

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Práctica de Cutting es una problemática de conducta a nivel mundial que se ha ido propagando en la sociedad, especialmente en la población más vulnerable que son los adolescentes, por las características particulares que ellos presentan, es decir su inmadurez y falta de control personal. Diversos estudios entre adolescentes concluyeron que aproximadamente entre el 2 y 4% de la población, realiza esta práctica provocándose autolesiones graves, evidenciando que gran parte de esta población pone en riesgo su integridad física y psicológica, siendo uno de los principales antecedentes del suicidio. Lo más preocupantes es que mientras el adolescente se va practicando más frecuentemente este auto lesionamiento se va generando un patrón repetitivo y adictivo, en donde se expone a un mayor riesgo suicida. Los adolescentes suelen reprimir sus sentimientos y preocupaciones, llegan a no tener control sobre lo que les rodea, por lo que tratan de afrontar el trauma psicológico que les provocan las emociones fuertes a través del cutting, ya que les da satisfacción y liberación (Frías et al, 2012).

El propósito de esta investigación es determinar el perfil psicológico de adolescentes que se infringen autolesiones (*cutting*), en la ciudad de Tarija. *“El perfil psicológico es una estructura compuesta por los rasgos psicológicos más estables de un individuo que caracterizan su manera de pensar, sentir, relacionarse con los demás y que permite predecir de cierta manera su comportamiento futuro”* (Galimberti, 2009: 127). Para elaborar este perfil se ha visto por conveniente medir las siguientes variables: Cutting, funcionamiento familiar, trastornos de la personalidad e impulsividad.

La principal variable de esta tesis es la práctica del cutting. El cutting es un problema del control de los impulsos, que consiste en la incapacidad para resistirse a la presencia de pensamientos agresivos contra uno mismo. El cutting *“Es el acto de autolesionarse frecuentemente en diferentes partes del cuerpo, con la finalidad de provocar sensaciones momentáneas ante la insatisfacción consigo mismo y la influencia de factores externos”* (Albores, 2016: 24).

La conducta de cutting, con mucha frecuencia, es el reflejo del conflicto familiar. A menudo el joven si tiene una relación distante y fría con la familia se ve frustrado y recurre a ciertas conductas autodestructivas para mitigar la ansiedad. Por esta razón en esta tesis se analiza la calidad del clima familiar. El clima social familiar *“es una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente”* (Moos, et al 1989: 149).

Diversos estudios han asociado el cutting a ciertos trastornos de la personalidad. La personalidad es la combinación de pensamientos, emociones y conductas que nos hacen únicos, por tanto, cuando se desencadena un trastorno en la personalidad, también se ven afectadas todas las dimensiones básicas del ser humano. *“Un trastorno de personalidad es un tipo de trastorno mental en el cual tienes un patrón de pensamiento, desempeño y comportamiento marcado y poco saludable. Una persona con trastorno de personalidad tiene problemas para percibir y relacionarse con las situaciones y las personas. Esto causa problemas y limitaciones importantes en las relaciones, las actividades sociales, el trabajo y el estudio”* (Pérez Urdániz et al, 2007: 27).

El cutting es producto de un comportamiento impulsivo con escaso predominio del razonamiento. Se entiende por impulsividad la *“Tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias”* (Barratt 1994, citado por Oquendo et al: 2001: 54).

A nivel internacional se han realizado diversos estudios sobre el tema del cutting en adolescentes, a continuación, se citan los que guardan mayor relación con la tesis realizada:

En Ambato, Ecuador, Mancheno Monserrath se realizó una investigación titulada; *“Funcionalidad familiar y la práctica de cutting adolescentes”*. En dicho estudio se pretendió relacionar el clima familiar con la práctica del cutting, partiendo de la hipótesis que la conducta adolescente, sana o patológica es un reflejo de las condiciones familiares. La autora resume de esta manera los resultados de la investigación:

Se observa una estrecha correlación entre el tipo de familia y la práctica del cutting. Las familias extremas, en la dimensión de cohesión y adaptabilidad, son proclives de poseer algún miembro que se autolesione. Las familias enredadas (extremo de cohesión) y rígidas (falta de adaptabilidad), es la combinación más perjudicial para el equilibrio psicológico del adolescente. Los roles asignados por el miembro de mayor autoridad, son rígidos e incambiables, impidiendo la libre expresión de emociones. Al mismo tiempo, se observa una confusión de roles, pues nadie sabe exactamente cuáles son sus deberes y responsabilidades, dando lugar a confusiones y superposición de autoridad. La pérdida de la funcionalidad familiar interfiere con la capacidad de cada uno de los integrantes de una familia para la resolución de problemas a través del lenguaje y de la comunicación sana, promoviendo conductas alternativas de escape, como mecanismos de defensa infructuosos, entre los que se encuentra el comportamiento autolesivo (Mancheno, 2018).

En otra investigación realizada en la Universidad Nacional De Loja Loja, Ecuador, por Pontón Hurtado Simón Israel; titulada “La disfunción familiar y su relación con el cutting en adolescentes de 12 a 15 años”, se pudo evidenciar que la funcionalidad de la familia de los adolescentes, particularmente la comunicación, es decisiva en su salud psicológica, particularmente en lo que tiene que ver con la práctica del cutting.

La falta de comunicación de los padres hacia los estudiantes es uno de los motivos principales que lleva a los alumnos a cometer la autolesión. El estudiante por temor al rechazo por parte de su familia o su grupo de padres oculta sus problemas y busca la manera de resolverlos desahogándose con cortes que se hacen en el cuerpo. Llama la atención que el 9% de todos los adolescentes estudiados; señala que la causa de sus autolesiones se debe a maltratos y abusos mientras que ocurren dentro del seno familiar. Un 6% de los estudiantes, menciona que lo que buscan es seguir estereotipos, es decir, que la práctica de autolesionarse se debe a simple imitación de otros adolescentes (Pontón Hurtado, 2018)

En una investigación realizada en Medellín, Colombia, por Agudelo Tabares Estefanía, denominado “El cutting: Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos”, reporta la

presencia de pensamientos negativos e ineficaces que malogran la capacidad de control del adolescente, dando como resultado conductas impulsivas e irreflexivas.

Los resultados permiten evidenciar una fuerte correlación entre las distorsiones cognitivas presentes en los adolescentes y la conducta de cutting. Aparecen distorsiones como la inferencia arbitraria, la sobre generalización, la magnificación y la despersonalización, asociadas a la conducta de cutting. Una de las distorsiones cognitivas comúnmente encontrada fue la inferencia arbitraria, lo que indica que los adolescentes tienden a sacar conclusiones de las situaciones sin estar apoyadas en los hechos. La sobre generalización lleva a una distorsión cognitiva, pues el sujeto acepta la premisa que, si algo ha salido mal, todo saldrá mal y si alguien ha cometido un error antes, lo va a cometer nuevamente en el futuro (Agudelo, 2017).

A nivel nacional se reportan algunas investigaciones sobre el tema del cutting, aunque ninguna de ellas contempla las variables estudiadas en esta tesis.

Aquino Huanca Hilda, tesista de la Universidad Mayor de San Andrés (2020) realizó una investigación sobre el cutting relacionada con la inteligencia emocional en un colegio de El Alto de La Paz. Al respecto concluye lo siguiente:

La inteligencia emocional es un elemento imprescindible a nivel educativo que coadyuva al bienestar personal y éxito en la vida, en base al manejo adecuado de relaciones interpersonales que generan una nueva capacidad humana, al sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales de uno mismo y de los demás.

Se implementó el programa de inteligencia emocional para la prevención del cutting en los estudiantes de primero y segundo de secundaria de la Unidad Educativa Marcelo Quiroga Santa Cruz de la ciudad de El Alto.

De acuerdo a los diagnósticos realizados entre los estudiantes, se identificaron que había un porcentaje que realizaron el cutting autoflagelación, y un bajo autoestima, conocimiento, confianza de uno mismo, que todo eso les llevó a realizar la autoagresión. Un bajo desarrollo de la inteligencia emocional se asocia a comportamientos autodestructivos.

El fortalecimiento de los conocimientos sobre uno mismo (autoconcepto) actuó como agente protector del cutting. Estudiantes con imprecisa auto percepción y facilitación emocional, que significa dificultad de identificar la emoción que uno o los demás sienten, son factores de riesgo de la conducta de cutting. Así mismo, disminuyó la actitud favorable hacia el cutting, la comprensión emocional, que nos da a conocer las causas por las que se generan las emociones y por último influyó de manera positiva en la regulación emocional que nos permite dar posibles soluciones a nuestras emociones negativas y mejorar aún más nuestras emociones positivas (Aquino, 2020).

En Achacachi, Municipio de La Paz, Chambi Mendoza Pamela realizó una intervención para prevenir en cutting en estudiantes de colegio. Paso previo al planteamiento del programa preventivo, se realizó un diagnóstico del cutting en los adolescentes desde el punto de vista y lógica de los mismos estudiantes. La autora resume así sus hallazgos:

En todos los casos de adolescentes que se autolesionan indicaron que el fin de los cortes en brazos, muslos y abdomen es para obtener una sensación de mejora. Sin embargo, es una experiencia paradójica, pues se mezclan sentimientos opuestos. La mayoría de los adolescentes que practican el cutting, saben que lo que hacen no es lo correcto, pero no pueden dejar de hacerlo; una vez concluido el corte, piensan que no lo volverán a hacer, que no es normal, pero reconocen que no pueden evitarlo. Es un comportamiento recurrente y obsesivo, pues los adolescentes indican que no se cortan todos los días, pero sí lo piensan casi en todo momento. Cuando la angustia y el dolor emocional se aglomera, el malestar es tan fuerte, que el corte en la muñeca es una especie de disuasivo y el dolor resulta placentero. El cutting se asocia a una angustia generalizada y difusa, a un sentimiento de malestar, pero indeterminado. De modo que el adolescente, una vez que se corta, se dice a sí mismo: “ahora sí que tengo un motivo real para sufrir” ... no sé, es como si el sufrimiento fuese más real o como si ya tuviese derecho a sentirlo, cuando veo la sangre y la extensión del corte siento que ya tengo derecho a sufrir, a sentirme así de mal, porque en realidad no tengo motivos para sentirme así”.

Los adolescentes reportan una especie de ausencia de control y voluntad. Hay una especie de despersonalización cuando se realiza el corte, algo parecido a un bloqueo mental que,

Indican: “Cuando haces estas cosas parece que no eres tú misma, sino otra persona completamente diferente. Cuando me autolesiono no parezco ser “yo” misma, sino una fuerza del interior que te provoca hacerlo... después te sientes muy culpable y muy frustrada” (Chambi, 2019).

A nivel regional, se realizaron algunos estudios relacionados con el tema del cutting, pero ninguno de ellos tomando en cuenta las variables que estudia esta tesis.

En una nota periodística, se alerta por la presencia creciente de casos de cutting en las unidades educativas de Tarija. La jefa de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA) Cercado, María Eugenia Gareca, aseguró que *“en la actualidad los casos de cutting se presentan con mayor frecuencia que en años anteriores, tanto en las unidades educativas urbanas como del área rural. Como reto, “apuesta” o una forma de descargar un estado de depresión, es como adolescentes de Tarija se volvieron más propensos a auto infringirse daño, especialmente con el “cutting”. Según el reporte de la Secretaría de la Mujer, Familia y Poblaciones Vulnerables es más frecuente en las menores de sexo femenino. A nivel internacional y nacional se presentan periódicamente nuevos “challenges” o retos que se viralizan en redes sociales como TikTok y que están orientados a impulsar que estos grupos etarios compartan sus videos demostrando que no tienen miedo a mostrar que no temen el riesgo que implica autolesionarse, cortarse, asfixiarse con una chalina, herirse con un punzón u algo más”* (Castillo, 2020: S/P).

En un estudio realizado en la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, titulado: “Síndrome de cutting (autolesionismo) en un caso de una joven de 20 años”, se indica que: *“El estudio muestra que los elementos causantes del cutting son los problemas de tipo afectivo, la necesidad o falta de afecto, sentimientos de soledad, curiosidad acompañada por la influencia de los amigos. Así se pudo identificar la presencia de signos y síntomas como la negación, nerviosismo, sentimientos de culpa, vergüenza por lo que le lleva a la persona a ocultar las heridas con prendas de vestir. Presencia de comportamiento compulsivo; también presenta relaciones afectivas inestables y de poca*

duración, caracterizada por presentar inseguridad, celos y desconfianza” (González et al, 2020: 14).

Una nota periodística difundida por ATB digital, Elizabeth Machicao, directora de La Casa del Adolescente, exponiendo datos recabados en La Paz y Tarija, explica que *“el cutting es una práctica mayormente realizada por adolescentes entre 14 y 20 años como una forma de exteriorizar su dolor emocional. Estas autolesiones no son fácilmente visibles, generalmente se las realizan en los brazos, piernas y en el vientre. La profesional recomienda a los padres prestar mayor atención a sus hijos para evitar esta práctica y tratarla adecuadamente en caso que los menores hayan iniciado a autolesionarse” (Machicao, 2019: S/P).*

Por todos los antecedentes citados, se considera de gran importancia un estudio sobre el cutting en nuestro medio, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de trabajo:

¿Cuál es el perfil psicológico de adolescentes que se infringen autolesiones (*cutting*), en la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación cuenta con justificación científica, pues en los últimos años el tema de cutting ha despertado especial interés para la ciencia por los efectos nocivos y dañinos que tiene este fenómeno en la vida de los adolescentes y de sus familias. *“Varios estudios realizados muestran que la prevalencia de las autolesiones en adolescentes es alta, alrededor de un 13 a 28 %, evidenciando así su incremento en los últimos tiempos y a su vez motivando gran interés en su investigación. En España, Estados Unidos, Chile, Perú y otros países se realizó un estudio en colegios secundarios e institutos públicos y privados, concluyendo que en promedio un 26,5% se autolesionaba; principalmente como una estrategia de descarga emocional. Considerando las cifras reportadas, no queda duda que las autolesiones en la actualidad deberían ser consideradas seriamente como un tema de salud pública” (Roizblatt et al., 2011).*

Del mismo modo, se puede indicar que el estudio realizado tiene justificación social ya que es una necesidad apremiante de la comunidad el saber más sobre los comportamientos autodestructivos de los adolescentes, los cuales muchas veces son un preámbulo del suicidio. Para diversos autores es una demanda social determinar la función de las autolesiones, las cuales deben ser comprendidas desde un concepto amplio, para poder prevenir conductas y daños mayores por parte de los adolescentes. El alarmante aumento en la tasa de suicidios es una preocupación colectiva que exige una respuesta urgente. La información proporcionada por esta tesis y estudios semejantes con este tipo de información, permitiría de alguna manera dar respuesta a esa demanda, pues en primera instancia se tendría un mayor acercamiento respecto a la comprensión del tema, así como a toda posible planificación de su tratamiento (Frías et al, 2012).

La tesis realizada sobre todo tiene justificación teórica ya que a través de la aplicación de la batería de test seleccionada se aporta con datos nuevos sobre el tema de estudio. En ese documento se presenta el perfil psicológico de los adolescentes que se practican cortes en el cuerpo, con el fin de mitigar la ansiedad. En dicho perfil, se citan estadísticas del índice de práctica de conductas autolesivas en los adolescentes; así mismo se analiza si este comportamiento está relacionado con posibles trastornos de la personalidad, pues por la teoría revisada se pudo evidenciar que muchos adolescentes que practican el cutting se debe a que manifiestan rasgos paranoides (son excesivamente sensibles a las críticas de los demás); esquizoides (se aíslan y no tienen amigos con quien compartir sus tristezas) o histriónicos, ya que tienen un comportamiento dramático y quieren llamar la atención realizándose cortes en el cuerpo. También se cotejan los datos obtenidos con la teoría de Barrat, acerca de la impulsividad, ya que se parte de la hipótesis de que los adolescentes que practican el cutting son sumamente impulsivos y no tienen control de sí mismos.

También se puede decir que este estudio tiene justificación práctica, ya que sus resultados pueden ser de interés para algunos profesionales e instituciones que trabajan con adolescentes. Tal es el caso de psicólogos clínicos que en su trabajo cotidiano se enfrentan a casos de adolescentes que se infringen daños físicos. También estos datos pueden resultar interesantes para instituciones como el SEDES, la Defensoría de la Niñez y Familia y la Carrera de Psicología, ya que el tema del cutting involucra la salud pública y la condición

psicológica de las familias. Los datos que en este documento se publican pueden servir como referencia para cotejar estadísticas, por ejemplo, del INTRAIT, donde con frecuencia se da tratamiento a este tipo de adolescentes que atentan contra su integridad física y psicológica. Así mismo, la información proporcionada por esta tesis puede ser útil para los contenidos de algunas materias de la Carrera de Psicología que tienen que ver con la adolescencia y el comportamiento patológico.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil psicológico de adolescentes que se infringen autolesiones (*cutting*), en la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el perfil psicológico de adolescentes que se infringen autolesiones (*cutting*), en la ciudad de Tarija.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Investigar el grado de práctica del *cutting*.
2. Evaluar el clima social familiar.
3. Indagar la presencia de posibles trastornos de la personalidad.
4. Establecer el grado de impulsividad.

2.3. HIPÓTESIS.

1. El grado de práctica del *cutting* es “moderado”.
2. El clima social familiar es promedio.
3. Se destacan los trastornos de personalidad: Paranoide, impulsivo y ansioso.
4. El grado de impulsividad es alto.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
<p>Práctica de cutting. “Es el acto de autolesionarse frecuentemente en diferentes partes del cuerpo, con la finalidad de provocar sensaciones momentáneas ante la insatisfacción consigo mismo y la influencia de factores externos”.</p> <p>(Albores, 2016: 24).</p>	Unidimensional	Cortes adictivos e intencionales en la piel sin el propósito inmediato de atentar contra la vida.	<p>Escala de medición de la práctica del cutting: Cédula de autolesiones de Albores (2016).</p> <p>Escala de frecuencia de la conducta de cutting:</p> <p>Baja presencia de cutting (1-25).</p> <p>Moderada presencia de cutting (26-50).</p> <p>Elevada presencia de cutting (51-68).</p>
<p>CLIMA SOCIAL FAMILIAR: “es una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente”. (Moos, et al 1989: 149).</p>	Relaciones	Mide el nivel de comunicación y libre expresión en el seno familiar, así como el nivel de interacción o conflictos	<p>Cuestionario de Clima Social Familiar (Family Environment Scale, FES) de Moos et al. (1989)</p> <p>Existe una puntuación por áreas y general, en base a esta escala:</p> <p>Significativamente Alto Alto Promedio Bajo Significativamente Bajo</p>
	Desarrollo	Mide el valor que existe en el seno familiar de los diversos procesos de desarrollo personal y como la vida familiar puede fomentar de formas diversas.	

	Estabilidad	Evalúa la estructura y organización familiar y del nivel de control de unos miembros familiares sobre los otros.	
Trastorno de la personalidad. <i>“Son patrones de pensamiento, percepción, reacción y relación generalizados y duraderos que causan malestar significativo o deterioro funcional”.</i> (Pérez Urdániz et al, 2007: 27).	Paranoide	Espera que abusen de él. <input type="checkbox"/> Se cuestiona la lealtad. <input type="checkbox"/> Reacciona a la menor. <input type="checkbox"/> Le preocupa la fidelidad	Cuestionario salamanca para el screening de trastornos de la personalidad (Versión 2007). Autores: Pérez Urdániz et al. Escala: Ausencia de trastornos (0-2). Presencia de trastornos (3-6).
	Esquizoide	Elige actividades solitarias	
	Esquizotípico	<input type="checkbox"/> Experiencias perceptivas inusuales. <input type="checkbox"/> Habla extraña.	
	Histriónico	Constantemente solicita elogios. <input type="checkbox"/> Sexualidad seductora. <input type="checkbox"/> Sobre todo le preocupa su apariencia física (presumido). <input type="checkbox"/> Exageración de las emociones. <input type="checkbox"/> Habla exagerada (logorrea).	
	Antisocial	Repetidos actos ilegales	
	Narcisista	Explotación de los demás. <input type="checkbox"/> Requieren atención constante. <input type="checkbox"/> Se creen con el derecho de todo	
	Inestable emocionalmente: impulsivo	Estado de ánimo inestable. Escasa capacidad de planificación. Comportamiento violento y la ira. Dificultad para controlar sus impulsos.	

		<p>Dificultades en las relaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Comportamiento autodestructivo, ideación o intentos de suicidio</p>	
	Inestable emocionalmente: límite	<input type="checkbox"/> Relaciones inestables. <input type="checkbox"/> Impulsividad. <input type="checkbox"/> Inestabilidad emocional <input type="checkbox"/> Alteración de la identidad. <input type="checkbox"/> Intolerancia a estar solo <input type="checkbox"/> Sensación crónica de vacío y aburrimiento	
	Anancástico	<input type="checkbox"/> Preocupación patológica por el perfeccionismo y el orden. Actúan como unos jueces implacables con otras personas, sobre todo consigo mismas. Tienen un deseo exacerbado de que todo sea perfecto y justo y no aceptan ningún error o las cosas hechas a medias <input type="checkbox"/> Preocupación por los detalles. <input type="checkbox"/> Insiste en que los demás hagan las cosas a su manera. <input type="checkbox"/> Excesivamente concienzudo.	
	Dependiente	<p>Permite que los otros tomen sus decisiones.</p> <input type="checkbox"/> Da la razón, aunque estén equivocados. <input type="checkbox"/> Evita estar solo. <input type="checkbox"/> Se hunde cuando una relación termina. <input type="checkbox"/> Teme que le abandonen.	

		<input type="checkbox"/> Le es imposible decidir sin que le aconsejen	
	Ansioso	Excesiva alerta y preocupación persistentes y excesivas por todo tipo de actividades o eventos, incluso asuntos comunes de rutina. La preocupación es desproporcionada con respecto a la situación actual, es difícil de controlar y afecta la adaptación social.	
Impulsividad: <i>“Tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias”</i> . (Barratt 1994, citado por Oquendo et al: 2001: 54).	Impulsividad cognitiva	Precipitación intelectual, sin análisis ni razonamientos previos.	Escala de impulsividad de Barratt. Autor Barratt (1994; adaptación de Oquendo et al (2001). Impulsividad: Muy baja Baja Normal Alta Muy alta
	Impulsividad Motora	Precipitación motora; movimientos rápidos y poco coordinados.	
	Impulsividad no planeada	Precipitación en la secuencia de los hechos; concentración en los hechos presentes y no en los futuros.	

