué puesto ocupas tú entre tus hermanos/as?				
¿Tus padres están separados? Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				

Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)

En el presente cuestionario te encontrarás con diferentes tipos de opciones de respuesta. A continuación te mostramos cómo debes contestar. Por favor, recuerda a la hora de rellenar el cuestionario que no hay preguntas correctas o incorrectas.

a. Alternativas de respuesta ya dadas. Deberá escoger aquella respuesta que se adecúa mejor a lo que usted considere. Ejemplo:

¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a tí mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)	0) No
	1) Sí

b. Respuestas con escala. Deberá contestar lo que más se acerque a lo que usted considere marcando un número de 0 a 4 en la escala que se le presenta.

Escala:	0	1	2	3	4
	Muy poco/Muy bajo			Mucho/ Muy alto	

c. Respuestas abiertas. Deberá escribir lo que usted piense de forma libre utilizando los espacios en blanco dados para ello.

PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON LAS AUTOLESIONES

1	¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)	0) no 1) sí
----------	--	----------------

Llamaremos a este tipo de conductas “autolesiones”

2	¿Cuántos años tenías la primera vez que te autolesionaste?	
3	¿Cuántos años tenías la última vez?	
4	¿Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (episodios separados)	
5	¿Cuántas veces en el pasado año?	
6	¿Cuántas veces en el pasado mes?	
7	¿Cuántas veces en la semana pasada?	
8	En una escala de 0 a 4 ,en el peor momento, ¿qué intensidad tenían tus pensamientos de hacerte daño?	0 1 2 3 4
9	Por término medio, ¿qué intensidad tenían estos pensamientos?	0 1 2 3 4
10	¿Por qué crees que tienes este tipo de pensamientos?	
11	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida tenías estos pensamientos para deshacerte de sentimientos negativos?	0 1 2 3 4
12	¿En qué medida los tenías para sentir algo, porque te sentías paralizado o vacío?	0 1 2 3 4
13	¿En qué medida los tenías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
14	¿En qué medida tenías estos pensamientos para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
15	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
16	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a	0 1 2 3 4

	tener estos pensamientos?	
17	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
18	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
19	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
20	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
21	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿Durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	
22	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿cuánto tiempo solían durar?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-50 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días 8. amplios periodos (abarca más de dos respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido
23	Antes de que pensaras en hacerte daño por primera vez ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían tenido este tipo de pensamientos?	
24	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿cuántos de tus amigos han pensado en hacerse daño?	
25	Antes de que tuvieras estos	0 1 2 3 4

	pensamientos, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño?	
26	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño?	0 1 2 3 4
27	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas este tipo de pensamientos en el futuro?	0 1 2 3 4

AUTOLESIONES

28	¿Alguna vez te has autolesionado?	0) no 1) sí
29	¿Cuántos años tenías la primera vez? (<i>edad</i>)	
30	¿Cuántos años tenías la última vez?	
31	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	
32	¿Cuántas veces en el último año?	
33	¿Cuántas veces en el pasado mes?	
34	¿Cuántas veces en la pasada semana?	
35	De qué manera llevas a cabo estas autolesiones?	Hacerte cortes Golpearte a propósito Arrancarte el pelo Hacerte un tatuaje a ti mismo Hurgar en una herida Quemarte la piel (ej. Con un cigarro, cerilla u objeto caliente) Insertar objetos bajo las uñas o la piel Morderte (ej. Morderte los labios) Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto

		deshacerte sangre Hacerte arañazos Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre Otro (especificar)
36	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	1. no 2. sí 88) no aplicable 99) desconocido
37	¿Por qué crees que te haces daño?	
38	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4
39	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías vacío o paralizado?	0 1 2 3 4
40	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
41	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	0 1 2 3 4
42	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
43	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
44	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
45	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
46	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
47	¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4
48	Cuando realizaste estas	

	conductas, ¿durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	
49	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-50 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días 8. amplios periodos (abarca más de dos respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido
50	Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	
51	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	
52	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4
53	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4
54	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4

0

1

2

3

4

Muy poco/Muy bajo

Mucho/ Muy alto

ANEXO II: ESTILO PARENTAL

Por favor, marca el grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo sobre la relación con tu **PADRE**.

