



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**La influencia de los estilos parentales en las conductas
autolesivas en adolescentes**

Autora:
Lidia Olmedo Trejo

Directora:
Elisa Hormaechea García

Madrid
2022/2023

Resumen

Durante la pandemia por COVID-19 la incidencia de las autolesiones en adolescentes ha aumentado un 242% (ANAR, 2021) y se estima que más de uno de cada diez menores lo ha hecho en al menos una ocasión. Esta recopilación nace ante la necesidad de comprender en profundidad este fenómeno y estudiar qué papel tienen las familias para poder dar una respuesta más efectiva. Concretamente esta revisión bibliográfica recoge en qué medida los estilos y patrones de crianza influyen en las conductas autolesivas. Por este motivo, en el presente trabajo se exponen cuáles son los factores de riesgo y protección; así como los métodos, tratamientos o funcionalidad de las autolesiones no suicidas (ANS). Asimismo, se explican los cuatro estilos parentales y su influencia en la conducta de los hijos. Por último, se analiza la influencia entre ambos procesos para poder poner el foco en aquellos que son más problemáticos. Mientras que el autoritario parece incrementar el riesgo, el democrático disminuye su posible aparición.

Palabras clave: autolesiones, estilos parentales, adolescentes, trastorno psicopatológico, tratamiento

Abstract

During the COVID-19 pandemic, the incidence of self-harm in adolescents has increased by 242% (ANAR, 2021) and it is estimated that more than one in ten minors has done so on at least one occasion. This compilation arises from the need to understand this phenomenon in depth and to study the role of families to provide a more effective response. Specifically, this bibliographic review shows to what extent parenting styles and patterns influence self-injurious behaviors. For this reason, the present work presents the risk and protective factors, as well as the methods, treatments, or functionality of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI). Likewise, the four parental styles and their influence on children's behavior are explained. Finally, the influence between both processes is analyzed in order to focus on those that are more problematic. While the authoritarian style seems to increase the risk, the democratic style decreases its possible occurrence.

Key words: self-injury, parenting styles, adolescents, psychopathological disorder, treatment.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
AUTOLESIONES NO SUICIDAS (ANS)	5
DEFINICIÓN	5
<i>Autolesiones no suicidas vs intentos de suicidio</i>	6
<i>Autolesiones esporádicas vs recurrentes</i>	7
FACTORES DE RIESGO	7
<i>Variables sociodemográficas</i>	7
<i>Factores sociales</i>	8
<i>Factores psicológicos</i>	9
<i>Otros trastornos mentales</i>	10
FACTORES DE PROTECCIÓN	10
FUNCIONALIDAD: MODELOS Y TEORÍAS	11
<i>Specific Hypothesis</i>	11
<i>Four function model</i>	12
ESTILOS PARENTALES	13
TIPOS DE ESTILOS PARENTALES	14
<i>Autoritario</i>	14
<i>Permisivo</i>	15
<i>Autoritativo</i>	15
<i>Negligentes</i>	16
INFLUENCIA DE LOS ESTILOS PARENTALES SOBRE LA CONDUCTA DE LOS HIJOS	16
<i>Autoritario</i>	16
<i>Permisivo</i>	17
<i>Autoritativo</i>	18
<i>Negligente</i>	19
INFLUENCIA DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LAS ANS	19
TRATAMIENTOS PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS	20
GRUPO TERAPÉUTICO	20
TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL	20
TERAPIA MULTISISTÉMICA	21
TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN	22
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	22
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	26
PROGRAMA DE PREVENCIÓN	28

Introducción

Las autolesiones han aumentado mucho durante los últimos años, especialmente después de la pandemia de COVID-19, según ANAR (2021) este incremento entre los niños y adolescentes ha sido del 242%. Además, el 87,6% de jóvenes que llevan a cabo este tipo de conductas presentan algún tipo de trastorno mental recogido en el DSM-IV (Nock et al., 2006), por este motivo es muy importante que los profesionales atiendan a este fenómeno y den una respuesta clara y eficaz.

De acuerdo con la investigación de Muehlenkamp et al. (2012), en la que realiza una comparación sistemática de los datos obtenidos en diferentes países, se estima que entre el 13% y el 30% de los adolescentes se han autolesionado en al menos una ocasión. Las cifras son aún más desesperanzadoras en España, en un estudio realizado en 2015 se recoge que la mitad de adolescentes han ejecutado algún tipo de conducta autolesiva no suicida durante el año anterior, además, un 32% lo había realizado de forma severa (Calvete et al., 2015).

En los últimos años la investigación y la comunidad científica está prestando más atención a este fenómeno. Las autolesiones no suicidas en el manual diagnóstico DSM-IV-TR se incluían como un posible síntoma dentro del trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, en la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se ha reservado unas páginas en donde explican los criterios propuestos, características diagnósticas, factores de riesgo e incluso un diagnóstico diferencial (American Psychiatric Association, 2014). Esto es un paso hacia la visibilización, la comunidad científica está uniendo fuerzas para que deje de estar relegado a un segundo plano y se pueda atender de manera global y conjunta.

Hay muchos factores que influyen a la aparición o mantenimiento de este tipo de conductas que interactúan entre sí (Vega et al., 2018). No nos podemos quedar solo con una visión superficial del problema en donde se atiendan únicamente a los síntomas, frecuencia y métodos, sería importante ir más allá. De esta manera, se podría abordar las causas que están detrás de las autolesiones para prevenir su manifestación o frecuencia.

Este trabajo tiene como objetivo principal mediante una revisión bibliográfica encontrar puntos de relación que nos ayuden a entender cómo los estilos parentales pueden estar relacionados con las autolesiones en adolescentes. La presencia de conflictos familiares o la relación conflictiva y distante con alguno de los progenitores parecen estar muy relacionados con este tipo de lesiones (Obando et al., 2018). Es muy importante comprender qué papel juega la falta de comunicación, los desprecios, gritos o incluso la pérdida de valores familiares como sentirse dentro de la unidad familiar o la tolerancia en esta problemática (Belletich et al., 2020). En consecuencia, se podrá obtener una visión más precisa del problema dentro del marco de la familia que nos ofrezca un lugar específico desde donde mirar e intervenir.

Autolesiones no suicidas (ANS)

Definición

La autolesión no suicida se define como el daño intencional hacia el cuerpo de uno mismo sin el propósito de quitarse la vida (Klonsky y Muehlenkamp, 2007). Los efectos que el adolescente busca tiene que ver con experimentar emociones de alivio o reducir la intensidad un sentimiento que genera distrés; de manera que si obtiene el objetivo que busca, es probable que repita este comportamiento pudiendo llegar a depender de él como estrategia de autorregulación (APA, 2014).

Los métodos para autolesionarse son diversos y complejos, los más comunes son los cortes en la piel; así como los pellizcos, golpes o quemaduras (Nock et al., 2006). Además, es importante señalar que casi la mitad de los adolescentes que se autolesionan de manera frecuente usan entre dos y cuatro métodos diferentes (Obando et al, 2018).

La mayoría de los adolescentes afirman haberlo hecho de manera puntual o incluso en una única ocasión, solo un pequeño grupo se autolesiona de manera crónica (Whitcock et al., 2006). Asimismo, normalmente no requieren atención médica, por ejemplo en el estudio llevado a cabo por Calvete et al. (2015) de una muestra de 203 jóvenes tan solo el 4% del total de personas involucradas en este tipo de conductas precisaron asistencia sanitaria.

Según un estudio conducido por Barrocas et al. (2012) es hasta tres veces más frecuente encontrar este tipo de conductas en las niñas de 14-15 que en los niños. También explica que difieren en los métodos elegidos, las niñas prefieren autoinfligirse daño mediante cortes y los chicos golpeándose.