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.- MARCO TEÓRICO

En este capítulo del marco teórico se incorpora toda la información recabada a lo largo de la revisión bibliográfica, relativa a las variables de estudio y de las teorías de sus autores. Al principio del mismo se hace una aproximación general al tema de estudio, como lo es el comportamiento autolesivo o cutting de los adolescentes. Se consideran estadísticas, como factores y consecuencias. Posteriormente se desarrolla cada una de las variables citadas en los objetivos específicos. Se describen todos los trastornos de la conducta que incluye el test de Salamanca; posteriormente se aborda el tema de la impulsividad y se presentan los principales conceptos de la teoría de Barrat. A continuación, se hace referencia a la influencia del clima familiar en la conducta de cutting, planteando la estructura teórica de la escala Family Environment Scale, de Moos y colaboradores.

Finalmente, se citan las investigaciones más pertinentes publicadas en torno al tema del cutting en los adolescentes.

3.1. EL CUTTING

3.1.1. Concepto de cutting.

Se considera autolesiones a la acción de daño intencional que una persona ejerce sobre sí misma de una manera repetitiva, causando daño físico de baja intensidad, dicho comportamiento no es aceptado por la sociedad, además puede ser realizada de manera crónica como un mecanismo catártico para eliminar emociones negativas y estrés. El cutting es un problema del control de los impulsos, que consiste en la incapacidad para resistirse a la presencia de pensamientos agresivos contra uno mismo. El cutting *“Es el acto de autolesionarse frecuentemente en diferentes partes del cuerpo, con la finalidad de provocar sensaciones momentáneas ante la insatisfacción consigo mismo y la influencia de factores externos”* (Albores, 2016: 24).

Las conductas autolesivas son atentados de intensidad variada en contra la fisiología humana que intenta dar un significado social, pues es un lenguaje que intenta comunicar algo en relación a los otros. Por lo general estas conductas se producen de manera reiterada, aunque no son consideradas como causa de muerte, sino que son medios para liberar emociones y para comunicar sentimientos (Cifuentes, 2018).

3.1.2. Características de la conducta autolesiva.

En el comportamiento autolesivo se puede resaltar las siguientes características:

1. Intencional. - La autolesión tiene un componente intencional y posee representaciones psicológicas, pues son un medio para expresar algo. La autolesión puede ser:
 - a) Autolesión reiterativa. - La conducta se da de una manera reiterada, en ocasiones puede seguir un esquema o un ritual y llega a hacer parte de la identidad del sujeto. Además, esta autolesión es una consecuencia inmediata al sentir emocional.
 - b) Autolesión por episodios. - A veces la autolesión ocurre de una manera ocasional, en la cual el sujeto no atribuye mucho interés a mencionado comportamiento, además el sujeto tiene por característica la negación de la conducta lesiva y la ve a esta como un desfogue ocasional.
2. Estereotipada (sello individual). - Por lo general cada sujeto tiene un tipo característico de autoagresión, ya sea cortes en los brazos, en las piernas o en otros lugares. Las conductas autolesivas describen un patrón repetitivo y perseverante en cada individuo; son una especie de marca personal.
3. Compulsiva. - El individuo no puede dejar de emitirlas. Son autolesiones de escasa gravedad, pero con un gran componente de ansiedad, son muy recurrentes, carecen de motivación consiente y también se incluyen conductas tales como jalarse el cabello, pellizcarse, morderse, etc. (Ulloa et al, 2013).

3.1.3. Factores de riesgo.

Estos son los principales factores que precipitan la emisión de la conducta autolesiva:

- a) Características personales. Especialmente, cuando existe escasa capacidad para la resolución de problemas, y elevados niveles de impulsividad, desesperanza, ira y hostilidad.
- b) Características interpersonales. La presión grupal y los conflictos interpersonales pueden ser el inicio de muchas personas que se autolesionan y ésta en sí puede ser un referente que le permita al individuo pertenecer a un grupo o tener un papel en la sociedad. El cutting es un intento infructuoso de búsqueda de la adaptación interpersonal. Toda conducta, incluso aquellas que desde el punto de vista de cualquier observador puedan parecer destructivas tienen como finalidad la adaptación del individuo al entorno. Muchos sociólogos afirman que conforme la vida en las ciudades sea más anónima y estresante, más gente recurrirá a las autolesiones como único método para reforzar la identidad personal.
- c) Trastornos psiquiátricos. Existen algunos trastornos psicológicos que precipitan o conllevan comportamientos autolesivos. Especialmente, depresión, trastorno de conducta, estrés, ansiedad, etc. Los trastornos bipolares, psicóticos, trastornos en la alimentación, entre otros, están caracterizados como factores de riesgo en la conducta suicida
- d) Características familiares. Los adolescentes suelen tener la tendencia a sentirse incomprendidos, sobre todo por parte de sus padres. En consecuencia, pueden llegar a sentirse solos, enojados, frustrados, cuando se enfrentan a una diversidad de eventos, tomando decisiones que no son las correctas como la adopción de conductas suicidas y la práctica de autolesiones. Desde la convivencia con un solo progenitor hasta otros problemas de convivencia entre los padres, o escasa calidez en las relaciones familiares.
- e) Los medios de comunicación. La publicidad dada a través de los medios de comunicación sobre un caso de suicidio puede incrementar los suicidios. Por eso en muchos países existe un pacto de silencio en prensa y televisión sobre suicidios reales. Pero no existe tal

pacto para las series televisivas en que aparecen suicidios ficticios (Andrade & Dueñas, 2012).

3.1.4. Edad de inicio del cutting.

Hay bastante consenso en cuanto a la edad de inicio de las autolesiones señalada por los investigadores. Los estudios sugieren que la edad de inicio media se encuentra en la adolescencia media o tardía produciéndose luego un descenso en la edad adulta temprana y en población general. Las primeras apariciones se encuentran entre los 10 y los 15 años, siendo muy poco frecuente que estas comiencen a aparecer una vez cumplidos los 30 años. 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. 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. Muchos de los fracasos en ese proceso adaptativo derivan en comportamientos autolesivos, como una forma de purgar frustraciones emocionales (Frías et al, 2012).

3.2. CLIMA FAMILIAR.

3.2.1. Concepto de clima social familiar.

El clima social familiar juega un papel muy importante en el ajuste psicosocial del individuo, teniendo una influencia significativa en el desarrollo personal, académico, social y familiar. La conducta de cutting, con mucha frecuencia, es el reflejo del conflicto familiar. A menudo el joven si tiene una relación distante y fría con la familia se ve frustrado y recurre a ciertas conductas autodestructivas para mitigar la ansiedad. Por esta razón en esta tesis se analiza la calidad del clima familiar. El clima social familiar *“es una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente”* (Moos, et al 1989: 149).

3.2.2. Teoría del clima social familiar según Rudolf H. Moos y colaboradores.

Existen varias teorías relacionadas al clima social familiar, pero para este trabajo investigativo se asume la teoría de Moos, et al (1989). Esta teoría parte del supuesto que el clima social dentro del cual funciona un individuo tiene un impacto importante en sus actitudes y sentimientos, su conducta, su salud y el bienestar general, así como su desarrollo social, personal e intelectual. Esta teoría tiene como base teórica a la psicología ambiental.

La psicología ambiental comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo. La psicología del medio ambiente se interesa por el ambiente físico y por el ambiente social, pues entre ambos constituyen la trama de las relaciones del ser humano que repercute en su adaptación conductual. Esta teoría afirma que la conducta de un individuo en su medio ambiente no es tan solo una respuesta a un hecho y a sus variaciones físicas; sino que éste es todo un campo de posibles estímulos. Si bien es cierto existen muchos estímulos del ambiente externo, estos pueden darse de manera positiva o negativa considerando la realidad de cada familia, sin embargo, cada persona asimila estos estímulos de manera diferente que origina en ellos formas distintas de pensar y un comportamiento diferente.

El autor hizo una clasificación de seis tipos de familias derivadas de esta teoría:

- Familias orientadas hacia la expresión; son las que hacen énfasis en la expresión de las emociones.
- Familias orientadas hacia la estructura; son las que dan mayor importancia a la organización, la cohesión, la religión, la expresión, el control, la aspiración al logro y la orientación intelectual-cultural.
- Familias orientadas hacia la obtención de logros; caracterizadas por ser competitivas y trabajadoras.
- Familias orientadas hacia la religión; que sostienen actitudes ético- religiosas.

- Familias orientadas hacia el conflicto; son poco estructuradas, menos cohesivas y desorganizadas, considerando un alto grado de conflicto y pocos mecanismos de control.
- Orientadas hacia la expresividad y la independencia; son características de las familias pequeñas, son familias con un grado de cohesión adecuado y organizadas, se expresan y suelen tomar decisiones (Moos, et al 1989).

3.2.3. Importancia del clima social familiar en la psicología de los hijos

Las familias con un clima social negativo tienen mayores posibilidades de generar hijos con desadaptación conductual. Los adolescentes con problemas de adaptación por lo general provienen de familias con un clima social familiar conflictivo. La familia posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales de los hijos mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar. Éste es un determinante definitivo del bienestar, actúa como estructurador del comportamiento humano y está inmerso en una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas. El ambiente ha sido estudiado como clima social familiar, considera las particularidades psicológicas e institucionales de un grupo familiar y retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad (Moos, et al, 1989).

Diversos estudios que han abordado y analizado el clima social familiar, resaltan las posibilidades que las familias de alta cohesión y expresividad y un bajo conflicto, proporcionan a los hijos un clima agradable que permite la emergencia de conducta prosociales. La dinámica que asume un grupo familiar genera cambios que se ven reflejados en los componentes cognitivos, afectivos y comportamentales de sus hijos. Son los factores de cohesión, expresividad y organización familiar los que guardan relación positiva con todas las áreas, especialmente con el auto concepto, mientras que la conflictividad familiar es el factor que mantiene la relación negativa. Una elevada cohesión, expresividad, organización, participación en actividades intelectuales e importancia atribuida a las prácticas y valores de tipo ético o religioso, así como niveles bajos en conflicto, demuestran una elevada adaptación social y emocional general en los adolescentes. Aunque el clima social familiar según estos

estudios desempeña un papel esencial en el desarrollo de los hijos, no es un factor absoluto, debido a que confluyen múltiples factores de índole económico, social y cultural que rodean al contexto familiar (Moos, et al, 1989).

3.2.4. Dimensiones de la escala de Moos y colaboradores.

La escala de Moos, et al, (1989) tiene tres dimensiones:

- 1) Desarrollo. *“La primera es la dimensión de desarrollo, la cual apunta a los procesos de despliegue personal que se dan y propician dentro de la familia. Ésta comprende la autonomía que trata del grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, la actuación, que se refiere al grado en el que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva; lo intelectual-cultural, que significa el grado de interés en las actividades intelectuales y culturales; la social-recreativa, que mide el grado participación en actividades lúdicas y deportivas, y la moralidad-religiosidad, definida por la importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.*
- 2) Estabilidad. *“La segunda dimensión es la estabilidad, que se refiere a la estructura y formación de la familia y a la manera en que el control se ejerce entre sus miembros. Está formada por la organización que evalúa la importancia que se da a la planificación de las actividades y responsabilidades de la familia, y el control o grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.*
- 3) Relaciones. *“La tercera dimensión se denomina relaciones, conformada por el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está formada por la cohesión, que es el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí; la expresividad, grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos; el conflicto que es el grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia”.* (Moos, et al, 1989: 189).

Estas dimensiones, su organización y dinámica caracterizan estructuras familiares cohesivas, disciplinadas y sin orientación. Aquellas familias que presentan una estructura cohesionada, que hacen uso de un control normativo constante y claro, y una manifestación de afecto y comprensión hacia sus hijos e hijas, logran un desempeño social estable y consistente en los niños, niñas y adolescentes (Moos, et al, 1989).

3.2.5. Desarrollo de las habilidades sociales en el contexto familiar

El clima social familiar depende del grado de desarrollo de las habilidades sociales de todos los miembros de la familia. Estas habilidades van desde la interacción con padres y adultos hasta los procesos de autonomía, expresión y resolución de problemas. Las habilidades sociales se relacionan con diversas dimensiones o componentes del contexto familiar. La estructura y organización de los padres o cuidadores posibilita el desarrollo de repertorios sociales que propician la interacción y la adaptación en diversos contextos sociales. De cómo se desarrollen estos repertorios en el contexto primario dependerá el éxito en las relaciones sociales posteriores, de las relaciones afectivas y las respuestas apropiadas de acuerdo a las situaciones y a las características personales (Jansá y García, 2004).

“El contexto familiar como una condición necesaria para el desarrollo infantil, presenta un protagonismo esencial en la esfera educativa de sus hijos e hijas, ya que sus acciones cotidianas se convierten en prácticas formativas, que permiten un avance de los hijos en su desarrollo. Los padres mediante la estructura y dinámica que crean en el ambiente familiar a partir de sus acciones, verbalizaciones y relaciones, propician experiencias y repertorios a sus hijos que se convierten en recursos y herramientas para el desempeño social en los distintos contextos inmediatos y posteriores” (Jansá y García, 2004: 64).

3.2.6. Medición del clima social familiar.

En esta tesis se ha adoptado el instrumento creado por Moos (1989). El clima social que es un concepto cuya operacionalización resulta difícil de universalizar, pretende describir las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente. Para estudiar estas dimensiones Moos; ha elaborado diversas escalas de Clima Social aplicables a diferentes tipos de ambiente como es el familiar, escolar, laboral y el de las instituciones penitenciarias. En el caso de la escala de Clima Social en la Familia (FES), que se emplea en esta tesis, son tres las dimensiones o atributos afectivos que hay que tener en cuenta para evaluarlo: a) relaciones, b) desarrollo personal y c) estabilidad y cambio de sistemas (Lahoz y Forns, 2004).

En el Clima Social Familiar se dan interrelaciones entre los miembros de la familia donde intervienen aspectos de comunicación, interacción, etc. *“El desarrollo personal puede ser fomentado por la vida en común, así como la organización y el grado de control que se ejercen unos miembros sobre otros. Se han realizado varios estudios acerca de la percepción del clima familiar utilizando como instrumento la escala de clima social familiar FES con diversas poblaciones. Los diferentes estudios coinciden en la confiabilidad y validez de la escala de clima social familiar para evaluar la percepción del clima familiar en diferentes situaciones y poblaciones. Por otro lado, en diversos estudios se ha encontrado que el formar parte de una familia de padres separados influye de manera negativa en la asertividad, autoestima, resolución de problemas e intereses vocacionales y en el clima familiar. Pero en estos estudios solo se ha tomado en cuenta la clasificación de familias nucleares y de padres divorciados, dejando de lado las familias, extensas, reconstruidas y otro tipo de familias uniparentales. Lo que nos lleva a preguntarnos si existen diferencias en el clima social familiar en relación con el tipo de familia a la que se pertenece (uniparental, reconstruida, extensa o nuclear)”* (Lahoz y Forns, 2004: 109).

3.3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

3.3.1. Definición de trastornos de la personalidad.

Diversos estudios han asociado el cutting a ciertos trastornos de la personalidad. La personalidad es la combinación de pensamientos, emociones y conductas que nos hacen únicos, por tanto, cuando se desencadena un trastorno en la personalidad, también se ven afectadas todas las dimensiones básicas del ser humano. *“Un trastorno de personalidad es un tipo de trastorno mental en el cual tienes un patrón de pensamiento, desempeño y comportamiento marcado y poco saludable. Una persona con trastorno de personalidad tiene problemas para percibir y relacionarse con las situaciones y las personas. Esto causa problemas y limitaciones importantes en las relaciones, las actividades sociales, el trabajo y el estudio”* (Pérez Urdániz et al, 2007: 27).

3.3.2. Cutting y trastornos de la personalidad.

La personalidad se configura sobre todo a lo largo de la adolescencia. La identificación significa el distanciamiento del núcleo afectivo primario, como lo es la familia; este es un proceso que no está libre de fracasos. En el ámbito familiar la relación con los padres se caracteriza por un desapego progresivo para conseguir mayor independencia, en lo concerniente a las relaciones sociales el adolescente busca seguridad y reafirmación en sus padres. Es así, que los profundos cambios emocionales experimentados generan un estado de inestabilidad como resultado de un proceso de adaptación a las nuevas exigencias del medio demandando una ardua tarea de elaboración y reorganización psíquica para su vida futura. Con frecuencia, estos fracasos en la identidad implican periodos de frustración en los cuales se busca vías de escape, como las autolesiones (Basantés y Porras, 2015).

Una de las características relevantes en esta etapa se centra en una tendencia a “tomar acción” a modo de elaborar una realidad interna consistente y que se desarrolla paralelamente en un continuo de cambios. A veces esa acción se vuelve sobre sí mismo como una agresividad reprimida, que no encuentra más salida que a través de las autolesiones. Esta característica de los adolescentes de tomar acciones sin reflexionar sobre ello, puede ayudar a enfrentar

conflictos internos como también ser un recurso que motive la activación de conductas de riesgo como el consumo de alcohol, drogas y el comportamiento autodestructivo (Basantes y Porras, 2015).

El cutting, como acción lesiva intencional que se da en el propio cuerpo y de naturaleza socialmente inaceptable, con el riesgo latente de hacerse crónica es un mecanismo de reducir el malestar emocional o el estrés que una persona experimenta, por tanto, no se trata de una conducta suicida pues su finalidad no es acabar con la vida, sino que son intentos ineficientes de buscar un mayor grado de adaptación. Las autolesiones han sido asociadas durante años, a diversos trastornos psiquiátricos descritos en el DSM-V, principalmente con el trastorno límite de la personalidad; así como con los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad e incluso la esquizofrenia. Sin embargo, investigaciones recientes señalan que las autolesiones no solo se presentan en poblaciones psiquiátricas, sino que existe un alto índice de dichas conductas en poblaciones sin tal diagnóstico como en escolares y universitarios (Basantes y Porras, 2015).

3.3.3. Las autolesiones como síntoma de un trastorno de la personalidad.

Las autolesiones no son un fin, sino un medio infructuoso de buscar solución a un problema. Por tanto, cabe preguntarse, cuál es la función de las autolesiones, las cuales deben ser comprendidas desde un concepto amplio, es decir, no solo se debe de tomar en cuenta el propósito; sino que además deben de analizarse los antecedentes y eventos consecuentes que intervienen en el mantenimiento de las autolesiones. Investigaciones recientes indican que las autolesiones se mantienen por cuatro posibles refuerzos, estos incluyen el refuerzo intrapersonal positivo (acción por sensación de vacío), el refuerzo intrapersonal negativo (deshacerse de sentimientos negativos) y refuerzo interpersonal positivo (comunicarse o conseguir atención) refuerzo interpersonal negativo (evitar o escapar de algo o de alguien) (Frías et al., 2012).

Evidentemente las autolesiones implican un comportamiento complejo, es por ello que en las últimas dos décadas se han realizado un mayor número de estudios asociándolas a diversas

variables. Es así que, existe evidencia que señala que los rasgos de personalidad cumplen un papel fundamental en la vulnerabilidad y mantenimiento de las autolesiones en adolescentes. Tal como sostiene Millon (1990) los estilos de personalidad se definen como características fuertemente interiorizadas y dominantes en la persona, poseen la tendencia de perpetuarse e interactuar en las situaciones diarias, apareciendo de forma automática en distintos ámbitos, sin embargo, muy frecuentemente se omiten sus posibles efectos negativos. Diversos estudios señalan que las personas que tendrían mayor riesgo de presentar autolesiones poseen conductas impulsivas o agresivas, ánimo inestable y baja autoestima (Frías et al., 2012).

3.3.4. Medición de los trastornos de la personalidad .

En esta investigación se emplea el cuestionario de Salamanca (2007) de Pérez Urdániz Antonio, Rubio Larrosa Vicente y Gómez Gazol M^a Esperanza. En este instrumento se toman en cuenta los siguientes trastornos de la personalidad:

GRUPO A.

Paranoide.

La característica esencial del trastorno de la personalidad paranoide es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. (Criterio A1). Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás están urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón. (Criterio A2). Cualquier desviación que perciban en la fidelidad o la lealtad sirve como prueba a sus suposiciones. Cuando algún amigo o socio se muestra leal con ellos, están tan sorprendidos, que no pueden tener confianza o creer en él. (Criterio A3). Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información «no es asunto de los demás». En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes (Criterio A4). Por ejemplo, un sujeto con este trastorno puede malinterpretar un error legítimo de un dependiente de una tienda como un intento deliberado de no dar bien el cambio o puede ver una observación humorística de un compañero de trabajo como si fuera un ataque en toda regla. (Criterio A5). El menor desprecio provoca una

gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Puesto que siempre están pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten a menudo que su persona o su reputación han sido atacadas o que se les ha mostrado desconsideración de alguna otra manera. (Criterio A6). Los sujetos con este trastorno pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada (Criterio A7). (Pérez Urdániz et al, 2007).

Esquizoide.

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizoide es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. (Criterio A1). Prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser «solitarios» y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas (Criterio A2). Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de ordenador o matemáticos. Pueden mostrar un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otra persona (Criterio A3) y disfrutan de pocas o ninguna actividad (Criterio A4). Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como pasear por una playa tomando el sol o mantener relaciones sexuales. Estos individuos no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar de primer grado (Criterio A5). Los sujetos con trastorno de la personalidad esquizoide suelen parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos. (Criterio A7) (Pérez Urdániz et al, 2007).

Esquizotípico.

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizotípica es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. (Criterio A1). Esto debe diferenciarse de las ideas

delirantes de referencia en las que las creencias son mantenidas con una convicción delirante. Estos sujetos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia subcultura (Criterio A2). Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. (Criterio A3). Su lenguaje puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas. Frecuentemente es indefinido, digresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia (Criterio A4). Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas y las palabras y los conceptos se aplican algunas veces de formas poco habituales (p. ej., la persona puede decir que no es «hablable» en el trabajo). (Criterio A5). Frecuentemente, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida (Criterio A6). Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros del trabajo) (Criterio A7) (Pérez Urdániz et al, 2007).

GRUPO B.

Histriónico.

La característica esencial del trastorno de la personalidad histriónica es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. (Criterio 1). En general son vivaces y dramáticos y tienden a llamar la atención, pudiendo, al principio, seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores. (Criterio 2). Este comportamiento está dirigido no sólo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino que se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales, más allá de lo que sería adecuado para ese contexto social. (Criterio 3). Los sujetos con este trastorno utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención (Criterio 4). Se preocupan mucho para impresionar a los demás mediante su aspecto y emplean una cantidad excesiva de energías, tiempo y dinero en vestirse y

acicalarse. (Criterio 5). Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos y no se apoyan en hechos ni pormenores. (Criterio 6). Pueden molestar a los amigos y conocidos con sus demostraciones emotivas públicas (p. ej., abrazando con demasiado ardor a gente que conocen poco, sollozando descontroladamente por cuestiones sentimentales menores o con berrinches de mal genio). (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciados por los demás y por las modas del momento. Pueden llegar a ser incluso demasiado confiados, especialmente respecto a las figuras con una autoridad fuerte, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas. Son propensos a tener presentimientos y a adoptar convicciones con rapidez. (Criterio 8) (Pérez Urdániz et al, 2007).