1: muy en desacuerdo/ 5: muy de acuerdo

Disfruta hablando cosas conmigo	1	2	3	4	5
Con frecuencia pasa algún tiempo hablando conmigo	1	2	3	4	5
Cuando hablo con él muestra interés y atención	1	2	3	4	5
Me siento apoyado y comprendido por él	1	2	3	4	5
Me anima a que le cuente mis problemas y preocupaciones	1	2	3	4	5
Me hace sentir mejor cuando estoy desanimado	1	2	3	4	5
Si tengo algún problema puedo contar con su ayuda	1	2	3	4	5
Muestra interés por mí cuando estoy triste y enfadado	1	2	3	4	5
Me anima a que le diga lo que pienso aunque él no esté de acuerdo	1	2	3	4	5
Me anima a que exprese mis ideas aunque no gusten a otras personas	1	2	3	4	5
Piensa que aunque aún no sea una persona adulta puedo tener ideas acertadas	1	2	3	4	5
Me anima a que tome mis propias decisiones	1	2	3	4	5
Me anima que piense de forma independiente	1	2	3	4	5
Me permite opinar cuando hay que tomar una decisión familiar	1	2	3	4	5
Cuando quiere que haga algo me explica por qué quiere que lo haga	1	2	3	4	5
Me dice que siempre hay que mirar las dos caras de un problema	1	2	3	4	5
Intenta saber a dónde voy cuando salgo	1	2	3	4	5
Si vuelvo tarde a casa me pregunta por qué y con quién estuve	1	2	3	4	5
Cuando salgo un sábado noche debo decirle antes dónde voy y cuándo volveré	1	2	3	4	5
Intenta saber qué hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5
Pone límites a la hora a la que debo volver a casa	1	2	3	4	5
Me pregunta en qué gasto el dinero	1	2	3	4	5
Es menos amable conmigo cuando no hago las cosas a su manera	1	2	3	4	5
Siempre me está diciendo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5
Me hace sentir culpable cuando no hago lo que quiere	1	2	3	4	5
Me trata de forma fría y distante si hago algo que no le gusta	1	2	3	4	5
Me dice que él tiene razón y no debo llevarla la contraria	1	2	3	4	5
Me castiga y sanciona sin darme explicaciones	1	2	3	4	5
Intenta controlar continuamente mi forma de ser y pensar	1	2	3	4	5
Deja de hablarme cuando se enfada conmigo	1	2	3	4	5
Le cuento lo que hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5
Le cuento lo que hago cuando salgo	1	2	3	4	5
Le hablo sobre los problemas que tengo con mis amigos y amigas	1	2	3	4	5
Cuando llego de la escuela le cuento cómo me ha ido el día	1	2	3	4	5
Aunque no me pregunte, le cuento cómo me va en las diferentes asignaturas	1	2	3	4	5
Suele estar de buen humor	1	2	3	4	5
Casi siempre es una persona alegre y optimista	1	2	3	4	5
Suele bromear conmigo	1	2	3	4	5
Es divertido hacer cosas con él/ella	1	2	3	4	5
Se ríe mucho conmigo	1	2	3	4	5
Suele estar tranquilo y relajado	1	2	3	4	5

Por favor, marca el grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo sobre la relación con tu **MADRE**.

1: muy en desacuerdo/ 5: muy de acuerdo

Disfruta hablando cosas conmigo	1	2	3	4	5
Con frecuencia pasa algún tiempo hablando conmigo	1	2	3	4	5
Cuando hablo con ella muestra interés y atención	1	2	3	4	5
Me siento apoyado y comprendido por ella	1	2	3	4	5
Me anima a que le cuente mis problemas y preocupaciones	1	2	3	4	5
Me hace sentir mejor cuando estoy desanimado	1	2	3	4	5
Si tengo algún problema puedo contar con su ayuda	1	2	3	4	5
Muestra interés por mí cuando estoy triste y enfadado	1	2	3	4	5
Me anima a que le diga lo que pienso aunque ella no esté de acuerdo	1	2	3	4	5
Me anima a que exprese mis ideas aunque no gusten a otras personas	1	2	3	4	5
Piensa que aunque aún no sea una persona adulta puedo tener ideas acertadas	1	2	3	4	5
Me anima a que tome mis propias decisiones	1	2	3	4	5
Me anima que piense de forma independiente	1	2	3	4	5
Me permite opinar cuando hay que tomar una decisión familiar	1	2	3	4	5
Cuando quiere que haga algo me explica por qué quiere que lo haga	1	2	3	4	5
Me dice que siempre hay que mirar las dos caras de un problema	1	2	3	4	5
Intenta saber a dónde voy cuando salgo	1	2	3	4	5
Si vuelvo tarde a casa me pregunta por qué y con quién estuve	1	2	3	4	5
Cuando salgo un sábado noche debo decirle antes dónde voy y cuándo volveré	1	2	3	4	5
Intenta saber qué hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5
Pone límites a la hora a la que debo volver a casa	1	2	3	4	5
Me pregunta en qué gasto el dinero	1	2	3	4	5
Es menos amable conmigo cuando no hago las cosas a su manera	1	2	3	4	5
Siempre me está diciendo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5
Me hace sentir culpable cuando no hago lo que quiere	1	2	3	4	5
Me trata de forma fría y distante si hago algo que no le gusta	1	2	3	4	5
Me dice que ella tiene razón y no debo llevarla la contraria	1	2	3	4	5
Me castiga y sanciona sin darme explicaciones	1	2	3	4	5
Intenta controlar continuamente mi forma de ser y pensar	1	2	3	4	5
Deja de hablarme cuando se enfada conmigo	1	2	3	4	5
Le cuento lo que hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5
Le cuento lo que hago cuando salgo	1	2	3	4	5
Le hablo sobre los problemas que tengo con mis amigos y amigas	1	2	3	4	5
Cuando llego de la escuela le cuento cómo me ha ido el día	1	2	3	4	5
Aunque no me pregunte, le cuento cómo me va en las diferentes asignaturas	1	2	3	4	5
Suele estar de buen humor	1	2	3	4	5
Casi siempre es una persona alegre y optimista	1	2	3	4	5
Suele bromear conmigo	1	2	3	4	5
Es divertido hacer cosas con ella	1	2	3	4	5
Se ríe mucho conmigo	1	2	3	4	5
Suele estar tranquila y relajada	1	2	3	4	5