El año de inicio de este tipo de conductas suele encontrarse alrededor de los 13 o 14 años, durante los siguientes años el número de menores que se autolesionan se dispara radicalmente hasta los adultos jóvenes (Nock et al., 2006). Es un método de regulación emocional relativamente frecuente entre los adolescentes, no obstante, los datos nos advierten que a partir de los 24 años la incidencia se reduce considerablemente (Whitlock et al., 2006).

Autolesiones no suicidas vs intentos de suicidio

Es importante señalar que a pesar de que las autolesiones no suicidas (ANS) son diferentes a los intentos de suicidio, ambos fenómenos están muy relacionados. Klonsky et al. (2013) explican que la presencia de conductas autolesivas aumentan la probabilidad de futuros intentos de suicidio debido a que ambas conductas incluyen el deseo de suicidio y los medios de poder llegar a cometerlo. Estas variables también se relacionan en sentido inverso, de modo que el 70% de los jóvenes que se autolesionan habían realizado previamente al menos un intento de suicidio (Nock et al., 2006).

La clave para diferenciarlos se encuentra en la intencionalidad. Mientras que los intentos de suicidio tienen como finalidad la muerte, las conductas autolesivas cumplen con diferentes funciones que son explicadas en detalle más adelante (Klonsky et al., 2016). Si atendemos a las diferencias entre ambos grupos, los adolescentes que optan por intentos de suicidio suelen acumular un mayor número de experiencias traumáticas y tienen una visión más negativa de la vida (Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004).

Existen indicadores que disminuyen la probabilidad de cometer un intento de suicidio en las personas que previamente han llevado conductas autolesivas. Algunas de estas variables son la variedad de procedimientos, el número de repeticiones o el recorrido temporal. En los jóvenes que cuentan con un amplio abanico de técnicas incluidas en su repertorio hace mucho tiempo y que recurren a ellas con cierta regularidad, se reduce

drásticamente la probabilidad de que ese patrón evolucione en un intento de suicidio (Klonsky et al., 2016). Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Nock et al. (2006) las variables de tiempo, duración y diversidad de procedimientos no parecían influir.

Autolesiones esporádicas vs recurrentes

Las autolesiones esporádicas son aquellas que se realizan de manera puntual y no supone una conducta habitual en la persona, se considera recurrente cuando se realiza de manera repetitiva (Frías et al., 2012). Aunque no está claro el límite entre una y otra, se llegó al consenso de que a partir de seis o más recidivas durante el último año es considerado como autolesiones recurrentes (Ammerman et al., 2016).

Si una persona ha cometido una conducta autolesiva, aumenta hasta un 50 o 70% la probabilidad de que lo vuelva a cometer (Frías et al., 2012; Andover et al., 2012). Por este motivo, es muy común que los jóvenes pasen de un estilo de autolesión esporádico a uno recurrente. Las autolesiones sistemáticas son más graves porque se relacionan con baja autoestima, síntomas psicopatológicos o dificultad en la adherencia al tratamiento (Frías et al., 2012).

A la luz de la investigación de Manca et al. (2014) se advierte que a lo largo del tiempo se suele producir una escalada en la severidad de las autolesiones, es decir, según aumenta la frecuencia, se incrementa la probabilidad de que la lesión sea más grave. Algunos indicadores que favorecen que estas conductas se conviertan en recurrentes son la presencia de problemas mentales en los padres, trastornos de la conducta alimenticia en los adolescentes o un desempeño académico muy reducido. Asimismo, los jóvenes con mayor tolerancia al dolor suelen autolesionarse de manera reiterada.

Factores de riesgo

Variables sociodemográficas

Entre las variables sociodemográficas parece que el género tiene mucho peso, ser mujer constituye un factor de riesgo (Calvete et al., 2005). Los adolescentes son más

vulnerables a este tipo de conductas porque presentan puntuaciones más altas en impulsividad y estrategias de gestión emocional limitadas (Obando et al., 2011; Champan et al., 2006).

Según Wilkinson et al. (2011) el momento exacto de la pubertad es determinante, de manera que los adolescentes más jóvenes son más vulnerables a este tipo de conductas. Sin embargo, hay otros estudios que explican que desde el inicio de la pubertad la incidencia aumenta progresivamente, incluso durante los primeros años de la universidad (Cipriano et al., 2017). Por ejemplo, en el estudio que realizó Whitlock et al. (2006) del total de adolescentes que se autolesionaban, el 24,9% inició estas prácticas durante la prepubertad (10-14 años) frente al 34% que lo hizo durante sus últimos años de adolescencia tardía (17-20 años).

Factores sociales

Los conflictos interpersonales constituyen uno de los factores con mayor peso dentro de las conductas autolesivas (Hankin y Abela, 2011). Por un lado, cuando en el ámbito familiar hay muchos desacuerdos filoparentales o discusiones entre los padres. Por otro lado, aquellos adolescentes que en el colegio tienen relaciones cargadas de agresividad con los pares o son víctimas de bullying (Obando et al., 2018). Es muy evidente la relación entre conductas autolesivas y personas que han sufrido abuso físico, psicológico o sexual (Andover et al., 2012; Cipriano et al., 2017 y Whitlock et al., 2006).

Si vamos más allá descubrimos la vulnerabilidad en los jóvenes que se encuentran aislados y con un sistema social limitado, sobre todo en aquellos que han sufrido el abandono por parte la figura paterna (Belletich et al., 2020) o de otro familiar con el que tenían un fuerte vínculo, así como su fallecimiento (Obando et al., 2018). Asimismo, la falta de apoyo por parte de los pares es percibido por el adolescente en forma de rechazo y termina generando sentimientos de soledad muy intensos (Belletich et al., 2020). El aislamiento se ve traducido en lo académico en un rendimiento escolar inferior a lo esperado y por debajo del resto de sus compañeros (Obando et al., 2018).

En un estudio longitudinal ejecutado por Sourander et al. (2006) en niños desde los 3 a los 15 años se concluyó que los hijos de las madres que sufren algún trastorno

psicológico son más vulnerables. En otra investigación se infirió que las madres que tienen depresión producen en los jóvenes la necesidad de complacerlas y estar a la altura de sus exigencias, además, se está analizando si el contagio emocional podría estar detrás de estas conductas (Hanlin y Abela, 2011).

Otros factores presentes en el sistema familiar que son predictores de las ANS son el suicidio en la familia, sobre todo de alguno de los progenitores (Ystegard et al., 2003). Así como la presencia de conductas de negligencia emocional sobre el cuidado y la atención del menor (Cipriano et al., 2017). Whitlock et al. (2006) refieren que casi la mitad de los menores que presentaban ANS de manera reiterada habían sido víctimas de abuso emocional y la mayoría de ellos lo había sufrido en el núcleo familiar.

Por último, durante la última década las redes sociales han cambiado la manera de relacionarse de los jóvenes. El acceso a referentes con cuerpos o estilos de vida inalcanzables genera presión de grupo por intentar ser perfectos, con unas expectativas completamente desajustadas de lo que quieren llegar a ser (Belletich et al., 2020).

Factores psicológicos

En un estudio longitudinal realizado por Hankin y Abela (2011) durante dos años y medio a adolescentes con conductas autolíticas se observa que casi todos los jóvenes comparten una serie de características psicológicas como un estilo cognitivo negativo y rasgo de personalidad de introversión.

Los jóvenes que puntúan alto en los test de personalidad en búsquedas de sensaciones e impulsividad suelen caer con más facilidad, está muy conectado a lo visto en el apartado anterior donde el neurotransmisor GABA juega un rol muy importante (Obando et al., 2018). También son muy vulnerables los jóvenes con presencia de sentimientos de desesperanza (Wilkinson et al., 2011), autoconcepto negativo (Obando et al, 2011) o falta de autorregulación emocional (Chapman et al, 2006).