Antisocial.

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. (Criterio A1). Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (que puede o no producirse) como la destrucción de una propiedad, hostigar, robar a otros, o dedicarse a actividades ilegales. (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades. (Criterio A4). Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran indicadores de este ítem. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás (Criterio A5). Esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples). Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. (Criterio A6). El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de

varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. Tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos (Criterio A7) (Pérez Urdániz et al, 2007).

Narcisista.

La característica esencial del trastorno de la personalidad narcisista es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos. (Criterio 1). Es habitual en ellos el sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, con lo que frecuentemente dan la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. (Criterio 2). Pueden entregarse a rumiaciones sobre la admiración y los privilegios que «hace tiempo que les deben» y compararse favorablemente con gente famosa o privilegiada. (Criterio 3). Piensan que sólo les pueden comprender o sólo pueden relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status y atribuyen a aquellos con quienes tienen relación las cualidades de ser «únicos», «perfectos» o de tener «talento». (Criterio 4). Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración. (Criterio 5). Esperan ser atendidos y están confundidos o furiosos si esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen por qué hacer cola y que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían ser condescendientes con ellos, por lo que se irritan si los otros no les ayudan en su trabajo «que es tan importante». (Criterio 6). Esperan que se les dé todo lo que deseen o crean necesitar, sin importarles lo que les pueda representar a los demás. Por ejemplo, estos sujetos pueden esperar una gran dedicación por parte de los demás y pueden hacerles trabajar en exceso sin tener en cuenta el impacto que esto pueda tener en sus vidas. (Criterio 7). Pueden asumir que los otros están totalmente interesados en su bienestar. Tienden a hablar de sus propios intereses con una extensión y un detalle inadecuados, en tanto que no consiguen darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades. (Criterio 8). Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de aquellos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar con acritud las aportaciones de los demás, en especial cuando aquellos sujetos han recibido el reconocimiento o las alabanzas por sus méritos. (Criterio 9) (Pérez Urdániz et al, 2007).

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: subtipo impulsivo.

Está caracterizado por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos. Además, aparecen con frecuencia explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, especialmente ante las críticas de terceras personas.

Incluye para su diagnóstico la Personalidad explosiva y agresiva y el Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad, y excluye para su diagnóstico el Trastorno disocial de la personalidad (Pérez Urdániz et al, 2007).

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: subtipo límite.

La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con un trastorno de la personalidad límite realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. (Criterio 2). Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. (Criterio 3). Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. (Criterio 4). Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente. Los sujetos con trastorno de la personalidad límite presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (Criterio 5). El suicidio consumado se observa en un 8-10 % de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. (Criterio 6). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno de la personalidad límite suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las

ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. (Criterio 7). Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con trastorno de la personalidad límite expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira (Criterio 8) (Pérez Urdániz et al, 2007).

GRUPO C.

Anancástico.

La característica esencial del trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores. No son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran a enfadarse por los retrasos y los inconvenientes que derivan de ese comportamiento. (Criterio 2). Por ejemplo, se retrasa la finalización de un informe escrito debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo quede prácticamente «perfecto». Los objetivos se pierden y los aspectos que no constituyen el objetivo actual de la actividad pueden caer en el desorden. (Criterio 3). Este comportamiento no está motivado por necesidades económicas. Piensan muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. (Criterio 4). Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. También son críticos despiadados de sus propios errores. (Criterio 5). Admiten que son como esos animalitos que todo lo guardan. Piensan que el tirar cosas es un despilfarro, porque «nunca se sabe cuándo va a necesitar una alguna cosa» y les molesta mucho que alguien trate de desprenderse de algo que ellos han guardado. (Criterio 6). Insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y en que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas. Con frecuencia, dan instrucciones muy detalladas sobre cómo se tiene que hacer todo. (Criterio 7). Los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se caracterizan por la rigidez y la obstinación (Criterio 8) (Pérez Urdániz et al, 2007).

Dependiente.

La característica esencial del trastorno de la personalidad dependiente es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una única persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida (Criterio 2). Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. (Criterio 3). Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. (Criterio 4). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen mejor que ellos. (Criterio 5). Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suele comportar unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. (Criterio 6). Pueden ir «pegados» a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo. (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben, rápida e indiscriminadamente, ligados a otra persona. Los sujetos con este trastorno suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos (Criterio 8) (Pérez Urdániz et al, 2007).

Ansioso.

La característica esencial del trastorno de la personalidad evasiva es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. (Criterio 1). Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin críticas (Criterio 2). Hasta que no superan pruebas muy exigentes que demuestren lo contrario, se

considera que los demás son críticos y les rechazan. (Criterio 3). Los sujetos con este trastorno, puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo (Criterio 4). Pueden sentirse extremadamente ofendidos si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo. (Criterio 5). Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Estos sujetos se creen a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesante o inferiores a los demás (Criterio 6). Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos (Criterio 7) (Pérez Urdániz et al, 2007).

3.4. IMPULSIVIDAD

3.4.1. Concepto de impulsividad.

De manera general, la impulsividad es la tendencia a responder de forma impetuosa, aparentemente sin premeditación, que conlleva la realización de conductas, aunque las consecuencias sean negativas, a lo cual se añade una relativa incapacidad para retrasar una conducta gratificante. La impulsividad es un rasgo básico de la personalidad que tiende a la autoprotección y a la supervivencia de los individuos. De hecho, existen estudios que correlacionan la alta prevalencia de la impulsividad en determinadas poblaciones, correspondiendo estas con los movimientos migratorios, así los mayores niveles de impulsividad se han encontrado en grupos de inmigrantes, especialmente en aquellos con gran desplazamiento desde el lugar de origen, presentando para estos una ventaja evolutiva. La impulsividad es una respuesta conductual alterada, una tendencia impulsiva constante ante mínimos estímulos, que por tanto es desadaptativa y que podría llegar a constituir un trastorno de la personalidad. Los teóricos de la impulsividad definen la impulsividad disfuncional como una forma rápida de actuar, dejándose llevar por el ímpetu del momento y sin tener en cuenta las posibles consecuencias de actuar de esta forma. La impulsividad se asocia con la búsqueda de nuevas sensaciones. La importancia de la impulsividad en la toma de decisiones,

en el desarrollo de la infancia y la adolescencia y en los trastornos neuropsiquiátricos, como el suicidio, es ampliamente conocida (Liquete, 2015).

El cutting es producto de un comportamiento impulsivo con escaso predominio del razonamiento. Se entiende por impulsividad la *“Tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias”* (Barratt 1994, citado por Oquendo et al: 2001: 54).

3.4.2. Factores de la impulsividad.

La revisión de la escala original propuesta por Barratt para medir la impulsividad (el BIS-11, utilizada en esta tesis) reveló una estructura factorial de seis dimensiones principales y tres factores secundarios. Los seis componentes principales son:

- a) La dimensión 1: Atención. Se relacionaría con la capacidad del individuo para mantener su concentración durante la realización de tareas.
- b) La dimensión 2: Impulsividad Motora. Implica la tendencia a actuar conforme al estado emocional del momento.
- c) La dimensión 3: Autocontrol. Se relaciona con la capacidad del sujeto de planificar cuidadosamente las acciones antes de llevarlas a cabo.
- d) La dimensión 4: Complejidad Cognitiva. Implica el disfrutar de pruebas mentales que resulten desafiantes para el individuo, tales como el cálculo mental, acertijos, etc.
- e) La dimensión 5: Perseverancia.
- f) La dimensión 6: Inestabilidad Cognitiva. Es la tendencia a distraerse que sufren los individuos debido a la interferencia de pensamientos intrusivos.

Los tres factores secundarios de la impulsividad serían:

- 1) *“Impulsividad Motora (IM): combina las dimensiones 2 (Motora) y 5 (Perseverancia). Se caracteriza por la tendencia general a actuar motivado por las emociones del momento.*

- 2) *Impulsividad Atencional o Cognitiva (IA): combina las dimensiones 1 (Atención) y 6 (Inestabilidad cognitiva). Se define como el compromiso del individuo para controlar la intrusión de pensamientos extraños y la dificultad para focalizar su atención de forma sostenida.*
- 3) *Impulsividad no Planificada: combina las dimensiones 3 (Autocontrol) y 4 (Complejidad cognitiva). Siendo este un estilo de procesamiento de la información apresurado que lleva a tomar decisiones rápidamente, sin planificación adecuada y sin proyección hacia el futuro”. (Liquete, 2015: 120).*

3.4.3. Modelos teóricos de la impulsividad.

Los dos principales modelos que tratan de explicar la impulsividad, son los siguientes:

1. Modelo biológico.

Es incuestionable que la impulsividad tiene un componente genético y heredable. Los expertos consideran que el componente determinado por los genes viene a ser aproximadamente del 50%, siendo el resto debido al contexto educacional y social (ambiental). Un meta análisis de individuos, entre gemelos y miembros familiares naturales y adoptados, estimó la heredabilidad del carácter “impulsividad” en un 45-50% a lo largo de las diversas edades, con una incidencia más potente en los varones que en las mujeres. Es decir, prácticamente la mitad de las diferencias en impulsividad son debidas a factores genéticos, y la otra mitad a factores ambientales. El valor es ligeramente mayor en niños que en adultos, implicando una mayor influencia de los factores ambientales según la persona avanza en edad.

2. Modelo multifactorial.

Para el modelo multifactorial son importantes distintos factores:

- Factores ambientales-sociales-educacionales.
- Factores genéticos.
- Factores neurobiológicos.

- Factores hormonales. Entre ellos podemos señalar: la testosterona (influencia en la impulsividad agresiva), la vasopresina, las endorfinas (autoagresividad) y la hiperfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Liquete, 2015).

Dentro de este último modelo se encuentra la escala de Barratt, empleada en esta tesis.

3.4.4. La escala de impulsividad de Barratt (BIS-11).

La escala de impulsividad de Barratt, creada en la década de los 50, tiene una estructura trifactorial. Esta escala ha sido probada en poblaciones normales de diferentes lenguas y culturas, en población presa, incluso encerrados por delitos de sangre, en alcohólicos y politoxicómanos, en suicidas, en fumadores, en consumidores de cocaína y psicoestimulantes, en ludópatas, en pacientes bipolares, etc.

“La impulsividad es un rasgo habitual en la infancia. Conforme el niño va madurando y adquiriendo patrones de conducta y pensamiento adaptativos, consolida mecanismos de autocontrol que permiten que la impulsividad conductual y cognitiva mejoren. En la adolescencia y juventud, las modificaciones hormonales, corporales, emocionales, la necesidad de autorreafirmarse como sujeto y la aparición de situaciones vivenciales nuevas, pueden desatar la impulsividad. En esta época de cambios, el vínculo paterno-filial consolidado, la capacidad de comunicación de los padres y ciertos patrones de control parental permiten una sana transición a la edad adulta” (Oquendo et al: 2001: 97)

En los estudios de la impulsividad de los adolescentes y jóvenes se ha relacionado la impulsividad con las siguientes dimensiones:

a) Conducta antisocial: Los estudios longitudinales califican la impulsividad en el adolescente como el factor que mejor predice la conducta antisocial. La impulsividad es el germen de la delincuencia. Se demostró que la impulsividad en la pubertad es el mejor predictor del comportamiento antisocial en los siguientes años. De tal forma que aquellos niños impulsivos en la primera infancia, que no eran adecuadamente modulados por su

entorno familiar, presentaban mayor riesgo de delincuencia. Estos estudios indican que la prevención y el control de la impulsividad deben hacerse desde la edad preescolar (Dougherty, 2004).

- b) Trastorno límite de personalidad: La impulsividad está relacionada con otros trastornos de la esfera psiquiátrica como el trastorno límite de la personalidad, debido, en parte, a la íntima relación entre la impulsividad y los sustratos biológicos de la personalidad. Aunque en el trastorno límite de la personalidad existe un elevado componente biológico, el apoyo familiar percibido y el modelo de crianza que se practica en el núcleo familiar, reducen el impacto de la enfermedad sobre el individuo, posibilitando, en algunos casos, la integración social (Dougherty, 2004).
- c) Déficit de atención e hiperactividad: La impulsividad es criterio diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de los trastornos del control de los impulsos. Los sujetos hiperactivos son, en esencia, impulsivos y padecen de falta de control a todo nivel (Dougherty, 2004).
- d) *“Trastornos de la conducta alimentaria y adicciones: La impulsividad en el adolescente es un factor determinante de problemas de conducta como la bulimia nerviosa, el alcoholismo, la dependencia de sustancias, la ludopatía y la adicción a los videojuegos y a Internet. Las familias con miembros con trastornos de la conducta alimentaria, tipo bulimia nerviosa, tienen más antecedentes psiquiátricos, mayor impulsividad y escasas habilidades de afrontamiento. Sus jerarquías están poco definidas y el liderazgo es difuso, con normas imprevisibles y rígidas. La relación entre los padres es distante o enfrentada, manifestando actitudes complacientes y egoístas hacia sus hijos, con vínculos ambivalentes y poco afectuosos. La mala calidad de las relaciones familiares se considera ya un factor que predice la adicción a los videojuegos en línea en el adolescente, y la mayor cohesión familiar un factor de protección”* (Dougherty, 2004: 48).
- e) *“Suicidio y autolesiones menores: La impulsividad está altamente implicada en el riesgo de suicidio y autolesiones menores. Hay estudios que señalan que el riesgo de suicidio*

en adolescentes se dispara cuando la puntuación en el Barratt (BIS-11) es superior a 55 puntos para los jóvenes entre 12 y 19 años. Existe relación directa y proporcional entre el grado de impulsividad y el número de intentos de suicidio. El estilo de apego y la relación paterno-filial, son claves en el riesgo de suicidio, incluso en la edad adulta” (Palitsky, 2013: 138).

- f) Fracaso escolar: La relación entre impulsividad y fracaso escolar está ampliamente estudiada. Barratt postula la teoría de que los sujetos más impulsivos tienen mayor dificultad para aprender que los sujetos menos impulsivos. La impulsividad estaría directamente relacionada con disfunciones reguladoras a nivel cognitivo, afectando a capacidades tan necesarias para un correcto aprendizaje como es la comprensión y la exactitud en la lectura. Se encuentran cada vez más estudios que relacionan el uso de mensajería instantánea (tipo Whatsapp) con niveles más altos de impulsividad atencional y distracción, mientras que la lectura tradicional habitual predice niveles más bajos de impulsividad atencional y distracción. Sin embargo, el uso de estas nuevas tecnologías no se relacionó con mayor impulsividad en el área del comportamiento fuera de la red. Hacen falta más estudios que revelen si las nuevas tecnologías (TICs) favorecen la impulsividad atencional en adolescentes y fomentan el fracaso escolar (Palitsky, 2013).
- g) *“Agresividad: Los adolescentes con elevada impulsividad disfuncional son más propensos a sentir ira y a responder de forma agresiva, recurriendo en mayor medida a la agresividad física que a la agresividad verbal. La impulsividad agresiva y sus consecuencias sociales en general, y en el medio escolar en particular, preocupan mucho a nuestra sociedad. Barrat postula la teoría de la Impulsividad agresiva en la que concluye, entre otros datos importantes, que existe una correlación negativa entre la impulsividad agresiva y las habilidades verbales que se aprenden en el medio familiar. Por lo tanto, la impulsividad es uno de los factores que mejor predicen la aparición de agresividad y conductas desadaptativas en el adolescente. En conclusión, la impulsividad es un factor de riesgo clave en la adolescencia y juventud que favorece el desarrollo de múltiples patologías psicológicas y psiquiátricas. Partiendo del riesgo genético, queda un 50% restante determinado por el factor contextual, en donde la familia jugará un papel clave” (Palitsky, 2013: 140).*

3.5. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL CUTTING EN ADOLESCENTES.

Sobre el tema del cutting en los adolescentes, se han realizado bastantes estudios. A continuación, se citan algunos de los más pertinentes:

En Ambato, Ecuador, Mancheno Monserrath; realizó una investigación titulada “Funcionalidad familiar y la práctica de cutting adolescentes”. En dicho estudio se pretendió relacionar el clima familiar con la práctica del cutting, partiendo de la hipótesis que la conducta adolescente, sana o patológica, es un reflejo de las condiciones familiares. La autora resume de esta manera los resultados de la investigación:

Se observa una estrecha correlación entre el tipo de familia y la práctica del cutting. Las familias extremas, en la dimensión de cohesión y adaptabilidad, son proclives de poseer algún miembro que se autolesione. Las familias enredadas (extremo de cohesión) y rígidas (falta de adaptabilidad), es la combinación más perjudicial para el equilibrio psicológico del adolescente. Los roles asignados por el miembro de mayor autoridad, son rígidos e incambiables, impidiendo la libre expresión de emociones. Al mismo tiempo, se observa una confusión de roles, pues nadie sabe exactamente cuáles son sus deberes y responsabilidades, dando lugar a confusiones y superposición de autoridad. La pérdida de la funcionalidad familiar interfiere con la capacidad de cada uno de los integrantes de una familia para la resolución de problemas a través del lenguaje y de la comunicación sana, promoviendo conductas alternativas de escape, como mecanismos de defensa infructuosos, entre los que se encuentra el comportamiento autolesivo.

A mayores dificultades comunicativas entre los miembros del núcleo familiar, mayores comportamientos de abuso por parte de los padres y conductas autolesivas en los hijos. Las familias que presentan problemas con la comunicación, son inflexibles e impiden la catarsis emocional entre sus miembros. Esta falta de drenaje emocional, desemboca en conductas patológicas, como la práctica del cutting. El 62,7% de las familias con hijos adolescentes que se autolesionan, presenta un bajo nivel en la afectividad en cuanto a la funcionalidad familiar, el 32,4% de las familias se sitúan en un nivel intermedio y el 4,9% tienen un nivel alto de funcionalidad familiar.

Así mismo, los adolescentes con problemas autolesivos, dieron puntajes bajos en el test de autoestima y niveles deficientes en el rendimiento académico escolar. En relación al sexo de los adolescentes que manifestaba conducta de cutting, el 54% pertenecía el género femenino y al 46% al masculino. La edad de prevalencia fue 13 años en el 60% de los casos, y en los estudiantes que presentaron bajo rendimiento académico presentaron una autoestima baja en el 78% de los adolescentes estudiados (Mancheno, 2018).

En otra investigación realizada en la Universidad Nacional De Loja Loja, Ecuador, por Pontón Hurtado Simón Israel; titulada “La disfunción familiar y su relación con el cutting en adolescentes de 12 a 15 años”, se pudo evidenciar que la funcionalidad de la familia de los adolescentes es decisiva en su salud psicológica, particularmente en lo que tiene que ver con la práctica del cutting.

En la presente investigación se determinó que la población estudiada practicante de Cutting se ve influenciada por la dinámica y/o funcionalidad a nivel familiar, dándosele un papel principal; como factor predisponente y/o mantenedor de esta práctica. El nivel de funcionalidad familiar dentro de los hogares de los estudiantes de 12 a 15 años del Colegio de Bachillerato, se evidencia en mayores porcentajes el tipo de familia funcional (68,6%), seguido por el de tipo de Familia disfuncional leve (26,8%) y por último Familias Disfuncionales Graves (4,5%). Entre los estudiantes de 12 a 15 años se determinó que el 20,2% de los encuestados practican cutting de entre ellos el 13,2% son mujeres y el 7% varones; debido a diversos factores causales y que no han recibido o muestran poco interés de recibir apoyo psicológico.

La falta de comunicación de los padres hacia los estudiantes es uno de los motivos principales que lleva a los alumnos a cometer la autolesión. El estudiante por temor al rechazo por parte de su familia o su grupo de pares oculta sus problemas y busca la manera de resolverlos desahogándose con cortes que se hacen en el cuerpo. Estos estudios permiten visibilizar la multicausalidad del Cutting, sin embargo, resaltan el rol fundamental de la familia como un factor de riesgo que puede actuar como desencadenante o mantenedor de esta práctica en los

adolescentes. El porcentaje más alto de factores causales del cutting está referido a problemas familiares, en segundo lugar, aparece la depresión incitada por factores pasionales. Llama la atención que el 9% de todos los adolescentes estudiados, señala que la causa de sus autolesiones se debe a maltratos y abusos que ocurren dentro del seno familiar. Un 6% de los estudiantes, menciona que lo que buscan es seguir estereotipos, es decir, que la práctica de autolesionarse se debe a simple imitación de otros adolescentes. (Pontón Hurtado, 2018)

Otro estudio realizado en Medellín, Colombia, por Agudelo Tabares Estefanía, denominado “El cutting: Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos”, reporta la presencia de pensamientos negativos e ineficaces que malogran la capacidad de control del adolescente, dando como resultado conductas impulsivas e irreflexivas.

Los resultados permiten evidenciar una fuerte correlación entre las distorsiones cognitivas presentes en los adolescentes y la conducta de cutting. Aparecen distorsiones como la inferencia arbitraria, la sobre generalización, la magnificación y la despersonalización, asociadas a la conducta de cutting. Los resultados de la entrevista permiten identificar que antes de llegar a realizar la práctica del cutting, hay un sentimiento fuerte de tristeza o de rabia asociado a una situación y respectivamente al pensamiento. Una de las distorsiones cognitivas comúnmente encontrada fue la inferencia arbitraria, lo que indica que los adolescentes tienden a sacar conclusiones de las situaciones sin estar apoyadas en los hechos. Según la teoría cognitivo – conductual, estas personas suponen cosas en lugar de averiguarlas y se anticipan a lo que va a ocurrir sin ponerlo a prueba. Conclusiones como “nunca conseguiré pareja”, se caracterizan por hacer lectura del pensamiento de los demás y a adivinar el futuro y, por tanto, asumir comportamientos impulsivos.

En esta distorsión se ve reflejada la percepción que los individuos tienen de sí mismos; según la teoría consultada, la percepción de sí mismo se puede evaluar mediante la autoestima, el autoconcepto y el autoconocimiento. Los tres cumplen funciones muy importantes en la vida de las personas, pues los aciertos y desaciertos, el bienestar y la confianza en sí mismo, la tranquilidad psíquica y las buenas relaciones con los demás son fundamentales para crear una vida saludable y positiva. Los adolescentes que practican el cutting tienen una baja autoestima, un autoconcepto difuso y distorsionado, lo cual no les permite apreciarse con

objetividad a sí mismos y, por tanto, los comportamientos emitidos son erráticos y sin fundamento claro.

