



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

NARRATIVAS DE MALESTAR MASCULINAS DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Tesis para optar al

Grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil

Valeria Brito González

Profesora Guía: Dra. Vania Martínez

Comisión Examinadora:

Dr. Pablo Reyes

Dra. Marianella Abarzúa

Santiago de Chile, julio año 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi familia que me formó en mis valores y preocupación por el otro, y que me inspiran a crecer de manera integral, especialmente a mi hermana por ser mi guía en esta vida.

A mis amigas por el apoyo incondicionalidad durante esta etapa y el regalo de tener su amistad.

A los 11 jóvenes que decidieron ser parte de este estudio y que generosamente compartieron un pedazo de sus vidas conmigo, abriéndome una pequeña ventana para conocer el mundo de la masculinidad.

A mi profesora guía Vania Martínez, quien con su compromiso y dedicación me acompañó a lo largo de este proceso entregándome herramientas para el trabajo en temáticas complejas con jóvenes universitarios.

A la colaboración de los docentes de la Universidad de Chile, Tamara Jorquera y Claudio Duarte, y al investigador de Imhay Álvaro Jiménez, quienes desde sus áreas de especialidad compartieron su experiencia y los conocimientos necesarios para abordar este estudio de la manera más pertinente e integral.

Al Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay) por permitirme ser parte de esta investigación e integrarme a su comunidad de profesionales que me inspiran en el camino de la educación continua. Además, este estudio fue financiado por ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021_081.

Al Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), por respaldar este estudio e incorporarme a su comunidad como estudiante de magister.

A la Pontificia Universidad Católica de Chile por haberme formado con el sello de rigurosidad, ética y profesionalismo para el trabajo con personas.

Al programa de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile por permitirme conocer una escuela con un enfoque distinto y nutrir mi formación académica.

*I had a one-way ticket to a place
Where all the demons go
Where the wind don't change
And nothing in the ground can ever grow
No hope, just lies
And you're taught to cry in your pillow
But I survived*

*I'm still breathing, I'm still breathing...
I'm alive, I'm alive, I'm alive...*

*I found solace in the strangest place
Way in the back of my mind
I saw my life in a stranger's face
And it was mine*

Alive - Sia

RESUMEN

La tesis se enmarcó en el contexto de un estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud, que en Chile se llama "Estudio Longitudinal de Salud Mental en Estudiantes Universitarios (ELSAM)", que contempla la aplicación de una encuesta de salud mental a estudiantes de primer año de una universidad pública de Chile.

Tuvo por objetivo describir y analizar las narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas (en inglés *Nonsuicidal Self-Injuries*, NSSI) en jóvenes universitarios. Se buscó identificar en las narrativas los factores gatillantes e inhibidores, el rol de las redes sociales y las relaciones interpersonales, y los significados en relación con ideales, normas y valores de socialización masculinos de las NSSI. La muestra consistió en hombres biológicos con identidad de género masculina, entre 18 y 19 años, que hubieran indicado en la encuesta de ELSAM que habían tenido NSSI durante los últimos 12 meses. Se realizaron entrevistas narrativas a 11 participantes, con los cuales se logró la saturación teórica. Se utilizó metodología cualitativa, desde una epistemología constructivista, con un enfoque y análisis narrativo de los datos. En aquellos casos en que se constató algún nivel de riesgo en salud mental en los participantes, se realizó las derivaciones pertinentes.

Dentro de los principales hallazgos se encuentra la descripción de un malestar en torno a la relación entre los mandatos de masculinidad y sus NSSI. Se describe que la población masculina, en su mayoría, presenta una fuerte represión de su esfera emocional y escasas herramientas para regular estados displacenteros, escenario en donde las NSSI cumplen un rol de regulación emocional. Así mismo, destaca la gravedad y agresividad de los métodos utilizados en las NSSI, con un fuerte rechazo a su propio cuerpo a la base. Finalmente, se evidencia la importancia de destinar futuras investigaciones que contribuyan, por medio de políticas públicas, a la creación de una intervención nacional enfocada en disminuir las barreras de acceso a salud mental en población masculina y el estigma asociado a las NSSI.

Palabras Claves: conductas autolesivas no suicidas; masculinidad, investigación cualitativa; estudiantes universitarios; jóvenes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
3. RELEVANCIA DEL TEMA	16
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1. Adolescencia y Juventud	17
4.1.1. La Adolescencia: Principales teorías y conceptualizaciones	18
4.1.2. Juventud: Principales distinciones teóricas	21
4.1.3. Adulter Emergente: Un proceso de prolongación de la juventud.	23
4.1.4. El ingreso a la universidad: un hito relevante de transición.	25
4.2. Masculinidad	26
4.2.1. El mandato de Masculinidad Imperante	27
4.2.2. Masculinidad y la expresión de las emociones	30
4.2.3. Masculinidad y su relación con la violencia	31
4.2.4. Masculinidad y barreras para consultar en salud mental	32
4.3. Conductas Autolesivas No Suicidas (NSSI)¹	33
4.3.1. Historia de las NSSI	33
4.3.2. NSSI y su relación con la Conducta Suicida	35
4.3.3. Definición de las NSSI	36
4.3.4. Métodos utilizados	37
4.3.5. Prevalencia de las NSSI	38

¹ Nonsuicidal Self-Injuries (NSSI), acrónimo en inglés acuñado por la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) para referirse a las conductas autolesivas no suicidas (American Psychiatric Association, 2013).

4.3.6.	Motivaciones para realizar NSSI.....	40
4.3.7.	Trayectoria de las NSSI.....	42
4.3.8.	Factores Gatillantes e Inhibidores de las NSSI	42
4.3.9.	Diferencias de género con relación a las NSSI.....	48
4.4.	Narrativas de Malestar	49
4.4.1.	Narrativas de enfermedad.....	50
4.4.2.	La construcción social del malestar.....	51
4.4.3.	Estrategias de afrontamiento del malestar	54
5.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	56
6.	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	56
7.	MARCO METODOLÓGICO	57
7.1.	Enfoque Teórico Metodológico	57
7.2.	Descripción del Muestreo	58
7.2.1.	Criterios de inclusión.....	59
7.2.2.	Criterios de exclusión	59
7.3.	Técnica de recolección de datos	60
7.4.	Técnica de análisis	63
7.5.	Proceso de consentimiento informado	63
7.6.	Consideraciones Éticas	65
8.	RESULTADOS	66
8.1.	Caracterización de la Muestra.....	66
8.2.	Presentación de Resultados.....	67
8.2.1.	Narrativas del primer episodio de NSSI: marcas temporales y espaciales.....	68
8.2.2.	Caracterización del Malestar	71
8.2.3.	Gatillantes: Causas del Malestar	79

8.2.4.	Inhibidores: Formas de gestionar el Malestar	88
8.2.5.	Rol de las relaciones interpersonales y redes sociales frente al Malestar	95
8.2.6.	Normas y Valores Masculinos.....	100
8.2.7.	Otros significantes identificados en los relatos.	105
9.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	107
9.1.	El mandato de masculinidad: un predisponente para desarrollar NSSI.....	108
9.2.	NSSI en el ingreso a la universidad: un periodo de mayor vulnerabilidad.....	110
9.3.	NSSI como rechazo al propio cuerpo: historias de vulneración	113
9.4.	Masculinidad y NSSI: Limitaciones del sistema de salud	114
9.5.	NSSI como un cuestionamiento a su propia masculinidad.....	115
9.6.	NSSI en hombres: diferencias de género significativas.....	116
9.7.	NSSI y su relación con otros diagnósticos.....	117
9.8.	Relaciones interpersonales y NSSI: la importancia de activar la red de apoyo...	119
9.9.	Limitaciones del estudio y direcciones futuras	121
9.10.	Implicancias del estudio para la clínica.....	123
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
11.	ANEXOS	143
11.1.	Carta de Consentimiento Informado	143
11.2.	Pauta de Entrevista Narrativa.....	146
11.3.	Acta de Aprobación Proyecto de Comité de Ética.....	148

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo describir y analizar cómo son las narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas en jóvenes universitarios entre los 18 y 19 años. Junto con esto, se buscó identificar en sus relatos los factores gatillantes e inhibidores que los jóvenes reconocen en torno a sus conductas autolesivas, además de identificar en las narrativas de malestar masculinas la vinculación con el rol de las redes sociales y las relaciones interpersonales, y finalmente, identificar los significados que le dan a las conductas autolesivas no suicidas en relación con ideales, normas y valores de socialización masculinos.

El objetivo de este estudio representa un valioso aporte respecto de ciertos vacíos de conocimientos en torno a temática, esto porque la gran mayoría de los estudios en torno a las conductas autolesivas no suicidas se focalizan en muestras femeninas, encontrándose escasa bibliografía en relación a autolesiones en hombres.

El manual DSM 5 para referirse a las “conductas autolesivas no suicidas” utiliza la terminología "Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) (DSM-5, 2013). Esta abreviatura es la que se utilizará a lo largo de este documento.

La prevalencia de las NSSI en la población juvenil se ha estimado entre 40-80% en muestras clínicas (Ibáñez et al., 2012) y entre 13-29% en estudios comunitarios (Brausch y Gutiérrez, 2010).

En este documento, en primer lugar, se desarrollará el problema de investigación el cual abordará el concepto de NSSI, para luego describir la relevancia de estudiarlo en la población masculina, definiendo el concepto de masculinidades. A continuación, se definirá el objeto de estudio que son las narrativas de malestar en torno a dichas conductas. Posteriormente se desarrollará un análisis teórico de la literatura en relación a los principales conceptos que estructuran este estudio, como son el concepto de adolescencia y juventud, masculinidad, NSSI y narrativas de malestar. Luego se describirá el tipo de metodología utilizada, que corresponde a la metodología cualitativa, desde una epistemología constructivista, con un enfoque y un análisis narrativo de los datos. Se abordarán específicamente aquellas “narrativas de malestar” en cuanto a la función que cumple la narración en la persona que

padece un malestar específico en relación con las NSSI. En este sentido, este enfoque nos permitirá obtener una mirada profunda desde el relato íntimo de los jóvenes, que nos permitirá identificar aquella narración vinculada con sus NSSI. Finalmente se describirá la muestra junto con desarrollar los principales resultados, destacando aquellos hallazgos novedosos del estudio, para realizar en última instancia una integración de estos a la luz de la literatura por medio del análisis y conclusiones, así como también las implicancias clínicas y limitaciones del estudio.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A continuación, se desarrollará el problema de investigación, evidenciando la relevancia de este a la luz de los contenidos teóricos que lo sustentan. En primer lugar, se abordará el concepto de NSSI, para luego describir la relevancia de estudiar en población masculina juvenil, definiendo el concepto de masculinidades. Luego, se definirá el objeto de estudio que son las narrativas de malestar en torno a dichas conductas. Finalmente, se concluirá con la pregunta de investigación que guió este estudio.

NSSI y su relación con la ideación suicida

A nivel mundial, en el grupo de 15 a 49 años, el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte, mientras que en nuestro país sería la primera, por sobre accidentes de transportes, enfermedades cardiovasculares, cirrosis y violencia intrafamiliar (Ministerio de Salud, 2022).

En Chile, el suicidio sigue configurándose como una importante fuente de carga y mortalidad para la salud pública. Aproximadamente 1.800 personas mueren en promedio anualmente por esta causa y dichas muertes empiezan a afectar en edad temprana a la población (Ministerio de Salud, 2022). Respecto a diferencias de género esto se desarrolla en una relación de 4 es a 1, es decir, por cada mujer que muere por esta causa, 4 hombres también lo hacen y el grupo entre 25 a 29 años es el que más defunciones presenta (Ministerio de Salud, 2022).

Esta información motiva en cierta parte los objetivos de este estudio, ya que da cuenta de cómo Chile está al debe respecto a la salud mental de adolescentes y jóvenes. Es por este

motivo que el estudio se propuso investigar a esta población en potencial riesgo de su integridad física, que son justamente los jóvenes que se ubican dentro de ese rango de edad, específicamente la población masculina.

Sin embargo, dado que la temática de las conductas suicidas está ampliamente descrita en la bibliografía, este estudio se propuso abordarla desde otro fenómeno altamente relacionado, como son las NSSI. Existe suficiente evidencia para sostener que el antecedente de NSSI es uno de los más potentes predictores de suicidio. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de nueve años después de haber realizado una NSSI, el 5% de ellos habrá muerto por suicidio, en donde el mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros 6 meses luego de una autoagresión (Boxer, 2010). En esta misma línea, se ha calculado el riesgo relativo (RR) de NSSI entre aquellos adolescentes que han manifestado ideación suicida (grupo de riesgo), en relación a los que no han manifestado este tipo de ideación (grupo de no riesgo), en donde el grupo con ideación suicida tiene 12 veces más probabilidades de autolesionarse que el grupo que no reporta ese tipo de ideación (Kirchner et al., 2011). Por lo tanto, el grado de letalidad y la alta prevalencia de conductas suicidas en los adolescentes de hoy en día en Chile, le entrega un sentido de urgencia al hecho de destinar, desde un enfoque preventivo, esfuerzos de investigación a las NSSI en población adolescente, ya que éstas no sólo están fuertemente relacionadas con la conducta suicida, sino que también en sí mismas representan una conducta altamente riesgosa y relevante.

Definición de NSSI

Es necesario definir qué vamos a entender como NSSI para efectos de este estudio. En este sentido, en la terminología en inglés son usuales los conceptos “deliberate self harm”, “self destructive behaviors” y “autoinjurious behaviors”. La terminología propuesta por el manual DSM 5 para referirse a las “conductas autolesivas no suicidas” es la de “Non suicidal Self-Injuries (NSSI)” (DSM-5, 2013). Como se mencionó anteriormente, esta última abreviatura (NSSI) es la que se utilizará a lo largo del estudio para referirse a las conductas autolesivas no suicidas.

Se define la NSSI como toda conducta deliberada destinada a producir daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte, en donde la ideación y los actos que tienen

intención suicida están excluidos de esta definición (Winchel, 1991). Es esta última definición la que utilizaremos cuando nos refiramos a NSSI a lo largo de este estudio. Junto con establecer nuestra definición de NSSI, resulta relevante conocer cuál es la prevalencia de estas conductas en la población internacional y nacional.

Prevalencia

La prevalencia de NSSI en poblaciones clínicas es de 21% en adultos y entre 30-40% en adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica (Ibáñez et al., 2012). Asimismo, Brausch y Gutiérrez (2010) plantean que estudios comunitarios aplicados en población general describen que entre 13-29% de los adolescentes y entre 4-6% de los adultos ha presentado NSSI al menos una vez en la vida (Brieres, 1998).

Respecto a la prevalencia a nivel internacional, se encuentran estudios poblacionales en Alemania, donde se evidencia que las NSSI repetidas son actos realizados más de cuatro veces al año por 4,01% de la población adolescente (Brunner et al., 2007). Asimismo, en el año 2015 se reportó en España, que 32,20% de 1.864 adolescentes había tenido NSSI graves y 55,60%, NSSI en general (Calvete et al., 2015).

Motivaciones

Respecto a las interrogantes sobre cuáles son las motivaciones que llevan a un adolescente a presentar NSSI, la literatura plantea algunas hipótesis en la línea de liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad y unicidad, influenciar en otros, descargar ira, experimentar una sensación de equilibrio y regulación emocional (Rodham et al., 2005). Estudios cualitativos en torno a las NSSI refieren que éstas parecieran tener la función de proporcionar una conexión física entre uno mismo en el pasado, presente y futuro, en la forma tangible de una cicatriz que puede permanecer visible incluso cuando uno experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales inevitables que ocurren durante el desarrollo (Nock y Favazza, 2009).

Trayectoria

La bibliografía sostiene que la edad más frecuente de comienzo de las NSSI es entre los 10 y 15 años, encontrándose que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente (Whitlock, 2007). Por otro lado, ya en la adolescencia tardía (17-19 años) suele producirse un leve declive (Lloyd-Richardson et al., 2007). Sin embargo, recientes estudios sugieren evidencia de un segundo *peak*, alrededor de los 20 años. Esto, porque la transición a la universidad puede ser un evento particularmente patogénico del trauma temprano, que genera una vulnerabilidad a desarrollar NSSI en la adultez emergente (Gandhi et al., 2018). Esto le otorga relevancia a la muestra que propuso este estudio, al considerar a estudiantes de primer año que se encuentran justamente en esa transición de ingreso a la universidad, cuyos resultados podrían generar aportes preventivos para evitar el fenómeno de NSSI en su adultez emergente. Junto con eso, también se planteó que permitiría comprender qué elementos de vida acompañan el potencial declive de las NSSI, conociendo factores inhibidores que llevan a disminuir esta conducta.