Si atendemos a los rasgos de personalidad según el modelo de Big 5, las diferencias son estadísticamente significativas entre los jóvenes que se autolesionan y los que no. Las personas que realizan este tipo de conductas suelen tener puntuaciones más

altas en los rasgos de neuroticismo y apertura a la experiencia. Asimismo, presentan dificultades en el reconocimiento y expresión de sus sentimientos (Lin et al., 2017).

Otros trastornos mentales

En la investigación de Nock et al. (2006) muestra como el 62,9% de las personas que se autolesionaban padecían un trastorno externalizante, muy relacionado con la falta de control de impulsos y desequilibrio emocional. Además, la mitad de las personas del estudio sufrían un trastorno internalizante. Es aún más alarmante que dos de cada tres adolescentes mujeres cumplían criterios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Por último, casi el 60% de las personas abusaba de alguna droga y el alcohol era la sustancia más común (Ystegard et al., 2003).

Hay una fuerte relación entre los jóvenes que se autolesionan y que padecen algún trastorno de ansiedad o depresión (Wilkinson et al., 2011), por ejemplo en el estudio de Obando et al. (2018) el 49% de los jóvenes presentaba síntomas depresivos. En esta línea, es interesante señalar que en numerosas ocasiones los trastornos de la conducta alimenticia cursan con conductas autolíticas (Whitlock et al., 2006).

Factores de protección

Las investigaciones realizadas hasta el momento van encaminadas a definir cuáles son las variables que hacen a los jóvenes más vulnerables a estas conductas, de manera que el estudio de los factores de protección ha quedado relegado a un segundo plano. A pesar de esto, hay algunos estudios que señalan algunas variables que parecen influir. Por ejemplo, en la actualización del plan “ABCDE en urgencias extrahospitalarias” se expone que la flexibilidad del pensamiento, la capacidad de afrontamiento de problemas o la competencia social juegan un papel importante (Burgarín y García, 2012).

En este sentido, se ha encontrado que el optimismo entendido como las expectativas positivas respecto a la consecución de objetivos, así como la constancia y confianza para alcanzarlos resulta ser muy beneficioso. Las personas con un estilo

cognitivo esperanzador tienden a utilizar estrategias más adaptativas (O'Connor et al., 2009).

Hall-Lande (2007) realizó un estudio con casi cinco mil adolescentes en el que reveló que cuanto más fuerte es la comunicación y sensación de conexión con los seres queridos, mejor salud mental tienen los adolescentes. Obando et al. (2018) exponen que estas conductas son muy poco frecuentes en los menores con sistemas familiares seguros. Posiblemente esté mediado por la variable autoestima porque las relaciones sociales tienen un impacto en la valoración que uno hace de sí mismo y esta a su vez juega un papel importante en la aparición de síntomas psicopatológicos. A mayor autoestima, menor es la probabilidad de autolesionarse (Min-Pei et al., 2017).

En un grupo de discusión dirigido por Páramo (2011) en el que participaron diferentes adolescentes, padres, profesores y psicólogos consideran que algunas variables protectoras son la percepción de buen apoyo social, la involucración en actividades recreativas o puntuaciones medias-altas en locus de control interno. Por último, en los varones la incidencia es menor que en mujeres, es decir, ser hombre es un factor de protección frente a estas prácticas (Wilkinson et al., 2011; Calvete et al., 2005).

Funcionalidad: modelos y teorías

Specific Hypothesis

Nock (2009) propone desde un modelo funcional diferentes hipótesis específicas que podrían estar detrás de las ANS. Desde esta perspectiva se presta especial atención a los antecedentes y consecuentes de las conductas, de manera que se intenta definir cuáles son las causas concretas. Aunque nos permite delimitar los procesos, con esta aproximación se pierde la visión holística del problema. Las hipótesis con las que trabaja son las siguientes:

1. *Hipótesis de la teoría del aprendizaje social*: se aprenden mediante la observación, tanto a personas significativas del entorno cercano como a desconocidos en redes sociales.
2. *Hipótesis del autocastigo*: los jóvenes que son expuestos a críticas constantes durante la infancia, las internalizan y durante la adolescencia se aplican ellos

mismos el castigo. El 15% refiere hacerlo con el objetivo de aplicarse una sanción (Obando et al., 2018)

3. *Hipótesis de la señalización social*: las autolesiones como recurso para comunicar lo que no pueden hacer por canales adaptativos como hablar o gritar, es la forma que encuentran para recibir atención del entorno. Es más, se estima que en torno el 20% de los jóvenes se autolesionan para poder sentirse atendidos por su familia (Obando et al., 2018)
4. *Hipótesis pragmática*: es una forma de control emocional muy práctica por su sencillez, rapidez y, además, no se precisa de ningún material.
5. *Hipótesis analgésica*: la ausencia de dolor de las personas que se autolesionan, aunque aún se está estudiando si es una causa o consecuencia de las ANS.
6. *Hipótesis de la identificación implícita*: consiste en la asociación con este tipo de prácticas, sería como si les hiciese formar parte de un grupo. En esta hipótesis también se está investigando si es causa o consecuencia.

Este modelo propone seis diferentes hipótesis que podrían estar detrás de las autolesiones, es importante identificar cuál está presente en cada caso para trabajar con la función específica que cumple. Si el paciente logra encontrar otras estrategias más adaptativas, será capaz de reducir e incluso eliminar este tipo de conductas. Por ejemplo, si este comportamiento tiene una base de señalización social, deberemos encontrar otras formas con las que pueda comunicar su necesidad de ser atendido por su entorno que no impliquen autoinfligirse daño (Obando et al., 2018; Nock, 2009).

Four function model

El modelo propuesto por Nock y Prinstein (2004) explica que se pueden reducir a cuatro las razones por las cuales las personas se autolesionan, todas ellas basadas en el reforzamiento y a su vez existen dos tipos de reforzamiento: el positivo y el negativo. Con el primero se espera que con la ANS se aumente la probabilidad de que le siga una consecuencia agradable, por ejemplo, recibir el afecto de la madre. Sin embargo, con el negativo el sujeto lo hace con el objetivo de que desaparezca alguna consecuencia perjudicial, como conseguir no ir al colegio. También se pueden clasificar en función de si el reforzador implica a más personas o no, de manera que si el reforzador lo administra un agente externo es reforzamiento social y si es auto aplicable será automático. La

combinación de estas dos clasificaciones da lugar a cuatro funciones: reforzamiento negativo automático, reforzamiento positivo automático, reforzamiento negativo social y reforzamiento positivo social.

Según este modelo las razones principales de autolesiones se deben a procesos de reforzamiento negativo automático, es decir, las que tienen el objetivo de eliminar los sentimientos de vacío o las emociones negativas. Les sigue el reforzamiento positivo automático que están relacionados con sensaciones de relajación o autocastigo. Por último, se encuentran aquellas conductas de reforzamiento positivo o negativo social como recibir atención o ayuda del entorno, sentirse incluido en un grupo o por el intento de controlar una situación.

Sin embargo, en un estudio realizado más tarde por Power et al. (2016) se concluyó que el reforzamiento positivo social tenía la misma prevalencia que el reforzamiento negativo automático, 3 de cada 10 respectivamente. En lo que sí que coincidía es que tan solo 1 de cada 10 personas lo hacía por una razón de reforzamiento negativo social.

Nos sirve como guía para poner el foco en aquellas funciones que resultan más evidentes. Nos invita a prestar mayor atención a los adolescentes presentan un vacío existencial o experimentan de manera recurrente sentimientos desagradables porque son los más vulnerables a las conductas autolesivas no autolíticas (Nock y Prinstein, 2004; Power et al., 2016).