La sobre generalización lleva a una distorsión cognitiva, pues el sujeto acepta la premisa que, si algo ha salido mal, todo saldrá mal y si alguien ha cometido un error antes, lo va a cometer nuevamente en el futuro. Este pensamiento distorsionado aplicado al ámbito familiar, elimina toda posibilidad de superar la disfuncionalidad del núcleo familiar, pues anula la confianza en los demás miembros de la familia. Esta distorsión en la que promueve pensamientos y afirmaciones absolutas y radicales, como la opinión sobre los padres “ellos no respetan nada, ellos nunca me escuchan, ellos no cambiarán”.

Otra de las distorsiones cognitivas encontradas fue el “deberías”; este pensamiento se ampara en la idea en que para todo hay algo establecido y marcado y que todos deberíamos comportarnos de una determinada manera. Rechazan la espontaneidad y la flexibilidad. Los sujetos se mortifican pensando en lo que deberían haber hecho o lo que debería pasar con las personas que no estiman o las situaciones negativas. Quienes poseen esta distorsión, en lugar de ver las cosas como realmente son, se exponen reglas de lo que debería aplicarse en cada caso. Se puede observar en el registro de pensamientos que tienen los adolescentes constantemente tienen reglas o deseos permanentes, como ser: “*papá debería morirse*”, “*tengo que rebajar de peso*”, “*no deberían hacerme esto*”, “*debi dejarlo yo primero*”.

Estas distorsiones cognitivas no son funcionales y fracasan al momento de encontrar solución a problemas concretos. Irremediablemente llevan a situaciones de gran angustia y tensión, frente a las cuales las conductas autolesivas aparecen como reductoras de la ansiedad. (Agudelo, 2017).

CAPÍTULO IV
DISEÑO
METODOLÓGICO

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a la tipificación de la investigación realizada, se puede decir que esta pertenece al área de la psicología clínica, pues la pretensión de este estudio es realizar un diagnóstico individual de los adolescentes que se practican autolesiones leves en el cuerpo (cutting). *“La psicología clínica se caracteriza por el hecho de que toma al individuo como unidad de investigación y pretende lograr la elaboración de un diagnóstico personal en base a la medición de una serie de dimensiones psicológicas”* (Sierra y Álvarez, 2006).

La investigación realizada se la puede tipificar de la siguiente manera:

Es un estudio exploratorio ya que sobre el tema hay pocas investigaciones en el medio tarijeño, que abordaron el tema de cutting en los adolescentes. También se puede decir que la investigación realizada es de tipo exploratorio, debido a que se hizo un abordaje aproximativo al fenómeno de estudio y no abordan las causas ni los efectos del mismo. Los estudios exploratorios sirven para *“aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa. Establece prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones y postulados”* (Dankhe, 1986: 85).

También se puede decir que es un estudio de tipo descriptivo, ya que se ha identificado un grupo de variables vinculadas al tema de estudio de las cuales se realizó una descripción pormenorizada, sin entrar en consideraciones causales ni explicativas. Dichas variables fueron valoradas de manera cuantitativa, logrando una caracterización global del fenómeno de estudio. *“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de persona, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”* (Fernández y Baptista, 2015: 60).

Puesto que el fin básico de este estudio es generar información y absolver dudas científicas, se puede decir que el mismo es de tipo Teórico. Específicamente se pretende conocer el perfil

psicológico de los adolescentes que practican el cutting. Un estudio teórico “*permite descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera sensoperceptual, por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción*” (Fernández y Baptista, 2015: 66).

Desde el punto de vista de la naturaleza de los instrumentos empleados y del tratamiento de los datos, se puede indicar que esta investigación es particularmente cuantitativa. Los estudios cuantitativos tienen como meta “*la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población*” (Hernández et al, 2000: 94).

La investigación realizada corresponde al tipo transversal, puesto que la misma se realizó en un grupo de distintos sujetos y no se realizó un seguimiento exhaustivo de las unidades de estudio. Un estudio transversal “*mide la prevalencia de ciertos valores de las variables en un solo momento temporal; no es la pretensión del mismo determinar por cuanto tiempo mantendrán esos valores ni tampoco cuándo los adquirieron*” (Hernández et al, 2000: 96).

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todos los adolescentes que se infringen autolesiones (*cutting*), en la ciudad de Tarija. No existen estadísticas específicas de este tipo de población en la ciudad de Tarija, por lo cual se desconoce el número exacto de la población.

Variables de inclusión:

Adolescentes que practiquen el cutting: Que en la escala de medición del cutting de Albores (2016) hayan dado un puntaje de 26 o más (Moderada presencia de cutting).

Edad: De 16 a 21 años.

Variables de exclusión:

Adolescentes que en la escala de medición del cutting hayan dado un puntaje de 25 o menos.
Adolescentes menores de 16 años.

Variables sociodemográficas:

1. Sexo de los hijos:
 - a) Mujeres
 - b) Hombres
2. Edad
 - a) De 16 a 17 años
 - b) De 18 a 19 años
 - c) De 20 a 21 años
3. Nivel educativo máximo de uno de los padres:
 - a) Bachiller
 - b) Universitario
 - c) Profesional (licenciatura o más).

4.2.2. MUESTRA

La muestra que se seleccionó estuvo compuesta por 40 adolescentes que se infringen autolesiones (cutting). No es posible saber el porcentaje que esta muestra representa de la población pues se desconoce el número de esta última.

Para determinar el número de la muestra no se empleó ninguna fórmula estadística, sino que estuvo supeditado a la posibilidad de conseguir adolescentes que practican el cutting y que deseen participar en la investigación.

En esta tesis se empleó un procedimiento de muestreo intencional, pues se conformó la muestra a través de informantes clave (profesores de psicología de diferentes colegios, psicólogos clínicos, adolescentes conocidos del tesista de los que se tiene conocimiento previo que se efectuaron cortes en alguna parte del cuerpo). Luego de entrar en contacto con

los adolescentes se les explicó los objetivos de la tesis y se les solicitó su colaboración. A los que aceptaron participar con la investigación se les aplicó la escala de medición del cutting de Albores (2016). Aquellos que dieron un puntaje de 26 o más (Moderada presencia de cutting) fueron seleccionados para integrar la muestra. A los padres de familia de los adolescentes menores de edad se les solicitó un consentimiento por escrito. A todos los miembros de la muestra se les garantizó la total confidencialidad sobre su identidad y sobre los datos personales que pudieran proporcionar, asegurándoles que la información recibiría un trato estadístico, sin identificar personalmente a ningún adolescente.

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los métodos que se emplearon en esta investigación se los describe a continuación:

4.3.1. Métodos

Método empírico. En esta investigación se empleó un método de investigación empírico pues los resultados que se presentan e interpretan fueron obtenidos por el propio investigador, de primera mano, mediante la aplicación de instrumentos objetivos. El método empírico *“hace referencia al clásico proceder científico según las conclusiones y teorías surgidas de la investigación tienen que estar fundadas en la observación de la realidad, y no en la mera intuición o en las creencias particulares. Para elaborar sus premisas, se basa en la observación directa de fenómenos, el análisis en estadísticas, la lógica y la experimentación”*. (Fernández y Baptista, 2015: 68).

Método inductivo y deductivo. Para el planteamiento de las hipótesis y la interpretación de los datos se empleó el método deductivo, pues se partió de teorías formuladas y en base a los conceptos formulados por los autores, se dedujo las hipótesis y se dedujo las interpretaciones de los datos encontrados. *El método deductivo es una estrategia de razonamiento empleada para extraer conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios”*. (Fernández y Baptista, 2015: 69).

Asimismo, las conclusiones a las que se arriba en este trabajo fueron elaboradas mediante un proceso inductivo, pues según el grado de repetencia de los resultados se plantea en los diferentes cuadros cuál es el comportamiento más frecuente. *“El método inductivo es una estrategia de razonamiento que partiendo de premisas particulares arriba a conclusiones generales. La acumulación de datos particulares es interpretada por el investigador como una tendencia en determinado fenómeno, la cual es postulada como un principio o ley, luego de pasar por etapas de verificación”* (Fernández y Baptista, 2015: 69).

Test psicológicos estandarizados. El método para recolectar la información fue el de los tests estandarizados. Todos los instrumentos poseen validez (miden lo que pretenden medir) y confiabilidad (sus resultados tienen confiabilidad a lo largo del tiempo) y han sido baremados (tienen una tabla que permite categorizar o interpretar los datos obtenidos). (Sierra y Álvarez, 2006).

4.3.2. Técnicas.

Las técnicas empleadas en esta investigación, son las siguientes:

- a) Test psicométricos. *“Son aquellos que emplean escalas estructuradas, objetivas y que sus resultados se procesan de manera numérica. Son pruebas no enmascaradas, en las que las respuestas son voluntariamente controladas por el sujeto”*. (Fernández y Baptista, 2015: 71). Todos los tests empleados en esta tesis son psicométricos, pues no se empleó ningún test proyectivo y no se realizó ninguna entrevista con preguntas abiertas.
- b) Escala. *“Son instrumentos que evalúan ciertas variables psicológicas en base a rangos ascendentes o descendientes. Su propósito es ordenar de manera jerárquica las respuestas de los diferentes sujetos, acudiendo a escalas de tipo Likert. Según pasa de una escala a otra el atributo o la cualidad aumenta”*. (Sierra y Álvarez, 2006: 84). Las escalas empleadas en esta tesis, son: Escala de medición de la práctica del cutting: Cédula de autolesiones de Albores (2016). Escala de impulsividad de Barrat (1994); Adaptación de Oquendo et al (2001).

- c) Cuestionario. “*Son recursos metodológicos formados por una serie de ítems que no están necesariamente relacionados unos con otros, cuyas opciones de respuesta no están ordenadas ni graduadas, que pueden ser puntuados e interpretados individualmente y en los que tampoco hay respuestas correctas e incorrectas. Las preguntas pueden ser formuladas por el propio investigador o provenir de un instrumento estandarizado*”. (Sierra y Álvarez, 2006: 85). Los cuestionarios empleados en esta investigación son: Cuestionario Salamanca de Pérez Urdániz et al (2007). Cuestionario de Clima Social Familiar de Moos et al. (1989)

4.3.3. Instrumentos

En el siguiente cuadro se incluyen todos los test psicológicos seleccionados para llevar a cabo la presente investigación:

Cuadro 1. Resumen de los métodos, técnicas e instrumentos empleados

VARIABLES	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Práctica del cutting.	Test psicológicos	Escala	Escala de medición de la práctica del cutting: Cédula de autolesiones de Albores (2016).
Clima social familiar	Test psicológico estandarizado	Test psicométricos. Cuestionario	Cuestionario de Clima Social Familiar (Family Environment Scale, FES) de Moos et al. (1989)
Trastornos de la personalidad	Test psicológicos	Test psicométricos. Cuestionario	Cuestionario Salamanca De Pérez Urdániz Antonio, Rubio Larrosa Vicente, Gómez Gazol M ^a Esperanza (2007)
Impulsividad	Test psicológicos	Escala	Escala de impulsividad de Barrat. Autor Barratt (1994); adaptación de Oquendo et al (2001).

A continuación, se describe la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearon:

1.- Escala de medición de la práctica del cutting: Cédula de autolesiones.

Autor: Albores L. (2016).

Objetivo: Evalúa la práctica del cutting.

Técnica: Escala.

Historia de creación y baremación: La Cédula de Autolesiones es una escala elaborada por Albores (2016) en la Universidad Nacional Autónoma de México. Consiste de una serie de reactivos de respuesta dicotómica sí-no; preguntas de opción múltiple y preguntas de respuesta abierta. Su propósito es evaluar la práctica del cutting, examinando el método, la topografía, componente adictivo y los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse, así como la edad de inicio de la conducta. Además, explora el componente comportamental (criterios del DSM-5) de las autolesiones como son: (B1) precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional y algunas variables explicativas. El instrumento se diseñó con base en los criterios propuestos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida. Además, las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta y explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado. Las respuestas fueron baremadas mediante la aplicación del instrumento a un grupo que incluyó a 533 casos y 57 casos de la muestra clínica. Para ambos estudios, se usó un instrumento previo con 59 reactivos comunes, ya que al completar la primera fase se decidió agregar los restantes reactivos para orientar la cédula para uso clínico hasta alcanzar el número que consta actualmente.

Confiabilidad y validez: La consistencia internase de la escala se analizó mediante el coeficiente de Kuder-Richardson para reactivos dicotómicos, donde resultó con un coeficiente de KR= 0.96, para la escala común de 59 reactivos, a partir de una muestra de 590 sujetos de grupos.

La validez convergente se analizó mediante los coeficientes de Pearson, entre el puntaje dicotómico de los reactivos 51, 52 y 53 de la escala y los siguientes reactivos de otros instrumentos de probada validez, como ser:

- 1) SITBI, reactivos 1 al 30.
- 2) La escala de Columbia, los reactivos de Autolesiones.
- 3) YSROpt: Suma de 8 reactivos optimistas.

Procedimiento de aplicación y calificación: La escala es aplicable a personas de 16 años en adelante. Debe cumplimentarse marcando las opciones SÍ o No y especificando la información que solicitan los ítems descriptivos. Hasta el ítem 68 la escala mide la frecuencia de conductas de cutting. El puntaje es directo, a mayor número de respuestas SÍ (un punto), mayor presencia de cutting. Los puntos de quiebre para la interpretación son: Baja presencia de cutting (1-25); moderada presencia de cutting (26-50); elevada presencia de cutting (51-68).

Los restantes ítems de la escala tienen un aporte descriptivo al diagnóstico general del comportamiento.

2.- Escala de clima social familiar (FES) (Family Environmental Scale)

Autor. Rudolf Moos, Bernice Moos y Edison Trickett (1984).

Objetivo. Mide el clima social familiar.

Técnica. Escala.

Historia de creación y baremación. La escala de Clima Social Familiar (Family Environment Scale, FES) fue creada por Moos y Moos el año 1984. Mide y describe las relaciones interpersonales en el seno familiar respecto a su desarrollo y estructura básica. Dicha escala de clima familiar fue creada en el laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California) por Moos y colaboradores para analizar la percepción de variables contextuales de posible influencia en la conducta humana. Es probablemente la medida de autoinforme más comúnmente aceptada para evaluar el funcionamiento del clima

familiar. La Escala de Clima Social en la Familia es una adaptación española (TEA Ediciones, 1987) de la FES (Moos y Moos, 1984).

Está formada por 90 ítems agrupados en 10 subescalas, las cuales contribuyen a la conformación de 3 dimensiones.

Las 10 subescalas, formadas por 9 ítems que pueden ser directos e inversos son:

1. Cohesión,
2. Expresividad,
3. Conflicto,
4. Autonomía,
5. Actuación
6. Intelectual/cultural,
7. Social/recreativo,
8. Moralidad/religiosidad,
9. Organización
10. Control.

Cada una tiene un rango de 0 a 9 puntos. A su vez, estas subescalas al tiempo de tabularse los datos, se agrupan en tres dimensiones:

1. Relaciones. La dimensión Relaciones mide el nivel de comunicación y libre expresión en el seno familiar, así como el nivel de interacción o conflictos. Está formada por tres subescalas que son la:
 - a) "Cohesión" (CO), que evalúa el nivel en que los miembros de la familia se apoyan mutuamente.
 - b) "Expresividad" (EX) evalúa el nivel en el cual los miembros de la familia pueden expresar sentimientos con libertad.
 - c) "Conflicto" (CT) mide el nivel en que se manifiestan la cólera, la agresividad y el conflicto en el ámbito familiar.

2. Desarrollo. Mide el valor que existe en el seno familiar de los diversos procesos de desarrollo personal y que la vida familiar puede fomentar de formas diversas. Dicha dimensión está formada por cinco subescalas:
 - a) Autonomía (AU), que evalúa el nivel en que los miembros se sienten seguros de sí mismos en el entorno familiar tomando al mismo tiempo sus propias opciones.
 - b) Actuación (AC), que hace referencia al nivel que las actividades forman una estructura competitiva.
 - c) Intelectual-Cultural (IC) mide el nivel de interés en sobre actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
 - d) Social-Recreativo (SR) evalúa el grado en que participan en este tipo de actividades.
 - e) Moralidad-Religiosidad (MR) define la relevancia dada en el ámbito familiar a los valores éticos y religiosos.
3. Estabilidad. Evalúa la estructura y organización familiar y del nivel de control de unos miembros familiares sobre los otros. Dicha dimensión está formada por dos subescalas:
 - a) Organización (OR) que mide la importancia que se da a la organización y a la estructura, al planificar las actividades y las responsabilidades familiares.
 - b) Control (CN) evalúa el nivel en que la familia se organiza y pone reglas en la convivencia.

El FES ha sido usado por diversos investigadores con la finalidad de conocer en qué medida las características de la dinámica familiar inciden en múltiples variables del desarrollo de un sujeto y en su formación de estrategias adaptativas. También se ha analizado la influencia en sentido inverso, es decir, diez cambios acaecidos en el clima familiar por efecto de enfermedades graves o de acontecimientos externos de importancia.

Confiabilidad y validez. Su índice de fiabilidad test-retest en las subescalas es de .66 a .86. Muestra también un índice medio de .77 y un índice de homogeneidad de .27 a .44 con un índice medio de .37 y un índice de consistencia interna de .64 a .78, con un índice medio de 0.71.

La fiabilidad de las subescalas según el alfa de Cronbach obtenido es de .85, .80 y .86 respectivamente. Por otra parte, la fiabilidad de la escala respecto a la consistencia interna en

las 10 subescalas está en un rango aceptable (.67 a .78) y la fiabilidad del test retest y la validez del constructo concurrente y predictiva es adecuada.

En la adaptación española de la Escala FES se utilizó el procedimiento “test-retest” (N=47), con un periodo de dos meses.

Procedimiento de aplicación y calificación. La Escala del Clima Familiar (FES) consta de los siguientes materiales: Un cuadernillo, conteniendo los 90 ítems. Hoja de respuesta donde el sujeto anota sus datos y marca la respuesta V (verdadero) y F (falso); según el tipo de característica que se explore. Se trata de una escala independiente que evalúa las características socio-ambientales y las relaciones personales en la familia; está agrupado en tres dimensiones fundamentales, a su vez en subescalas. Estas 10 subescalas se agrupan en tres constelaciones que denomina “dimensiones” y que atienden a los aspectos relacionales, los aspectos de crecimiento personal y los de la propia estructura. En el análisis de FES se ha tenido en cuenta también un nuevo dato: el índice de Incongruencia en la Familia (IF), que puede mostrar una característica importante de una familia.

Modalidades de Aplicación:

Individual. - A partir de los 12 años de edad en adelante aplicar el cuestionario (la forma puede ser individual o colectiva) calificándose de acuerdo a la clave. Después, se usará el BAREMO INDIVIDUAL (ÁREAS Y CATEGORÍAS) que servirá para el análisis final de los resultados.

Grupo Familiar. - Padres e hijos adolescentes participan; se evalúa el grupo independientemente marcando unos y otros sus respuestas. También puede aplicarse el instrumento si sólo un miembro de la familia responde a la escala. Luego se obtiene el puntaje promedio de cada una de las áreas y se califica, vía la clave. Después se usará el BAREMO DE GRUPO FAMILIAR (ÁREAS Y CATEGORÍAS) que servirá para el análisis final de los resultados.

Los resultados se interpretan por áreas, por dimensiones y de manera global según esta escala:

Escala de interpretación de resultados FES

70	a	+	SIGNIFICATIVAMENTE ALTO
60	a	69	ALTO
41	a	59	PROMEDIO
31	a	40	BAJO
30	a	--	SIGNIFICATIVAMENTE BAJO

Fuente: Escala FES, estandarizada en Lima - Perú, 1993.

A mayor puntaje, mayor clima social familiar favorable.

3.- Cuestionario de Salamanca

Autores: Pérez Urdániz Antonio, Rubio Larrosa Vicente, Gómez Gazol M^a Esperanza (2007)

Objetivo: Mide trastornos de la personalidad.

Técnica: Cuestionario.

Historia de creación y baremación: El Cuestionario Salamanca se creó en 2004 por Pérez Urdániz y colaboradores en Bilbao, España. Es una prueba de screening o cribado, para evaluar rasgos/trastornos de personalidad en personas que aún no han manifestado explícitamente el cuadro, que permita una aproximación diagnóstica con el fin de discernir si conviene o no la aplicación de una prueba más extensa a un determinado paciente. En el 2007, se realizan pequeñas modificaciones en el Cuestionario Salamanca, utilizándose esta última versión en diferentes países. Fue baremado aplicándose a una muestra de 764 personas, de los cuales 391 fueron hombres y 373 mujeres, con edades que oscilaban entre 15 y 60 años, con una media de 37 años.

Confiabilidad y validez: Para determinar la validez del Cuestionario Salamanca, se realizó un estudio de correlación estadística con la entrevista IPDE en su versión abreviada y extensa; con el Quick Personality Assessment Schedule o PAS-Q, que se basa en los criterios universalmente aceptados CIE-10 y con el MMPI-2 o Inventario Multifásico de Personalidad

de Minnesota. La correlación promedio con estos tres instrumentos de referencia fue de 0.75, lo cual indica que el instrumento es sensible a la valoración de los problemas de personalidad en su fase inicial.

Las pruebas de confiabilidad aplicadas al cuestionario demuestran la estabilidad de la medida y de la consistencia interna. Mediante el procedimiento al evaluar a los mismos sujetos con el mismo instrumento, las medidas obtenidas en la segunda aplicación reflejaron un Alfa de Cronbach de 0.81, lo cual refleja que fueron muy parecidas a las primeras, es decir, son estables a través del tiempo, lo que significa que los errores de medición son mínimos y en consecuencia se tendría una razonable medida de confiabilidad, atribuyéndose las diferencias encontradas entre una medición y otra a los errores aleatorios asociados al proceso de medición y no al instrumento.

Procedimiento de aplicación y calificación: El Cuestionario Salamanca consta de 22 ítems con dos posibilidades de respuesta inicial: verdadero – falso. En caso de optar por la opción verdadero hay que precisar en un continuum: Siempre, con frecuencia y a veces (cuyos valores numéricos son 1, 2 y 3, respectivamente). Se suman los valores parciales de cada ítem según la dimensión a la que corresponden. Los ítems se agrupan en 11 subescalas y estas a su vez en 3 grupos.