Así como los factores inhibidores son un foco relevante de esta investigación, también lo son los factores predisponentes que nos permiten identificar elementos que desencadenan en los jóvenes estas conductas. Diversos autores describen dimensiones que han recibido mayor atención por parte de estudios retrospectivos, como la desregulación emocional y la impulsividad, así como también el ánimo deprimido, destacando la importancia de la presencia de “otros significativos” (familiares y amigos) que también lo hacen (Chapman et al., 2006). Dada la importancia que tienen los factores predisponentes, es relevante mantener los esfuerzos de investigación por conocer e identificar en mayor profundidad los elementos que los propios jóvenes identifican como predisponentes, así como también aquellos elementos inhibidores de las NSSI.

Diferencias de género

En relación a las características de estas conductas, también se evidencian diferencias de género. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades (Andover et al., 2010). Esta diferencia en cuanto a cómo encarna cada género dichas

conductas resulta tremendamente interesante y es uno de los principales motivos por los cuales esta investigación optó por un género en específico, el masculino, ya que buscó conocer con mayor profundidad qué características adoptan las NSSI en este género.

Por otro lado, tradicionalmente se ha descrito que las NSSI son más frecuentes en las mujeres, existiendo suficiente evidencia de esto en la población adolescente (Baetens et al., 2011). Se describe que por cada tres mujeres con NSSI existen dos hombres que realizan dichas conductas (Hawton et al., 2002). En relación con la mayor frecuencia de las NSSI en mujeres adolescentes, se ha hallado que estas diferencias de género pueden ser parcialmente explicadas por la mayor presencia de sintomatología depresiva, baja autoestima y desregulación emocional en el sexo femenino (O'Connor et al., 2009). Otra hipótesis que puede explicar esta mayor prevalencia en mujeres se relaciona con el hecho de que la mayoría de los estudios clínicos describen las características de sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que realiza dichas conductas (Villarroel et al., 2013). En este sentido, se describe que dentro de los adolescentes hombres que se autolesionan, la mitad de ellos no solicita ningún tipo de ayuda por miedo a ser estigmatizados (Ystgaard et al., 2009).

Por tanto, pareciera existir cierto sesgo a la hora de determinar la prevalencia en ambos géneros. Se puede hipotetizar que existe una aparente mayor prevalencia en mujeres, ya que son ellas quienes consultan con mayor facilidad y son los hombres quienes presentan mayor dificultad para acudir a los centros de salud primaria, por temor a ser estigmatizados. Lo anterior apoya la relevancia del problema de investigación, ya que se propuso estudiar una población que a nivel estadístico no presenta mayor prevalencia, pero si se analiza la bibliografía de manera crítica, puede ser una población que posiblemente se encuentra invisibilizada y con índices de prevalencia mayores a los que se conoce hoy en día, justamente por las barreras que presentan los hombres para acudir por ayuda a un centro de salud.

Si retomamos el dato anteriormente entregado, que puntualiza la fuerte relación entre las NSSI y las conductas suicidas, resulta alarmante considerar que se estima que, en promedio, mueren por suicidio cuatro hombres por cada mujer; mientras que lo intentan cuatro mujeres por cada hombre (Kaplan y Sadock, 2003). Por lo tanto, la importancia de esta investigación

radica principalmente en el hecho de que toma por grupo de estudio a una población posiblemente muy invisibilizada, que no está recibiendo ayuda profesional y que por sobre todo presenta una conducta que está altamente relacionada con la conducta suicida, lo cual nos habla de una población posiblemente desprotegida y en riesgo de su integridad física y psicológica.

La muestra fue seleccionada en el contexto de la encuesta de salud mental de la Organización Mundial de la Salud, que se aplicó a estudiantes de primer año de una universidad pública de Chile. Por lo tanto, se obtuvo el grupo de estudio a partir de un dispositivo no clínico, lo cual posiciona este estudio desde una mirada novedosa que permitirá visibilizar aquella población de jóvenes que refieren haber realizado NSSI y que, posiblemente, mediante esta encuesta puedan encontrar un espacio no estigmatizador que les permita abordar esta temática.

Por lo tanto, esta investigación se enfocó justamente en una población masculina que ha quedado al margen de las investigaciones, quedando posiblemente invisibilizada, constituyendo una posición de riesgo al no recibir ayuda profesional. Para esto, es relevante introducir el concepto de *masculinidad*. Un modelo amplio propone a la masculinidad como aquello que los hombres “deberían ser”. Asimismo, la teoría de roles sexuales trata la masculinidad precisamente como una norma social para la conducta de los hombres (Easthope, 1986).

Masculinidad

Al hablar de masculinidad, en sentido absoluto, se está refiriendo a una forma culturalmente específica de llevar a cabo un género. Por lo tanto, la masculinidad es la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura (Connell, 1997). En ese sentido, el género existe precisamente en la medida en que la biología no determina los aspectos sociales que lo construyen (Connell, 1997).

Por lo tanto, en base a lo anterior, la masculinidad pareciera dar cuenta de una forma específica de relacionarse con uno mismo y los otros. Ahora bien, es importante describir

cómo es que se construye dicha norma social esperada en los hombres. Se debe comenzar resaltando el carácter procesual y dinámico, por lo mismo cambiante y heterogéneo, que tiene la producción de identidades masculinas juveniles (Duarte, 2005).

Mirado desde el ciclo vital, se pueden reconocer distintos momentos en el proceso de construcción de la identidad masculina. Un primer aspecto definitorio es la relación que el niño establece con su madre, ya que ella estará marcada por la necesidad de diferenciarse para establecer su propia identidad, subrayando la diferencia con la madre: distintos cuerpos y roles en el mundo (Duarte, 2005). Luego, en el paso a la adolescencia, la tendencia a la autonomía de la familia por parte del hombre le permitirá dar cuenta de una prueba permanente a la que será sometido: demostrar que es hombre (Salas, 1996). Esto implica demostrar cualidades asociadas con la fuerza, la violencia, la agresividad, la potencia y la inteligencia (Madrigal, 2010). Se describe una necesidad compulsiva, permanente y obsesiva de estar afirmando esa virilidad (Salas, 1996).

Por lo tanto, es una construcción de identidad masculina delimitada en donde un eje vital lo cumple el cuerpo. Una de las manifestaciones más claras de la influencia patriarcal en la conformación de las identidades masculinas, reside en los tipos de relaciones que se enseñan a cada hombre con su cuerpo y con los cuerpos de los otros y otras (Duarte, 2005). Un mandato básico de la masculinidad es que el cuerpo debe ser fuerte, no se debe paralizar ante el miedo y debe demostrar su capacidad de realizar conductas límite o de riesgo (Aguirre y Güell, 2002). Este elemento del *cuerpo fuerte* resulta clave al momento de pensar en las NSSI, ya que estas justamente se inscriben dentro de la corporalidad a modo de lesiones que, se podría hipotetizar, evidencian de alguna forma la vulnerabilidad del cuerpo.

La identidad masculina no solo le exige al cuerpo ser fuerte, sino que también le exige una represión de la esfera emocional (Madrigal, 2010). Se plantea que un hombre no puede demostrar su vulnerabilidad a través de las emociones, debe resistir el dolor y no expresarlo, el hombre debe ser emocionalmente duro (Aguirre y Güell, 2002). Así, se entrena la psique en un constante autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos de afecto, ternura, debilidad, tristeza, placer, temor y amor, bajo el mandato de “diferenciarse de lo femenino” (Madrigal, 2010). Se le exige dejar fuera esas sensaciones y sentimientos, en especial aquellas que culturalmente se asocian a lo femenino y negarse, por lo tanto, a vivirlas como

una posibilidad también masculina (Duarte, 2005). En relación con esta imposición, es relevante vincularla con las NSSI, ya que estas se relacionan directamente con una dificultad de la persona para regular sus emociones.

Por otro lado, se describe la famosa tríada de la violencia en los hombres, en donde esta puede estar dirigida: hacia sí mismos (mediante diversos síntomas fisiológicos y psicológicos), hacia los otros hombres y una gran parte hacia las mujeres (en cuanto ejercicio de poder) (Kauffman,1990). Esto nos conduce a cuestionarnos acerca de cómo es que los hombres ejercen esa violencia hacia sí mismos y, dentro de ese espacio, preguntarnos cómo es que encarnan las NSSI dentro de este contexto cultural altamente exigente en relación con mandatos de un cuerpo fuerte, que no siente dolor y que además no expresa sus emociones. Pareciera haber, por tanto, una cierta tensión entre las NSSI y los mandatos de la identidad masculina que obligan al hombre a buscar formas masculinizadas de auto agredirse que sean aceptadas socialmente.

Esta imposibilidad de experimentar emocionalidad por ser un estado tradicionalmente asociado a lo femenino, en conjunto con el mandato masculino del *cuerpo fuerte* que debe tener experiencias de alto riesgo, nos lleva a hipotetizar sobre si estas experiencias de riesgo pudiesen ser acaso las formas masculinizadas que sortean los hombres para conectarse con su emocionalidad desde una performance culturalmente aceptada.

Hasta ahora, se ha propuesto la importancia de estudiar las NSSI en población masculina y, específicamente, resulta interesante conocer cómo es la vivencia subjetiva de estos jóvenes en torno a la experiencia de sus NSSI a lo largo de su vida y cómo éstas se encarnan en el contexto de su masculinidad. Para aproximarnos a estas vivencias subjetivas se propuso como principal objeto de estudio las narrativas de malestar que estos jóvenes universitarios refieren en torno a sus NSSI.

Narrativas de Malestar

El concepto de *narrativas de malestar* es una propuesta construida en base a dos grandes conceptos ampliamente descritos en la bibliografía, como son el concepto de “narrativas de enfermedad” y el concepto de “malestar”.

La narrativa es una de varias formas culturales disponibles para transmitir, expresar o formular nuestra experiencia de enfermedad y sufrimiento. La ventaja de estudiar narrativas de enfermedades es que permiten estudiar la experiencia de la enfermedad desde varios puntos de vista: como una construcción social y cultural, como transformación y expresión de sufrimiento corporal, y sobre todo como el intento de la persona que sufre de construir su propio mundo (Hydén, 1997). Las narrativas son una forma de contextualizar los eventos de la enfermedad y los síntomas de la enfermedad, al unirlos dentro de un contexto biográfico. Al tejer los hilos de eventos de enfermedades en la tela de nuestras vidas personales, los síntomas físicos se transforman en aspectos de nuestras vidas (Hydén, 1997).

Antes de la llegada del 'modelo biomédico' en la comprensión de la enfermedad, a mediados y finales del siglo XIX, la capacidad del médico para tomar una historia del paciente era primordial. Esto incluía información sobre el estilo de vida del paciente, su postura moral y el entorno más amplio en el que vivía el paciente. Con el surgimiento de la biomedicina científica, la importancia de la experiencia del paciente y, por lo tanto, su narrativa se vio disminuida (Bury, 2001). En este sentido, las narraciones de la enfermedad ofrecen una mirada a la experiencia subjetiva de la enfermedad, proporcionan una perspectiva complementaria al conocimiento biomédico adquirido a través del estudio de los procesos de la enfermedad (Kumagai, 2008).

Las narrativas de enfermedad están relacionadas, en un sentido amplio, con enfermedades, episodios enfermedades o experiencias de enfermedad, e incluso con experiencias consideradas como no saludables (Hydén, 1997). Este último punto resulta tremendamente relevante para definir nuestro objeto de estudio, puesto que el concepto de “narrativas de enfermedad” abarca incluso experiencias que se sitúan fuera de una enfermedad propiamente dicha, pero que son definidas como “no saludables”. Por lo tanto, en este terreno de experiencias “no saludables” es que se introduce el concepto de “malestar”, considerándose una propuesta más adecuada para referirnos a las NSSI, ya que el concepto de “enfermedad” no es acertado para hacer alusión a las NSSI. Se define malestar como la experiencia emocional y desagradable que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual (Hernández, 2012).

Por lo tanto, rescatamos el aporte del concepto de “narrativas de enfermedad” en cuanto a la función que cumple la narración en la persona que tiene un sufrimiento, pero ya no vinculado a una enfermedad propiamente tal, sino que acerca de un malestar específico en relación con las NSSI que presentan estos jóvenes y cómo éstas deben además sortear las imposiciones sociales en torno a su masculinidad.

Considerando que esta investigación se enmarcó y se desprendió del estudio original ELSAM del Núcleo Milenio (Imhay) el que por medio de una encuesta reunió datos cuantitativos en torno a la temática de NSSI, resultó interesante y aportador profundizar en dichos datos desde una perspectiva cualitativa.

3. RELEVANCIA DEL TEMA

Mediante este estudio, se buscó contribuir con algunos vacíos del conocimiento identificados en la revisión de la literatura en torno a la temática de NSSI, en donde existe una aparente mayor prevalencia de NSSI en mujeres que en hombres. Lo anterior se explica puesto que la gran mayoría de las investigaciones se han realizado en muestras clínicas, en donde las mujeres consultan con mayor facilidad y son los hombres quienes presentan mayor dificultad para acudir a los centros de salud, por temor a ser estigmatizados.

Por lo tanto, la relevancia del problema de investigación radica en estudiar una población que aparentemente no presenta mayor prevalencia, pero, si se analiza la bibliografía de manera crítica, puede ser una población que posiblemente se encuentra invisibilizada y con índices de prevalencia mayores a los que se conoce hoy en día, justamente por las barreras que presentan los hombres para acudir por ayuda a un centro de salud. Dicho estigma ha imposibilitado tener mayores registros y estudios en torno a las NSSI en población masculina, lo que refuerza la importancia de focalizar este estudio en ellos. Sumado a todo lo anterior, la muestra toma mayor relevancia cuando la bibliografía evidencia también la fuerte correlación entre NSSI y conductas suicidas, por lo tanto, es una población que puede estar presentando un posible riesgo inminente de su integridad. Además de su fuerte relación con el comportamiento suicida, las NSSI representan en sí mismas una problemática importante que causa un daño tanto físico como psicológico, generando altos montos de angustia en la

persona. Si consideramos además que el estudio se focalizó no sólo en población masculina, sino que más específicamente en población universitaria, toma mayor importancia la necesidad de este estudio, puesto que la literatura muestra que la etapa de la juventud y el ingreso a la universidad son factores de riesgos y de mayor vulnerabilidad para la salud mental.

Como se mencionó anteriormente, la mayor parte de las investigaciones en torno a la temática se han realizado en muestras clínicas, por lo tanto, este estudio representa un aporte novedoso al estudiar una muestra no clínica como lo son los estudiantes universitarios. Junto con esto, la investigación representa un valioso aporte a la clínica, puesto que identifica un amplio abanico de motivaciones por las cuales los jóvenes realizan sus NSSI que resultan novedosas respecto a lo que se conocía en la bibliografía previa, además de reconocer diversos métodos utilizados por los hombres en donde destacan la alta carga de agresividad. Junto con lo anterior, el estudio identificó aquellos factores predisponentes e inhibidores de las NSSI, elementos que permiten incorporar en el trabajo clínico una intervención preventiva en esta población.

Finalmente, considerando que esta investigación se enmarca y se desprende del estudio original ELSAM del Núcleo Milenio (Imhay), el que por medio de una encuesta reunió datos cuantitativos en torno a la temática de NSSI, este estudio resulta interesante puesto que complementa dichos datos desde una perspectiva cualitativa.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Adolescencia y Juventud

Resulta pertinente comenzar contextualizando la etapa del ciclo vital en la que se encuentran transitando los participantes en que se enfoca este estudio, que son los jóvenes universitarios. En este sentido corresponde comenzar profundizando teóricamente respecto al concepto de adolescencia puesto que es la etapa en que se encuentran algunos de los entrevistados y también es la etapa en la que la gran mayoría de ellos tuvieron e iniciaron las NSSI, para luego abordar el concepto de juventud que corresponde a la etapa actual de

gran parte de los entrevistados del momento en que participaron del estudio. Así mismo, se abordará el concepto “adulthood emergente” como una reciente propuesta teórica que describe con mayor precisión la etapa a la que adscribe la muestra del estudio. Finalmente, es relevante describir el proceso de ingreso a la universidad como un hito determinante que se encuentran viviendo los estudiantes que participaron de este estudio.

Junto con esto, resulta relevante abordar la etapa del ciclo vital de la juventud y adolescencia, no solamente porque es la etapa que cursan los participantes del estudio, sino que también por su fuerte relación con las NSSI. La bibliografía relata que la prevalencia de trastornos de salud mental aumenta en la adolescencia y juventud, en donde las NSSI son especialmente prevalentes en este momento evolutivo, convirtiéndose en un periodo relevante tanto para la investigación como para la atención clínica (Díaz de Neira et al., 2015).

4.1.1. La Adolescencia: Principales teorías y conceptualizaciones

La revisión bibliográfica respecto a la adolescencia deja en evidencia, algo que plantea Lozano (2014) quien sostiene que es un tema que provoca un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, instituciones ciudadanas y políticas, puesto que no existe una teoría única correcta sobre el desarrollo adolescente. Kimmel y Weiner (1998) coinciden con lo anterior, ya que plantean que al momento de definir adolescencia incluso existen ciertas formulaciones teóricas que parecen contradecirse o utilizar los mismos términos para designar cosas distintas. Es por esto que el profesor Bueno (1996) citado por Lozano (2014) propone que los rasgos propios de la adolescencia son muy heterogéneos y variables y que no deben ser entendidos como predicados permanentes e inmutables, sino como realidades cambiantes en el mismo curso histórico de la adolescencia.