Estilos parentales

Los estilos parentales son el conjunto de normas, comportamientos y actitudes, tanto implícitas como explícitas, mediante las cuales los padres y madres se relacionan con sus hijos (Darling y Steinberg, 1993). Tienen un gran impacto en el mundo emocional de los menores debido a su estrecha relación con conductas de gestión de conflictos o habilidades sociales y comunicativas (Cuervo, 2010).

La primera persona en clasificar los diferentes tipos fue Diana Baumrind (1971, 1978 y 96) en el que definió los estilos autoritario, permisivo y autoritativo. Más adelante,

Maccoby y Martin (1983) añadieron el patrón negligente. Estos autores proponen cuatro patrones de crianza gracias a la combinación de dos dimensiones: grado de control/exigencia y afecto/comunicación.

El control/ exigencia se refiere al grado de control que los padres ejercen sobre los hijos, así como en qué medida monitorizan y establecen límites. A mayor control psicológico, menor autonomía (Oliva et al., 2008). Un manejo de contingencias muy rígido puede producir en el menor comportamientos disruptivos, agresivos e impulsivos (Iglesias y Romero, 2009).

El afecto/comunicación describe aquellas conductas de los padres que van dirigidas a la identificación y atención de las necesidades de los menores, apoyo emocional y sensibilidad. Este estilo está caracterizado por la autorrevelación de los padres y el uso del humor para relacionarse (Oliva et al., 2008). Esa aceptación supone un factor de protección para el menor aumentando su actitud positiva, así como una autoestima sana y una identidad consistente (Iglesias y Romero, 2009).

Tipos de estilos parentales

Autoritario

En estas familias hay una jerarquía muy rígida donde es clave la obediencia de los hijos a los padres, es decir, dependen completamente de ellos para la toma de decisiones, de modo que su autonomía queda muy limitada (Baumrind, 1978). Son padres que no atienden a las necesidades afectivas de los hijos; sin embargo, son muy demandantes (Baumrind, 1996). Los valores centrales presentes en estas familias giran en torno al respeto hacia la autoridad mediante la obediencia y consideración de lo tradicional (Baumrind, 1971).

Si atendemos a las estrategias de crianza escogidas se reducen al castigo, apenas hay refuerzo de las conductas deseadas. En la educación son clave las normas rigurosas e inflexibles. Asimismo, la comunicación va en una sola dirección, de padres a hijos, no hay espacio para que los adolescentes expresen sus necesidades (Torío et al., 2018). Es muy común encontrar este estilo entre las familias monoparentales (Oliva et al., 2014).

Permisivo

El rol de los padres se centra en el refuerzo y aceptación de todas las conductas del menor (Baumrind, 1978). Para estos progenitores no hay negativas ni frustración a los deseos de los hijos, incluso apoyan sus impulsos más primarios. Los niños y adolescentes son completamente autosuficientes en la gestión de su tiempo, de manera que disponen de todo el poder de decisión sobre las actividades que realizan. Los menores actúan libremente según sus elecciones porque los padres no exigen ningún tipo de responsabilidad. No tienen que obedecer a ninguna autoridad ni depositan expectativas sobre lo que deben hacer o ser (Baumrind, 1971).

Torío et al. (2008) explican que son padres responsivos porque dan respuesta sistemática a las necesidades emocionales de los hijos. Sin embargo, no ejercen a penas autoridad sobre ellos, consienten todas las conductas y actitudes de los adolescentes, sin discriminar las deseables de las no deseables. Asimismo, los castigos son muy poco habituales.

Autoritativo

Baumrind (1996) nos propone que uno de los puntos clave de este patrón es la comunicación clara y abierta entre todos los miembros de la familia. Existe una respuesta rápida, intencional y consistente de las figuras de referencia a las necesidades expresadas por el hijo, es decir, hay un alto nivel de responsividad. Además, están presentes de manera muy significativa las expectativas de los padres sobre los hijos para que estos puedan sentirse que forman parte de la propia familia.

Son padres que castigan las conductas no deseadas pero lo hacen en un clima cálido y de manera justificada, siempre haciendo explícitas las razones que han llevado a esa sanción mediante el diálogo (Torío et al, 2008).

Los padres autoritativos se caracterizan por apoyar a los hijos, los animan a la expresión emocional, valoran de manera equilibrada tanto la disciplina como la autonomía de los menores, reconocen su capacidad y confían en ellos siempre encuadrado en unas normas familiares. En cuanto a los adolescentes, no pretenden que adquieran todas las responsabilidades de un adulto pero sí conceden cierta libertad para la toma de decisiones (Baumrind, 1971).

Este estilo parental es más frecuente en las familias tradicionales y con un alto nivel socioeconómico que en las modernas o con un estatus menor (Oliva et al., 2014).

Negligentes

Son padres que no son ni responsivos ni demandantes, es decir, no dan respuesta a las necesidades de los menores ni depositan ningún tipo de expectativa sobre ellos (Baumrind, 1996). Los progenitores se encuentran desvinculados, no hay implicación emocional ni motivación en el cuidado y crianza de los hijos (Torío et al, 2008).

Hay muy poca vinculación y cohesión familiar, se desatienden las necesidades de los menores y delegan toda su responsabilidad en ellos. Esto se traduce en una falta de monitorización de los comportamientos y emociones de los hijos, además de una ausencia de estructura que guíe el crecimiento del niño y adolescente (Lee et al., 2006).

Este patrón es común encontrarlo entre las familias reconstituidas o que tienen un nivel socioeconómico bajo (Oliva et al., 2014).

Influencia de los estilos parentales sobre la conducta de los hijos

Autoritario

A pesar de la rigidez y las normas estrictas, los menores en las familias autoritarias tienden a desobedecer las reglas, llevar a cabo conductas opositoras y abusivas, consumir sustancias e incluso realizar acciones auto-punitivas (Iglesias y Romero, 2009). Rosa-Alcázar et al. (2014) concluyeron que hay una clara correlación entre la exigencia y el control psicológico de los padres hacia los hijos y la presencia de signos psicopatológicos.

En cuanto a las competencias relacionales y cognitivas, los menores suelen puntuar más alto que los permisivos pero más bajo que los autoritativos (Baumrind, 1977). Esta dificultad en lo social puede estar relacionado por un patrón de comportamiento muy agresivo e impulsivo (Torío et al., 2018). En relación al bullying, tienden a adquirir el papel de víctima (Cerezo et al., 2018), probablemente esté vinculado con el déficit en las habilidades sociales.

En un estudio realizado por Lee et al. (2006) se concluyó que el rendimiento académico suele ser inferior que en el resto de estilos parentales. Esto se ve reflejado en unos resultados negativos, lejos de las expectativas que los padres depositan sobre sus hijos. Asimismo, su nivel de madurez es inferior que los autoritativos y negligentes.

En las familias donde los hijos están sujetos a mucha restricción y poca autonomía son frecuentes las actitudes groseras y ordinarias, actuaciones impulsivas o la oposición al cumplimiento de la ley (Iglesias y Romero, 2009). El locus de control externo predomina, es decir, sienten que no tienen poder en los acontecimientos que ocurren su vida. Esta baja autonomía está basada en una moral heterónoma, lo que implica obedecer a normas externas impuestas por los adultos para la evitación de estímulos aversivos o castigos (Torío et al., 2018). De la misma forma, la pérdida de control se vincula con una imagen desajustada de ellos mismos, con una base de creencias dañinas sobre lo que son, falta de confianza en sí mismos y con un autoconcepto negativo (Lee et al., 2006).

Si atendemos a la relación con algunas dimensiones de personalidad, se observa que son adolescentes que buscan el reconocimiento de otros, son prudentes y a veces tienen un estilo de relación duro; sin embargo, no buscan autorrealizarse y aspirar a mejorar en sus tareas (Jonyniené y Kern, 2012).