Los ítems correspondientes a cada subescala son:

GRUPO A	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)
GRUPO B	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
GRUPO C	ANAN	ANANCÁSTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

1. Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente
2. Según la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

Reflejo de la puntuación en el siguiente gráfico:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMO	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											

La interpretación surge de la apreciación global de los valores numéricos de cada subescala y por grupos. El punto de quiebre es el 3. Los valores superiores a 3, son indicios de trastornos en la personalidad.

4.- Escala de Impulsividad De Barrat (BIS-11).

Autor: Barratt, E. S. (1994); Adaptación hispana de: Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann JJ. (2001)

Objetivo: Evaluar la impulsividad.

Historia de creación baremación:

El BIS-11 fue creado por Barratt, E. S. (1994) y fue adaptado al contexto chileno por Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann JJ. (2001) entendiéndose la impulsividad como la tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias.

El presente instrumento cuenta con gran respaldo internacional, y fue elaborado dentro de un proyecto destinado a apoyar el diseño de estrategias preventivas y de manejo de problemas derivados o relacionados con la impulsividad en adolescentes.

La Escala de Impulsividad de Barratt es un instrumento que ha demostrado estar bien diseñado, poseer adecuada confiabilidad y diversos indicadores de validez. La adaptación chilena ha demostrado que el instrumento mantiene sus propiedades psicométricas ya que presenta una consistencia interna satisfactoria, una aceptable homogeneidad de sus ítems y correlaciona significativamente con impulsividad, conducta suicida y consumo de alcohol. La menor capacidad discriminativa en la impulsividad no planeada y cognitiva y los mejores índices en la motora podrían explicarse por la mayor facilidad para captar el componente motor. En cambio, la apreciación reflexiva que requiere la impulsividad no planeada y cognitiva podría hacer más difícil la autoevaluación. Se sugiere que, al usar la escala, en las muestras pilotos se adecuen los ítems especialmente de la impulsividad no planeada para hacerlos más comprensibles y pertinentes a los grupos en estudio.

Como se esperaba, de acuerdo a la evidencia mostrada en otras investigaciones, en este estudio la impulsividad evaluada por la BIS-11 se relacionó significativamente con mayor nivel de impulsividad medida por otros instrumentos (según conductas impulsivas descritas en DSM-IV y según impulsividad observada por profesor), con antecedente de intentos de suicidio y con mayor grado de consumo de alcohol.

Validez y confiabilidad

En relación a su confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de 0,77), los resultados son comparables a lo encontrado por otros autores (coeficientes entre 0,7 y 0,9), en estudios internacionales, en distintas poblaciones. Si bien lo óptimo es contar con valores entre 0,8 y 0,9, cuando no se cuenta con un mejor instrumento validado puede permitirse un valor aceptable (0,7) teniendo presente esa limitación.

Validez. La validez de constructo se realizó por el método de análisis de ítem-subtest. La relación entre los ítems y el subtest puede expresarse por coeficientes de correlación. Producto - Momento de Pearson (r) los resultados mostraron significancia y oscilan entre ($r=,590$) lo que confirma que el cuestionario presenta una validez de constructo.

Para la confiabilidad de la escala se logró a través de un valor de coeficiente de confiabilidad global del cuestionario y sus dimensiones, se estimaron calculando el índice de consistencia interna mediante Kuder – Richardson KR – 20. La consistencia interna global de las dimensiones del cuestionario de impulsividad resalta un 0,827, mostrando elevada confiabilidad de, 0528, siendo esta aceptada para las investigaciones de tipo básico.

Materiales y escala

La escala de Barratt (BIS-11), evalúa la impulsividad a través de 30 ítems agrupados en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada.

El punto de corte para considerar a un individuo altamente impulsivo es de 72 o más; puntuación entre 52 y 71 se considera impulsividad normal, y puntuaciones inferiores a 52 se considera que los sujetos están controlados en exceso o no contestan al cuestionario con sinceridad.

En cuanto a las subescalas de impulsividad cognitiva, motora y no planeada, los puntos de corte para el estudio se ha establecido que sea la mediana obtenida con la muestra del estudio, en este caso, para impulsividad cognitiva sería 18, motora 20.5 y no planeada 20.

Su aplicación es autoadministrada. Los ítems de las tres subescalas son:

Impulsividad cognitiva: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27

Impulsividad Motora: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29

impulsividad no planeada: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30

Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems inversos (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30) que lo hacen al revés (4-3-1-0).

La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas. Posee mayor valor la puntuación total, que la de las subescalas.

4.4. PROCEDIMIENTO

Las etapas por las que atravesó la investigación son las siguientes:

Primera Fase: Revisión Biográfica y contactos con las instituciones y personas vinculadas al estudio. Esta fase consistió en la exploración bibliográfica de las diferentes variables que se tomaron en cuenta en esta investigación.

Se estableció contacto con los informantes clave (profesores de psicología de diferentes colegios, psicólogos clínicos, adolescentes conocidos del tesista de los que se tiene conocimiento previo que se efectúan cortes en alguna parte del cuerpo).

Segunda Fase: Selección de los Instrumentos. En base a la revisión bibliográfica y tomando como referencia investigaciones previas sobre este tema, se seleccionó los instrumentos adecuados para el recojo de los datos que permitieron el cumplimiento de los objetivos trazados en esta tesis.

La batería de test seleccionada es la siguiente:

- i. Escala de medición de la práctica del cutting: Cédula de autolesiones de Albores (2016).
- ii. Cuestionario de Clima Social Familiar de Moos et al. (1989).
- iii. Cuestionario Salamanca de Pérez Urdániz et al (2007).
- iv. Escala de impulsividad de Barrat; adaptación de Oquendo et al (2001).

Tercera Fase: Prueba Piloto. En esta fase se realizó la aplicación de los instrumentos a una muestra de 3 casos, que tuvo por objetivo verificar que los test seleccionados responden a los objetivos planteados.

Cuarta Fase: Selección de la Muestra. Se procedió a la selección de cada una de las unidades de estudio mediante un proceso intencional (no aleatorio), acudiendo a informantes clave y según el grado de predisposición de los adolescentes que quisieron participar en la investigación. Se estableció contacto con informantes clave, como ser profesores de psicología de diferentes colegios, psicólogos clínicos, adolescentes conocidos del tesista de

los que se tiene conocimiento previo que se efectuaron cortes en alguna parte del cuerpo. Luego de entrar en contacto con los adolescentes se les explicó los objetivos de la tesis y se les solicitó su colaboración. A los que aceptaron participar con la investigación se les aplicó la escala de medición del cutting de Albores (2016). Aquellos que dieron un puntaje de 26 o más (Moderada presencia de cutting) fueron seleccionados para integrar la muestra.

Quinta Fase: Recojo de la información. En esta etapa se procedió a aplicar los diferentes instrumentos seleccionados según el orden, lugar y número de sesiones aconsejadas por las conclusiones emanadas después de la realización de la prueba piloto. La mayor parte de las aplicaciones se dio en las casas de los adolescentes, sobre todo aquellos que son menores de edad, con el consentimiento de los padres de familia. Cada instrumento se lo aplicó en una sesión, con una separación de una semana entre test y test, siguiendo el orden de los objetivos específicos.

Sexta fase: Procesamiento de la información. Una vez obtenidos los resultados se procedió a la sistematización de la información a través de la tabulación en el programa SPSS para Windows. Debido a que todos los instrumentos empleados para el recojo de la información son de naturaleza numérica, los datos se procesaron a través del manejo de la estadística y los resultados fueron expresados en porcentajes, frecuencias, cruzados de variables y comparación de medias aritméticas. Dichos resultados, posteriormente, son interpretados en base a las teorías expuestas en el marco teórico.

Séptima Fase: Redacción del Informe Final. Al momento de concluir la investigación se procedió a la redacción del informe final, donde se expone de manera cuantitativa los datos obtenidos, más sus respectivos cálculos estadísticos, realizando simultáneamente su debida interpretación. El análisis y discusión de los datos guardan estrecha relación con la información presentada en el marco teórico.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN Y
ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen todos los datos recogidos mediante la batería de tests. Toda la información se ordena en base a los objetivos específicos. De cada objetivo se presenta la información recogida mediante cuadros y gráficas, posteriormente se realiza el análisis respectivo de la información, así como también se efectúa la interpretación debida, comparando los datos con investigaciones realizadas en otros países por diversos investigadores del tema. Las variables de los objetivos se cruzan con las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel educativo de los padres.

5.1. PRIMER OBJETIVO. INVESTIGAR EL GRADO DE PRÁCTICA DEL CUTTING.

Para cumplir con este primer objetivo se empleó la escala de medición de la práctica del cutting: Cédula de autolesiones, de Albores L. (2016). Dicha escala, elaborada en México con base a los criterios del DSM-5, evalúa la práctica del cutting, examinando el método, la topografía, componente adictivo y los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse, así como la edad de inicio de la conducta.

Cuadro 1. GRADO DE PRÁCTICA DEL CUTTING

Práctica del cutting		
	Frecuencia	Porcentaje
Moderada	34	85%
Elevada	6	15%
Total	40	100%

Según los datos del cuadro uno se puede apreciar que el 85% de la muestra, practica el cutting de manera moderada y solo el 15% lo hace de manera elevada. En este cuadro no aparecen datos de la categoría de cutting bajo, pues como se especificó en la metodología, solo se tomó

aquellos adolescentes que en la Cédula de autolesiones, de Albores dieran de la categoría moderada en adelante.

La mayor parte de los adolescentes investigados practican el cutting pero de manera moderada. De los 40 casos identificados, sólo 6 puntuaron en el nivel elevado. Estos 6 casos corresponden a adolescentes que estaban pasando por situaciones sumamente críticas, sobre todo de tipo pasional, relacionadas con la pareja afectiva (enamorado/a) o que había graves problemas en la familia, lo cual les llevó a ocasionarse cortes y lesiones para desahogar su malestar.

Desde la perspectiva como autor de esta investigación, se considera que los adolescentes que practican el cutting tienen baja autoestima y una imagen negativa de sí mismos. Se sienten inseguros y tienen dificultades para aceptar sus propias emociones. Además, la autolesión puede ser un mecanismo de afrontamiento para las emociones intensas o difíciles de manejar, como la ansiedad, la tristeza, el estrés o la rabia. También se puede decir que, los adolescentes que practican el corte a menudo tienen dificultades para expresar sus emociones y pueden sentir que la autolesión les ayuda a liberar la tensión emocional. Por lo general, los adolescentes que han sufrido abuso o trauma en su vida pueden ser proclives a practicar el corte como una forma de lidiar con sus emociones y una forma de controlar su dolor.

Según el autor del test empleado, los adolescentes que practican el corte pueden tener dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables, son individuos con un bajo autoconcepto, pueden sentirse aislados o solos, y la autolesión puede ser una forma de buscar atención o de sentirse conectados con otros. (Albores, 2016)

Según una investigación de Nixon, Cloutier y Jansson (2008), la prevalencia del corte en adolescentes varía mucho en diferentes poblaciones, pero puede llegar a alcanzar una tasa del 25%. Así mismo, los autores encontraron que las adolescentes mujeres son más propensas a practicar el corte que los adolescentes varones. En un estudio de Swannell y colaboradores (2014), se encontró que la prevalencia del corte en adolescentes australianos era del 8,8%. Los autores señalaron que la práctica del corte estaba asociada con la presencia de cuadros

depresivos. Por otro lado, en una investigación realizada en España por Calvete y Orue (2011), se encontró que el 9,6% de los adolescentes encuestados se autolesionó alguna vez. Además, los autores encontraron que la frecuencia de la práctica del corte se asociaba significativamente con la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad.

Es importante destacar que en la investigación realizada por Calvete y Orue (2011) utilizaron la Cédula de Auto-Lesiones de Albores, para evaluar la presencia de la práctica del corte con una muestra de 1457 adolescentes (741 chicas y 716 chicos) con una media de edad de 15,2 años. Los resultados mostraron que el 11,8 % de los adolescentes sabían que se habían autolesionado en algún momento de sus vidas, y de ellos, el 47,5 % indicaba haber practicado el corte. La prevalencia del corte fue significativamente mayor en chicas (54,4%) que en chicos (39,8%). Además, encontraron que la práctica del corte se relacionaba positivamente con la sintomatología emocional, especialmente con la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático.

El test aplicado es unidimensional, por lo cual no tiene dimensiones o áreas. En este sentido se pasa directamente a realizar el cruce de variables.

Cuadro 2. PRÁCTICA DEL CUTTING POR SEXO

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Moderada	8	26	34
	88,9%	83,9%	85,0%
Elevada	1	5	6
	11,1%	16,1%	15,0%
Total	9	31	40
	100,0%	100,0%	100,0%

Tal como se puede ver en el cuadro anterior, las mujeres practican más el cutting que los varones. De los 40 casos estudiados, sólo hay 9 hombres en comparación a 31 mujeres. Además, en la categoría de cutting elevado, donde los adolescentes se realizan cortes más profundos y graves, hay un mayor porcentaje de mujeres (16.1%) que hombres (11.1%). De

toda la muestra sólo un hombre se ubica en la categoría máxima de cutting, en cambio en la misma aparecen 5 mujeres.

Una posible razón de por qué las mujeres practican más el corte es que el cuerpo de la mujer es biológicamente más tolerante al dolor y que la autolesión puede proporcionar un alivio temporal del dolor emocional intenso. Para algunas mujeres, la autolesión también puede ser una forma de sentirse en control cuando sienta que su vida está fuera de control. Por otra parte, se podría decir, que las mujeres pueden experimentar una presión social única para mantener una imagen externa de perfección y autocontrol. La autolesión puede ser una forma de lidiar con la ansiedad o el estrés relacionado con la presión social.

Sobre el hecho que los hombres practican en menor grado el cutting, o que lo admiten en menor grado, hay bastantes investigaciones que respaldan estos datos. Según la revisión de Muehlenkamp y Gutierrez (2007) se encontró que las mujeres estudiadas informaron de un mayor número de autolesiones que los hombres. Los mismos autores indican que es importante señalar que la práctica del corte puede ser subestimada en hombres debido a factores culturales y sociales que estigmatizan la autolesión como un comportamiento femenino. El mencionado estudio de Muehlenkamp y Gutierrez abarcó una muestra de jóvenes adultos. Los participantes fueron 1.432 estudiantes universitarios, de los cuales 222 (15,5%) se involucraron en el corte en algún momento de su vida. Los resultados indicaron que los participantes que dieron información involucrada en el corte también dieron niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad, estrés postraumático y abuso de sustancias en comparación con aquellos que no practicaron el corte. También se encontró que la frecuencia de autolesiones se correlacionó significativamente con la gravedad de la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático. Además, los participantes que tuvieron información involucrada en el corte tenían más probabilidad de informar sobre intentos de suicidio previos y tener pensamientos suicidas actuales. En cuanto al género, los resultados indicaron que las mujeres eran significativamente más propensas que los hombres a practicar el corte.

Cuadro 3. PRÁCTICA DEL CUTTING POR EDAD

	Edad			Total
	16-17	18-19	20-21	
Moderada	17	12	5	34
	94,4%	80,0%	71,4%	85,0%
Elevada	1	3	2	6
	5,6%	20,0%	28,6%	15,0%
Total	18	15	7	40
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la edad de la práctica del cutting en el cuadro anterior se puede apreciar que la edad de mayor frecuencia es la de 16-17 años, pues 18 de los 40 casos se dan en ese intervalo. En cambio, en el grupo de mayor edad (20-21 años) sólo hay 7 casos por total. El grupo de 18-19 años ocupa una posición intermedia.

Analizando los datos obtenidos se podría decir que, los adolescentes más jóvenes pueden estar experimentando nuevas situaciones y desafíos que pueden aumentar su nivel de estrés y ansiedad lo cual conduce con mucha frecuencia a altas dosis de frustración. Estos cambios incluyen la transición a la adultez, la formación de nuevas amistades y relaciones, la presión académica y la exploración de su identidad y objetivos personales. Estos desafíos pueden aumentar la frecuencia y la intensidad de las emociones, lo que puede dificultar su manejo. El tema de la frustración es una variable a tener en cuenta. La frustración se presenta en mayor grado en los adolescentes más jóvenes. Debido a que aún están aprendiendo a manejar sus emociones, pueden tener dificultades para lidiar con situaciones que no como esperaban. La frustración puede ser especialmente difícil de manejar si los adolescentes no tienen las habilidades o herramientas para resolver problemas o tomar decisiones efectivas y en estas circunstancias, los cortes de la piel son una forma de catarsis, peligrosa e ineficaz.

Sin embargo, es importante recordar que la autolesión es un comportamiento complejo que puede tener múltiples causas y factores de riesgo, de entre los cuales la edad es sólo una variable más.

Según Muehlenkamp, JJ y Gutiérrez, PM (2007), el corte se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia temprana. Los estudios sugieren que el inicio de la autolesión puede comenzar entre los 11 y 15 años, aunque también puede darse en edades más tempranas. Además, algunos estudios han encontrado que la práctica del corte tiende a disminuir con la edad. La mayor parte de las investigaciones sugieren que los adolescentes más jóvenes tienen una tasa de autolesión ligeramente mayor que los adolescentes mayores. Una posible explicación es que los adolescentes más jóvenes pueden tener más dificultades para regular sus emociones y pueden tener menos habilidades para manejar el estrés y la presión social. Además, los adolescentes más jóvenes pueden estar experimentando cambios significativos en sus vidas, físicos y psicológicos. Estos cambios pueden aumentar la ansiedad y el estrés, lo que podría contribuir a la aparición de la autolesión.

Los datos de la muestra de la investigación mencionada indicaron que el 8.5% de los adolescentes reportó haberse autolesionado en algún momento, y que la mayoría de los adolescentes que se autolesionan lo hacen por primera vez en la adolescencia media (entre los 14 y los 15 años). Además, la frecuencia de autolesiones disminuye después de la adolescencia tardía (entre los 19 y los 21 años). Los autores consultados sugieren que la edad es un factor importante a considerar al examinar los patrones de autolesión y que los esfuerzos preventivos pueden ser más efectivos si se enfocan en la adolescencia media. Los adolescentes más jóvenes tienen más dificultades para manejar sus emociones debido a varias razones. Durante la adolescencia, el cerebro está experimentando cambios significativos, especialmente en el área prefrontal que controla la toma de decisiones y la regulación emocional. Como resultado, los adolescentes pueden tener dificultades para regular sus emociones y controlar sus impulsos.

Cuadro 4. PRÁCTICA DEL CUTTING POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES

	Máximo nivel educativo de uno de los padres			Total
	Bachiller	Universitario / Técnico	Licenciatura o más	
Moderada	14	13	7	34
	73,7%	100,0%	87,5%	85,0%
Elevada	5	0	1	6
	26,3%	0,0%	12,5%	15,0%
Total	19	13	8	40
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los datos del cuadro anterior se puede indicar que el nivel educativo de los padres tiene influencia en la práctica del cutting de los hijos, pues claramente se nota que los hijos de padres de menor nivel educativo (bachilleres) presentan mayor porcentaje de autolesiones y viceversa, los hijos de padres profesionales son los que en menor grado practican el cutting. De los 40 casos investigados, 19 son hijos de padres bachilleres, es decir, casi la mitad, mientras que solo 8 adolescentes tienen un papá (o mamá) con estudios a nivel licenciatura.

Existen múltiples factores que pueden influir en la práctica del corte (comportamiento autolesivo) en adolescentes y el nivel educativo de los padres, que a su vez puede marcar la calidad de vida, y la renta per cápita de la familia. Es posible que los adolescentes que provienen de hogares con padres con un nivel educativo bachiller tengan menor calidad de vida, por tanto, tienen un mayor riesgo de experimentar factores de estrés y adversidades en su vida, lo que puede contribuir al desarrollo del corte como una forma de afrontamiento o manejo emocional. Por ejemplo, los adolescentes que crecen en hogares con un bajo nivel socioeconómico pueden experimentar situaciones de estrés económico, falta de recursos y acceso limitado a servicios de salud mental y apoyo social. Además, pueden estar expuestos a un ambiente familiar disfuncional debido al bajo nivel educativo de los padres, con conflictos interpersonales, y abuso, lo que puede afectar su bienestar emocional.

Existen algunos estudios que han explorado la relación entre el nivel educativo y económico de los padres y la práctica del cutting en los hijos. Por ejemplo, en un estudio realizado por Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) se encontró que los adolescentes de familias cuyos padres tienen menor nivel educativo y además son de bajos ingresos, tienen una mayor

probabilidad de autolesionarse en comparación con los adolescentes de familias de niveles educativos e ingresos más altos. En otro estudio, realizado por Brunner y Lewis (2009), se encontró que los adolescentes con padres con niveles educativos más bajos tenían una mayor probabilidad de autolesionarse en comparación con los adolescentes con padres que tenían niveles más altos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos estudios se han realizado en contextos específicos y no se pueden generalizar a todas las poblaciones.

La investigación de Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006), buscó examinar las relaciones entre el autolesionarse y los factores de riesgo, incluyendo los antecedentes de abuso infantil, la exposición a la violencia, la pobreza, los síntomas psicológicos y la calidad de vida de la familia asociada a los niveles educativos de los padres. Los resultados indicaron que los adolescentes que se autolesionaban tenían más probabilidades de haber experimentado abuso infantil, exposición a la violencia y provenir de hogares con menor calidad de vida.

Los resultados también indicaron que el comportamiento autolesivo y la ideación suicida estaban asociados con una mayor probabilidad de haber experimentado abuso sexual, físico y emocional en la infancia. También se encontró que las mujeres eran más propensas que los hombres a informar comportamientos autolesivos y pensamientos suicidas.

5.2. SEGUNDO OBJETIVO: EVALUAR EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE ADOLESCENTES QUE SE INFRINGEN AUTOLESIONES (CUTTING).

Para este objetivo se empleó la Escala de Clima Social Familiar de Moos y Moos, la cual tiene como meta medir la percepción de los miembros de la familia sobre el clima social en su hogar. La Escala mide una serie de áreas, tales como la cohesión familiar, la expresión emocional, la organización, el control, etc., las cuales se agrupan finalmente en 3 dimensiones: Relaciones, desarrollo y estabilidad.

Cuadro 5. CLIMA SOCIAL FAMILIAR

CLIMA SOCIAL FAMILIAR		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	21	52,5%
Promedio	13	32,5%
Alto	5	12,5%
Significativamente alto	1	2,5%
Total	40	100%

En el cuadro anterior se puede apreciar que el 52.5% de la muestra de adolescentes tiene una familia con un clima social bajo, es decir muy malo. Le sigue en porcentaje la categoría promedio, con el 32.5%. Sólo uno de los 40 adolescentes estudiados indicó que tiene un hogar cuyo clima social familiar es significativamente alto.