Una forma clarificadora de comenzar a entender el concepto de adolescencia es la que propone Dávila (2004) al describir ciertos enfoques desde los cuales se puede caracterizar el concepto de adolescencia y que se describen a continuación.

En primer lugar, Florenzano (1997) defiende el *punto de vista biológico y fisiológico*, en cuanto a desarrollo físico, describiendo que durante la adolescencia se alcanza la etapa final

del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción: pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. No se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar (Florenzano, 1997). Desde un punto de vista etario, se describe la adolescencia temprana desde los 10 a los 13-14 años, la adolescencia media desde los 14-15 a los 16-17 años y finalmente la adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante (Gaete, 2015).

Luego Dávila (2004) cita a Piaget (1980) para abordar el *punto de vista del desarrollo cognitivo o intelectual* en la adolescencia, el cual irrumpe con profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Denomina a este proceso, *período de las operaciones formales*, donde la actuación intelectual del adolescente se acerca cada vez más al modelo lógico (Piaget, 1980). Junto al desarrollo cognitivo Moreno y Del Barrio (2000) en Dávila (2004), sostienen que comienza con la adolescencia la configuración de un razonamiento social, donde el adolescente se vincula con el conocimiento del yo y los otros, la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y aceptación/negación de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo moral y valórico.

Otro enfoque que Dávila (2004) refiere importante considerar es la *teoría psicoanalítica*, la cual concibe la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que llevan a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. Erikson (1963) propone que en la adolescencia ocurre un despertar de la sexualidad y una desvinculación con la familia lo que permite que paulatinamente se vayan gestando nuevas relaciones sociales. Así mismo, Lozano (2014) plantea que Erikson (1963) es quizás el más influyente teórico dentro de la corriente psicoanalista en relación con la adolescencia, puesto que fue el inventor del concepto «crisis de identidad» en donde el individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar el peligro de la difusión de rol. Lozano (2014) también considera que es relevante mencionar a Freud, quien sostiene que la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que sigue a la fase infantil de latencia y es cuando se resuelve definitivamente la situación edípica. La misión del adolescente es lograr la primacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amado (Muuss, 1988).

En contraste con el enfoque anterior, Dávila (2004) agrega la *teoría sociológica* en donde existe la visión de que la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen del contexto social, es decir, causas sociales externas al mismo sujeto. Erikson (1963) refiere que el desarrollo del yo se caracteriza por la adquisición de una identidad según la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social o histórica. La referencia más conocida en relación con los estudios de antropología cultural es la de Mead (1990) quién intenta mostrar que las crisis emocionales del adolescente no son una realidad inevitable (de carácter psicobiológico) sino que están canalizadas socialmente. No se niega la pubertad, pero se incide en la variabilidad cultural de su reconocimiento y expresión personal (Mead, 1990). En esta misma línea Dávila (2004) propone que el concepto de adolescencia es una construcción social, en donde se reconoce que a la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, intervienen además elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro. Finalmente, cada sociedad construye su propia representación de adolescencia y define las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos a las personas en esa franja etaria y el modo como tales derechos deben ser protegidos (Ação Educativa et al., 2002 citado en Dávila, 2004).

La adolescencia se constituye como un interés de estudio con mayor fuerza a principios del siglo XX, bajo la influencia del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1904), quien la considera una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el adolescente se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Describe la adolescencia como un período personal de tendencias contradictorias, el adolescente puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desanimado; puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista (Hall, 1904).

Así mismo, la adolescencia se vincula con una etapa de alto riesgo para desarrollar conductas de riesgo como pudiesen llegar a ser las NSSI, esto se debe a una interacción entre factores neurobiológicos y psicosociales (Casey y Jones, 2010). Respecto a esto, el modelo neurobiológico del desarrollo del cerebro adolescente supone que existe un desequilibrio

entre los sistemas cerebrales que son relevantes para el procesamiento afectivo (regiones límbicas subcorticales, incluyendo la amígdala) y las áreas que controlan las respuestas emocionales (corteza prefrontal). Es posible que esta discrepancia en el desarrollo del cerebro tenga implicancias sobre la probabilidad de realizar NSSI para regular las emociones durante la adolescencia (Casey y Jones, 2010).

4.1.2. Juventud: Principales distinciones teóricas

Es relevante abordar el concepto de juventud puesto que es en esta etapa en donde se encuentran actualmente gran parte de los entrevistados, y para eso es importante diferenciar los conceptos de adolescencia y juventud, puesto que en muchas ocasiones tienden a usarse de manera sinónima y homologadas entre sí, en donde no es extraño una superposición y traslado de características de una noción a la otra, y viceversa (Dávila, 2004). La principal distinción consiste en la edad delimitada, en donde se ha utilizado la franja etaria entre los 12 y 18 años para designar la adolescencia; y para la juventud, aproximadamente entre los 15 y 29 años (Dávila, 2004). Mientras que la Organización Mundial de la Salud (1989) determina que la juventud completa un rango etario entre los 15 y 24 años.

La juventud es un significativo complejo que contiene en su intimidad las múltiples modalidades que llevan a procesar socialmente la condición de edad, tomando en cuenta la diferenciación social, la inserción en la familia y en otras instituciones, el género, el barrio o la micro cultura grupal (Margulis y Urresti, 1998).

La noción más general y usual del término juventud, se refiere a una franja de edad, un período de vida, en que se completa el desarrollo físico del individuo y ocurren una serie de transformaciones psicológicas y sociales, cuando éste abandona la infancia para procesar su entrada en el mundo adulto. La definición del tiempo de duración, de los contenidos y significados sociales de esos procesos se modifican de sociedad en sociedad y, en la misma sociedad, a lo largo del tiempo y a través de sus divisiones internas (Abramo, 1994 citado en Dávila, 2004). La condición de juventud indica, en la sociedad actual, una manera particular de estar en la vida: potencialidades, aspiraciones, requisitos, modalidades éticas y estéticas, lenguajes (Margulis y Urresti 1998).

Al igual que en el apartado anterior, Dávila (2004) propone distintas conceptualizaciones respecto a la juventud según diversos enfoques. El *enfoque psicobiológico*, caracterizando a la juventud como un período vital, centrado en los cambios psicológicos y maduración biológica del individuo. La *perspectiva antropológica-cultural* que releva la influencia sobre los jóvenes del contexto sociocultural donde se socializan. El *enfoque psicosocial o de la personalidad* ocupado de la personalidad juvenil, en cuanto sus motivaciones y actitudes. El *enfoque demográfico* que considera a la juventud como una franja etaria o un segmento de la población total, teniendo como estudio la estructura y la dinámica de las tasas vitales. El *enfoque sociológico* que otorga especial significado al proceso de incorporación del joven a la vida adulta. Y finalmente, la perspectiva *político-social* que presta atención a las formas de organización y acción de los movimientos juveniles y su influencia en la dinámica social (Gurrieri y Torres-Rivas, 1971).

Por otro lado, diversos autores describen la juventud como un periodo de transición en el paso de la infancia a la vida adulta, donde se combinan enfoques teóricos que conciben este paso como tiempo de espera antes de asumir roles y responsabilidades adultas, proceso en el cual se hace uso de una moratoria social aceptada social y culturalmente (Erikson, 1971 citado en Dávila, 2004).

Un concepto importante que aparece al momento de referirnos a la juventud es el de “construcción de identidad”, el cual representa un desafío que es común a los adolescentes y jóvenes en cuanto a la emergencia de la necesidad de diferenciarse de los demás, y por supuesto de sentirse único (Dávila, 2004).

Esto es algo en lo que coincide Le Breton (2012), puesto que describe que el joven inicia un proceso de separación de la tutela de sus padres, a la vez que cultiva una vida secreta inaccesible para éstos, a través de sus amistades, sus relaciones de pareja, sus pasatiempos, su diario íntimo o su *blog*, etc. Ya no toleran que sus padres entren en su pieza, registren sus cosas; se inventa a veces un nombre nuevo o un apodo, como para renacer; firma su cuerpo para marcarlo como propio, por medio de piercings y tatuajes, y se cubre con una segunda

piel (maneras de vestirse, de peinarse, de maquillarse, de llevar un pañuelo o un velo, marcas comerciales, etc.). La preocupación del joven es la institución de sí mismo a partir de la separación de los padres, la emancipación de la célula familiar, en otras palabras, se trata de un proceso de subjetivación. La familia deja poco a poco de ser el refugio, el centro de gravitación de la existencia del joven; sus espacios transicionales se desplazan hacia el grupo de pares (Le Breton, 2012).

En este proceso, los jóvenes buscan un reconocimiento de sí mismos, en donde observándose e identificando características propias se busca el reconocimiento de un sí mismo en los otros que resultan significativos o que se perciben con características que se desearía poseer (Dávila, 2004). En esta misma línea, se identifica que además existe un reconocimiento de sí mismo en un colectivo mayor, una identidad generacional, en un grupo social que define y que determina a su vez en el compartir una situación común de vida y convivencia que implican modos de vida, particularmente prácticas sociales juveniles y comportamientos colectivos (Dávila, 2004).

En este sentido, se plantea que cada generación es portadora de una sensibilidad distinta, de una nueva episteme, de diferentes recuerdos; y que corresponde por tanto a una expresión de una experiencia histórica (Margulis y Urresti, 1998).

4.1.3. Adulter Emergente: Un proceso de prolongación de la juventud.

Para introducir el concepto de alargamiento de la juventud, es necesario en primera instancia reconocer que, durante la adolescencia y juventud, existe una trayectoria que nos remite al tránsito desde una situación de dependencia (infancia) a una situación de emancipación o autonomía social (Redondo, 2000). Dicho tránsito se ha modificado, principalmente, por el alargamiento o prolongación de la juventud, como una fase de la vida, producto de una mayor permanencia en el sistema educativo, el retraso en su inserción sociolaboral y de conformación de familia propia, mayor dependencia respecto a sus hogares de orígenes y menor autonomía o emancipación residencial (Dávila, 2004).

Esto es algo en lo que coincide Margulis y Urresti (1998) quienes sostienen que la juventud se presenta entonces, con frecuencia, como el período en que se posterga la asunción plena de responsabilidades económicas y familiares, en donde la moratoria social propone tiempo libre socialmente legitimado, un estadio de la vida en que se postergan las demandas, un estado de gracia durante el cual la sociedad no exige.

Este mismo proceso de prolongación de la juventud es abordado por Arnett (2000) bajo el nombre de “adulthood emergente” caracterizándose como un período evolutivo o etapa, culturalmente definida y no universal, situada entre el rango de edad de los 18 a 29 años, en el que las personas que transitan por ella no se ven a sí mismas como adolescentes, pero en su mayoría tampoco sienten que han alcanzado el estatus de la adultez. Por lo tanto, se considera un período de mayor autonomía que la adolescencia y liberado de los deberes característicos de la adultez (Arnett, 2000). Dicho periodo presenta tres características, en donde se describe la adultez emergente como un periodo de exploración, un periodo para construir la identidad y un periodo para sentirse en el medio, entre la adolescencia y la adultez. Además, desde el punto de vista de la Psicología del Desarrollo, la adultez emergente coincide con la fase universitaria (Barrera-Herrera y Vinet, 2017).

La adultez emergente se manifiesta como un fenómeno cultural en sociedades industrializadas a partir de los cambios sociodemográficos de las últimas décadas, tales como el aumento del acceso a la educación universitaria, el aumento de la fuerza laboral, y la postergación de hitos como el matrimonio y tener hijos (Arnett, 2000).

A este respecto, Chile no ha estado ajeno a estos cambios sociodemográficos, como lo reportan varios estudios (Cerdeira, 2008) que relatan que en las últimas décadas se ha producido un aumento de los años de escolaridad, un mayor acceso a la educación superior, y un mayor acceso al trabajo por parte de las mujeres, disminución de la tasa de hijos, y un aumento sostenido de la edad para contraer matrimonio, factores que indican una tardía entrada a la adultez, confirmando la existencia de la adultez emergente como un periodo de vida evolutivamente relevante a nivel país (Cerdeira, 2008).

Los adultos emergentes universitarios chilenos se encuentran en una etapa de transición, centrados en sí mismos, pero también en sus relaciones familiares y sociales, interesados en explorar la diversidad que se les presenta, y para ellos, aún no es tiempo para avanzar a la adultez, pues transitan por la etapa universitaria lentamente, sin apuros, viviendo el presente y sus procesos psicológicos asociados (Barrera-Herrera y Vinet, 2017).

Así, pareciera que la postergación del paso a la adultez guarda relación con una visión negativa y desafiante del futuro (Barrera-Herrera y Vinet, 2017). Los jóvenes perciben la adultez, observando el mundo adulto con cierto temor y suspicacia por las altas responsabilidades que les atribuyen y para las cuales no se sienten preparados, generándose cierta confusión en la autodefinición además de fomentar la permanencia en procesos adolescentes tales como la confusión de roles, cierta dependencia familiar y baja autonomía (Kroger, 2007).

4.1.4. El ingreso a la universidad: un hito relevante de transición.

La transición a la educación superior se define como un proceso complejo que implica la confrontación de los jóvenes con múltiples desafíos en los ámbitos emocional, social, académico e institucional. La calidad de este proceso depende de factores personales, ambientales y de la calidad de la experiencia educativa (Soares, et al., 2011).

En este sentido, estudios realizados con universitarios han reportado que los mayores estresores considerados por los estudiantes son las evaluaciones de los profesores, la sobrecarga de trabajos y el tiempo limitado para hacerlos. Por su parte, los síntomas más comunes son los problemas de concentración, la inquietud y la ansiedad (Barraza y Silerio, 2007). Además, otro estudio encontró que los retos más frecuentemente percibidos por los alumnos estaban relacionados con el manejo del tiempo y el estrés, en donde las reacciones psicológicas que más se encontraron entre los estudiantes fueron ansiedad, angustia o desesperación y el desgano por realizar labores fue la reacción comportamental más reportada. Por último, la somnolencia o necesidad de dormir fue la reacción física más identificada por los estudiantes (Boullosa, 2013).

Como se ha visto, la vida universitaria implica desafíos que involucran aspectos académicos e institucionales referidos a nuevos sistemas de evaluación y de enseñanza, pero también aquellos relacionados con la toma de decisiones vocacionales, el aprovechamiento de los recursos que ofrece la institución y las nuevas formas de relacionarse con la familia, los profesores y los pares, quienes generan el proceso de consolidación de la identidad y la necesidad de afrontamiento efectivo (Márquez et al., 2009 en Chau y Saravia, 2014).

El estudiante que se inicia en la educación superior debe enfrentar por primera vez muchos estresores nuevos. El ingreso universitario puede ser considerado como una “crisis vital”, es decir, una situación estresante pero esperable de la vida que conlleva cierto riesgo psíquico. En efecto, durante este proceso de separación, transición e incorporación a un nuevo entorno educativo y social, muchos estudiantes experimentan dificultades de adaptación que pueden obstaculizar su ingreso a la universidad (Medrano y Flores, 2017).

En esta misma línea Arnett (2015) sostiene que los años universitarios constituyen un período único para el crecimiento personal caracterizado por la exploración y las oportunidades en el desarrollo de la identidad, las relaciones interpersonales y románticas y el entusiasmo por las perspectivas ocupacionales futuras. Sin embargo, este es también un período de mayor inestabilidad e incertidumbre en donde la presión académica, la confusión de identidad, las preocupaciones sobre las relaciones, las dificultades financieras y la incertidumbre sobre el empleo futuro pueden combinarse para hacer de este un momento estresante. La investigación muestra que los estudiantes universitarios corren el riesgo de sufrir una amplia gama de problemas de salud mental, sin embargo, pocos estudiantes están dispuestos a buscar ayuda. En consecuencia, los estudiantes pudiesen utilizar comportamientos que regulan las emociones, como las NSSI, para hacer frente a experiencias estresantes relacionadas con la universidad (American College Health Association et al., 2018).

4.2. Masculinidad

En continuidad con el capítulo anterior, este capítulo busca acercarnos con mayor precisión a las características de la muestra del estudio, en donde como definimos anteriormente se trata de jóvenes universitarios, específicamente, centrado en hombres. La importancia de

centrar el estudio en la población masculina radica en que ha sido un grupo de estudio que ha quedado al margen de la mayoría de las investigaciones en relación con las NSSI, las cuáles se centran en estudio de muestras clínicas que no representan a la población masculina por las barreras que presentan para solicitar ayuda, quedando posiblemente invisibilizadas y constituyendo un factor de riesgo al no recibir ayuda profesional.