Permisivo

Los adolescentes que han sido criado bajo patrones de crianza permisivos correlacionan con puntuaciones altas en conformismo; sin embargo, los que han crecido en familias autoritarias tienden a ser muy inconformistas (Iglesias y Romero, 2009).

Los hijos de las familias con este estilo parental presentan puntuaciones más bajas en las aptitudes sociales y cognitivas que los que se desarrollan en la influencia de estilos autoritarios y autoritativos (Baumrind, 1978). Además, Moreno Méndez et al. (2020) explican que hay una alta correlación entre el estilo permisivo y la presencia de algún trastorno externalizante. Sin embargo, en estas familias hay un clima afectivo basado en la aceptación y revelación que supone un factor de protección para la aparición de algún trastorno mental (Rosa-Alcázar, 2014).

Estos niños suelen tener dificultades en el control de impulsos y con el cumplimiento de las normas propuestas del entorno. Tienen baja motivación para completar las tareas escolares que se traduce en un pobre rendimiento académico (Torío et al., 2018). No obstante, en un estudio realizado por Cerezo et al. (2018) describen una tendencia a desvincularse de los procesos de bullying, ni como víctima ni como abusador.

Autoritativo

En las familias donde los hijos perciben la aprobación de los padres y se vinculan con ellos desarrollan una visión positiva ante las adversidades de la vida, abusar menos de sustancias, integran una identidad más consistente y una valorización más positiva que aquellos que perciben rechazo en esta relación. Además, se ha encontrado cómo este estilo disminuye significativamente la probabilidad de tener depresión o llevar a cabo conductas autolesivas y de suicidio (Iglesias y Romero, 2009). En esta línea, Oliva et al. (2014) describieron como los adolescentes de familias autoritativas tenían mayores puntuaciones en la satisfacción vital y presentan menores problemas conductuales, tanto internos como externos, que en el resto de familias

Baumrind (1978) lideró una investigación en el que evaluó las capacidades a nivel intelectual y relacional en niños entre ocho y nueve años, los menores que tenían puntuaciones más altas eran aquellos que estaban siendo criados en un estilo autoritativo. Esto se debe a un gran autocontrol de los impulsos, habilidades sociales, autoestima sana y tener desarrolladas la solidaridad o altruismo (Torío et al., 2018). Sin embargo, muchas de las víctimas de bullying han crecido bajo este estilo parental (Cerezo et al., 2018)

Aunque suelen seguir las reglas propuestas por los padres y vincularse con la familia, los adolescentes tienden a discutir sobre aquello con lo que no están de acuerdo (Lee et al., 2006). A pesar de ello, tienen menos conflictos que en el resto de estilos parentales y suelen desarrollar una moral autónoma, es decir, no necesitan a un adulto para regular su conducta (Torío et al., 2018).

Buscan la pertenencia y reconocimiento social gracias a una orientación de sus acciones hacia el logro. No obstante, esto los puede llevar a ser demasiado perfeccionistas y a actuar de manera poco prudente (Jonyniené y Kern, 2012).

Negligente

En el estudio realizado por Lee et al. (2006) se observó que estos menores tendían a desarrollar trastornos conductuales y emocionales relacionados con la falta de autorregulación. Una vez se presentan este tipo de problemas los adolescentes que crecen en estas familias se encuentran con serias dificultades en cuanto al ajuste al diagnóstico (Oliva et al, 2014).

En cuanto a la relación familiar, tienen una baja adhesión a las reglas, poca participación y discusión familiar. Esta desvinculación y autonomía desbordante puede ir produciendo una sensación de falta de guía y control. Esto se ve reflejado en puntuaciones altas en locus de control externo y un autoconcepto negativo (Lee et al., 2006). En el estudio realizado por Oliva et al. (2014) los niños que crecían en estas familias eran los que presentaban puntuaciones más bajas en la autoestima.

El rendimiento académico suele ser inferior que el del resto de compañeros de clase. Esto puede deberse a una falta de motivación y esfuerzo constante, dominado por un comportamiento impulsivo (Torío et al., 2008). Además, se ha descubierto que un número significativo están implicados en el acoso escolar como abusadores, seguramente sea el resultado del patrón violento y falta de control de impulsos (Cerezo et al., 2018).

Influencia de los estilos parentales en las ANS

La investigación de los estilos parentales en las conductas auto punitivas en adolescentes es muy limitada. Iglesias y Romero (2009) han concluido que cuando los padres se vinculan desde la aceptación, las conductas autolesivas y el riesgo de suicidio se reducen considerablemente.

Esto se relaciona estrechamente con la dimensión de afecto/ comunicación que está muy presente en los patrones permisivo y autoritativo. Estos menores tienen recursos y habilidades comunicativas para expresar sus sentimientos, por lo tanto no tienen la necesidad de buscar canales alternativos de comunicación que resultan ser desadaptativos como las autolesiones (Hall-Lande, 2007; Nock, 2009). Mientras que estos dos estilos

ofrecen una base segura y suponen un factor de protección, el estilo autoritario y negligente pueden ser un riesgo para el menor.

En la misma línea, se ha descubierto que cuanto mayor es la autonomía y confianza que se establece en la relación filoparental, menor es la presencia de trastornos psicopatológicos. De la misma forma, una monitorización excesiva puede potenciar la aparición de sintomatología psicopatológica (Rosa-Alcázar et al., 2014). La presencia de algún trastorno mental, sobre todo ansiedad o depresión, está muy ligado con la aparición de conductas autolesivas; en consecuencia, es importante prestar especial atención al estilo autoritario (Wilkinson et al., 2011; Obando et al., 2018). Iglesias y Romero (2009) aseguran que cuando se limita la capacidad de decisión del menor genera en ellos comportamientos impulsivos e incrementa la dificultad de autogestión emocional.

Tratamientos para conductas autolesivas

Grupo terapéutico

Wood et al. (2001) determinaron que la terapia grupal en adolescentes parece reducir considerablemente la sintomatología autolesiva. Compararon los resultados obtenidos de una terapia grupal frente a la asistencia individualizada, se infirió que los que recibían un tratamiento individualizado tenían más probabilidades de recaer y de desarrollar un trastorno conductual. También se observó diferencias en el número de sesiones recomendadas; si bien en la terapia de grupal era beneficioso alargar el tratamiento, en la individual podía tener efectos completamente contrarios a los deseados.

En cambio, unos años después Hazell et al. (2009) intentaron replicar la investigación y los resultados encontrados no fueron los esperados. Las personas con tratamiento grupal sistematizado tenían más probabilidad de recaer que aquellos que recibían una terapia individualizado.

Terapia dialéctica conductual

La terapia dialéctica conductual (TDC) es un tipo de terapia empleada para tratar trastornos psicológicos graves, en especial el trastorno límite de personalidad que

frecuentemente va acompañado de conductas autolesivas. Tiene una base cognitivo-conductual, se centra en el manejo de contingencias para la autorregulación y gestión emocional. Mediante la aceptación del paciente, el terapeuta va enseñando algunas técnicas para ir controlando los pensamientos dicotómicos disfuncionales. Algunos recursos son técnicas de resolución de problemas, de exposición, de reforzamiento o castigos (Dimeff y Linehan, 2001).

En el estudio de Mehlum et al. (2014) compararon durante 19 semanas el efecto de la terapia conductual frente a una terapia individualizada de cuidado. Mientras que la primera incluía una sesión individual y otra familiar por semana, la segunda era una sesión individual semanal con una perspectiva cognitivo conductual o dinámica. Los resultados fueron más esperanzadores para aquellos adolescentes que habían seguido la TDC, redujeron los síntomas depresivos, además de la frecuencia y gravedad de los síntomas.