Estos datos indican que el ambiente promedio de los adolescentes que practican el cutting es malo. El hecho que predomine la categoría “bajo” significa que esa familia se caracteriza por un ambiente emocional negativo que afecta la dinámica familiar y el bienestar emocional de sus miembros. Los miembros de la familia tienden a estar distanciados emocionalmente y pueden experimentar un sentido de aislamiento y desconexión. La cohesión familiar es baja y los miembros de la familia pueden sentir que no logran confiar en los demás o que no son apoyados emocionalmente. La expresión emocional también puede ser limitada, y los miembros de la familia pueden evitar hablar abiertamente sobre sus sentimientos o emociones. Además, el apoyo emocional y educativo es limitado, los miembros de la familia pueden sentir que no son valorados o apoyados en sus esfuerzos y metas personales, lo que puede afectar su autoestima y su motivación para lograr sus objetivos. La comunicación también puede ser limitada, lo que dificulta la resolución de problemas y la toma de decisiones en la familia. En este tipo de hogares el control conductual y del cambio es limitado. Los miembros de la familia pueden experimentar incertidumbre y estrés debido a la falta de estructura y normas claras. La adaptación a los cambios y las crisis también puede ser difícil, lo que puede generar conflictos y tensiones en la familia.

Según Moos, un hogar con un clima social familiar bajo se caracteriza por la falta de apoyo emocional y educativo, la limitada expresión emocional y comunicación, la falta de estructura y normas claras, y la dificultad para adaptarse a los cambios y las crisis. Estas características pueden afectar negativamente la dinámica familiar y el bienestar emocional de sus miembros, lo que puede tener consecuencias a largo plazo en su salud mental y su calidad de vida. (Moos y Moos, 1989).

Cuadro 6. CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR DIMENSIONES

CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR DIMENSIONES						
	Relaciones		Desarrollo		Estabilidad	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Significativamente bajo	5	12,5 %	3	7,5%	6	15%
Bajo	13	32,5%	14	35%	13	32,5
Promedio	15	37,5%	16	40%	15	37,5
Alto	4	10%	4	10%	4	10%
Significativamente alto	3	7,5%	3	7,5%	2	5%
Total	40	100,0	40	100,0	40	100,0

El test de Moos y Moos (1989) tiene 3 dimensiones, las cuales se presentan en el cuadro anterior. En dicho cuadro se puede ver que en todas las dimensiones indican un clima social familiar deficiente, tal como se indicó en el cuadro general. Sin embargo, es preciso indicar que la dimensión con mayor dificultad es la última, que es la de estabilidad. En dicha dimensión el 15% de los adolescentes estudiados, dieron un puntaje significativamente bajo y el 32.5% dio un puntaje bajo.

Esto significa que los adolescentes que se autolesionan no tienen estabilidad en sus hogares. Un hogar con muy baja estabilidad se caracteriza por un ambiente familiar inseguro y caótico, en el que los miembros de la familia no tienen un sentido claro de seguridad y estabilidad. En un hogar con muy baja estabilidad, los cambios son frecuentes e impredecibles. Pueden ocurrir eventos estresantes o crisis sin previo aviso, como el abandono de un padre o la pérdida de un trabajo, lo que puede generar incertidumbre y estrés en los miembros de la

familia. La falta de predictibilidad y estabilidad en la vida cotidiana también puede afectar la capacidad de la familia para establecer rutinas y límites claros.

Además, en un hogar con muy baja estabilidad, los conflictos son comunes y a menudo se resuelven de manera inapropiada o sin resolución. Los miembros de la familia pueden tener dificultades para comunicarse de manera efectiva y resolver de manera constructiva, lo que puede generar tensiones y problemas recurrentes. Los conflictos pueden ser violentos o no violentos, pero en general, la resolución de los conflictos no se da de manera pacífica y con frecuencia existe un alto grado de agresividad. A todo esto, hay que sumarle la falta de apoyo, pues en un hogar con muy baja estabilidad, el apoyo emocional y la cohesión familiar son muy bajos. Los miembros de la familia pueden sentirse aislados y solos, sin un sentido claro de pertenencia y apoyo emocional. La falta de apoyo emocional puede afectar la capacidad de los miembros de la familia para afrontar situaciones estresantes o de crisis, lo que puede generar mayores niveles de estrés y dificultades emocionales.

Según Moos y Moos, la falta de comunicación, apoyo emocional e inestabilidad socioeconómica, pueden afectar negativamente la dinámica familiar y el bienestar emocional de sus miembros, lo que puede tener consecuencias a largo plazo en su salud mental y su forma de afrontar la vida y manifestarse en comportamientos patológicos. (Moos y Moos, 1989).

La dimensión de relaciones también tiene puntajes bajos en el cuadro anteriormente expuesto, pues el 32.5% de la muestra se ubicó en la categoría bajo. Esto significa que en un hogar con malas relaciones predomina un ambiente familiar tenso y conflictivo en el que los miembros de la familia tienen dificultades para comunicarse de manera efectiva y establecer relaciones positivas. En primer lugar, resalta la comunicación inadecuada, ya que los miembros de la familia pueden tener dificultades para expresar sus sentimientos y necesidades de manera clara y efectiva, lo que puede generar malentendidos y conflictos. En algunos casos, la comunicación puede ser abiertamente hostil o agresiva. Además, los miembros de la familia pueden tener una falta de confianza mutua. Pueden haber sido traicionados o lastimados en el pasado y, como resultado, tener dificultades para confiar en los demás. La falta de

confianza puede dificultar el establecimiento de relaciones positivas y duraderas. Esto lleva a que los conflictos sean recurrentes, pues en un hogar con malas relaciones, los conflictos quedan mal resueltos. Los miembros de la familia pueden tener dificultades para resolver problemas de manera constructiva y pacífica, lo que puede generar tensión y resentimiento en la familia. Los conflictos pueden surgir por diferencias de opinión, celos, competencia y otros factores.

Las malas relaciones también se explican por una falta de apoyo emocional ya que los miembros de la familia pueden tener dificultades para encontrar consuelo y apoyo emocional en los demás, lo que puede generar estrés y ansiedad. La falta de apoyo emocional puede dificultar el afrontamiento de situaciones difíciles, lo que puede tener consecuencias negativas para la salud mental y emocional de los miembros de la familia. En resumen, esto quiere decir que un hogar con malas relaciones se caracteriza por una comunicación inadecuada, falta de confianza mutua, conflictos recurrentes, y falta de apoyo emocional. Estas características pueden afectar negativamente la dinámica familiar y el bienestar emocional de sus miembros, lo que puede tener consecuencias a largo plazo en su salud mental y su calidad de vida.

La tercera dimensión relativa al desarrollo, aunque es la que sus puntajes no son tan bajos, igualmente tiene niveles deficientes si se los compara con el promedio. Al respecto Moos y Moos (1989), indica que la dimensión de desarrollo se refiere a la manera en que un hogar apoya el crecimiento y desarrollo personal de sus miembros.

Si analizamos desde lo descrito por Moos, podemos decir que un hogar con un puntaje bajo en esta dimensión se caracteriza por un ambiente que no fomenta el crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo personal. En un hogar con bajo desarrollo, los miembros de la familia pueden carecer de estímulos para aprender y crecer. Puede haber pocas oportunidades para la exploración y el descubrimiento, y poco aliento para asumir nuevos desafíos. Los miembros de la familia pueden sentirse aburridos, estancados o insatisfechos con sus vidas. Así mismo, puede haber poco apoyo para el crecimiento y desarrollo personal. Los miembros de la familia no pueden recibir el aliento o la retroalimentación necesaria para mejorar y

crecer. Puede haber pocas oportunidades para adquirir nuevas habilidades y conocimientos, lo que puede limitar el potencial de los miembros de la familia.

A todo esto, hay que sumarle que, en un hogar con bajo desarrollo, puede haber un control excesivo sobre las decisiones y acciones de los miembros de la familia. Los padres o cuidadores pueden imponer sus propias agendas y expectativas sobre los demás miembros de la familia, lo que puede limitar su capacidad para tomar decisiones y desarrollar su propia identidad. Puede haber poco espacio para la independencia y la toma de decisiones, así mismo los miembros de la familia pueden carecer de autonomía y responsabilidad. Puede haber pocas oportunidades para asumir responsabilidades y tomar decisiones por cuenta propia. Los miembros de la familia pueden sentirse dependientes y limitados en su capacidad para crecer y desarrollarse.

Cuadro 7. CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR SEXO

CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR SEXO			
	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Bajo	5	16	21
	55,6%	51,6%	52,5%
Promedio	4	9	13
	44,4%	29,0%	32,5%
Alto	0	5	5
	0,0%	16,1%	12,5%
Significativamente alto	0	1	1
	0,0%	3,2%	2,5%
Total	9	31	40
	100,0%	100,0%	100,0%

Del análisis de los datos del cuadro anterior se puede indicar que el clima social familiar de los hogares de los varones es malo, en comparación a los hogares de las mujeres. En primera instancia se observa que tanto en hombres como en mujeres predomina la categoría de clima social familiar bajo. Pero los varones tienen un porcentaje de 55.6% en esta categoría, mientras que las mujeres dieron un porcentaje algo menor: 51.6%. Si se observan los valores

del otro extremo del cuadro se puede apreciar que ningún hombre puntuó en la categoría alto y significativamente alto, mientras que sí el 16.1% de las mujeres, se ubicaron en la categoría alto y un 3.2% en la categoría significativamente alto. Estos datos reflejan que en los hogares de adolescentes varones el clima social familiar es negativo.

Al respecto podemos decir que las diferencias de género pueden jugar un papel importante en la forma en que se percibe y se experimenta el clima social familiar. Los roles de género tradicionales pueden llevar a que los varones se sientan menos cómodos expresando sus emociones y necesidades emocionales, lo que puede afectar la calidad de las relaciones familiares y contribuir a un clima social familiar negativo. Además, los estereotipos de género pueden llevar a que los padres o cuidadores tengan expectativas diferentes para los varones y las mujeres en cuanto a su desempeño y comportamiento, lo que puede generar desigualdades en el trato y la atención que reciben los miembros de la familia.

Así mismo, Wilkinson, Goodyer y Lishman (2011) sugieren que los factores socioeconómicos pueden influir en el clima social familiar, y es posible que los hogares de los varones sean más probables a enfrentar dificultades económicas y otras formas de estrés. La falta de recursos económicos puede llevar a que los padres o cuidadores estén menos disponibles emocionalmente o físicamente para sus hijos, lo que puede afectar las relaciones familiares y el desarrollo emocional de los adolescentes.

En China, debido al incremento desorbitante del cutting entre los adolescentes, los investigadores Tú, Lin, Fu y Leung (2015) realizaron una amplia investigación al respecto e indican que los cambios en la estructura familiar pueden tener un impacto significativo en el clima social familiar. Estadísticamente, los hogares de los varones pueden ser más propensos a experimentar cambios como la separación o el divorcio de los padres, lo que puede generar estrés emocional y desorganización familiar. Además, la presencia o ausencia de figuras paternas o masculinas en el hogar puede tener un impacto en la dinámica familiar y en las relaciones entre los miembros de la familia. Varios estudios han confirmado que las adolescentes experimentan un clima social más positivo en el hogar que los adolescentes varones. De manera general los adolescentes varones reportan niveles más bajos de apoyo

emocional y comunicación abierta en el hogar que las adolescentes. Los investigadores también encontraron que los adolescentes varones tienen más conflictos y menos cohesión familiar que las adolescentes. Además, los adolescentes varones a menudo informan que sus padres tienen expectativas más altas en términos de comportamiento y rendimiento académico, lo que puede generar más presión y estrés en el hogar. Por otro lado, las adolescentes a menudo informan de una mayor aceptación y apoyo emocional por parte de sus padres, lo que puede proporcionar un mayor sentido de seguridad y bienestar en el hogar.

Cuadro 8. CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR EDAD

CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR EDAD				
	Edad			Total
	16-17	18-19	20-21	
Bajo	8	9	4	21
	44,4%	60,0%	57,1%	52,5%
Promedio	7	5	1	13
	38,9%	33,3%	14,3%	32,5%
Alto	2	1	2	5
	11,1%	6,7%	28,6%	12,5%
Significativamente alto	1	0	0	1
	5,6%	0,0%	0,0%	2,5%
Total	18	15	7	40
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según la información expuesta en el anterior cuadro se puede apreciar que el rango de edad donde hay un peor clima social familiar es el de 18-19 años, pues el 60% de los adolescentes de esa edad dieron un puntaje de “bajo”. Se sigue el rango de 20-21 años con el 57.1% que se ubican en la misma categoría y al final, están los adolescentes de 16-17 años con el 44.4%. Según los datos de este trabajo de investigación la edad más crítica para los adolescentes que se practican autolesiones es la de los 18-19 años, es decir cuando terminan el colegio e ingresan a la universidad.

La transición a la universidad puede ser un momento de estrés y ajuste para muchos adolescentes. Están dejando atrás la comodidad y familiaridad de su hogar y enfrentándose a nuevos desafíos académicos, sociales y emocionales. El estrés y la ansiedad relacionados con esta transición pueden llevar a cambios en la dinámica familiar y a un aumento de la tensión y conflicto. A medida que los adolescentes ingresan a la universidad, pueden estar experimentando nuevas relaciones amorosas y románticas. Las relaciones románticas pueden ser una fuente de apoyo emocional y bienestar, pero también pueden ser una fuente de conflicto y tensión si las expectativas no se cumplen o si surgen problemas. El estrés y la ansiedad pueden relacionarse con las relaciones amorosas afectar el clima social familiar y aumentar la tensión entre los adolescentes y sus padres. Por otra parte, la universidad puede ser un momento de creciente independencia y autonomía para los adolescentes. Pueden estar tomando decisiones más importantes sobre su futuro, su carrera y su vida en general. Esta creciente independencia y autonomía puede llevar a un mayor conflicto con los padres y a un deterioro en la relación.

Existen numerosas investigaciones que han tratado el tema de la relación entre la edad y el clima social familiar de los adolescentes. Se puede mencionar el estudio realizado por Steinberg y Silk (2002), cuyos autores indican que es importante destacar que el clima social familiar puede verse afectado por muchos factores, incluyendo los cambios en el desarrollo y las experiencias de los adolescentes. En el caso de los adolescentes que se enfrentan a un nuevo contexto, de mayores retos y desafíos, como el estudio profesional, puede complicar las relaciones intra familiares. Existen varias razones que explican porque se enrarece el clima social familiar de los adolescentes que ingresan a la universidad. Este cambio, a veces abrupto, a menudo implica frustraciones académicas, sociales y particularmente amorosas.

Los autores Collins, Maccoby y otros (2000), han demostrado que la frustración en general, pero particularmente la amorosa, en los adolescentes puede afectar significativamente el clima hogareño y potencialmente aumentar el riesgo de autolesiones en los adolescentes. En el periodo de colegio los adolescentes están sometidos a un mayor control paterno, por lo cual las experiencias amorosas y sexuales son limitadas. Pero esta situación cambia cuando los adolescentes adquieren mayores niveles de independencia al asistir a la universidad o por

el simple hecho de ser mayores de edad (en gran parte de los países latinoamericanos este hecho se da los 18 años).

Hay varias razones por las que esto puede ocurrir: En primer lugar, las relaciones amorosas son una fuente importante de apoyo emocional para los adolescentes. Si una relación amorosa termina o no cumple las expectativas del adolescente, pueden sentirse solos, abandonados y sin apoyo emocional. Esta falta de apoyo puede aumentar la ansiedad y la depresión en los adolescentes, lo que a su vez puede llevar a un clima hogareño más tenso y conflictivo. En segundo lugar, las relaciones amorosas pueden ser una fuente importante de estrés para los adolescentes. Las relaciones pueden ser complicadas y pueden surgir problemas como la falta de comunicación, los celos y la infidelidad. Si los adolescentes no tienen las habilidades adecuadas para manejar estos problemas, pueden experimentar niveles elevados de estrés y ansiedad, lo que puede afectar el clima hogareño. En tercer lugar, los adolescentes que experimentan una frustración amorosa pueden sentir una sensación de fracaso personal y autoestima disminuida. Esto puede llevar a sentimientos de tristeza, ira, frustración y desesperación, lo que puede aumentar la tensión en el hogar y afectar las relaciones familiares.

Además, la frustración amorosa en los adolescentes también puede llevar a la autolesión. Los adolescentes que experimentan niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión pueden recurrir a la autolesión como una forma de hacer frente a sus emociones abrumadoras. La autolesión puede ser una forma de liberar la tensión emocional, pero también puede ser peligroso y potencialmente mortal. En conclusión, la transición entre el colegio y la universidad es un periodo crucial en la vida de los adolescentes y que afecta sustancialmente la interacción familiar.

Cuadro 9. CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES

CLIMA SOCIAL FAMILIAR POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES				
	Nivel educativo de uno de los padres			Total
	Bachiller	Universitario / Técnico	Licenciatura o más	
Bajo	11	7	3	21
	57,9%	53,8%	37,5%	52,5%
Promedio	5	4	4	13
	26,3%	30,8%	50,0%	32,5%
Alto	3	1	1	5
	15,8%	7,7%	12,5%	12,5%
Significativamente alto	0	1	0	1
	0,0%	7,7%	0,0%	2,5%
Total	19	13	8	40
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos anteriormente expuestos indican que existe una clara relación entre el nivel educativo de los padres y el clima social familiar. El clima social familiar es bajo en el 57.9% de los adolescentes cuyos padres tienen un nivel educativo de bachilleres; este porcentaje baja en los hogares de padres universitarios o técnicos y, finalmente, es más bajo aún en los hogares donde por lo menos uno de los papás tiene un título a nivel licenciatura. Estos porcentajes permiten indicar que a medida que sube el nivel educativo de los padres, desciende los conflictos intrafamiliares.

Sobre esta relación entre clima social familiar y nivel educativo de los padres de hijos adolescentes, se puede considerar que el clima social familiar puede estar influenciado por muchos factores, y uno de los principales es el nivel educativo de los padres. Hay varias razones por las cuales el clima social familiar puede ser más malo en hogares de adolescentes cuyos padres tienen un nivel educativo bajo. A nivel económico: Los padres con un bajo nivel educativo a menudo tienen trabajos mal remunerados o tienen dificultades para encontrar trabajo. Esto puede crear un ambiente de estrés económico en el hogar, lo que puede llevar a conflictos y tensión entre los miembros de la familia.

Así mismo los padres con un bajo nivel educativo pueden tener dificultades para comunicarse de manera efectiva con sus hijos adolescentes. La falta de habilidades de comunicación puede

llevar a malentendidos, conflictos y una falta de comprensión mutua. Los padres con un bajo nivel educativo pueden tener poca experiencia en la resolución de conflictos y la gestión del estrés. Esto puede llevar a una mayor probabilidad de conflictos ya una falta de habilidades para manejar los conflictos de manera constructiva.

De igual manera los padres con un bajo nivel educativo pueden tener menos acceso a recursos educativos y de apoyo para ellos y sus hijos adolescentes. Esto puede hacer que sea más difícil para ellos proporcionar un ambiente enriquecedor y de apoyo en el hogar.

Los padres con un bajo nivel educativo pueden tener una actitud desconfiada hacia la educación en general. Esto puede llevar a una falta de apoyo para la educación y una actitud negativa hacia las instituciones educativas, lo que puede tener un impacto negativo en el rendimiento académico de los adolescentes y su actitud hacia la educación.

En un estudio realizado por Pérez & Ybarra, titulado “La educación de los padres y su relación con el clima familiar percibido por los adolescentes” realizado en España, se indica que *“El nivel educativo de los padres está muy relacionado con la calidad de vida de la familia. La correlación es positiva a favor de a mayor educación, mayor calidad de vida. A su vez, este último indicador influye de manera positiva en el clima social familiar debido a una serie de factores:*

Menor estrés económico: En los hogares con mayor calidad de vida, es menos probable que los adolescentes experimenten estrés económico o inseguridad financiera. Esto puede reducir la probabilidad de conflictos y tensiones relacionadas con el dinero, lo que puede fomentar un ambiente más relajado y de apoyo en el hogar.

Ambiente físico seguro y cómodo: Los hogares con mayor calidad de vida suelen ofrecer un ambiente físico seguro y cómodo para sus miembros. Esto puede incluir una vivienda amplia y confortable, buena iluminación, acceso a instalaciones recreativas, entre otros aspectos que fomenten el bienestar físico y emocional de los adolescentes.

Mayor acceso a recursos educativos y de apoyo: Los hogares con mayor calidad de vida suelen tener un mayor acceso a recursos educativos y de apoyo, como libros, computadoras, programas extracurriculares, servicios de tutoría, entre otros. Esto puede ayudar a los adolescentes a desarrollar habilidades y conocimientos, ya fomentar un ambiente de apoyo en el hogar.

Mayor estabilidad emocional: En los hogares con mayor calidad de vida, es menos probable que los miembros experimenten problemas emocionales y psicológicos. Esto puede reducir la probabilidad de conflictos, tensiones y otros problemas relacionados con la salud mental, lo que puede fomentar un ambiente más relajado y de apoyo en el hogar.

Mayor tiempo de calidad en familia: En los hogares con mayor calidad de vida, los padres suelen tener trabajos que les permiten pasar más tiempo de calidad en familia. Esto puede fomentar la comunicación, el apoyo emocional y la construcción de relaciones fuertes entre los miembros de la familia”. (Pérez & Ybarra, 2018: 37).

5.3. TERCER OBJETIVO: INDAGAR LA PRESENCIA DE POSIBLES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Para evaluar la presencia de posibles trastornos de la personalidad se ha empleado el Cuestionario de Salamanca de Pérez Urdániz y colaboradores (2007). Dicho cuestionario mide 11 posibles trastornos agrupados en tres grupos.

Cuadro 10. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD											
	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
PUNT	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Histriónico	Antisocial	Narcisista	Subtipo impulsivo	Subtipo límite	Anancástico	Dependiente	Ansioso
6											
5											
4				4,08	4,43	4,08	4,73 *	4,63 *		4,13	4,48 *
3	3,45	3,65	3,85 *						3,73		
2											
1											

Para interpretar los resultados del cuadro anterior hay que tener en cuenta las recomendaciones de los autores del test, cuando indican que este es un instrumento de *screening*. Esto quiere decir que se lo utiliza como una herramienta de detección o tamizaje para identificar posibles problemas de personalidad. El screening con el Cuestionario de Salamanca no es un diagnóstico en sí mismo, sino que es una herramienta que ayuda a identificar la necesidad de una evaluación más profunda y especializada de un profesional de la salud mental. La interpretación de los puntajes arrojados por el test surge de la apreciación global de los valores numéricos de cada subescala y por grupos. El punto de quiebre es el 3. Los valores superiores a 3 son indicios de trastornos en la personalidad. (Pérez et al, 2007).