4.2.1. El Mandato de Masculinidad Imperante

Como ya se ha explicado anteriormente, masculinidad se está refiriendo a una forma culturalmente específica de llevar a cabo un género, las prácticas por las cuales los hombres se comprometen con esa posición de género y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura (Connell,1997).

Un modelo amplio propone a la masculinidad como aquello que los hombres “deberían ser”, asimismo, la teoría de roles sexuales trata la masculinidad precisamente como una norma social para la conducta de los hombres (Easthope, 1986). En ese sentido, el género existe precisamente en la medida que la biología no determina los aspectos sociales que lo construyen (Connell,1997).

Por lo tanto, en base a lo anterior, la masculinidad pareciera dar cuenta de una forma específica de relacionarse con uno mismo y los otros. Ahora bien, es importante describir cómo es que se construye dicha norma social esperada en los hombres. Se debe comenzar resaltando el carácter procesual y dinámico, por lo mismo cambiante y heterogéneo, que tiene la producción de identidades masculinas juveniles (Duarte, 2005).

En este sentido, Le Breton (2012) plantea que la identidad sexuada se construye primero en la familia, a través de una multitud de micro actitudes que le enseñan rápidamente al niño a situarse como varón o hembra: las costumbres, vestimentarias, las dinámicas lúdicas y de entretenimiento, etc. Las imitaciones, las identificaciones y los aprendizajes, le dan el último toque a ese proceso en donde rápidamente los niños cargan afectivamente las categorías morales que simbolizan el hecho de ser hombre o mujer y se asimilan a ellas, tal como clasifican a los otros de acuerdo con esa pertenencia (Braconnier, 1998 citado en Le Breton, 2012).

Mirado desde el ciclo vital, se pueden reconocer distintos momentos en el proceso de construcción de la identidad masculina. Un primer aspecto definitorio es la relación que el niño establece con su madre, ya que ella estará marcada por la necesidad de diferenciarse para establecer su propia identidad, subrayando la diferencia con la madre: distintos cuerpos y roles en el mundo (Duarte, 2005). Luego, en el paso a la adolescencia, la tendencia a la autonomía de la familia por parte del hombre le permitirá dar cuenta de una prueba permanente a la que será sometido: demostrar que es hombre (Salas 1996). Esto implica demostrar cualidades asociadas con la fuerza, la violencia, la agresividad, la potencia y la inteligencia (Madrigal, 2010). Se describe una necesidad compulsiva, permanente y obsesiva de estar afirmando esa virilidad (Salas 1996).

En este proceso de construcción social Le Breton (2012) coincide en que el niño entiende rápidamente que conviene ser agresivo, “no dejarse pasar a llevar”, “tener temperamento”, imponer su voluntad, hacerse presente, reprimir el dolor o el cansancio, tener un vocabulario “viril” y escatológico. La niña, por su parte, es sometida a un entorno educativo inverso; aprende más bien la paciencia, a mostrar la tristeza más que el enojo, a llorar más que a patear. De este modo, toda la educación moldea, inconsciente e intencionalmente a la vez, maneras de ser culturales que producen un cuerpo de mujer y un cuerpo de hombre.

Lo anterior es algo en lo que también coincide Segato (2018) quién introduce el concepto de mandato de masculinidad, el cual exige al hombre probarse hombre todo el tiempo; porque la masculinidad, es un estatus, una jerarquía de prestigio, se adquiere como un título y se debe renovar y comprobar su vigencia como tal. Respecto a esto último, a diferencia de la niña, cuya femineidad aparece con su primera menstruación, para el niño la masculinidad debe conquistarse. Ésta se instituye claramente a través de innumerables pruebas o ritos de tránsito que deben cumplir ante la mirada de otros hombres; requiere así un trabajo cultural (Gilmore, 1990).

Segato (2018) complementa esto proponiendo que existe una suerte de "formación" del hombre, que lo conduce a una estructura de la personalidad fuertemente asociada a la formación militar: mostrar y demostrar que se tiene "la piel gruesa", encallecida, que se ha sido capaz de abolir dentro de sí la vulnerabilidad que llamamos "compasión" y, por lo tanto, que se es capaz de realizar actos crueles con muy baja sensibilidad a sus efectos. Todo esto

forma parte de la historia de la masculinidad, que es también la historia de la vida del soldado (Segato, 2018).

En este proceso de construcción de identidad masculina toma gran importancia el rol que cumple el cuerpo. Una de las manifestaciones más claras de la influencia patriarcal en la conformación de las identidades masculinas, reside en los tipos de relaciones que se enseñan a cada hombre con su cuerpo y con los cuerpos de los otros y otras (Duarte, 2005).

Un mandato básico de la masculinidad es que el cuerpo debe ser fuerte, no se debe paralizar ante el miedo y debe demostrar su capacidad de realizar conductas límite o de riesgos (Aguirre y Güell, 2002). Este elemento del *cuerpo fuerte* resulta clave al momento de pensar en las NSSI, ya que estas justamente se inscriben dentro de la corporalidad a modo de lesiones que, se podría hipotetizar, evidencian de alguna forma la vulnerabilidad del cuerpo (Aguirre y Güell, 2002).

Por otro lado, Segato (2018) plantea que la primera víctima del mandato de masculinidad son los mismos hombres, puesto que existe una violencia de género que es intra género, que la violencia contra las mujeres se deriva de la violencia entre hombres, de las formas de coacción que sufren para que no se esquiven a riesgo de perder su título de participación en el estatus masculino, confundido atávicamente con la propia participación en el estatus de la humanidad- de la lealtad a la corporación, a su mandato, a su estructura jerárquica, a su repertorio de exigencias y probaciones, a la emulación de una modelización de lo masculino encamada por sus miembros paradigmáticos (Segato, 2018). Respecto a esto, Le Breton (2012) coincide en que los árbitros de las pruebas de masculinidad son los otros muchachos; las demostraciones masculinas son homosociales, solo apuntan al reconocimiento de los pares. Se trata de ser hombre ante la mirada de otros hombres, el primer deber para un hombre es: no ser mujer”, dice Stoller (1989) citado en Le Breton (2012).

Lo anterior, muy contrario a lo que ocurre en el caso de las mujeres, en donde antes dificultades vitales a estas se les permite formas de amistad, de vincularidad, que le permiten encontrar apoyo y contención en los grupos de mujeres, a diferencia del caso de los hombres que en esta cofradía que demanda una alta lealtad se deben preocupar de mantener su honra como hombre (Segato, 2018).

4.2.2. Masculinidad y la expresión de las emociones

Un lineamiento importante que impone este mandato de masculinidad se relaciona con las emociones y la expresión de los sentimientos, en donde existe una marcada represión de la esfera emocional (Madrigal, 2010). Se plantea que un hombre no puede demostrar su vulnerabilidad a través de las emociones, debe resistir el dolor y no expresarlo, el hombre debe ser emocionalmente duro (Aguirre y Güell, 2002). Así, se entrena la psique en un constante autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos de afecto, ternura, debilidad, tristeza, placer, temor y amor, bajo el mandato de “diferenciarse de lo femenino” (Madrigal, 2010). Se le exige dejar fuera esas sensaciones y sentimientos, en especial aquellas que culturalmente se asocian a lo femenino y negarse, por lo tanto, a vivirlas como una posibilidad también masculina (Duarte, 2005). En relación con esta imposición, es relevante vincularla con las NSSI, ya que estas se relacionan directamente con una dificultad de la persona para regular sus emociones.

Esto es algo en lo que coincide Cleary (2005) puesto que plantean que perseguir un patrón hegemónico de masculinidad lleva a los hombres a ver las emociones dolorosas como débiles y contrarias a un proyecto de demostración de masculinidad.

Lo anterior Segato (2018) lo vincula directamente con su afirmación de que las primeras víctimas del mandato de masculinidad son los hombres. La autora plantea que los hombres viven menos en todos los países del mundo, puesto que sufren y no pueden percibir su propio sufrimiento, por lo que tampoco pueden tratarlo. Al no poder expresarlo, cancelan la percepción de su dolor físico y de su dolor psíquico. El narcisismo masculino, como ha explicado Kaja Silverman en su *Male Subjectivity at the Margins* (1992) citado en Segato (2018), hace que el hombre no pueda tener consciencia de lo que le falta, pues clausura, enmascara y silencia sus carencias. El hombre, en su narcisismo, no puede ver de frente su propia falta, no puede enfrentarse con su fragilidad, su insuficiencia, tiene que escenificarse, dramatizarse ante los otros en completitud (Segato, 2018).

En esta misma línea Richardson et al. (2021) plantean que los hombres pueden llegar a tener dificultades para reconocer que están angustiados y malinterpretar los cambios en sus pensamientos y estado de ánimo. En este sentido a menudo se sienten más cómodos al

describir los síntomas de la enfermedad mental en términos de síntomas físicos en oposición a síntomas emocionales (Danielsson y Johansson, 2005).

Lo anterior se puede entender desde los planteamientos de Hochschild (1983) quienes sostienen que a los hombres no se les exige que realicen el mismo grado de esfuerzo que las mujeres para manejar las emociones en las relaciones sociales, o el "trabajo de las emociones". La racionalidad en este sentido es utilizada para afirmar la superioridad de los hombres y la emocionalidad utilizada para afirmar una idea de la mujer inferior (River y Flood, 2021).

4.2.3. Masculinidad y su relación con la violencia.

Otro aspecto importante que se relaciona con la masculinidad y sus mandatos tiene relación con la agresividad y la violencia. Respecto a esto Segato (2018) sostiene que la masculinidad está más disponible para la crueldad porque la socialización y entrenamiento para la vida del sujeto que deberá cargar el fardo de la masculinidad lo obliga a desarrollar una afinidad significativa entre masculinidad y guerra, entre masculinidad y crueldad, entre masculinidad y distanciamiento, entre masculinidad y baja empatía (Segato, 2018).

Por otro lado, se describe la famosa tríada de la violencia en los hombres, en donde esta puede estar dirigida: hacia sí mismos (mediante diversos síntomas fisiológicos y psicológicos), hacia otros hombres y una gran parte hacia las mujeres (en cuanto ejercicio de poder) (Kauffman, 1999). Esto nos conduce a cuestionarnos acerca de cómo es que los hombres ejercen esa violencia hacia sí mismos, y dentro de ese espacio preguntarnos cómo es que encarnan las NSSI.

Resulta pertinente incorporar los postulados de River y Flood (2021) quienes indagan respecto a la relación entre la masculinidad y la violencia, identificando que los hombres pueden redirigir la angustia emocional hacia acciones que afirmen la masculinidad, como la agresión o la violencia. En este sentido, se plantea la vía de la violencia como un camino que viene a reforzar su masculinidad, en donde los hombres pueden llegar a movilizar emociones como la ira como un medio para demostrar la masculinidad, redirigiendo los sentimientos de angustia hacia la agresión y la violencia.

Esto puesto que, durante la infancia, la gran mayoría de los hombres aprendieron que expresar emociones como el miedo y la tristeza reducía la posición masculina, mientras que la movilización de emociones como la ira y la rabia a través de actos de violencia podría mejorar la condición masculina (River y Flood, 2021).

4.2.4. Masculinidad y barreras para consultar en salud mental

Todo lo expuesto anteriormente da cuenta de las exigencias que este mandato de masculinidad le impone a los hombres y una consecuencia de este proceso se relaciona con las dificultades y barreras que esto les genera al momento de consultar en salud mental.

Los hombres guiados por ideales masculinos dominantes tienen más probabilidades de valorar el ser “fuertes y silenciosos”, esto nos da como resultado tasas más bajas de búsqueda de ayuda y, de manera más informal, una tendencia a evitar hablar sobre las emociones o reconocer los problemas (Courtenay, 2000). En esta misma línea, Investigaciones anteriores también han identificado barreras particulares para buscar ayuda entre los hombres jóvenes, incluido el miedo a ser diagnosticados con una enfermedad mental, sentir que “no hay lugar para la debilidad” y una vergüenza intensa (Player et al., 2015).

Otra de las creencias que sostiene estas barreras para pedir ayuda es el miedo a ser una carga para amigos o familiares, lo cual está relacionado con la noción de autosuficiencia, ya que muchos reconocieron que necesitaban ayuda, pero se mostraron reacios o temerosos de admitir esto o no querían ser vistos como un fracaso (Chandler, 2021).

Esta negociación continua de silencio de los hombres en algunos espacios, con algunas personas, puede entenderse en términos de mantener relaciones de poder de género. Como tal, la vergüenza puede verse como productiva - permitiendo y alentando el silencio, que puede mantener el poder, permitiendo que los hombres sigan presentándose - a algunas personas y en algunos contextos - como 'fuertes y silenciosos' (Courtenay, 2000).

Esta noción es abordada en parte por campañas públicas de salud mental que buscan reformular el 'hablar' o la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental como valientes. Sin embargo, el autor plantea que siguen existiendo desincentivos poderosos y no reconocidos para que los hombres revelen sus luchas: en algunos contextos, algunos hombres

pueden perder estatus, privilegio o poder al admitir "debilidades" o aspectos vergonzosos de sus experiencias (Chandler, 2021).

4.3. Conductas Autolesivas No Suicidas (NSSI)

A lo largo del marco teórico se ha ido desarrollando y acotando cada vez más las características de la muestra del estudio de manera de poder observar los resultados a la luz de esta revisión teórica. Luego de abordar la temática de la adolescencia y juventud, se pone el foco en la población masculina por ser un grupo de estudio escasamente abordado cuando se habla de NSSI. Durante el capítulo de masculinidad se describió aquellos mandatos de masculinidad en torno a la figura de un cuerpo fuerte que debe tener experiencias de alto riesgo, lo que nos lleva a hipotetizar acerca de si estas experiencias de riesgo pudiesen ser acaso las formas masculinizadas que sortean los hombres para conectarse con su emocionalidad desde una performance culturalmente aceptada. También se planteó la relación entre la masculinidad y violencia, lo que nos conduce a cuestionarnos acerca de cómo es que los hombres ejercen esa violencia hacia sí mismos, y dentro de ese espacio preguntarnos cómo es que encarnan las NSSI, dentro de este contexto cultural altamente exigente en relación con mandatos de un cuerpo fuerte, que no siente dolor y que además no expresa sus emociones. Pareciera haber, por tanto, una cierta tensión entre las NSSI y los mandatos de la identidad masculina que obligan al hombre a buscar formas masculinizadas de auto agredirse que sean aceptadas socialmente.

Por lo tanto, este capítulo estará enfocado en describir las principales características de las NSSI, como su historia, su definición, prevalencias, motivaciones, trayectorias, métodos y diferencias de género.

4.3.1. Historia de las NSSI

Se piensa que todos los animales poseen un impulso innato de autoconservación, el cual les permite sobrevivir y adaptarse a lo largo del tiempo. Este impulso de supervivencia ha sido un principio organizador de filósofos y científicos, quienes se han interesado por comprender los intentos por la preservación de los genes, por medio del apareamiento y selección de parejas (Nock, 2010). Sin embargo, las personas en algunas ocasiones pueden no regirse en

base a este principio organizador, llegando incluso a actuar de manera opuesta a él. En este sentido, el comportamiento que más cuesta comprender es el de las NSSI. Villarroel et al. (2013) plantea que las NSSI provocan gran impacto social, ya que la búsqueda de la sobrevivencia es un principio inherente tanto a los seres humanos como al resto de los animales. Estas se han descrito a lo largo de la historia, en donde uno de los primeros informes escritos de este comportamiento aparece en la historia bíblica de un hombre poseído por un demonio que estaba "gritando y cortándose con piedras" y posteriormente fue curado por Jesús mediante un exorcismo (Favazza, 2009). Otras descripciones de NSSI han aparecido en relatos de casos clínicos, registros antropológicos y en fuentes artísticas y literarias a lo largo de los años. Así mismo, el interés científico, clínico y social por las NSSI ha aumentado significativamente en los últimos años (Favazza, 2009).

El precursor de la investigación sobre la NSSI es K. A. Menninger mencionado en Del Rosario (2018) que en 1938 identificó que la NSSI no era un intento de suicidio, sino más bien, un mecanismo para autoaliviarse. Luego, ya en 1970 se avanzó sobre este concepto cuando teóricos de Gran Bretaña defendieron que la NSSI merecía por lo tanto una identidad propia. Así mismo, en Estados Unidos Graff y Mallin (1967) ya reconocían las NSSI como un problema del ámbito psiquiátrico que comenzaba a cronificarse. Para ese entonces, la gravedad de la NSSI como una alteración psicológica no podía estar en discusión, ya que se había enfrentado como un comportamiento peligroso, que además contiene un riesgo activo por su gradual crecimiento a nivel de prevalencia (Conterio et al, 1999).