En la línea de esta investigación, Carrasco et al. (2023) analizaron de manera comparativa la eficacia de diferentes terapias y la terapia dialéctica conductual obtuvo los resultados más esperanzadores.

Terapia multisistémica

La terapia multisistémica consiste en un tratamiento limitado en el tiempo, entre un trimestre o medio año, pero muy constante e intenso. Normalmente es el terapeuta el que se traslada casi diariamente al domicilio de la familia y trabaja con los principales núcleos relacionales del menor. De esta manera se pretende fortalecer los sistemas de apoyo, como los compañeros de clase, amigos, colegio o vecinos; y entrenar las habilidades parentales. Tiene como objetivo que el adolescente vaya cultivando actividades que potencien su desarrollo personal y alejando de las que no lo hagan (Ougrin et al., 2012).

Según los datos arrojados por Huey et al. (2004) la terapia multisistémica tiene unos efectos más rápidos y eficaces en la desaparición de las autolesiones que la hospitalización. Además, la efectividad es mayor si atiende a diferentes factores de riesgo.

Terapia basada en la mentalización

La terapia basada en la mentalización tiene como objetivo entender los estados mentales, los propios y de los demás. Gracias a la atención de los comportamientos, se analizan cuáles son las emociones y pensamientos que van asociados. Se va generando en el paciente la sensación de control sobre sus propias acciones y comprensión hacia las actuaciones de los demás. Es decir, los estados mentales son usados como medio para poder entender mejor desde qué lugar actuamos. Con esto se consigue reducir considerablemente los comportamientos impulsivos y genera en el paciente una sensación de autocontrol (Ourgin et al., 2012).

En un estudio longitudinal realizado por Bateman y Fonagy (2008) se concluyó que la terapia basada en la mentalización era muy efectiva para personas que tenían conductas autolesivas, se veían resultados a corto plazo y largo plazo incluso ocho años después.

Tratamiento farmacológico

No hay ningún tratamiento psicofarmacológico específico para tratar las conductas autolesivas no autolíticas, sino que el objetivo se centra en atender los trastornos psicológicos que pueden estar influyendo en este tipo de conductas (Bailly, 2008). Los fármacos más empleados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antipsicóticos atípicos y opioides (Turner et al., 2014). Aunque en los últimos años ha habido algunas críticas hacia algunos antidepresivos por su posible vinculación con el incremento de conductas autopunitivas o intentos de suicidio, se ha determinado que las consecuencias de no administrar la medicación correcta son mucho peores que el potencial aumento de suicidios (Bailly, 2008).

Discusión

Iglesias y Romero (2009) explican que existe una clara correlación entre crecer bajo un patrón de crianza autoritario y la presencia de conductas autolesivas en adolescentes. En este mismo estudio se explica como en las familias donde se restringe la libertad del

menor, se desarrollan conductas impulsivas. Partiendo de la base que la impulsividad es uno de los principales factores de riesgo de las ANS (Obando et al., 2018), es evidente la estrecha relación entre el estilo autoritario y este tipo de comportamiento.

Por otro lado, cuanto mayor es la aceptación e implicación afectiva de los padres con los hijos, menos conductas autolesivas se desarrollan (Iglesias y Romero, 2009). En estas familias se va concediendo cierta autonomía al menor, así los hijos van adquiriendo una sensación de autocontrol (Torío et al., 2008). De esta manera, podemos deducir que el estilo democrático supone un factor de protección debido a su implicación afectiva y autonomía del menor (Moreno Méndez et al., 2020).

La investigación es limitada y apenas hay estudios que vinculen estas dos variables. A continuación se va a presentar un recorrido en el que se expone en qué medida los estilos parentales están vinculados con los principales factores de riesgo. Se trata de una síntesis que vinculan los últimos descubrimientos entre las autolesiones y estilos parentales.

En primer lugar, es importante atender a las conductas opositoras y rebeldes por su fuerte relación con los comportamientos autopunitivos. Concretamente tienen más riesgo en caer en estas conductas las personas con elevadas puntuaciones en búsqueda de sensaciones y que consumen drogas (Obando et al., 2018), es más, según el estudio de Ystegard et al. (2003) el 60% de los adolescentes que se autolesionan abusaban de alguna sustancia. Los autoritarios presentan mayores niveles de agresividad que los llevan a actuar disruptivamente (Torío et al., 2018), probablemente se deba a los altos niveles de coerción a los que están sometidos que desencadenan actitudes violentas, opositoras y abuso de drogas. Con estos datos podemos inferir que el estilo democrático puede resultar un factor de protección debido a su moderado nivel de coerción, asimismo, los adolescentes bajo este patrón de conducta son los que menos probabilidad tienen de consumir sustancias (Iglesias y Romero, 2009).

Hay algunos autores como Chapman et al. (2006) que han alertado de la relación entre la falta de regulación emocional y las ANS. Además, la búsqueda de sensaciones correlaciona de manera significativa con la impulsividad (Gil Olarte et al., 2017), de modo que las personas con pobre control de impulsos también pueden llegar a caer en

este tipo de conductas. Los adolescentes de familias negligentes y permisivas tienen poca capacidad de autorregulación y autocontrol (Torío et al., 2018; Lee et al., 2006), por lo tanto puede que haya una vinculación entre estos estilos por la falta de habilidades en la gestión de impulsos.

En segundo lugar, la falta de apoyo social es un factor de riesgo de las ANS, en consecuencia una red social muy reducida o la ausencia de apoyo percibido produce un fuerte sentimiento de soledad (Belletich et al., 2020). Es probable que aquellos adolescentes que tengan unas habilidades comunicativas y relacionales limitadas tengan un círculo social pequeño. Los estilos parentales juegan un papel muy importante en la adquisición de las competencias sociales. Los adolescentes de familias democráticas son los que mejores habilidades desarrollan, seguidos de los permisivos, finalmente las competencias en autoritarios y negligente son muy reducidas (Torío et al., 2008; Baumrind, 1978).

Muy relacionado con la influencia de los pares se encuentra el acoso escolar. Los adolescentes con relaciones donde predomina la agresividad o que son víctimas de bullying son más vulnerables a autolesionarse (Obando et al., 2018). Gracias al estudio de Cerezo et al. (2018) si bien sabemos que la mayoría de víctimas han nacido en familias autoritarias o autoritativas, los abusadores lo hacen bajo la influencia de negligentes. Los que parecen estar menos vinculados en estas dinámicas son los permisivos.

En tercer lugar, parece que el rendimiento escolar juega un rol muy importante porque los adolescentes que se autolesionan suelen tener un desempeño académico por debajo de lo esperado (Obando et al., 2018). Los menores de familias permisivas y negligentes tienden a sentirse poco motivados en la realización de las tareas escolares, lo que les hace conseguir pocos logros académicos. Sin embargo, los democráticos parecen tener una orientación hacia el logro que favorece la consecución de sus objetivos (Torío et al., 2018). Esto concuerda con el estudio de Baumrind (1978) de hace 45 años en el que explicaba que los democráticos tenían mejores puntuaciones que los autoritarios y estos a su vez que los permisivos. Por lo tanto, hay una posible correlación entre permisivos y negligentes con las ANS mediada por el rendimiento académico. Aunque sabemos que hay un vínculo entre las variables de rendimiento académico, estilo parental y autolesión, aún no sabemos en qué dirección lo hacen. Puede ser que el estilo parental influya en las

conductas autolesivas y estas a su vez en el rendimiento. O bien que los estilos parentales influyan en el rendimiento escolar y este a su vez aumente la probabilidad de autolesionarse. Aún falta investigación para identificar cuál es la variable mediadora.