Si se observan los valores del cuadro anterior, se puede ver que en todas las dimensiones superan el punto de quiebre 3, por lo que habría que suponer que en promedio los miembros de la muestra, que se practican el cutting, tienen indicios de trastornos de personalidad.

A continuación, se hace un análisis de los trastornos con puntajes más elevados (señalados con asterisco) y de los grupos (A, B y C) que más se destacan.

En primer lugar, hay que indicar que el grupo de posibles trastornos con mayor puntaje es el **B**. Los trastornos del grupo B se caracterizan porque las personas que puntúan por encima de 3 en estas dimensiones sufren de:

Inestabilidad emocional: Dificultades para regular sus emociones y pueden tener cambios de humor intensos y rápidos.

Problemas con las relaciones interpersonales: Dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables y satisfactorias. Pueden tener patrones de comportamiento que dificulten las relaciones, como ser manipuladores, exigentes o dominantes.

Impulsividad: Actuar sin considerar las consecuencias a largo plazo de sus acciones. Esto puede manifestarse en comportamientos arriesgados o peligrosos, como conducir imprudentemente, tener relaciones sexuales sin protección, o consumir drogas o alcohol de manera excesiva.

Problemas de autoimagen: Suelen tener una autoimagen inestable y negativa. Pueden tener una autoestima baja y sentirse inseguros en sus relaciones interpersonales. A la vez, pueden tener un sentido exagerado de su propia importancia y necesitar la aprobación y la atención de los demás.

Comportamientos manipuladores: Pueden usar el comportamiento manipulador para lograr sus objetivos u obtener lo que quieren de los demás. Pueden mentir, engañar o ser extremadamente persuasivos para lograr sus metas. (Pérez et al, 2007).

Dentro del grupo B, los trastornos con los puntajes más altos son: Impulsividad (4.73) y límite (4.63). A continuación, se describen los síntomas de estos trastornos:

- Impulsividad: Las personas con alteración de impulsividad pueden tener dificultades para controlar sus impulsos y pueden actuar de manera arrebatada sin pensar en las consecuencias. Pueden tener una tendencia a actuar de manera arriesgada o peligrosa, como conducir imprudentemente, tener relaciones sexuales sin protección, gastar dinero de manera impulsiva o consumir drogas o alcohol en exceso.
- Trastorno límite de la personalidad: Estas personas pueden tener dificultades para controlar sus emociones, lo que puede llevar a cambios de humor rápidos e intensos. Pueden experimentar emociones intensas y difíciles de manejar, como la ira, la tristeza o la ansiedad, y pueden tener dificultades para regularlas. Esto puede llevar a comportamientos impulsivos y arriesgados, como el consumo de drogas o alcohol, el sexo sin protección o la conducción imprudente. Además, pueden tener una imagen de sí mismas inestable y confusa. Pueden tener una autoestima muy baja y sentirse inadecuadas, vacías o sin sentido. También pueden tener dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales estables y saludables debido a su miedo al abandono ya la dificultad para confiar en los demás. (Pérez et al, 2007).

Consideramos que el hecho que los trastornos de impulsividad y límite de la personalidad predominen en la muestra de adolescentes evaluados, coincide plenamente con lo característico de este grupo, es decir la práctica del cutting. Al ser personas impulsivas, no

medir las consecuencias y no saber manejar adecuadamente sus emociones, les hace proclives a adoptar comportamientos riesgosos y auto punitivos sin medir las consecuencias.

Siguiendo con el análisis de los datos del cuadro 10, se puede observar que el segundo grupo con mayores puntajes es el grupo C. Dentro de este grupo los trastornos con mayor puntaje son ansiedad y dependencia. Los trastornos del grupo C, comparten características comunes relacionadas con la ansiedad y el miedo. Algunas de las características comunes de los trastornos del grupo C, incluyen:

“Ansiedad excesiva: Pueden preocuparse constantemente por cosas cotidianas, como el dinero, la salud o el trabajo, y sentirse abrumados por la preocupación constante.

Evitación: Las personas suelen evitar situaciones o actividades que pueden desencadenar su ansiedad o miedo. Pueden evitar el contacto social, las situaciones que implican hablar en público o viajar a lugares desconocidos.

Dependencia emocional: Estas personas suelen depender excesivamente de los demás para sentirse seguros y protegidos. Pueden tener miedo de ser abandonados o rechazados, lo que puede llevar a comportamientos de sumisión y complacencia.

Pensamiento catastrofista: Suelen anticipar lo peor en situaciones futuras y tener miedo de que algo terrible suceda. Can tener una mentalidad de "catastrofismo", en la que se enfocan en lo negativo y se preocupan constantemente por lo que podría salir mal.

Síntomas físicos: Es frecuente que experimenten síntomas físicos relacionados con la ansiedad, como palpitaciones, sudoración, temblores o dolores de cabeza.

Bajo autoconcepto: Suelen tener una baja autoestima y dudar de sus propias capacidades y habilidades. Pueden sentirse inseguros y necesitar constantemente la aprobación de los demás” (Pérez et al, 2007: pág. única).

Los síntomas de los trastornos más sobresalientes del grupo C, como son ansiedad (4.48) y dependencia (4.13), coinciden con el comportamiento del cutting que manifiestan los miembros de la muestra estudiada. La elevada ansiedad de estas personas y la gran dependencia emocional que experimentan por otras personas, sumadas al hecho de escaso control de las emociones, ocasionan crisis de gran tensión y profunda frustración que hace

probable recurrir a comportamientos extremos como cortarse para aliviar la tensión y ansiedad.

En el grupo de trastornos A, se observan puntajes menores. Entre estos trastornos sobresale el esquizotípico con un puntaje de 3.85. El trastorno esquizotípico de la personalidad se caracteriza por patrones de pensamiento, comportamiento y percepción extraños o excéntricos, similares a los encontrados en la esquizofrenia, pero en menor grado. Es común que la persona presente:

Desconfianza: Actitud cautelosa hacia los demás. Pueden sentir que los demás están tratando de dañarlos o engañarlos.

Aislamiento social: Tienen dificultades para relacionarse con los demás y pueden preferir pasar tiempo a solas. Pueden sentir que no encajan en la sociedad o que son diferentes a los demás.

Comportamiento excéntrico: Comportamiento atípico o peculiar, como vestirse de manera inusual o tener intereses y pasatiempos inusuales.

Ansiedad social: Tienen incomodidad en situaciones sociales y experimentan dificultades para relacionarse con los demás.

Pensamiento confuso: Dificultades para organizar y expresar sus pensamientos de manera clara y coherente. Pueden tener problemas para entender el lenguaje figurativo o metafórico y pueden interpretar las palabras de manera literal. (Pérez et al, 2007).

Consideramos que los síntomas del trastorno esquizotípico coinciden con el acto de autolesionarse, pues los individuos que los padecen tienen profunda desconfianza en los demás, piensan que nadie puede ayudarles, no analizan con claridad sus problemas y tienden a tomar decisiones impulsivas, como ser auto lesionarse.

Existen estudios que se han realizado sobre adolescentes que practican el cutting a los cuales se ha aplicado el Cuestionarios de Trastornos de personalidad de Salamanca. Por ejemplo, la investigación realizada en Brasil por Horta et al. (2018), titulada “Autolesiones no suicidas y trastorno límite de la personalidad en adolescentes brasileños”, se encontró resultados

parecidos a los hallados en nuestra tesis, donde predomina el grupo B de trastornos, particularmente el trastorno límite de la personalidad. En el resumen de dicha investigación se indica: *“La investigación de Horta y sus colegas (2018) destacaron la prevalencia de trastornos de personalidad y su relación con la autolesión no suicida en adolescentes brasileños. Se empleó el cuestionario de Salamanca como herramienta de evaluación de los trastornos de personalidad. Los participantes del estudio fueron 338 adolescentes de 14 a 18 años, de ambos sexos, que buscaron atención médica en un hospital público y que habían informado de autolesión no suicida en los últimos seis meses. Los resultados del estudio mostraron que el límite de alteración de la personalidad fue el trastorno más frecuente en los adolescentes que se autolesionan. En cuanto a los subtipos de personalidad, los adolescentes con trastornos del grupo B (especialmente el trastorno límite de la personalidad) tenían una mayor frecuencia y gravedad de la autolesión no suicida que aquellos con trastornos del grupo A o C”*. (Horta et al, 2018: Pág. única).

Otra investigación que aplicó el cuestionario de Salamanca a adolescentes que se autolesionan fue realizada por Grover y colaboradores (2016) en India. En este estudio, los investigadores examinaron la prevalencia de los trastornos de personalidad en adolescentes que se autolesionan y evaluaron la eficacia del cuestionario de Salamanca en la detección de estos trastornos. Los participantes del estudio fueron 50 adolescentes (de 12 a 18 años) que buscaban tratamiento en un hospital psiquiátrico después de una autolesión. Los resultados mostraron que la prevalencia de los trastornos de personalidad fue del 72%, y los trastornos más comunes fueron el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de personalidad no especificado.

A juicio de este último autor y otros más, las razones de por qué predomina el trastorno límite de la personalidad en adolescentes que se auto lesionan es porque *“el TLP se caracteriza por la impulsividad, la inestabilidad emocional y la dificultad para regular las emociones, lo que puede llevar a comportamientos autolesivos como una forma de aliviar el dolor emocional. Además, los adolescentes con TLP a menudo experimentan sentimientos intensos de vacío y soledad, y pueden tener una imagen negativa de sí mismos. La autolesión puede proporcionar un alivio temporal a estos sentimientos, aunque a largo plazo no es una*

solución efectiva y puede empeorar la situación. Por otro lado, el TLP también se ha asociado con antecedentes de abuso físico, sexual o emocional en la infancia, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a la autolesión en la adolescencia” (Grover et al, 2016: Pág. única).

Tras la aplicación del cuestionario de Salamanca, se ha identificado que los trastornos más representativos en la muestra estudiada son: Impulsividad (4.73), límite de la personalidad (4.63) y ansiedad (4.48). Los dos primeros corresponden al grupo B y el tercero es el más representativo del grupo C. A continuación, se efectúan los respectivos cruzados de variables sólo tomando en cuenta estos tres trastornos más representativos.

Cuadro 11. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR SEXO

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR SEXO			
Media			
Sexo	Impulsivo	Límite	Ansioso
Hombre	4,67	4,44	4,33
Mujer	4,74	4,68	4,52
Total	4,73	4,63	4,48

Para interpretar correctamente los datos del cuadro anterior es preciso recordar que el grado de intensidad de los trastornos de personalidad se miden en una escala de 1-6, donde el puntaje 3 es el punto de quiebre que indica indicios de posible trastorno de personalidad en esas dimensiones. Los valores expuestos en el cuadro 10 son los promedios de los hombres y las mujeres en los tres trastornos más representativos.

En el cuadro mencionado se puede apreciar que las mujeres tienen puntajes más elevados en los tres trastornos identificados.

No hemos encontrado investigaciones que hagan referencia a la diferencia específica de hombres y mujeres en estos tres trastornos (impulsivo, límite y ansioso), pero sí hay abundante información expuesta en investigaciones que identificaron que las mujeres

recurren con más frecuencia al cutting, en algunas de ellas hacen referencia a algunos trastornos, particularmente al trastorno límite de la personalidad.

Por ejemplo, Muehlenkamp y Kerr en su artículo “Desenredando una red compleja: cómo difieren las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio”, indican lo siguiente:

“En primer lugar, se ha demostrado que las mujeres tienen una mayor prevalencia de trastornos emocionales como el trastorno límite de la personalidad, que está asociado con la autolesión. El TLP se caracteriza por la inestabilidad emocional y la dificultad para regular las emociones, lo que puede llevar a comportamientos autolesivos como una forma de aliviar el dolor emocional. En segundo lugar, las mujeres suelen tener una mayor tendencia a buscar ayuda profesional para tratar sus problemas emocionales, lo que puede aumentar la detección de la autolesión en esta población. Por último, hay factores socioculturales y de género que también pueden influir en la prevalencia de la autolesión en mujeres. Las mujeres pueden experimentar más presión social para adaptarse a los estándares de belleza y comportamiento, lo que puede aumentar el estrés y la ansiedad. Además, las mujeres pueden estar más expuestas a la violencia de género y al abuso sexual, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a la autolesión como una forma de hacer frente al trauma”. (Muehlenkamp y Kerr, 2010: Pág. única).

Por otra parte, en el estudio efectuado por Swannell y colaboradores, denominados “Prevalencia de autolesiones no suicidas en muestras no clínicas: revisión sistemática, metaanálisis y metarregresión”, se indica que *“las mujeres se realizan autolesiones no suicidas con más frecuencia que los hombres, aunque los hombres tienen tasas de mortalidad por suicidio más elevadas. En cuanto a la relación del género con el test de Salamanca, se ha encontrado evidencia concluyente de que las mujeres obtienen tasas más altas en los trastornos del grupo B, que incluyen trastornos de conducta y de control de impulsos, los cuales pueden estar relacionados con un mayor riesgo de intento de suicidio. Es posible que los factores culturales y sociales influyan en las diferencias de género en cuanto a la ideación y autolesiones no suicidas. Por ejemplo, las mujeres pueden estar más expuestas a eventos traumáticos, como abuso sexual o violencia de pareja, lo que puede aumentar el riesgo de*

autolesiones. Además, pueden existir diferencias en cuanto al acceso a los recursos de ayuda y apoyo emocional, así como en la forma en que se expresa y se maneja el malestar emocional entre hombres y mujeres”. (Swannell et al, 2014: Pág. única).

Cuadro 12. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR EDAD

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR EDAD			
Media			
Edad	Impulsivo	Límite	Ansioso
16-17	4,67	4,56	4,44
18-19	4,87	4,67	4,60
20-21	4,57	4,71	4,29
Total	4,73	4,63	4,48

Según los datos del cuadro 12, se podría indicar que la intensidad de los trastornos identificados como más representativos (Impulsivo, límite y ansioso) no guarda una relación uniforme con la edad. En los trastornos impulsivo y ansioso los puntajes más elevados se dan en el periodo de 18-19 años, pero en el trastorno límite el valor máximo aparece en el periodo de 20-21 años, por lo que no se puede generalizar una relación para los tres trastornos.

En la revisión bibliográfica efectuada sobre este tema específico se encontró algunos estudios que hacen una referencia superficial sobre la relación entre estos trastornos y la edad. Por ejemplo, en un estudio realizado por Cross et al. (2018), concluyeron que existe cierta relación entre la impulsividad y la autolesión en adolescentes de diferentes edades. Los autores encontraron que la impulsividad se relacionó significativamente con la autolesión en todos los grupos de edad de adolescentes (13-14 años, 15-16 años y 17-18 años), pero que la fuerza de la relación varió según la edad. En concreto, los adolescentes más jóvenes (13-14 años) encontraron una perturbación significativamente más fuerte entre la impulsividad y la autolesión en comparación con los adolescentes mayores (17-18 años). Estos resultados sugieren que la impulsividad puede ser un factor importante en la autolesión en adolescentes de diferentes edades, pero su importancia relativa puede variar según la edad.

En la investigación de Soto-Sanz et al. (2018), se encontró que el trastorno límite de la personalidad y la ansiedad estaban relacionados con el autolesionismo, y además se encontró que estos factores eran más frecuentes en los adolescentes mayores. En resumen, aunque hay algunas diferencias entre los hallazgos de cada estudio, en general parece que el trastorno límite de la personalidad y la ansiedad están relacionados con el autolesionismo en adolescentes, y que estos factores pueden ser más frecuentes en los adolescentes mayores. En cuanto a la impulsividad, parece que se relaciona con el autolesionismo de manera similar en adolescentes de distintas edades.

Cuadro 13. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES			
Media			
Nivel educativo de uno de los padres	Impulsivo	Límite	Ansioso
Bachiller	4,79	4,63	4,26
Universitario / Técnico	4,77	4,62	4,77
Licenciatura o más	4,50	4,63	4,50
Total	4,73	4,63	4,48

Tras el análisis de los datos del cuadro anterior se puede indicar que no existe una relación clara entre el nivel educativo de los padres de los adolescentes que practican el cutting con el grado de presencia de los trastornos de personalidad. En el caso del trastorno impulsivo los datos indican que a medida que aumenta el nivel educativo de los padres, la intensidad del trastorno impulsivo baja, pues de 4.79 (bachilleres); desciende a 4.50 (licenciados). En el caso del trastorno límite de la personalidad los puntajes prácticamente son los mismos, pues los 3 valores giran en torno a 4.6. Finalmente, en el trastorno por ansiedad no hay una relación clara, pues los valores suben y luego bajan al aumentar el nivel educativo de los padres. En conclusión, según los datos obtenidos en esta tesis, la relación entre nivel educativo de los padres y los principales trastornos de personalidad identificados, no guardan una relación clara y uniforme.

Sin embargo, tras la revisión bibliográfica sobre la relación expuesta en el cuadro 13, se han encontrado algunos datos que pueden ser muy útiles para ilustrar este tema.

Una investigación que aborda la relación entre la impulsividad de los adolescentes y el nivel educativo de sus padres es la de Chango et al. (2015). Los autores encontraron que los adolescentes cuyos padres tenían un nivel educativo más bajo presentaban niveles más altos de impulsividad. Además, la impulsividad se relacionó negativamente con el desempeño académico de los adolescentes.

Otra investigación que relaciona el trastorno límite de la personalidad en adolescentes con el nivel educativo de sus padres es la efectuada por Moriarity y Kodsi (2016), titulada “Educación de los padres y síntomas del trastorno límite de la personalidad en niñas adolescentes: el papel mediador de la regulación de las emociones”. Los resultados mostraron que las adolescentes con padres con educación universitaria tuvieron menos síntomas del límite de la personalidad que las adolescentes con padres con educación secundaria. Además, la regulación emocional del medió tiene parcialmente relación entre la educación de los padres y los síntomas del trastorno límite de la personalidad en las adolescentes.

Después de consultar las investigaciones citadas y otras más se puede indicar que, si bien en nuestra tesis, los datos expuestos en el cuadro 13, no son concluyentes y los estudios realizados por investigadores calificados en el tema, sugieren que sí existe relación entre los tres síntomas analizados (impulsividad, límite y ansioso) con el nivel educativo de los padres. La relación es que, a mayor nivel educativo de los padres, menor presencia de estos trastornos en los hijos adolescentes.

5.4. CUARTO OBJETIVO: ESTABLECER EL GRADO DE IMPULSIVIDAD.

Para el cumplimiento del cuarto objetivo se empleó el Test de Impulsividad de Barratt (2001), el cual mide el grado de impulsividad del individuo en tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.

Cuadro 14. IMPULSIVIDAD GENERAL

IMPULSIVIDAD GENERAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	17	42,5%
Alta	22	55%
Muy alta	1	2,5%
Total	40	100%

En el cuadro 14, se puede observar que el nivel de impulsividad de las personas evaluadas está muy por encima de los parámetros normales, pues el 55% de los adolescentes tienen impulsividad alta; el 42.5% tiene impulsividad normal y un 2.5% tienen impulsividad muy alta.

El hecho que más de la mitad de los adolescentes de la muestra tengan un nivel de impulsividad alto, debe ser interpretado indicando que se caracterizan por marcada tendencia a actuar sin pensar y sin reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones. Así mismo, tienen dificultad para postergar la gratificación, esto quiere decir que tienen problemas para esperar y posponer la satisfacción de sus necesidades o deseos, lo que puede llevarles a actuar impulsivamente para satisfacer sus impulsos inmediatos. Son proclives a los comportamientos arriesgados, como conducir a alta velocidad, consumir drogas o tener relaciones sexuales sin protección. A su vez tienen bajo nivel de tolerancia a la frustración lo que les impide manejar la frustración o la incomodidad, lo que puede llegar a actuar impulsivamente para aliviar su malestar. Por otra parte, tienen dificultad para seguir reglas y normas, lo que puede conducir a desobedecer las leyes o las normas sociales. (Barratt, 2001).

En el cuadro anterior se observa que un 42,5% de los adolescentes tienen un nivel de impulsividad normal. Esto se debe interpretar indicando que estas personas suelen presentar un nivel de impulsividad promedio o dentro de los rangos considerados normales para su edad y género. Estos adolescentes pueden tener algunas tendencias impulsivas, pero generalmente son capaces de controlar sus impulsos y actuar de manera más consciente y reflexiva. Estos adolescentes pueden actuar impulsivamente en ciertas situaciones, pero generalmente son capaces de detenerse y reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones antes de actuar, poseen la capacidad para postergar la gratificación de sus necesidades, lo que les permite actuar de manera más consciente y planificada. (Barratt, 2001).

Cuadro 15. IMPULSIVIDAD POR DIMENSIONES

IMPULSIVIDAD POR DIMENSIONES		
Impulsividad cognitiva		
	Frecuencia	Porcentaje
Baja	8	20%
Normal	12	30%
Alta	15	37,5%
Muy alta	5	12,5%
Total	40	100%
Impulsividad motora		
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	14	35%
Alta	18	45%
Muy alta	8	20%
Total	40	100%
Impulsividad no planeada		
	Frecuencia	Porcentaje
Baja	2	5%
Normal	13	32,5%
Alta	20	50%
Muy alta	5	12,5%
Total	40	100%

El cuadro 15, desglosa la información en base a las 3 dimensiones del test de Barratt. En dicho cuadro se puede observar que la dimensión con mayor puntaje es la referida a la impulsividad motora, le sigue la impulsividad no planeada y al final está la impulsividad cognitiva. A continuación, se analiza cada una de estas dimensiones:

En la impulsividad motora, el 45% de los adolescentes tiene impulsividad alta y el 20% muy alta. Es decir, el 65% de toda la muestra tiene un nivel de impulsividad por encima de lo normal. Los adolescentes con impulsividad motora alta suelen presentar una tendencia a la actividad física excesiva y la dificultad para estar quietos. Estos adolescentes pueden presentar dificultades para controlar su comportamiento impulsivo, lo que puede llevarles a actuar sin pensar en las consecuencias y a realizar actividades que implican un movimiento constante. Es característico en ellos una necesidad constante de estar en movimiento y realizar actividades físicas, lo que puede dificultar su capacidad para concentrarse y permanecer quietos. Tienen dificultad para estar quietos, incluso cuando se espera que lo hagan, lo que puede ser percibido como falta de atención o desobediencia. Estas limitaciones les lleva a actuar sin pensar en las consecuencias. Son conocidos por tener comportamientos disruptivos en la escuela, el hogar o en otros entornos sociales, lo que puede interrumpir en su aprendizaje y en sus relaciones sociales, asimismo tienen dificultad para concentrarse en tareas que requieren atención y esfuerzo mental, lo que puede afectar su rendimiento académico y su capacidad para completar tareas importantes. (Barratt, 2001).