En los inicios de los años 80, los investigadores Pattinson y Kahan (1983) publicaron un trabajo sobre las NSSI describiéndolas como un patrón habitual en la adolescencia tardía, con episodios recurrentes de baja letalidad. Durante aquellos tiempos, inspirados por el psicoanálisis las NSSI comenzaron a ser fuertemente asociadas como un síntoma del trastorno límite de la personalidad (Gilman, 2013). Con relación a esto, cuando se integra el trastorno límite de la personalidad en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) integra en su descripción la condición de que frecuentemente existe un impulso y comportamiento impredecible que era potencialmente autodestructivo físicamente (American Psychiatric Association, 1980). Sin embargo, es durante los años 90

y en la cuarta edición del DSM los investigadores Pattison y Kahan (1983), propusieron por primera vez que las NSSI deberían estar clasificadas como un síndrome independiente distinto del trastorno de personalidad límite (Favazza, 1996).

Finalmente, el año 2013 en la quinta versión del DSM-5 se incluye una nueva categoría asociada a aquellas afecciones que necesitan más estudios y que se encuentran en discusión para ser incluidas en el futuro como trastorno, en donde las NSSI pertenecen justamente a esta categoría (American Psychiatric Association, 2013).

4.3.2. NSSI y su relación con la Conducta Suicida

En Chile aproximadamente 1800 personas mueren en promedio anualmente por suicidio y el grupo entre 25 a 29 años es el que más defunciones presenta, seguido por el grupo de 20 a 24 años (Ministerio de Salud, 2022).

Aunque el comportamiento de NSSI es conceptualmente diferente del suicidio, varios estudios muestran una relación muy estrecha entre los dos comportamientos, y algunos investigadores incluso sugieren un continuum entre los dos comportamientos, ya que ambos implican una autoinflcción de daño, que se diferencian por la gravedad de la lesión causada (Stanley, 1992).

Se sabe que el antecedente de NSSI es uno de los más potentes predictores de muerte por suicidio en donde, como se mencionó anteriormente, estudios de seguimiento señalan que alrededor de nueve años después de haber realizado un acto de NSSI, el 5% de los ellos habrá muerto por suicidio y el mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros 6 meses luego de una autoagresión (Cooper et al., 2005) En esta misma línea Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) mostraron que entre los jóvenes que se autolesionaron un alto porcentaje había presentado en algún momento ideación suicida (83%), mientras que entre aquellos que no se autolesionaron el porcentaje, si bien era alto, bajaba hasta el 29%.

Así, la alta mortalidad y prevalencia de conductas suicidas entre los adolescentes chilenos en la actualidad otorga un sentido de urgencia para contribuir, desde un enfoque preventivo, a los esfuerzos de investigación sobre las NSSI en la comunidad adolescente, ya que no solo están íntimamente relacionadas con suicidio, sino que también representa un comportamiento

muy arriesgado y relevante en sí mismo (Guertin et al., 2001). Autores consideran que el comportamiento autolesivo se encuentra tanto en población general como psiquiátrica y hay autores que incluso proponen que se considere un síndrome por sí mismo (Muehlenkamp, 2005).

4.3.3. Definición de las NSSI

Resulta necesario delimitar qué se va a entender por NSSI tanto en su terminología como en su definición. En primer lugar, los términos existentes en la literatura para referirse a las NSSI varían en función de la localización geográfica. Por una parte, en Europa y Australia se utilizaba el término “deliberate self-harm” refiriéndose a las conductas que tienen relación con las lesiones que se auto inflige la persona tanto si existe o no intención suicida (Madge et al., 2008). Por otro lado, investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y Canadá donde se utiliza el término “nonsuicidal self-injury” que excluye las conductas con intención suicida (Nock, 2010).

Respeto a términos en español se encuentran los conceptos de auto-agresión, auto-agresión deliberada, auto-lesión, conducta auto-lesiva, comportamientos parasuicidas, conductas autodestructivas, violencia autodirigida (Suárez et al., 2016). Estas diferencias en su conceptualización han dificultado la investigación hasta que finalmente se incluyen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM- 5) bajo el término de "Non suicidal Self-Injuries" abreviado en las iniciales “NSSI” que se utilizarán a lo largo del estudio (American Psychiatric Association, 2013). Otra terminología utilizada para referirse a las NSSI es la de Conductas Autolesivas Sin Intención Suicida utilizando la sigla CASIS (Del Rosario et. al, 2018).

En segundo lugar, respecto a la definición de NSSI está recorre una historia de distintas conceptualizaciones como fueron descritas anteriormente en el apartado de historia de las NSSI. Finalmente, la definición que destaca como más actualizada y que se utilizará para efectos de este estudio es la que Nock (2010) plantea al describirla como todos los comportamientos que se realizan intencionalmente y con el conocimiento de que pueden o darán como resultado algún grado de daño físico o psicológico a uno mismo, por lo tanto, existe una destrucción directa y deliberada del tejido corporal en ausencia de cualquier

intención de morir. En este sentido, la ideación y los actos que tienen intención suicida están excluidos de esta definición (Herpertz, 1995). Así mismo, de estas conductas quedan excluidos también los actos de excitación sexual y métodos indirectos, como alteraciones en la alimentación y abuso de sustancias tóxicas para el organismo, así como las prácticas y rituales culturales. La exclusión de los ritos culturales obedece a que estas prácticas en su mayoría tienen un importante simbolismo, por lo tanto, no se consideran como transgresiones puesto que están encuadradas en un contenido de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros (Del rosario, et. al 2018). Estas no incluyen tampoco la sobre ingestas medicamentosas o envenenamientos con intencionalidad autolítica, porque tanto los estudios como el DSM-5 no consideran estas conductas dentro de la definición de NSSI (Mollá et, al, 2015).

Finalmente, junto con establecer la terminología y definición de NSSI que se utilizará para efectos de este estudio, resulta relevante conocer cuáles son los principales métodos utilizados por los jóvenes para realizar estas NSSI.

4.3.4. Métodos utilizados

La literatura describe un abanico importante de diversos métodos que utilizan los jóvenes para llevar a cabo sus NSSI, en donde el método más común descrito en casi todos los estudios es cortarse o tallarse con un objeto afilado, como un cuchillo o una navaja (Favazza 1996). Otros métodos comunes incluyen rascarse o raspar la piel hasta que sangra, quemar la piel e insertar objetos debajo de la piel y con menos frecuencia se describen también métodos como golpearse, morderse, rascarse las heridas y arrancarse los cabellos (Nock, 2010). Así mismo, se agregan otros métodos como arañazos, impedir la cicatrización de heridas, talla de palabras o símbolos en la propia piel (tallarse), golpearse en diversas partes del cuerpo, clavarse agujas, las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.), hacerse quemaduras con cigarrillos e irritaciones con material químico, tales como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 1999).

Respecto a las áreas del cuerpo en donde se llevan a cabo las NSSI un extenso estudio con universitarios observó que las áreas del cuerpo con mayor probabilidad de lesionarse eran los brazos, seguido de las manos, las muñecas, los muslos y el estómago (Whitlock et al., 2006).

Existen ciertos comportamientos que quedan excluidos de la categoría de métodos de NSSI, como el uso de sustancias, tales como el abuso del alcohol, los atracones de comida, y las purgas no son consideradas NSSI dado que el daño resultante suele ser un efecto colateral no intencionado (Klonske, 2007). Asimismo, las perforaciones del cuerpo y los tatuajes no son típicamente considerados NSSI, porque son formas de expresión cultural o artística socialmente no sancionadas. Sin embargo, los límites no siempre están bien definidos, puesto que en algunos casos comportamientos que generalmente quedarían fuera de los límites de la autolesión pueden ser considerados como tal, si se realizan con la intención explícita de causar daños en los tejidos (Klonske, 2007).

Si bien las NSSI son realizadas por un pequeño segmento de la población general, gran parte de la población participa en conductas que indirectamente nos causan algún grado de daño físico o psicológico. Por ejemplo, podemos beber alcohol, comer alimentos ricos en grasas, fumar tabaco, etc. (Nock, 2010). Sin embargo, por lo general estos comportamientos no se realizan con la intención de causarnos daño a nosotros mismos, sino que se realizan porque dan como resultado placer y disfrute, y el daño resultante es un efecto secundario indirecto e involuntario. Estos comportamientos normalmente no se denominan NSSI, sino más bien comportamientos indirectamente autodestructivos o simplemente nocivos para la salud (Nock, 2010).

No existe un sistema formal para clasificar los otros subtipos de NSSI, sin embargo, existe un acuerdo general entre investigadores y médicos en que el comportamiento típicamente varía en una escala de leve (p. ej., baja frecuencia y gravedad), a moderado (p. ej., más frecuente y grave, que quizás requiera atención médica), a grave (p. ej., alta frecuencia, lesión grave y deterioro importante) (Nock, 2010).

Por lo tanto, junto con conocer los principales métodos utilizados por los jóvenes para realizar NSSI, resulta relevante conocer cuál es la prevalencia de estas conductas en la población nacional e internacional.

4.3.5. Prevalencia de las NSSI

La prevalencia de NSSI en poblaciones clínicas indica que el 21 % de los adultos y el 30-40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han

provocado alguna conducta autolesiva (Briere, 1998). En esta misma línea, otros autores identifican una prevalencia aún mayor en adolescentes de muestras clínicas que rodean el 40-80% (Ibáñez, et. 2012). Por otro lado, estudios de base comunitaria aplicados a población general describen que del 13 al 29% de los adolescentes y del 4 al 6% de los adultos han demostrado esta conducta al menos una vez en la vida (Brausch y Gutiérrez, 2010). Así mismo, estudios en población no clínica identifican una prevalencia de 7,5-8% en preadolescentes, llegando a un 12-28% en adolescentes (Ibáñez, et. 2012).

En cuanto a la prevalencia, a nivel internacional existen estudios poblacionales en Alemania que muestran que las NSSI repetidas son conductas que se realizan más de 4 veces al año por el 4,01% de la población, el número de adolescentes. Del mismo modo, en 2015, España informó que el 32,20% de 1.864 adolescentes había experimentado NSSI. Por otro lado, un estudio de 2016 realizado en la Ciudad de México reportó que el 27,90% de los adolescentes se autolesionan (Calvete et al., 2015). Estudios en muestras comunitarias indican que aproximadamente del 13% al 45% de los adolescentes (Lloyd-Richardson et al., 2007) y el 4% de los adultos declaran haberse autolesionado en algún momento de su vida. Estas tasas son aún más altas entre las muestras clínicas de adolescentes (40–60%) y adultos (19–25%) (Briere y Gil, 1998).

Por otro lado, la literatura describe que la gran mayoría de individuos que se producen NSSI no buscan asistencia clínica, lo cual resulta preocupante si consideramos que la prevalencia en muestras no clínicas es del 13 - 28%, esto da cuenta de una manifestación conductual prevalente que muchas veces puede pasar desapercibido (Mollá et al., 2015).

Independientemente de la verdadera prevalencia de las NSSI, lo que sí es evidente es que este comportamiento se produce a un ritmo alarmantemente alto, ya que incluso las estimaciones de prevalencias más bajas obtenidas de los estudios existentes sugieren que las NSSI se producen con más frecuencia que una amplia gama de otros trastornos mentales incluidas la anorexia y la bulimia nerviosa (< 2%), trastorno de pánico (<2%), trastorno obsesivo compulsivo (<3%) y trastorno límite de la personalidad (2%) (American Psychiatric Association, 2000).

4.3.6. Motivaciones para realizar NSSI

Resulta interesante las interrogantes respecto a las motivaciones que llevan a un adolescente a realizar NSSI, en este sentido, la literatura plantea diversas hipótesis que vinculan la NSSI a un método para liberar tensiones, una forma de regresar a la realidad, una estrategia para establecer control, un mecanismo para sentir seguridad y unicidad, una manera de influenciar en otros, una vía para descargar ira y finalmente como una conducta que les permite experimentar una sensación de equilibrio y regulación emocional (Rodham et al., 2005).

Respecto a esto último, Nock (2010) sostiene que los pensamientos en torno a la intención de autolesionarse suelen ocurrir cuando la persona está sola y experimenta pensamientos o sentimientos negativos en respuesta a un evento estresante (Nock, 2009). Por lo tanto, la presencia de pensamientos y sentimientos negativos inmediatamente antes de autolesionarse ha sido reportada consistentemente en todos los estudios y apoya la creencia generalizada de que la NSSI se realiza en la mayoría de los casos como un medio para calmarse o buscar ayuda (Nock, 2010).

En otra línea, otro estudio cualitativo exploratorio reveló que los adolescentes reportan cada vez con mayor frecuencia que la idea de autolesionarse la obtuvieron de sus pares y los medios de comunicación (Deliberto y Nock, 2008).

En base a lo mencionado anteriormente la NSSI parecería tener dos funciones principales: en primer lugar, una función de regulación afectiva/cognitiva en la que la NSSI conduce a una disminución inmediata de un estado interno aversivo o a un aumento de un estado deseado. En segundo lugar, una función de regulación social en la que la NSSI conduce a un aumento deseado en el apoyo social o la eliminación de alguna situación social no deseada (Nock, 2010). Respecto al primer punto, se ha planteado el papel de la conducta autolesiva como estrategia de afrontamiento para autorregular estados emocionales aversivos (Hawton et al., 2002).

Por otra parte, estudios cualitativos en torno a las NSSI describen la hipótesis de que estas parecieran tener la función de proporcionar una conexión y permanencia física entre uno mismo del pasado, presente y futuro, en la forma tangible de una cicatriz que puede

permanecer visible incluso cuando uno experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales inevitables que ocurren durante el desarrollo (Nock, 2009).

Si bien resulta relevante conocer cuáles son las principales motivaciones descritas por los jóvenes para realizar estas NSSI, es igualmente importante conocer cuáles son los mecanismos por medio de los cuales estas NSSI se mantienen y persisten en la persona. Desde una perspectiva funcional, se propone comprender las NSSI como un mecanismo sujeto a cuatro posibles procesos de refuerzos. Estos procesos difieren según si el reforzamiento es positivo o negativo, y según si los sucesos posteriores tienen relación con el ámbito intrapersonal o interpersonal (Nock, 2010). Por lo tanto, la NSSI puede mantenerse mediante un refuerzo negativo intrapersonal, en el que la conducta va seguida de una disminución o cese inmediatos de los pensamientos o sentimientos aversivos (p. ej., alivio de la tensión, disminución de los sentimientos de ira). La NSSI también puede mantenerse mediante el refuerzo positivo intrapersonal, en el que la conducta es seguida por la aparición o el aumento de pensamientos o sentimientos deseados (p. ej., autoestimulación, sentirse satisfecho por haberse “castigado” a uno mismo) (Nock, 2010). Por el contrario, la NSSI puede mantenerse mediante el refuerzo positivo interpersonal, en el que el comportamiento es seguido por la ocurrencia o aumento de un evento social deseado (p. ej., atención, apoyo). Por último, la NSSI puede mantenerse mediante un refuerzo interpersonal negativo, en el que la conducta va seguida de una disminución o cese de algún evento social (p. ej., los compañeros dejan de intimidar, los padres dejan de pelear) (Nock, 2010).

Así mismo, investigadores y médicos realizan una importante distinción entre las NSSI que realizan las personas con un desarrollo típico y las NSSI que se realizan de manera estereotipada entre personas con discapacidades del desarrollo (p. ej., golpearse la cabeza con alta frecuencia), así como también de las NSSI que realizan las personas con trastornos psicóticos (p. ej., castración de un solo episodio, enucleación ocular) (Nock y Favazza, 2009).

Por otro lado, Conterio et al (1999) clasifica las intenciones de la NSSI bajo dos grandes categorías: el propósito analgésico o curativo y el comunicativo. En primer lugar, el propósito analgésico o curativo se refiere a la tranquilidad física que se percibe con la NSSI, a partir de una sensación de control, que a su vez ayuda a que las personas se sientan limpias, como si eliminaran toxinas emocionales que creen escondidas dentro de su cuerpo. En segundo lugar,

el propósito comunicativo se origina cuando las personas se autolesionan para simbolizar su estado emocional y expresar sus necesidades y deseos. A su vez, lo usan para comunicarse consigo mismos, como un autocastigo por haber hecho algo mal o también incluye la idea de comunicarse con otras personas, ya sea como un acto vengativo o un desesperado pedido de auxilio y compasión (Conterio et al, 1999).

4.3.7. Trayectoria de las NSSI

En relación con la edad de inicio de la conducta autolesiva se detecta su aparición ya en la adolescencia temprana, incluso en la niñez, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía. El informe *Truth Hurts* que la edad media a la que empieza esta conducta se sitúa en los 12 años e incluso puede detectarse en edades inferiores (Mental Health Foundation, 2006). En esta misma, otros autores sostienen que la edad más frecuente de comienzo de las NSSI es entre los 10 y 15 años, encontrando que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente (Nock y Prinstein, 2004).

Por otro lado, ya en la adolescencia tardía (17-19 años) suele producirse un leve declive (Lloyd-Richardson et al., 2007). Sin embargo, recientes estudios sugieren evidencia de un segundo *peak*, alrededor de los 20 años, esto porque la transición a la universidad puede ser un evento particularmente patogénico, que genera una vulnerabilidad a desarrollar NSSI en la adultez emergente, describiendo que la adolescencia en sí misma, aumenta el riesgo de sufrir una NSSI (Gandhi et al., 2018).