En cuarto lugar, los conflictos familiares incrementan significativamente la probabilidad de encontrar conductas autolesivas, y la ausencia de conflictos disminuye el riesgo (Obando et al., 2018). Esto se debe a la relación entre violencia intrafamiliar y patrón de comportamiento agresivo e impulsivo, así como el desarrollo de un autoconcepto negativo y falta de confianza en sí mismos (Torío et al., 2008; Lee et al., 2006). En las familias donde hay aceptación, se produce menos disconformidad con las reglas propuestas; por tanto, en las familias democráticas y permisivas hay menos conflictos (Torío et al., 2008; Iglesias y Romero, 2009), por lo tanto se reducen las posibilidades de que aparezcan conductas autolesivas.

En quinto lugar, hay una serie de factores psicológicos que guardan una estrecha relación con las ANS en adolescentes: autoconcepto, sentimientos de desesperanza o la presencia de otros trastornos psicológicos (Obando et al., 2011; Wilkinson et al., 2011; Nock et al., 2006).

El autoconcepto negativo incrementa el riesgo (Obando et al., 2011) y el positivo actúa como factor de protección (Mei-Pei et al., 2017). En aquellas familias donde predomina la aceptación y vinculación filoparental genera menos desvalorización de uno mismo y una identidad más consistente, por este motivo en las familias democráticas se desarrolla un autoconcepto ajustado y en las autoritarias o negligentes la imagen de uno mismo suele ser más desadaptativa (Torío et al., 2008; Lee et al., 2006).

Los sentimientos de desesperanza y estilo cognitivo negativo correlacionan de manera significativa con los comportamientos autolesivos (Wilkinson et al., 2011; Hankin y Abela, 2011). En las familias donde hay más aceptación, se relaciona con la dimensión de comunicación/afecto de los estilos parentales, es decir, vinculado con las autoritativas y permisivas, tienen menos actitudes pesimistas (Iglesias y Romero, 2009). Esto se puede relacionar con el reforzamiento negativo automático del *Four Function Model* de Nock y Prinstein (2004) que tiene el objetivo reducir el malestar producido por algunas emociones o por la sensación de vacío. Asimismo, Power et al. (2016) descubrieron que

tres de cada personas se autolesionan debido a procesos de reforzamiento negativo automático.

Los trastornos psicológicos parecen ser una pieza clave en las autolesiones, según Nock et al. (2006) el 62,9% de las personas que llevaban a cabo estas conductas padecían algún tipo de trastorno externalizante y la mitad uno internalizante. Parece que el control psicológico correlaciona positivamente con la aparición de algún trastorno mental (Rosa-Alcázar, 2014). En consecuencia, los patrones autoritarios favorecen la aparición de sintomatología psicopatológica. También se ha descubierto que niveles altos de aceptación e involucración sirve como factor de protección frente al suicidio o depresión (Iglesias y Romero, 2009). Por ende, los patrones autoritativos o permisivos pueden disminuir la probabilidad de desarrollar algún trastorno.

En conclusión, el patrón democrático o autoritativo genera al adolescente una base segura donde apoyarse que resulta en un factor de protección ante el desarrollo de conductas autolesivas. Sin embargo, el control excesivo del patrón autoritario parece estar fuertemente vinculado con este tipo de comportamientos. Asimismo, algunas características de las familias permisivas o negligentes hacen a los menores también vulnerables a estas prácticas.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo era analizar la influencia de los estilos parentales sobre las conductas autolesivas en adolescentes mediante una revisión bibliográfica. Los resultados obtenidos nos llevan a concluir que los patrones que más influencia tienen son el autoritario y el democrático, aunque cada uno lo hace en una dirección diferente.

Por un lado, los autoritarios correlacionan de manera positiva con estas conductas por su alto nivel de control sin apenas afecto generando en los adolescentes comportamientos o actitudes que resultan ser factores de riesgo para su aparición. Algunos ejemplos son conductas opositoras, dificultad en el desarrollo de habilidades sociales, poca confianza en sí mismos, tendencia a trastornos psicopatológicos o más probabilidades de ser víctimas de bullying.

Por otro lado, los democráticos se relaciona de manera inversa con las autolesiones no suicidas porque genera en los hijos unas competencias que resultan protectoras frente a estas actitudes. Estos adolescentes tienen una orientación hacia el logro, actitud optimista, elevadas habilidades sociales, alta autoestima y gran rendimiento académico.

Pese a que la correlación es menor y la investigación es limitada se ha encontrado que los negligentes y permisivos también pueden tener un impacto en el aumento del riesgo de estos comportamientos. Sin embargo, hay algunas investigaciones que explican que los menores de las familias indulgentes también desarrollan ciertos factores de protección como buena autoestima o actitud optimista frente las adversidades.

De acuerdo con los resultados se ha descubierto implicaciones directas para los adolescentes. Los hijos de las familias autoritarias serán los que más riesgo tienen de provocarse a ellos mismos lesiones y los que crecen en estructuras autoritativas gozan de cierta protección frente a estas conductas. A nivel clínico se puede usar como herramienta para trabajar con los padres y menores de manera simultánea.

A pesar del gran interés en la historia de la psicología por los estilos parentales y el creciente aumento de las conductas autolesivas, se han encontrado algunas limitaciones. Aunque la mayoría de autores nos alertan de la influencia de la familia, el obstáculo principal es la falta de estudios que analicen de manera conjunta ambos procesos. La mayor parte de los resultados son correlacionales, por lo tanto no podemos establecer la diferencia entre causa y consecuencia, simplemente se limita a relacionarlos. En cuanto al ámbito de los estilos parentales algunos estudios lo analizan desde los propios patrones de crianza y otros desde el estilo percibido por el adolescente, lo cual dificulta su conceptualización y genera confusión en los términos empleados. Asimismo, hay investigaciones en diferentes culturas con valores muy dispares que pueden estar influyendo en la percepción de los mismos. Además, en la mayoría de artículos no se incluye el estilo negligente, por ende, la información es más limitada y sesgada. Por último, los datos muchas veces son aproximados, sin una cifra exacta, dificultando su cuantificación para hacer comparaciones con otras variables o estilos.

A la luz del análisis de la influencia de los estilos parentales en las conductas autolesivas proponemos algunas recomendaciones para futuras investigaciones. Con ello buscamos entender de manera holística y conectada ambas variables con el fin de dar una respuesta más eficaz. Por un lado, se ha encontrado que muchos estudios que no contemplan el estilo negligente, lo cual puede crear confusión a la hora de la categorización de los diferentes patrones. Por otro lado, la mayoría de investigaciones van en la dirección de la influencia de los padres en los hijos, sería interesante observar en qué medida lo menores tienen un impacto en los estilos parentales para así poder trabajar terapéuticamente con ello.

Programa de prevención

Ante esta realidad cada vez más frecuente entre adolescentes proponemos hacer un breve programa de prevención de cuatro sesiones para que pueda ser impartido en colegios. Consideramos que es positivo realizar el programa en un entorno escolar porque es donde los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo. Asimismo, está vinculado al contexto de algunas variables muy relacionadas con las autolesiones como el desempeño académico o las relaciones con los pares (Obando et al., 2018; Belletich et al., 2020)

Va dirigido a todos los jóvenes entre 12 y 16 años, independientemente de cuál sea su estilo parental o si presenta conductas autolesivas. La edad crítica es la adolescencia, cuanto antes lo abordemos mejores serán los resultados. Aunque hay discrepancia si la incidencia es mayor en la adolescencia temprana o tardía, está claro es que en la pubertad se dispara el riesgo (Wilkinson et al., 2011; Cipriano et al., 2007).

El objetivo principal es reducir el riesgo de aparición de estas conductas porque el hecho de que un menor se autolesione una única vez, aumenta el riesgo de recaída entre un 50 y 70% (Frías et al., 2012; Andover et al., 2012).