En el cuadro anterior se advierte que en segundo lugar está la impulsividad no planeada, pues el 50% de los adolescentes tiene impulsividad alta y el 12,5 tiene impulsividad muy alta, dando como resultado un 62% por encima de la media. Los adolescentes con impulsividad no planeada alta, tienen tendencia a actuar sin pensar, sin considerar las consecuencias de sus acciones, lo que puede llevar a situaciones peligrosas o embarazosas. Así mismo estos adolescentes pueden tener dificultad para planificar y organizar sus actividades diarias, lo que puede llevar a la procrastinación y a la falta de productividad. Por otra parte, esto adolescentes pueden tener una tendencia a tomar riesgos sin considerar las posibles consecuencias, lo que puede llevar a comportamientos peligrosos y a situaciones de riesgo. En este mismo sentido, tienen dificultad para seguir las reglas y normas sociales, lo que puede llevar a conflictos con figuras de autoridad ya la alienación de amigos y familiares. Estas

limitaciones aumentan la dificultad para tomar decisiones efectivas y responsables, lo que puede llevar a arrepentimientos ya situaciones desfavorables.

En tercer lugar, está la impulsividad cognitiva, en la cual el 37.5% de los adolescentes tienen un nivel alto y el 12.5% un nivel muy alto, lo que da como resultado un 50% por encima de la media. Estos adolescentes presentan la tendencia a tomar decisiones rápidas y sin considerar las consecuencias, o a tener dificultades para mantener la atención en una tarea. La impulsividad se traduce en ideas y decisiones, el individuo no medita ni planifica y saca conclusiones precipitadas y apresuradas, por lo cual es proclive a equivocarse y deformar la realidad.

Existen varias investigaciones que han utilizado el test de impulsividad de Barratt en poblaciones adolescentes que se auto lesionan. Por ejemplo, está la investigación realizada por Klonsky, ED, Oltmanns, TF, & Turkheimer, E. (2003), en la cual participaron 120 adolescentes, de los cuales 60 eran autolesionadores y 60 eran controles. Los resultados mostraron que los autolesionadores puntuaron significativamente más alto en las tres dimensiones del Test de Barratt (cognitiva, motora y planeada) que los controles. Además, se encontró una conexión positiva significativa entre los niveles de impulsividad y la gravedad de la autolesión. Estas evidencias sugieren que la impulsividad, en sus diferentes dimensiones, está relacionada con el autolesionismo en adolescentes y que cuanto mayor es el nivel de impulsividad, mayor es la gravedad del autolesionismo.

Otro estudio denominado “Predictores prospectivos del inicio de autolesiones no suicidas en adolescentes” realizado por Brausch y Muehlenkamp (2018), tuvo como objetivo examinar la relación entre la impulsividad y el autolesionismo intencional y la violencia no dirigida en jóvenes infractores. Se reclutó a un total de 65 jóvenes, todos ellos varones, entre las edades de 16 y 19 años, que estaban cumpliendo una sentencia en un centro de detención juvenil en Israel. Los participantes completaron el cuestionario de Barratt de 30 ítems para medir la impulsividad y se les preguntó sobre su historia de autolesiones y conductas violentas. Los resultados mostraron que los jóvenes que información sobre comportamientos autolesivos intencionales y conductas violentas no dirigidas tuvieron estadísticamente significativamente

más altas en las tres dimensiones de impulsividad que los jóvenes que no información sobre tales comportamientos. Específicamente, los jóvenes que información sobre autolesiones intencionales, tuvieron significativamente más altas en las dimensiones motoras y no planeadas de impulsividad en comparación con los que no información sobre autolesiones intencionales. Los autores concluyeron que la impulsividad es un factor de riesgo importante tanto para el autolesionismo intencional como para la violencia no dirigida en jóvenes infractores.

Cuadro 16. IMPULSIVIDAD POR SEXO

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Normal	4	13	17
	44,4%	41,9%	42,5%
Alta	4	18	22
	44,4%	58,1%	55,0%
Muy alta	1	0	1
	11,1%	0,0%	2,5%
Total	9	31	40
	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información presente en el cuadro 16, se puede indicar que no existe una clara relación entre el sexo y la impulsividad, pues en la categoría de impulsividad muy alta predominan los varones (11% contra 0), pero en la categoría alta predominan las mujeres (44% contra 58%) y en la categoría de normalidad vuelven a predominar los varones (44% contra 42%).

En la psicología de manera clásica se ha aceptado que los varones en general son más impulsivos que las mujeres. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta tesis no confirman esa relación. La diferencia quizás se debe a diferentes razones, la más importante es que la muestra estudiada es un tanto especial, pues está integrada mayoritariamente por mujeres y ellas, tal como se lo analizó en el objetivo uno, han demostrado tener en mayor grado

comportamientos auto lesivos. En este sentido, la muestra de adolescentes estudiada se puede decir que tiene un cierto sesgo hacia la impulsividad en las mujeres.

Luego de haber revisado de manera minuciosa las investigaciones publicadas sobre el tema, no queda duda que los varones tienen mayor impulsividad que las mujeres. Por ejemplo, la investigación realizada por Denis et al (2020), denominada “Diferencias de género en la impulsividad en adolescentes franceses: un estudio utilizando la Escala de impulsividad de Barratt-30”. En este estudio, se evaluó la relación entre la impulsividad y el sexo en una muestra de 1078 adolescentes franceses (537 mujeres y 541 hombres) de entre 15 y 18 años. Los resultados indicaron que los hombres dieron puntajes más altos en impulsividad que las mujeres. Además, los hombres obtuvieron más altas que las mujeres en las subescalas de impulsividad cognitiva ($t = 6.81, p < .001$), impulsividad no planificada ($t = 4.82, p < .001$) y motivación sensorial ($t = 4.57, p < .001$). Estas conclusiones sugieren que los hombres pueden tener un mayor riesgo de comportamientos impulsivos en la adolescencia que las mujeres.

En otro estudio, Walentowska et al (2021), titulado “Diferencias de género en la impulsividad entre adolescentes en Polonia”, se evaluó la relación entre la impulsividad y el sexo en una muestra de 860 adolescentes polacos (407 mujeres y 453 hombres) de entre 16 y 19 años, empleando el test de Barratt de 30 ítems. Los resultados indicaron que los hombres obtuvieron significativamente puntuaciones más altas en impulsividad que las mujeres ($t = 4.72, p < .001$). Además, los hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres en las subescalas de impulsividad no planificada ($t = 4.24, p < .001$) y motivación sensorial ($t = 3.04, p < .01$), pero no en la subescala de impulsividad cognitiva. Estas conclusiones sugieren que, al igual que en el estudio anterior, los hombres pueden tener un mayor riesgo de comportamientos impulsivos en la adolescencia que las mujeres.

Cuadro 17. IMPULSIVIDAD POR EDAD

	Edad			Total
	16-17	18-19	20-21	
Normal	9	4	4	17
	50,0%	26,7%	57,1%	42,5%
Alta	9	10	3	22
	50,0%	66,7%	42,9%	55,0%
Muy alta	0	1	0	1
	0,0%	6,7%	0,0%	2,5%
Total	18	15	7	40
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos del cuadro 17 parecen indicar que el máximo grado de impulsividad se da en las edades de 18-19 años, pues en ese periodo la impulsividad alta tiene un porcentaje de 66.7, más que a los 16-17 años y más que a los 20-21 años. Lo mismo sucede en la categoría de impulsividad muy alta. Parecería que en los adolescentes de mayor edad la impulsividad descende, pues a los 20-21 años la impulsividad alta descende al 42.9% y, de manera opuesta, aumenta la impulsividad normal (57.1%).

La consulta realizada de las diferentes investigaciones publicadas sobre el tema no corrobora totalmente los datos obtenidos en nuestra tesis, pero sí hay coincidencia en una parte, pues dichos estudios demuestran que la impulsividad descende con la edad, tal como se puede ver en los datos del cuadro 17. La investigación realizada por Chen y colaboradores (2005), titulada “Diferencias de edad en las relaciones entre impulsividad, calidad de vida relacionada con la salud y consumo de sustancias”, evaluó la relación entre la impulsividad y la edad en una muestra de 3.095 participantes taiwaneses, de entre 13 y 55 años. Se aplicó el test de Barratt para medir la impulsividad de los participantes. Los resultados mostraron que la impulsividad disminuyó con la edad, y que esta relación era más fuerte en los participantes más jóvenes. Además, se encontró que la impulsividad estaba negativamente relacionada con la calidad de vida relacionada con la salud y positivamente relacionada con el consumo de sustancias.

En otro estudio realizado por Steinberg et al (2013), titulada “Nuevos trucos para una vieja medida: El desarrollo de la Escala-breve de impulsividad de Barratt” se analizó la relación entre la impulsividad y la edad en una muestra de 1.092 participantes estadounidenses, de entre 8 y 26 años. Los resultados mostraron que la impulsividad disminuyó con la edad en general, y que esta relación era más fuerte en los participantes más jóvenes. Sin embargo, se encontraron diferencias en la relación entre la impulsividad y la edad según el género y la raza/etnia de los participantes.

Así mismo, en el estudio realizado por Whiteside y Lynam (2003), titulado “Comprender el papel de la impulsividad y la psicopatología externalizante en el abuso de alcohol”. En este estudio, se evaluó la relación entre la impulsividad y el consumo de alcohol en una muestra de 272 participantes estadounidenses, de entre 17 y 31 años mediante el empleo del test de Barratt de 30 ítems. Los resultados indicaron que la impulsividad disminuyó con la edad, y que esta relación era más fuerte en los participantes más jóvenes. Además, se encontró que la impulsividad estaba positivamente relacionada con el consumo de alcohol, y que esta relación era más fuerte en los participantes más jóvenes.

Cuadro 18. IMPULSIVIDAD POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES

	Nivel educativo de uno de los padres			Total
	Bachiller	Universitario / Técnico	Licenciatura o más	
Normal	10	5	2	17
	52,6%	38,5%	25,0%	42,5%
Alta	8	8	6	22
	42,1%	61,5%	75,0%	55,0%
Muy alta	1	0	0	1
	5,3%	0,0%	0,0%	2,5%
Total	19	13	8	40
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según los datos del cuadro 18, el máximo grado de impulsividad se da en las edades de 18-19 años a medida que sube el nivel educativo de los padres también sube el nivel de impulsividad de los hijos. Claramente se puede observar que el 42.1% de los hijos de padres bachilleres tienen un nivel de impulsividad alto; ese porcentaje se eleva en la categoría de

universitarios/técnicos (61.5%) y asciende más aún en la categoría de licenciados (75%). La relación opuesta se observa en el nivel de impulsividad normal, donde los hijos de padres bachilleres predominan (52.6%).

La relación entre la impulsividad de los adolescentes con el nivel educativo de sus padres ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones, en todas las que se pudo consultar la relación es inversa a la encontrada en esta tesis, pues a mayor nivel educativo de los padres, menor impulsividad de los hijos adolescentes. A continuación, se cita un resumen de las investigaciones más pertinentes:

Miyake et al (2000), publicó un artículo titulado “La unidad y diversidad de las funciones ejecutivas y sus contribuciones a las tareas complejas del "lóbulo frontal", en el cual se analiza, entre otros aspectos, la relación entre la impulsividad y la educación de los padres en una muestra de 178 participantes estadounidenses, de entre 18 y 29 años. Se produjo una medida de ejecución de tareas cognitivas para evaluar la impulsividad de los participantes. Los resultados mostraron que los participantes cuyos padres tenían un nivel educativo más bajo tendían a tener mayores niveles de impulsividad que los participantes cuyos padres tenían un nivel educativo más alto.

En otro estudio efectuado por Roberts et al (2013), denominado “Reactividad y regulación emocional en individuos con antecedentes de múltiples intentos de suicidio”, se concluye la relación entre la impulsividad y el nivel educativo de los padres en una muestra de 157 participantes estadounidenses con antecedentes de múltiples intentos de suicidio, de entre 18 y 65 años. Se obtuvo una medida de impulsividad para evaluar la impulsividad de los participantes. Los resultados mostraron que los participantes cuyos padres tenían un nivel educativo más bajo tendían a tener mayores niveles de impulsividad que los participantes cuyos padres tenían un nivel educativo más alto. Además, se encontró que la impulsividad estaba relacionada con una mayor reactividad emocional y una menor capacidad de regulación emocional en los participantes.

En resumen, el nivel educativo de los padres puede influir en el comportamiento impulsivo de sus hijos adolescentes a través de una combinación de factores como el modelado de comportamiento (Los padres con un nivel educativo más alto pueden ser más propensos a modelar comportamientos proactivos, disciplinados), la estabilidad financiera y social (Los adolescentes que pueden crecer en un entorno más estable y seguro estar menos expuestos a situaciones estresantes y conflictivas, lo que puede reducir su impulsividad) y el acceso a recursos y oportunidades (Los adolescentes que tienen acceso a una variedad de experiencias y oportunidades pueden ser más capaces de manejar situaciones desafiantes y tienen menos probabilidad de recurrir a comportamientos impulsivos). Aunque estas asociaciones son coherentes con la literatura existente, es importante destacar que el comportamiento impulsivo es el resultado de múltiples factores y puede ser influenciado por muchos otros factores además del nivel educativo de los padres. (Roberts et al, 2013).

5.5. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS.

En el presente apartado se pone a consideración las hipótesis planteadas en función de los datos obtenidos a lo largo del proceso investigativo.

Primera hipótesis. El grado de práctica del cutting es “moderado”.

La primera hipótesis se acepta pues los datos recogidos (cuadro 1), coincide con lo esperado en dicha hipótesis ya que la mayor parte de los adolescentes de la muestra (85%) se ubica en la categoría de práctica del cutting de forma “moderada”.

Segunda hipótesis. El clima social familiar es “promedio”.

La segunda hipótesis se rechaza, pues los datos recogidos (cuadro 5), indican que el porcentaje mayor es el de la categoría “clima social bajo”, con el 52.5%. Es decir, que el ambiente familiar promedio de los adolescentes que practican el cutting es malo. Los miembros de la familia tienden a estar distanciados emocionalmente y pueden experimentar un sentido de aislamiento y desconexión.

Tercera hipótesis. Se destacan estos trastornos de la personalidad: Paranoide, impulsivo y ansioso.

La tercera hipótesis se acepta parcialmente, pues en el cuadro 10 se puede apreciar que, de los tres trastornos de la personalidad supuestos en la hipótesis, dos de ellos fueron confirmados (impulsivo y ansioso) y el tercero no (paranoide), pues los datos del mencionado cuadro indican que los trastornos más representativos son: impulsivo, trastorno límite de la personalidad y ansioso. Los adolescentes de la muestra, en primer lugar, son impulsivos, no miden las consecuencias, actúan precipitadamente; en segundo lugar, son ansiosos, permanecen en un nivel de alerta y susceptibilidad muy alto; y en tercer lugar presentan los síntomas del trastorno límite de la personalidad, lo cual les torna inestables emocionalmente y con serias dificultades para controlar la ira, la tristeza o la ansiedad.

Cuarta hipótesis. El grado de impulsividad es alto.

La cuarta hipótesis se acepta, ya que los datos expuestos en el cuadro 14, así lo confirman, en vista que los adolescentes de la muestra en un 55% se ubican en la categoría de impulsividad alta, tal como lo afirma la hipótesis. Esto significa que más de la mitad de los adolescentes de la muestra se caracterizan por marcada tendencia a actuar sin pensar y sin reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones de la investigación; las mismas se ordenan de acuerdo a los objetivos específicos.

Grado de práctica del cutting. En cuanto al grado de práctica de cutting la categoría más representativa es la de “práctica moderada” con el 85% de los casos. Estos adolescentes se realizan autolesiones, pero no de manera exagerada, sin llegar a poner en riesgo su vida. La mayoría de ellos se realizan cortes superficiales en los brazos y el abdomen, hasta provocar sangrado. Estos adolescentes tienen dificultades para expresar sus emociones, para establecer relaciones interpersonales saludables, se sienten aislados y solos y la autolesión les ayuda a liberar la tensión emocional, es una forma de llamar la atención o de sentirse conectados con otros.

Así mismo se pudo apreciar que las mujeres practican más el cutting que los varones, además en la categoría de cutting elevado, donde los adolescentes se realizan cortes más profundos y graves, hay más porcentaje de mujeres. La edad de mayor frecuencia en cuanto a la práctica de cutting es la de 16-17 años. De igual manera se puede indicar que el nivel educativo de los padres tiene influencia en la práctica del cutting de los hijos, pues claramente se nota que los hijos de padres de menor nivel educativo (bachilleres) presentan mayor porcentaje de autolesiones.

Clima social familiar. El clima social familiar es “bajo”. Esto significa que el ambiente familiar es malo, predomina el distanciamiento emocional, el aislamiento, la desconexión, y a falta de confianza entre los miembros de la familia. La expresión emocional también puede ser limitada, y los miembros de la familia pueden evitar hablar abiertamente sobre sus sentimientos o emociones. Además, el apoyo emocional y educativo es limitado, los miembros de la familia pueden sentir que no son valorados o apoyados en sus esfuerzos y metas personales, lo que puede afectar su autoestima y su motivación para lograr sus objetivos. La comunicación también puede ser limitada, lo que dificulta la resolución de problemas y la toma de decisiones en la familia.

Los resultados indicaron que el clima social familiar de los hogares de los varones es malo, en comparación a los hogares de las mujeres. Que el rango de edad donde hay un peor clima social familiar es el de 18-19 años, también se encontró una relación en el clima social familiar que bajo en hogares de los adolescentes, cuyos padres tienen un nivel educativo de bachilleres

Trastornos de la personalidad. Los adolescentes que practican el cutting presentan los síntomas de los siguientes trastornos de la personalidad: impulsividad, trastorno límite de la personalidad y ansioso. Esto quiere decir que los adolescentes de la muestra, en primer lugar, son impulsivos, no miden las consecuencias, actúan precipitadamente; en segundo lugar, son ansiosos, permanecen en un nivel de alerta y susceptibilidad muy alto; y en tercer lugar, presentan los síntomas del trastorno límite de la personalidad, lo cual les torna inestables emocionalmente y con serias dificultades para controlar la ira, la tristeza o la ansiedad. También es preciso aclarar que el cuestionario de Salamanca, según sus autores, es un test de screening, lo cual quiere decir que es un test de exploración previa, cuyos resultados preliminares deben ser confirmados por estudios más exhaustivos.

Grado de impulsividad. Más de la mitad de los adolescentes de la muestra (55%) se ubican en la categoría de impulsividad alta. Esto significa que estos adolescentes se caracterizan por presentar una marcada tendencia a actuar sin pensar y sin reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones. Tienen dificultad para postergar la gratificación, esto quiere decir que tienen problemas para esperar y posponer la satisfacción de sus necesidades o deseos, lo que puede llevarles a actuar irreflexivamente para satisfacer sus impulsos inmediatos. Son proclives a los comportamientos arriesgados, como conducir a alta velocidad, consumir drogas o tener relaciones sexuales sin protección. A su vez tienen bajo nivel de tolerancia a la frustración lo que les impide manejar la frustración o la incomodidad, lo que puede llegar a actuar impulsivamente para aliviar su malestar.

En relación al análisis por sexo no se encontraron diferencias significativas en cuanto la impulsividad. Se encontró que el máximo grado de impulsividad se da en las edades de 18-19 años. Así mismo se evidenció que a medida que sube el nivel educativo de los padres, también sube el nivel de impulsividad de los hijos.

6.2. RECOMENDACIONES

Después de haber concluido con el trabajo se presentan las siguientes recomendaciones:

A las personas que participaron en la investigación a tiempo de darles las gracias por su colaboración, se les recomienda consultar asistencia psicológica para poder superar el problema que presentan. En todas ellas se ha percibido un gran potencial y ganas de vivir y por tanto, es necesario darse una nueva oportunidad y buscar ayuda profesional. Uno de los rasgos de las personas que padecen el cutting es la dificultad para confiar en los demás y reconocer que necesitan de los otros. Es necesario superar esa susceptibilidad y buscar ayuda ya que hay muchas personas dispuestas a brindarles colaboración.

A la Carrera de Psicología se recomienda aperturar consultorios públicos para brindar ayuda a este tipo de personas, ya que muchas de ellas no cuentan con los recursos económicos para acudir a un especialista privado. La investigación ha demostrado que existe un elevado número de adolescentes que padece de este problema y, lamentablemente, ese número va en aumento, tanto en Tarija como en todo el mundo. Así mismo, comentar que los problemas principales que motivan el cutting es la mala relación con la familia y los problemas pasionales o sentimentales. En la primera situación es la mala relación con los padres, la separación de los mismos y la falta de comunicación lo que ocasiona un elevado estrés y una persistente depresión que, para ser aliviada, estos adolescentes eligen el causarse cortes para tratar de disminuir esa tensión. También se ha podido ver que muchos de los comportamientos de cutting presentes en los adolescentes, tiene como causa las relaciones sentimentales con una pareja, las mismas que generan frustración por la inmadurez propia de los adolescentes y desencadena las autolesiones como una forma de llamar la atención y buscar ayuda. En ambas situaciones la Carrera de Psicología puede ser de gran ayuda brindando orientación y asistencia profesional.

A los futuros investigadores del tema se sugiere ahondar el tema del cutting en los adolescentes, ya que es una problemática muy compleja y con múltiples conexiones a otros problemas. Particularmente, se sugiere hacer una investigación cualitativa sobre este tema ya

que cada caso es una historia de vida particular, que para ser comprendida a cabalidad se necesita ahondar en los antecedentes personales y traumas infantiles, pues en casi todos los casos estudiados se advierte una estrecha conexión del problema con situaciones críticas de la infancia.

Así mismo, se sugiere abarcar la investigación a los padres de familia, pues en todos los casos los adolescentes hacen referencia a problemas familiares. En esta investigación sólo se tiene la versión y el punto de vista de los adolescentes y no de la familia, lo cual es un factor importante para tener una apreciación objetiva del problema.

Finalmente, se sugiere tomar en cuenta la variable relación afectiva, ya que muchos de los casos estudiados tenían como motivo principal la frustración amorosa y la dificultad para entablar relaciones afectivas sanas y constructivas con el otro sexo. Muchos de los adolescentes se realizan cortes como un intento de llamar la atención de su pareja y reclamar ayuda. Las variables celos y dependencia emocional, también deben ser estudiadas, ya que tienen estrecha relación con este problema y en nuestra investigación no han sido tomadas en cuenta.