Tal como se mencionó en la problematización del estudio, lo anterior le otorga relevancia a la muestra que propuso este estudio al considerar a estudiantes de primer año que se encuentran justamente en esa transición de ingreso a la universidad, cuyos resultados podrían generar aportes preventivos para evitar el fenómeno de NSSI en su adultez emergente.

4.3.8. Factores Gatillantes e Inhibidores de las NSSI

Resulta relevante conocer los antecedentes descritos por la bibliografía respecto a los factores gatillantes e inhibidores de las NSSI, no sólo porque estos corresponden a el primer objetivo específico de este estudio, sino que también porque nos permiten visualizar las implicancias clínicas del estudio y los aportes al abordaje preventivo que se puede llevar a cabo respecto

a las NSSI en población masculina universitaria. Los factores gatillantes nos permiten identificar elementos precursores o predisponentes para el desarrollo de las NSSI y por su parte los factores inhibidores configuran aquellos elementos protectores que disminuyen la frecuencia o aparición de las NSSI.

Factores Gatillantes

Los factores gatillantes nos permiten identificar elementos predisponentes que aumentan la probabilidad de que los jóvenes desarrollen NSSI y luego funcionan también como mantenedores del comportamiento. Se describen a continuación agrupados en aquellos que corresponden a variables psicológicas de la persona, en la presencia de trastornos que están relacionados a las NSSI.

Variables Psicológicas

Existen una serie de factores de origen psicológicos en la persona asociados al desarrollo de NSSI, siendo la desregulación emocional uno de los más prevalentes según lo descrito en la literatura. Esta consiste en un déficit en la habilidad de la modulación emocional como resultado de una interacción entre la biología de una emocionalidad intensa y la presencia de un ambiente invalidante para aprender a manejar las emociones (Linehan, 1993). Dichos ambientes se caracterizan por relaciones familiares y de pares conflictivas y por la falta de apoyo para manejar las emociones (Adrián et al., 2011). En este sentido, las personas que participan en NSSI, experimentan altos niveles de afectos negativos y son excesivamente reactivas a los estímulos emocionales. En este contexto las NSSI cumplen una función reguladora que proporciona alivio emocional, reforzando así la conducta (Klonsky, 2007).

Por otro lado, existen diversos estudios clínicos y comunitarios que han hallado que aquellos adolescentes que presentan NSSI, muestran una menor autoestima y un estilo cognitivo negativo. En este sentido, se considera la baja autoestima como una variable predisponente y mantenedora de las NSSI los adolescentes presentan menor autoestima y un estilo cognitivo más negativo que los sujetos sin NSSI (Ystgaard et al., 2009). Esto es algo en lo que coincide Klonsky (2007) al sostener que las personas que se autolesionan parecen ser particularmente propensas a ser autocríticas o experimentar un enojo un disgusto intenso y autodirigido. El

autocastigo y la ira autodirigida se citan con frecuencia como motivaciones para autolesionarse.

Por otro lado, la bibliografía describe otra variable psicológica importante de mencionar que es la desesperanza, como un constructo psicológico que emerge en la adolescencia y se caracteriza por expectativas rígidas y persistentemente negativas sobre el futuro y la impotencia para cambiar los resultados futuros (Abramson et al., 1989). Estudios afirman que la desesperanza corresponde al tercer factor de riesgo más fuerte a la hora de predecir las NSSI (Fox et al., 2015).

Finalmente, estudios longitudinales demuestran que aquellos adolescentes que presentan NSSI, generalmente presentan también una historia previa de NSSI en el pasado, siendo esto el predictor más robusto de NSSI futuras (Asarnow et al., 2011). Además, como ya se ha mencionado, la historia previa de ideación y conducta suicida, así como los intentos de suicidio previos constituyen un importante factor gatillante para el desarrollo de NSSI (Franklin y Nock, 2016). En cuanto a su interacción con otras variables, se sostiene que la alta impulsividad actúa como un precursor de NSSI en aquellos sujetos que presentan adicionalmente ideación suicida (Madge et al., 2011).

Presencia de Trastornos Mentales

La asociación entre las NSSI y diversos trastornos mentales está ampliamente descrita en la literatura en numerosos estudios que han destacado la fuerte asociación entre NSSI y la presencia de un trastorno mental, en este sentido los estudios prospectivos muestran que los trastornos mentales predicen la aparición de NSSI (Kirchner et. al, 2011) El primero de ellos y el más innegable es el trastorno límite de la personalidad, en donde las NSSI corresponden a un criterio diagnóstico en el DSM-5 (Jacobson, et al., 2018).

Por otro lado, otra de las características psicopatológicas que ha recibido un gran interés de investigación es el ánimo deprimido, en donde se evidencia en aquellos jóvenes que presentan una NSSI manifiestan una mayor y más duradera sintomatología depresiva, actuando esta variable como factor predisponente y mantenedor (Ibáñez et al., 2012). Luego, otro trastorno interesante de mencionar es el de los trastornos de alimentación, la

literatura sostiene que aproximadamente el 39-70% de los pacientes que presentan un diagnóstico de Trastorno alimentario, principalmente de naturaleza bulímica, informan la presencia de NSSI (Claes et al., 2014). Numerosas investigaciones retrospectivas comunitarias indican que esta psicopatología promueve en las adolescentes una imagen corporal más negativa en comparación a los adolescentes que no presentan el trastorno (Ross et al., 2009). En este sentido, los estudios refieren que existe una asociación entre la insatisfacción corporal y las NSSI, puesto que la visión del cuerpo como objeto de desprecio facilita la destrucción del tejido (Orbach, 1996).

Una posible explicación que entregan los autores de la relación entre las NSSI y otros trastornos mentales es que el que las NSSI son causadas por los mismos factores de riesgo que comparte con otros trastornos (Kiekens et al., 2015).

Experiencias de traumas previas

En la literatura se describen diversas experiencias de trauma en la infancia que han mostrado gran correlación en el desarrollo de NSSI. En primer lugar, varias investigaciones han hallado que el abuso sexual constituye un agente precipitante de la NSSI, siendo modulada esta asociación por la presencia de psicopatología depresiva (Klonsky, 2007). Otros autores sugieren que las personas sometidas a abusos sexual infantil se involucran en una amplia gama de NSSI que les pueden servir para reducir la angustia emocional asociada al abuso (Wonderlich et. al, 1996).

Por otro lado, también hay evidencia de que la victimización escolar y otros tipos de violencia, como la física, la sexual y el acoso, son factores contextuales de riesgo que propician la ocurrencia de conductas de NSSI en los adolescentes (Landstedt y Gillander, 2010).

Dentro de las experiencias durante la infancia que sirven de bases para una tendencia en el desarrollo de las NSSI se encuentra el ser testigos o partícipes de abuso físico y agresividad, como violencia intrafamiliar, ser abusados sexualmente y/o testigos de abuso sexual en algún familiar, padecer de alguna enfermedad discapacitante, padres alcohólicos y ser elegidos

como cuidadores de sus hermanos menores o de un familiar enfermo (Albores-Gallo et al., 2014).

Relaciones Interpersonales

Uno de los factores que más interés ha despertado respecto a la etiopatogenia de las NSSI, se relaciona con la esfera de las relaciones interpersonales con la presencia de conflictos interpersonales en esta población, ya sea en el subsistema familiar o escolar. Respecto al subsistema familiar, numerosos estudios retrospectivos clínicos y comunitarios señalan que existe un clima de mayor emoción expresada en las familias de aquellos sujetos que se presentan NSSI (Tulloch et al, 2007).

En cuanto a los conflictos con el grupo de pares, la modalidad más extensamente analizada ha sido el acoso escolar (bullying). Sobre esto, diversos estudios comunitarios constatan que su frecuencia es mayor en aquellos adolescentes que presentan NSSI siendo el acoso escolar un predisponente de estas conductas (Hawton et al., 2002).

Finalmente destaca la importancia de la presencia de “otros significativos” (familiares y amigos) que también realizan estas conductas y representan una figura a imitar (Chapman et. al, 2006). Varios estudios coinciden con lo anterior y plantean que las NSSI pueden tener un efecto de contagio (Nock et al., 2009). Este se define como una conducta, afecto o actitud de una persona a la otra, donde está última no percibe influencia intencional de parte del primero (Levy y Nail, 1993).

Del mismo modo, muchos de estas adolescentes se relacionan a través de chats y foros con más gente que se autolesiona, sirviéndose de las nuevas tecnologías para compartir experiencias y/o procedimientos autolesivos (Whitlock et al., 2006). De igual forma, Whitlock et al. (2006) advirtieron de que internet se había convertido en una plataforma que refuerza estas conductas pudiendo ser un factor de contagio, a la vez que es un medio donde se busca ayuda (Whitlock et al. 2006). En esta misma línea, distintas investigaciones sobre la experiencia de personas que presentan NSSI y que están involucradas en comunidades en línea como por ejemplo foros, sugiere que estos aprendieron sobre las NSSI de sus pares, internet y películas (Hodgson, 2004).

Factores inhibidores

Los factores inhibidores corresponden a aquellos elementos protectores que ayudan a disminuir la frecuencia de las NSSI o bien su aparición. Resulta relevante comenzar mencionando que, si bien la literatura es extensa al momento de describir los factores gatillantes, esto no ocurre con los factores inhibidores, los cuales son considerablemente escasos en la bibliografía.

De la misma manera que familias invalidantes constituyen un importante factor gatillante de las NSSI, aquellas relaciones familiares de apoyo y cohesión son el mayor factor protector para los adolescentes al momento de desarrollar NSSI, llegando a ser incluso más importante que la relación con el grupo de pares (Brausch y Gutiérrez, 2010).

Por otro lado, al igual que la Desregulación Emocional constituye un factor gatillante para las NSSI, la expresión de las emociones negativas y una gestión eficaz de éstas funciona como un importante factor de protección para las NSSI (Skegg, 2005).

En otra línea, la literatura reconoce en la espiritualidad y la religión un elemento protector que se ha visto le proporciona a la persona un medio adaptativo para comprender y experimentar la vida, en esta línea Borrill et al., (2011) estudiaron que las personas que practicaban una religión (cristianos, musulmanes, hindúes) tenían menos probabilidades de informar de NSSI que las personas que no practicaban una religión.

Finalmente, se ha demostrado que los tratamientos psicológicos pueden ser un factor inhibidor que promueve la disminución de las NSSI. En este sentido, las terapias cognitivo-conductuales muestran resultados prometedores, en donde se emplean entrenamiento en habilidades y actitudes para promover la resolución de problemas del día a día en forma eficiente y eficaz, evitando la toma de decisiones impulsivas y donde se hagan integraciones y soporte, para que los adolescentes entiendan sus acciones como un producto de sus pensamientos y emociones, estrategia también llamada “terapia basada en la mentalización” (Del Rosario et al., 2018). De igual forma Molla et al. (2015) coincide en que la terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A) es el primer tratamiento eficaz para el tratamiento de las NSSI en adolescentes pero que, sin embargo, hay una alta tasa de

abandono. Por otro lado, la terapia dialéctica-conductual para adolescentes (DBT-A) ha demostrado efectividad disminución de las NSSI, con o sin intencionalidad suicida, disminución en la tasa de hospitalización psiquiátrica, disminución de síntomas asociados TLP y trastorno depresivo mayor durante el tratamiento (Molla et al., 2015).

Por lo tanto, si bien la literatura describe una amplia variedad de modalidades terapéuticas para la disminución de las NSSI, el tratamiento psicológico es complejo puesto que no existe una causa única para las NSSI. Además, se requiere son muy poco habituales las intervenciones terapéuticas específicas para las NSSI (Fischer et al., 2013).

4.3.9. Diferencias de género con relación a las NSSI

Las diferencias entre hombres y mujeres en materia de salud aparecen al principio de la adolescencia y se van incrementando con el tiempo, por lo que el sufrimiento de los jóvenes va tomando formas socialmente sexuadas (Baetens et al., 2011). Dentro de las NSSI descritas en la bibliografía, se evidencian diferencias importantes en relación con el género de la persona que las realiza. La primera se relaciona con la prevalencia de las NSSI, en donde tradicionalmente se ha descrito que las NSSI son más frecuentes en las mujeres, existiendo suficiente evidencia de esto en la población adolescente (Baetens et al., 2011). Se describe que cada tres mujeres que realizan NSSI existen dos hombres que realizan dichas conductas (Hawton et al., 2002). En esta misma línea, una revisión de Hawton y Harris (2008) centrada en las diferencias de género respecto a las NSSI a lo largo del ciclo vital, concluye que la proporción mujer - hombre es de 8 es a 1 entre los 10 y 14 años y de 3 es a 1 entre los 15 y 19. En relación con la mayor frecuencia de NSSI en mujeres adolescentes, se ha hallado que estas diferencias de género de prevalencias pueden ser parcialmente explicadas por la mayor presencia de sintomatología depresiva, baja autoestima y desregulación emocional en el sexo femenino (Chapman et al, 2006).

Otras hipótesis que pueden explicar esta mayor prevalencia en mujeres se relacionan con el hecho de que la mayoría de los estudios clínicos describen las características de sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que realiza dichas conductas (Villarroel et al., 2013). En este sentido, se describe que dentro de

los adolescentes hombres que se autolesionan, la mitad de ellos no solicita ningún tipo de ayuda por miedo a ser estigmatizados (Ystgaard et al., 2009).

Lo anterior introduce una segunda diferencia de género significativa que ya no tiene relación solamente con la prevalencia de las conductas, sino que más específicamente con las características de estas conductas. Se describe que ante situaciones de mayor demanda las mujeres se repliegan y hacen de su cuerpo un espacio de amortiguación y por el contrario los hombres se arrojan con rudeza contra el mundo con comportamientos de provocación, de desafío, de transgresión (Le Breton, 2012). Respecto a esto último, estas diferencias de género en el método que se utiliza para realizar las NSSI se podrían explicar desde la construcción de lo masculino, la cual implica siempre un esfuerzo sobre sí mismo ante la mirada de los otros, con la amenaza de no estar a la altura, es decir, prolongando la metáfora sexual, de no ser lo suficientemente “viril” para pertenecer a la “comunidad” (Le Breton, 2012). En este sentido, se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades (Whitlock, 2008).

Esto cobra mayor relevancia, si consideramos que, en promedio, llevan a cabo suicidio cuatro hombres por cada mujer; mientras que lo intentan cuatro mujeres por cada hombre (Kaplan y Sadock, 2003). Esto significa que aproximadamente el 75% del millón de muertes por suicidio anuales en todo el mundo (Organización Mundial de Salud, 2018). Dicha diferencia se puede explicar desde la noción masculina de tener que demostrar una fuerza externa y el deseo de evitar ser visto como débil debido a un intento de suicidio (Canetto y Sakinofsky, 1998). En esta misma línea Chandler (2021) afirma que es más probable que los hombres utilicen métodos más letales como las armas de fuego, esto porque un intento de suicidio puede considerarse débil y una amenaza para la masculinidad, mientras que una muerte por suicidio se considera valiente y decisivo.

4.4. Narrativas de Malestar

Hasta ahora, se ha propuesto la importancia de estudiar las NSSI en población masculina y, específicamente, resulta interesante conocer cómo son las vivencias subjetivas de estos jóvenes en torno a la experiencia de sus NSSI a lo largo de su vida y cómo éstas se encarnan

en el contexto de su masculinidad. Para aproximarnos a estas vivencias subjetivas se propuso como principal objetivo de estudio las narrativas de malestar que estos jóvenes universitarios refieren en torno a sus NSSI.

El concepto de *narrativas de malestar* es una propuesta construida en base a dos grandes conceptos ampliamente descritos en la bibliografía, como son el concepto de “narrativas de enfermedad” y el concepto de “malestar”, para luego abordar las estrategias de afrontamiento de ese malestar.

4.4.1. Narrativas de enfermedad

El concepto de narrativas ha atraído un gran interés entre los científicos, tanto de las ciencias naturales como sociales durante muchos años (Kelly y Dickinson 1997). Se afirma que la narración privilegia lo particular sobre las abstracciones y las generalidades, en donde el conocimiento producido por la narración es, en un sentido importante, anterior a otras formas de comprensión más científica (Skultans, 2000). Como señala Polkinghorne (1988) el ser humano es, por naturaleza, un ser narrativo, un animal que cuenta historias que en gran medida provienen del mundo social y cultural.

En este sentido, la narrativa se conceptualiza como algo que no refleja o describe simplemente un mundo ya creado, sino como un proceso vivido activo inseparable del yo cuando se trata de elementos autobiográficos (Kelly y Dickinson 1997). Por lo tanto, la narración nunca puede representar el mundo tal como es, sino sólo tal como se experimenta por la persona (Skultans, 2000). En este sentido, una importante característica de las narrativas es su carácter personal, son únicas e individuales en la medida en que contienen circunstancias, emociones, sentimientos y motivaciones particulares (Domínguez y Herrera, 2013).