Los grupos serán entre 8 y 10 participantes, lo impartirá un terapeuta y las sesiones tendrán una duración de dos horas. Está basado en un estudio piloto llevado a cabo por Cipriano et al. (2022) durante la pandemia de COVID-19.

Sesión 1: Regulación emocional. La falta de autorregulación emocional parece estar muy relacionado con las conductas autolesivas (Chapman et al., 2006) por eso nos centraremos en ello durante la primer sesión. Se comenzará con psicoeducación sobre el reconocimiento y expresión emocional. Más tarde, los participantes compartirán cuáles son las estrategias que suelen emplear y las representarán con role-playing. Por último, propondremos algunas herramientas como técnicas de relajación o de comunicación asertiva.

Sesión 2: Autoestima. Al inicio de la sesión cada uno explicará qué relación tiene consigo mismo y qué cosas le gustaría cambiar. Se trabajará con algunas dinámicas como nombrar cuáles son las fortalezas, qué les gusta menos de ellos mismos y por qué, juegos de roles o identificar los pensamientos negativos y transformarlos en frases más constructivas. La baja autoestima está muy relacionado con el empleo de conductas autopunitivas como estrategias de regulación emocional, especialmente en aquellos que han crecido bajo estilos autoritarios (Obando et al., 2011; Lee et al., 2006).

Sesión 3: Imagen personal. Debido a las redes sociales ahora los adolescentes se ven constantemente expuestos a ideales inalcanzables, intentaremos ajustar las expectativas de los cambios de imagen que están experimentando (Belletich et al., 2020). En primer lugar, contaremos con un médico experto que resolverá dudas sobre temas relacionados con la sexualidad, autoimagen o identidad de género con el objetivo de normalizar los procesos que están viviendo. Por último, se realizará una actividad de autoconocimiento.

Sesión 4: Relaciones sociales. Se hará una pequeña introducción sobre los tipos de relaciones y cómo prevenir las tóxicas. Se propondrán diferentes dinámicas para potenciar las habilidades sociales para trabajar la asertividad, empatía o resolución de conflictos. Trabajando las relaciones sociales se podrá prevenir las dinámicas de agresividad o sentimientos de aislamiento que están muy vinculados a las autolesiones (Obando et al., 2018).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Muehlenkamp, J. J., & McCloskey, M. S. (2017). Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder using exploratory data mining. *Psychological Assessment*, 29(2), 221–231. <https://doi.org/10.1037/pas0000334>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Bailly, D. (2008). *Benefits and risks of using antidepressants in children and adolescents*. *Expert Opinion on Drug Safety*, 7(1), 9–27. <https://doi.org/10.1517/14740338.7.1.9>
- Barrocas, A., Hankin, B., Young, J. & Abela, J. (2012). Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *Pediatrics*, 130 (1), 39-45 <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization- based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4 (1, Pt.2), 1–103.
- Baumrind, D (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children, *Youth and Society*, 9, 239-276.
- Baumrind, D. (1996). Parenting. The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414
- Belletich Sandoval, J., Céspedes Castañeda, D., Díaz Mego, N. y Pumapillo Rosas, M. (2020). Autolesión: cicatrizando almas. *Educación: Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación*, 25(2), 175–192. <https://doi.org/10.33539/educacion.2019.v25n2.2046>
- Burgarín, R., y García, M.J.. (2012). Conductas autolesivas. *Cad Atenc Primaria*, 18, 70-72.
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228 <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Carrasco, M. Á., Carretero, E.M., López-Martínez, L.F. y Pérez-García, A.M. (2023). Eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas en adolescentes. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 10(1), 53-67 <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.7>
- Cerezo, F., Ruiz-Esteban, C., Sánchez, C. & Arense, G. (2018). Dimensions of parenting styles, social climate, and bullying victims in primary and secondary schools. *Psicothema*, 30 (1), 59-65

- Chapman, A.L., Gratz, K.L. & Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm. The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Cipriano, A., Aprea, C., Bellone, L., Cotrufo, P., & Cella, S. (2022). Non-suicidal self-injury: a school-based peer education program for adolescents during COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1-11.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1-14 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Perspectiva Diversitas: Perspectivas en Psicológica*, 6 (1), 111-121.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10-13.
- Frías, A., Vázquez, M., del Real, A., Sánchez, C. y Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 103, 33-48
- Fundación ANAR (2021). Informe anual teléfono/chat ANAR en tiempos de Covid-10. Año 2020. https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Informe-ANAR-COVID_Definitivo.pdf
- Gil Olarte, P., Cavalcante Souza, A. C., Paramio Leiva, A., Zayas García, A., y Guil Bozal, R. (2017). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: implicaciones de intervención en jóvenes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 393-404
- Hall-Lande, J.A., Eisenberg, M.E., Christenson, S., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166), 265-286
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Hazell, P. L., Martin, G., McGill, K., Kay, T., Wood, A., Trainor, G., & Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6), 662-670.
- Huey, S.J. Jr, Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Halliday-Boykins, C.A., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G. & Edwards, J. (2004) Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-90. <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>
- Iglesias, B., y Romero Triñanes, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4067>
- Jonynienė, J., & Kern, R. M. (2012). Individual psychology lifestyles and parenting style in lithuanian parents of 6 to 12 years old. *International Journal of Psychology: a Biopsychosocial Approach*, 11(11), 89-117. <https://doi.org/10.7220/1941-7233.11.5>
- Klonsky, E.D, May, A.M. y Glenn, C.R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237

- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Lee, S. M., Daniels, M. H., & Kissinger, D. B. (2006). Parental Influences on Adolescent Adjustment: Parenting Styles Versus Parenting Practices. *The Family Journal*, 14(3), 253–259. <https://doi.org/10.1177/1066480706287654>
- Lin, M.-P., You, J., Ren, Y., Wu, J. Y.-W., Hu, W.-H., Yen, C.-F., & Zhang, X. (2017). Prevalence of nonsuicidal self-injury and its risk and protective factors among adolescents in Taiwan. *Psychiatry Research*, 255, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.028>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In E. M. Hetherington (Vol. Ed.), P. H. Mussen (Editor-in-Chief), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed.). New York, NY: Wiley.
- Manca, M., Presaghi, F., & Cerutti, R. (2014). Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 215(1), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.010>
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M. y Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 53(10), 1082-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Moreno Méndez, J. H., Espada Sánchez, J. P., & Gómez Becerra, M. I. (2020). Role of parenting styles in internalizing, externalizing, and adjustment problems in children. *Salud mental* (Mexico City, Mexico), 43(2), 73–84. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.011>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10 <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Nock, M.K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18 (2), 78-83
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., Miles, J. & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 194: 68-72.
- Obando, D., Trujillo, Á. y Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología Clínica*, 23(3), 189-200 <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>
- Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008) Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente, *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 31(1), 93-106
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. R. (2012). Practitioner review: Self-harm in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(4), 337-350. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x>
- Páramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95
- Power, J., Smith, H. P., & Beaudette, J. N. (2016). Examining Nock and Prinstein's four-function model with offenders who self-injure. *Personality Disorders*, 7(3), 309–314. <https://doi.org/10.1037/per0000177>
- Rosa-Alcazar, A. I., Parada-Navas, J. L., y Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*, 30(1). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.165371>
- Torío López, S., Peña Calvo, J.V. e Inda Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psychothema*, 20(1), 62-70
- Turner, B., Austin, S y Chapman, A. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Intervention. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 59 (11), 576-585 <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamaría, P., Soto, Á., Lara, A, Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S., Pascual, J.C.(2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas españolas de psiquiatría*, 46(4), 146–155.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495–501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A. N. N., & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1246-1253. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00003>
- Ystgaard, M., Arensman E., Hawton, K., Madge, N., van Heeringen, K., Hewitt, A., et al. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32: 875-891. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.010>