La Etnografía, biografía e historias de vida son los métodos de investigación apropiados para crear conocimiento sobre el mundo personal del sufrimiento. Estos métodos nos permiten captar, detrás de los simples síntomas del dolor corporal psiquiátrico, el complejo interior del lenguaje de la herida, desesperación y dolor moral (Kleinman, 2020). En este sentido, la narrativa es una de varias formas culturales disponibles para transmitir, expresar o formular nuestra experiencia de enfermedad y sufrimiento (Hydén, 1997). Sumado a esto, la ventaja

de estudiar narrativas de enfermedades es que permiten estudiar la experiencia de la enfermedad desde varios puntos de vista: como una construcción social y cultural, como transformación y expresión de sufrimiento corporal, y sobre todo como el intento de la persona que sufre de construir su propio mundo (Hydén, 1997). Por lo tanto, las narrativas son una forma de contextualizar los eventos de la enfermedad y los síntomas de la enfermedad, al unirlos dentro de un contexto biográfico. Al tejer los hilos de eventos de enfermedades en la tela de nuestras vidas personales, los síntomas físicos se transforman en aspectos de nuestras vidas (Hydén, 1997).

Antes de la llegada del 'modelo biomédico' en la comprensión de la enfermedad, a mediados y finales del siglo XIX, la capacidad del médico para tomar una historia del paciente era primordial. Esto incluía información sobre el estilo de vida del paciente, su postura moral y el entorno más amplio en el que vivía el paciente. Con el surgimiento de la biomedicina científica, la importancia de la experiencia del paciente y, por lo tanto, su narrativa se vio disminuida (Bury, 2001). Lo anterior representa una importante pérdida, puesto que, las narraciones de enfermedad ofrecen un vistazo a la experiencia subjetiva de la enfermedad, proporcionan una perspectiva complementaria al conocimiento biomédico adquirido a través del estudio de los procesos de la enfermedad (Kumagai, 2008).

Se plantea que cuando las narraciones son más personales, recurren a las estructuras profundas de las culturas a las que pertenecen, en donde dicho sufrimiento personal toma una configuración de sufrimiento social en tanto ofrece una forma abreviada de referirse a la relación de una biografía cuya existencia y dirección están sobre determinadas por fuerzas políticas e históricas sobre las que el individuo no tiene control. Tales narraciones de enfermedades brindan una oportunidad para la autobiografía crítica, en donde se evidencia una historia de vida que da cuenta de las anomalías en las estructuras centrales de la sociedad (Skultans, 2000).

4.4.2. La construcción social del malestar

Las narrativas de enfermedad están relacionadas, en un sentido amplio, con enfermedades, episodios o experiencias de enfermedad, e incluso con experiencias consideradas como no saludables (Hydén, 1997). En este sentido el concepto de “narrativas de enfermedad” abarca

incluso experiencias que se sitúan fuera de una enfermedad propiamente dicha, pero que son definidas como “no saludables”. Por lo tanto, en este terreno de experiencias “no saludables” es que se introduce el concepto de “malestar”, considerándose una propuesta más adecuada para referirnos al estado emocional de las personas en torno a las NSSI, ya que el concepto de “enfermedad” no es acertado para hacer alusión a las NSSI (Hernández, 2012).

En este sentido, se define malestar como la experiencia emocional y desagradable que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual (Hernández, 2012). El término enfermedad o malestar se refiere a la experiencia humana innata de los síntomas y el sufrimiento, a cómo el enfermo y los miembros de la familia o de la red social más amplia perciben, conviven y responden a los síntomas (Kleinman, 2020).

Para adentrarnos en la experiencia de malestar que vivencia una persona, primero es importante entender cómo los síntomas y las enfermedades tienen un significado particular según las concepciones normativas del cuerpo en relación con el yo y el mundo en la cultura que habitan (Kleinman, 2020). En efecto, el padecimiento psíquico supone experiencias subjetivas cuya expresión, pudiendo llegar a constituir sintomatología, se encuentra vinculada, en otro nivel de análisis, a las condiciones históricas de lo que Freud (1930) citado en Aceituno et al. (2012) denominaba el “malestar en la cultura”.

Estos aspectos integrales de los sistemas sociales locales informan cómo nos sentimos, cómo percibimos los procesos corporales mundanos y cómo interpretar esos sentimientos y procesos. En este sentido, aprendemos cómo identificar y reaccionar ante el dolor, cómo etiquetar y comunicar la disfunción (Kleinman, 2020). En este sentido, los sistemas culturales locales proporcionan tanto el marco teórico como el guion establecido de comportamiento que debe asumir la persona para un determinado malestar o enfermedad (Kleinman, 2020). Por lo tanto, la enfermedad adquiere un significado de sufrimiento debido a la relación entre el cuerpo y el yo mediado por símbolos culturales de carácter religioso, moral o espiritual (Kleinman, 2020).

Por lo tanto, en el centro mismo de las quejas hay una estrecha integración entre los significados fisiológicos, psicológicos y sociales (Kleinman 1986 citado en Kleinman 2020). Los modismos sobre la enfermedad o malestar se cristalizan a partir de la dialéctica dinámica

entre los procesos corporales y las categorías culturales, entre la experiencia y el significado (Kleinman, 2020). En este sentido, el malestar va más allá de sus componentes puramente individuales donde el espacio “psíquico” es a la vez la traducción aparentemente “privada” de demandas que caracterizan la relación con el Otro social en la cotidianidad de la experiencia social (Aceituno et al., 2012).

En algunas culturas, los significados sobre la enfermedad pueden ser más gregarios y mundanos, y en otras pueden encarnarse como un silencio estoico (Kleinman, 2020). La comprensión de la enfermedad influye tanto en la comunicación verbal como en la no verbal, en donde existe suficiente universalidad en las expresiones faciales, movimientos corporales y vocalizaciones de angustia para que los miembros de otras comunidades sepan que estamos experimentando algún tipo de problema (Ekman 1980). Sin embargo, también hay sutilezas determinadas por nuestras experiencias pasadas, las principales preocupaciones actuales y formas prácticas de afrontar el problema (Kleinman, 2020).

Los síntomas y categorías de enfermedades y malestares traen consigo un significado cultural particularmente poderoso, por así decirlo, a menudo de tipo estigmatizante, en donde por ejemplo incluso hoy en día, la locura estigmatiza no solo a la persona enferma sino a toda la familia (Kleinman, 2020). Por otro lado, la ideología de la cultura norteamericana de libertad personal y búsqueda de la felicidad ha llegado a significar para muchos la ausencia de sufrimiento y de dolor. Este significado difiere con la expectativa en gran parte del mundo no industrializado, en donde el dolor es un componente esperado de la vida y se debe soportar en silencio (Kleinman, 2020).

Esto último da cuenta de que los significados culturales marcan a la persona doliente, imprimiéndole un significado que a menudo no es deseado y que no es fácil de evitar ni afrontar, dicha marca puede ser el estigma o la muerte social. Cualquiera que sea, el significado es ineludible, sin embargo, sus consecuencias pueden verse significativamente modificadas por el lugar que ocupa la persona en el sistema cultural local. En este sentido, las personas pueden mostrar variaciones en los recursos disponibles para resistir o reelaborar los significados culturales del malestar (Kleinman, 2020).

Lo anterior nos conduce a desarrollar entonces la importancia de los recursos personales al momento de enfrentar la carga cultural de la construcción del significado de malestar, en donde las distintas estrategias de resolución de conflictos juegan un rol importante que se describe a continuación.

4.4.3. Estrategias de afrontamiento del malestar

La bibliografía describe ampliamente cómo frente a situaciones que generan estrés, las personas suelen poner en marcha una serie de mecanismos que reciben el nombre de afrontamiento. Una de las definiciones más clásicas y comúnmente aceptadas del concepto se debe a Lazarus y Folkman (1984) para quienes el afrontamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas que son percibidas como una carga o que exceden sus recursos. Moos (1993) clasifica las estrategias de afrontamiento en estrategias de aproximación al problema (destinadas a transaccionar de forma directa con la fuente estresante) y estrategias de evitación (destinadas a estabilizar el estado emocional).

En relación con esto, en una completa revisión Ebata y Moos (1991) plantean que en el afrontamiento al estrés en la infancia y adolescencia se establecen dos tipos de estrategias. La primera corresponden a las estrategias de aproximación (especialmente la de resolución de problemas, la de reestructuración cognitiva y la de reevaluación positiva) y aquellas que se focalizan en el problema (estrategias más “activas” en el afrontamiento) están asociadas a menos psicopatología; por el contrario, las que se basan en la retirada (evitación cognitiva y conductual, aceptación resignada, descarga emocional, pensamiento basado en ilusiones y culparse o criticarse a uno mismo) y se focalizan en la emoción están más asociadas a sintomatología psicológica. Por su parte, Ebata y Moos (1991) destacan que aquellos adolescentes con síntomas de depresión y aquellos con trastornos de conducta, utilizaban más estrategias de evitación.

En complemento a lo anterior, respecto al estilo de afrontamiento centrado en la emoción los recursos más utilizados son el pensar mucho sobre las situaciones, el hecho de auto culparse, sentirse impotente, disociar, rumiar, sentir ira, consumir alcohol y finalmente, realizar NSSI (Glenn y Klonsky, 2010). Respecto a esto, hay quienes plantean que las NSSI en adolescentes

son en sí mismas estrategias de afrontamiento mal adaptativas, y que, aunque a corto plazo pueden disminuir emociones negativas y reducir el estrés psicológico, en el mediano y largo plazo causan graves consecuencias a nivel físico, psicológico y en el funcionamiento psicosocial (Guerreiro y Sampaio, 2013 citados en Suárez, 2016).

Por otro lado, las estrategias enfocadas en el problema corresponden a recursos como como hablar con alguien y reflexionar sobre la experiencia previa (Andover et al, 2007). Así, el apoyo social puede considerarse como un recurso de afrontamiento, del que las personas disponen cada vez que necesitan hacerle frente a un estrés. En este sentido, los adolescentes que se realizan NSSI reportan menos apoyo social percibido, comunicación o pertenencia a la familia, los compañeros y otras personas importantes, así como un mayor aislamiento social (Guerreiro et al, 2014 citado en Suárez, 2016). En relación con esto, el uso de estrategias de afrontamiento de tipo activo, o centrado en la solución de problemas, se relaciona con variables como alto bienestar psicológico, satisfacción con la vida, un buen nivel de adaptación, inteligencia emocional, autorregulación y mejor salud mental.

De igual forma, la resolución de problemas es considerada como un tipo de proceso de afrontamiento que en los adolescentes que repiten NSSI, parecería existir un déficit en estas habilidades, además de baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes (McMahon et al., 2013). En este sentido, el déficit en las estrategias de afrontamiento y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes se asocia con el desarrollo de NSSI, constituyendo en algunos jóvenes un método disfuncional afrontamiento al malestar emocional, puesto que algunos jóvenes declaran que tras el episodio autolesivo sienten un rápido alivio de tensión (Kirchner et. al 2011).

Respecto a esto último, Le Breton (2012) coincide con los postulados de Kirchner et. al (2011) al identificar que los comportamientos de riesgo expresan conductas en donde los jóvenes no disponen de recursos de sentido para afrontar su desasosiego desde el interior, por lo que deben expulsarlo fuera de sí mismos. La tendencia a actuar es señalada por todos los expertos en la adolescencia; actuar descarga las tensiones internas y libera la angustia a falta de poder movilizar un pensamiento sobre la situación. Los ataques al cuerpo o los comportamientos de riesgo restablecen provisoriamente una salida de menor costo ante el

presentimiento del derrumbe de sí mismo, “hacen salir” el sufrimiento que bulle en el interior (Le Breton, 2012).

En conclusión, la literatura muestra cómo los adolescentes que se autolesionan hacen uso de estrategias centradas en la emoción y la evitación, además de que presentan un déficit en cuanto a estrategias de resolución de problemas y uso del apoyo social. Es por esto, que los esfuerzos de investigación deben enfocarse en el diseño de programas que promuevan el desarrollo de competencias emocionales y estrategias de afrontamiento, que le permitan a los adolescentes hacer frente al estrés de manera más adaptativa.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La extensa bibliografía acerca de las NSSI evidencia cómo la población masculina ha quedado al margen de las investigaciones, lo cual nos lleva a elaborar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo son las narrativas de malestar masculinas de las conductas autolesivas no suicidas de jóvenes universitarios?

6. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Considerando los aspectos recientemente desarrollados, este estudio presenta los siguientes objetivos:

- Objetivo General: Describir y analizar las narrativas de malestar masculinas de las NSSI en jóvenes universitarios.
- Objetivo Específico 1: Identificar en las narrativas de malestar masculinas los factores gatillantes e inhibidores de las NSSI.
- Objetivo Específico 2: Identificar en las narrativas de malestar masculinas el rol de las redes sociales y las relaciones interpersonales (familia, grupo de pares, pareja, etc.) en las NSSI.
- Objetivo Específico 3: Identificar los significados de las narrativas de malestar de las NSSI en relación con ideales, normas y valores de socialización masculinos.

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1. Enfoque Teórico Metodológico

Para abordar los objetivos de la tesis se propuso una metodología cualitativa, específicamente con un enfoque narrativo. Los fundamentos a favor del desarrollo y el uso de la investigación narrativa surgen de la idea de que los seres humanos, individual y socialmente, viven la vida de manera narrativa (...) si estamos contruidos a través de historias o somos contadores de historias por naturaleza o, quizá ambas cosas, seguramente la narrativa debería ser una parte importante de las ciencias sociales (Sarbin, 1986). Junto con esto, la narrativa es una de las formas culturales disponibles más adecuadas para transmitir, expresar o formular nuestra experiencia de enfermedad y sufrimiento (Hydén, 1997). Estos métodos nos permiten captar, detrás de los simples síntomas del dolor corporal psiquiátrico, el complejo interior del lenguaje de la herida, desesperación y dolor moral (Kleinman, 2020).

El enfoque narrativo se enmarca dentro de una epistemología constructivista, en donde la premisa central es la construcción de la realidad (Bruner, 2004 citado en Capella, 2013). De esta manera, la narrativa es la matriz para la organización de los significados, para dar sentido a las experiencias, el mundo, los otros y nosotros mismos, siendo concebidas las personas como narradoras de sus propias historias. Junto con esto, el sujeto construye sus narrativas personales en un espacio interpersonal, siendo inseparable del contexto social y cultural donde ocurren (Bruner, 1991). Dicho de otro modo, las narraciones se consideran creaciones de las personas, construcciones narrativas a las que las personas dan forma en función de los referentes, de los marcos de interpretación que utilizan, con una determinada audiencia y en un momento y contexto particular (Domínguez y Herrera, 2013).

Así, dentro de este tipo de análisis es central el estudio de las narrativas, las que son construidas por las personas a modo de relatos o historias de una serie de eventos, considerando esencial la perspectiva del participante y la construcción de significados personales (Duero y Arce, 2007). Se abordaron específicamente aquellas “narrativas de malestar” en cuanto a la función que cumple la narración en la persona que realiza NSSI. En este sentido, este enfoque nos permitirá obtener una mirada profunda desde el relato íntimo de los jóvenes, que nos permita identificar aquella narración vinculada con sus NSSI.

Finalmente, sumado a todo lo anterior es importante considerar que esta investigación se enmarcó y se desprendió del estudio original ELSAM del Núcleo Milenio (Imhay) el cuál por medio de una encuesta reunió datos cuantitativos en torno a la temática de NSSI, por lo que resultó interesante y aportativo profundizar en dichos datos desde una perspectiva cualitativa.

7.2. Descripción del Muestreo

Se realizó un muestreo intencional en población no clínica, puesto que la muestra fue seleccionada en el contexto del estudio (ELSAM) original del Núcleo Milenio (Imhay) que consistió en la aplicación de la encuesta de salud mental en universitarios de la Organización Mundial de la Salud a estudiantes de primer año de una universidad pública de Chile. Se seleccionó a los participantes a partir del ítem NSSI ([Tabla 1](#)) que contempla cuatro preguntas destinadas a identificar la presencia de NSSI y que se describen a continuación:

Tabla 1: Ítem de NSSI de la Encuesta de Salud mental de la OMS

1. ¿Alguna vez en tu vida has hecho algo a propósito para hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir (por ejemplo, cortarte, golpearte o hacerte quemaduras)?
2. ¿Aproximadamente, ¿qué edad tenías la primera vez que hiciste algo a propósito para hacerte daño a ti mismo, sin tener intención de morir?
3. En tu vida, ¿cuántas veces has hecho algo a propósito para hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir?
4. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has hecho algo a propósito para hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir?

7.2.1. Criterios de inclusión

El primer criterio de inclusión corresponde a la respuesta de pregunta número cuatro ([p.4](#)) descrita en la [Tabla 1](#), puesto que fue requisito para participar del estudio el haber presentado una o más NSSI en los últimos 12 meses de manera de seleccionar aquellos casos que presentar NSSI actualmente.

En segundo lugar, la edad corresponde a un criterio necesario para participar en el estudio, puesto que se definió un rango de edad entre los 18 y 19 años, puesto que corresponde a la edad mayormente representativa de estudiante de primer año universitario y que además esta vinculada a la etapa de adolescencia tarde.

En tercer lugar, se seleccionó a estudiantes que declaraban un sexo biológico de hombre y que se identificarán con una identidad de género masculina.

7.2.2. Criterios de exclusión

Según los lineamientos entregados por el comité de ética, quedaron excluidos de este estudio aquellos estudiantes que se encontraban participando de otros estudios del Núcleo Milenio (Imhay), salvo el estudio (ELSAM) original del Núcleo Milenio (Imhay).

Aquellos estudiantes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión fueron contactados por la investigadora Vania Martínez a cargo del estudio original (ELSAM) del Núcleo Milenio (Imhay) vía correo electrónico para invitarlos a participar de forma voluntaria en la investigación explicándoles el objetivo del estudio y lo que implicaba su participación. Finalmente, quienes aceptaron ser parte del estudio fueron contactados por la investigadora a cargo del estudio Valeria Brito González vía correo electrónico para la toma del consentimiento informado (Anexo 1) y la coordinación de la entrevista a través de la plataforma Zoom.

Resulta relevante mencionar que, respecto al criterio de inclusión de pertenecer al género masculino, se integró dentro de las entrevistas un caso específico de un joven que declaró presentar ciertos conflictos respecto a su identidad de género. Se decide integrar el caso,

puesto que al momento de la entrevista el estudiante no declara una transición ni identificación hacia el género femenino, usando el pronombre masculino.

La selección de nuevos informantes terminó cuando las nuevas entrevistas no introdujeron nuevos aspectos respecto a la temática estudiada (Appel, 2005). Esto se conoce como “saturación teórica” y corresponde al criterio para juzgar cuándo dejar de muestrear los diferentes grupos, y es cuando no emerge ya nada nuevo (Glaser y Strauss 1967, en Flick, 2007). Por lo tanto, se utilizó el criterio de saturación teórica, la cual se logró en la entrevista número 11.

7.3. Técnica de recolección de datos

Considerando que el objeto de estudio son las narrativas de malestar de hombres en torno a las NSSI, se propuso como técnica de recolección de datos la *entrevista narrativa*. Esto, ya que las preguntas de investigación para las que se busca respuesta desde dentro de esta perspectiva contextualizan los procesos biográficos frente al fondo de circunstancias concretas y generales (Flick, 2007). Además, esta técnica de recolección de datos parece ser muy útil cuando se trabaja con un muestreo teórico, que es justamente lo que se propuso para esta investigación (Flick, 2007).

La entrevista narrativa se inicia utilizando una "pregunta generadora de narración", que se refiere al tema de estudio y está destinada a estimular el relato principal del entrevistado. Esta pregunta puede ser bastante inespecífica, por ejemplo: "Me gustaría pedirle que comenzará con la historia de su vida, o puede dirigirse a un aspecto específico, temporal y temático de la biografía del informante" (Riemann, 1987 en Flick, 2007). No existe una pregunta inicial estandarizada, sino que se deben tomar en cuenta las formas "culturales" adecuadas (Appel, 2005).

Si el entrevistado comienza una narración sobre esta pregunta, es crucial para la calidad de los datos que el entrevistador no le interrumpa u obstruya el relato con preguntas. En cambio, el entrevistador, como oyente, debe señalar (por ejemplo, por "mm" de refuerzo) que es empático con la historia narrada y la perspectiva del narrador y está intentando comprenderla (Flick, 2007). Cuando haya terminado su “historia inicial” y haya dado una señal clara

(“Bueno, eso es todo”, por ejemplo) entonces es posible pasar a la fase de seguimiento (Alheit, 2012). Esta fase se caracteriza por preguntas de narración, en la que se completan los fragmentos que no se detallaron exhaustivamente antes. El entrevistador examina otra vez fragmentos de relatos que no se hayan desarrollado todavía, o pasajes que no hayan quedado claros con otra pregunta generadora de narración (Flick, 2007). Estas son preguntas que invitan a narraciones adicionales referidas a puntos o episodios que no han sido comprensibles en el contexto global de la narración inicial, o temas que no han sido abordados completamente (Appel, 2005).

El último estadio de la entrevista es la "fase de balance". En este estadio, se toma al entrevistado como un "experto y teórico de sí mismo", se hace el balance de la historia, el 'significado' de la totalidad a su denominador común (Schütze, 1983 en Flick, 2007). En esta fase es recomendable conversar un rato más con el entrevistado después de haber hecho las preguntas y preguntar si todavía queda algo pendiente, o algo que quisiera agregar, aún después de haber apagado la grabadora (Appel, 2005).

Por lo tanto, se puede concluir que la entrevista narrativa es la técnica de recolección de datos más adecuada para el objeto de estudio, puesto que busca propiciar el desarrollo de una narración en el entrevistado, de manera obtener una narración de malestar masculina en torno a las NSSI de los jóvenes universitarios participantes.

Considerando lo anterior, a continuación, se describe las distintas etapas que desarrolló la entrevista narrativa (Anexo 2) del estudio:

1. Inicio de la entrevista

Antes de realizar la entrevista autobiográfica narrativa hay que emprender actividades para producir una situación de confianza, con actividades propias del contacto con los informantes y de informarles sobre el contexto de la investigación (Appel, 2005). En esta etapa se realizó un encuadre que contempló resolver dudas acerca del consentimiento informado (Anexo 1),

la confidencialidad de los datos, la duración de la entrevista y se explicitó su derecho a poder abandonar la entrevista si lo estimaba conveniente.

2. *Introducción*

Previo al inicio es recomendable desarrollar una conversación cotidiana que muestre que hay un interés verdadero en la persona y sus experiencias, en ese mismo sentido, el entrevistador debe reservar las preguntas más difíciles de contestar para la parte final de la entrevista, cuando ya se haya establecido un *rapport*, es decir, una relación de mutuo respeto y confianza con el entrevistado (Ibáñez y Martín 2004). Para esto se propusieron las siguientes preguntas introductorias: ¿Cuál es tu nombre?, ¿Cuántos años tienes?, ¿qué estudias?, ¿con quién vives?, ¿Tienes algún hobby?.

3. *Desarrollo*

Se inició la fase de desarrollo con la promoción del relato principal del entrevistado, para esto se propuso la *pregunta generadora de narración*: “me gustaría que pudieras contarme ¿Cómo ha sido para ti vivir estas conductas autolesivas no suicidas?”. A continuación, se procedió a la etapa de seguimiento con las *preguntas de narración*, para completar la información del relato inicial. Si bien estas preguntas se formulan de manera específica en relación con el contenido de la narración expuesta, se propusieron las siguientes preguntas como fuente de inspiración: ¿A qué edad comenzaron estas conductas autolesivas?, ¿Podrías contarme algunas de las características de estas conductas?, ¿Qué circunstancias o eventos de tu vida crees que influyeron en que iniciará estas conductas autolesivas?, ¿Qué relación pueden tener estas conductas con las redes sociales?, ¿Qué relación pueden tener estas conductas con tus amigos y personas con las que te relacionas (incluidos familiares)?, ¿Cómo crees que la masculinidad influye en tu comprensión de estas conductas? Estas propuestas de preguntas de narración fueron formuladas en función de los objetivos específicos de este estudio.

4. *Cierre*

En la fase de cierre, se entregó al entrevistado el espacio para alguna modificación que quiera realizar al relato, ya sea quitar o agregar algún elemento. Luego se le agradeció el tiempo

dedicado a esta entrevista, la confianza de haber abierto este espacio íntimo y reforzar el gran aporte que es su entrevista para esta investigación, ya que está contribuyendo a visibilizar esta temática.

7.4. Técnica de análisis

Como técnica de análisis de datos, se utilizó el análisis narrativo, que consiste en el estudio sistemático de datos narrativos (Bernasconi, 2011). Menard-Warwick (2010) lo define como el análisis de los temas, estructuras y recursos lingüísticos de narrativas construidas en el contexto de un proyecto de investigación, para entender mejor las perspectivas de los participantes. Así, dentro de este tipo de análisis es central el estudio de las narrativas, las que son construidas por las personas a modo de relatos o historias de una serie de eventos, considerando esencial la perspectiva del participante y la construcción de significados personales. Es por esto que las narrativas son la unidad fundamental de análisis, considerándose a la vez como método y como fenómeno de estudio (Pinnegar y Daynes, 2007).

Específicamente se utilizó un análisis narrativo que se centra en el contenido y significado de la narrativa, en qué se narra (temas que la organizan, secuencia de eventos, personas involucradas, etc.). En este sentido, según Riessman (2008) este método sería cercano al análisis realizado por la teoría fundamentada, pero en el análisis narrativo también se considera -con fines interpretativos- la secuencia de la narrativa completa y las referencias temporales y espaciales del relato, más que la codificación y separación en segmentos del discurso. El considerar la narrativa como un todo como fuente esencial de interpretación, sin fragmentarla, resulta central y distintivo del análisis narrativo (Riessman, 2008). Esta técnica de análisis es la más adecuada, ya que nos permitió identificar dentro de la narración de los jóvenes aquellos elementos biográficos y enriquecer la información respecto a la experiencia que relatan en relación con sus NSSI.

7.5. Proceso de consentimiento informado

El proceso de consentimiento informado tiene por objetivo velar y garantizar los derechos de las personas que participan en una investigación. La carta de consentimiento informado que

se utilizó para la investigación de “Narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas en jóvenes universitarios”, fue realizada bajo los lineamientos y requerimientos solicitados en el modelo de consentimiento informado, propuesto por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Chile, y ajustado al contexto de la investigación.

La carta de consentimiento informado comienza con una invitación al participante, en donde se evidencia que el objetivo es entregar toda la información necesaria para que los jóvenes puedan tomar la decisión libre y voluntaria de participar en este estudio. Luego se describen los objetivos del estudio, así como también los procedimientos que se llevarán a cabo y de los cuales ellos serán parte. En este sentido, se explica las condiciones de la entrevista, el tiempo que demandará, la modalidad remota en que se desarrollará, junto con los riesgos y beneficios que esta puede generar. Por otro lado, se mencionan aspectos relevantes sobre las estrategias para garantizar la confidencialidad de los datos. Finalmente, se menciona la voluntariedad de la participación del estudio, así como, el derecho a conocer los contactos de la responsable de la investigación, y del presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos” en el caso de requerir alguna información extra.

La investigadora a cargo entregó el consentimiento informado a través de un software de alta seguridad llamado Qualtrics, el cual permitió compartir la información que éste contiene, y a su vez recibir la respuesta de los participantes y toda vía online. Por lo tanto, una vez que el participante entendió toda la información contenida en este documento, y otorgó el consentimiento para participar del estudio, procedió a llenar los campos indicados para su aceptación, que constan de nombres, RUT, fecha, y la opción de aceptar o rechazar la participación.

El enlace por el cual accedieron los participantes a la carta de consentimiento informado es el siguiente: https://qfreeaccountssjc1.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_byp8jr57IU9LkJD y se puede leer también en el [Anexo 1](#).

7.6. Consideraciones Éticas

La presente investigación se enmarcó en el estudio ELSAM llevado a cabo por el Núcleo Milenio Imhay, por lo que el proyecto de tesis fue aprobado por el comité de ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, proyecto N° 181-2020 (Anexo 3).

La investigación fue llevada a cabo por la Ps. Valeria Brito estudiante de segundo año del Magíster de Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, de la Universidad de Chile con la supervisión de la Dra. Vania Martínez, psiquiatra, académica de la Facultad de Medicina y directora del Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay).

Los participantes del estudio aceptaron y firmaron previamente el consentimiento informado (Anexo 1) que considera los lineamientos dados por el Comité de Ética en investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La investigadora a cargo siempre veló por la integridad y bienestar de los participantes, propiciando un espacio de comodidad. Se anticipó que pudiese existir un riesgo, aunque mínimo, al abordar temáticas sensibles de producir malestar a nivel emocional, por lo que, se contó con un protocolo para brindar ayuda oportuna. En aquellos casos que se detectaron situaciones de riesgo en salud mental se realizó una derivación a los sistemas de salud correspondientes a cada participante.

La población que se abordó son jóvenes universitarios de primer año de pregrado de una universidad pública de Chile, que no estuvieran participando de otras intervenciones, salvo del estudio original del Núcleo Milenio (Imhay). Las entrevistas se realizaron de forma online promoviendo un espacio de seguridad y confianza, en donde se veló por la integridad física y mental de los participantes resguardando la privacidad.

Toda la información derivada de la participación en esta investigación fue conservada en forma estrictamente confidencial, lo que incluyó el acceso de los/as investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante códigos que sustituyeran nombres personales o información que pudiera identificar a la persona. Por lo que, cualquier publicación o

comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Los audios de las grabaciones fueron resguardados en plataformas digitales con acceso restringido por contraseñas del computador personal de la investigadora, se mantendrán de manera privada, no siendo en ninguna instancia divulgadas y sólo accedieron a ellas el equipo de investigación y fueron eliminadas luego de ser transcritas.

8. RESULTADOS

8.1. Caracterización de la Muestra

A continuación, se describen en la [Tabla 2](#) las principales características de la muestra utilizada por el estudio con indicadores como la edad de los participantes, su lugar de residencia habitual y la Facultad de estudio a la que pertenecen.

La muestra de este estudio consistió en un total de 11 hombres biológicos con identidad de género masculina, en donde cinco de ellos tienen 18 años y seis tienen 19 años. Respecto al lugar de residencia habitual seis de los participantes provienen de Santiago de Chile (capital), cuatro pertenecen a otras regiones del país y uno de ellos se encuentra en el extranjero. Es importante destacar que el contexto de clases en formato online y a distancia, permite que gran parte de los estudiantes se encontraran en sus lugares de residencia habituales.

Como información adicional, se sabe que, dentro de los participantes dos pertenecen a la Facultad de Economía y Negocios, dos a la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, dos a la Facultad de Arquitectura y Urbanismo, dos a la Facultad de Artes, uno a la Facultad de Medicina, otro a la Facultad de Ciencias Sociales y finalmente uno a la Facultad de Ciencia. Por lo tanto, la muestra evidencia gran diversidad de las distintas áreas de estudio como son el área científica, humanista, artística y matemática que otorga esta universidad.

Tabla 2: Descripción de los participantes

Entrevistado	Edad	Lugar de residencia	Atención en Salud Mental	Diagnostico
E.1	18	Capital	Nunca	-
E.2	18	Otra Región	En el pasado (Psicólogo)	Sin diagnostico
E.3	19	Otra Región	En el pasado (Psicólogo)	Sin diagnostico
E.4	19	Otra Región	Nunca	-
E.5	19	Capital	Nunca	-
E.6	19	Otra Región	En el pasado (Psicólogo y Psiquiatra)	Depresión
E.7	19	Otro País	Nunca	-
E.8	18	Capital	Nunca	-
E.9	18	Capital	Nunca	-
E.10	18	Capital	Nunca	-
E.11	19	Capital	Actualmente (Psicólogo)	Trastorno del espectro autista

8.2. Presentación de Resultados

A continuación, se describen los principales hallazgos del estudio, en donde se desarrollan las narrativas de malestar relatadas por jóvenes universitarios en torno a sus experiencias de NSSI vividas desde la masculinidad. Se destacan aquellos resultados novedosos que se diferencian de lo que se ha descrito hasta el momento en la literatura respecto a la temática.

Para esto se realizó un análisis narrativo de las entrevistas. Como se revisó anteriormente, éste considera la secuencia de la narración completa, con sus referencias temporales y

espaciales en el relato, considerando la narrativa como un todo sin fragmentarla ni separarla en segmentos del discurso (Riessman, 2008). Es por esto, que se realizó una aproximación inductiva a los datos, proceso del cual emergieron ciertas agrupaciones temáticas en torno a las cuales se organizó la presentación de los resultados.

En primer lugar, se describen los relatos en torno al primer episodio de NSSI recogiendo en su discurso aquellos indicadores témporo-espaciales y circunstanciales que acompañan el primer episodio. Luego se desarrollan las narrativas en torno a las principales características que tienen las NSSI en términos de su frecuencia, métodos utilizados y las emociones y sensaciones que acompañan la NSSI. Después se describen los principales elementos considerados por las narraciones como gatillantes e inhibidores de las NSSI, estableciendo una relación entre las distintas causas del malestar y las formas alternativas de gestionarlas. En esta misma línea, se identificaron cuáles son aquellas personas significativas que pueden llegar a cumplir el rol de promover o aliviar el malestar, junto con describir la relación que se considera que existe entre las redes sociales y el malestar en torno a las NSSI. Finalmente se abordan los relatos en torno a las normas y valores masculinos con relación a las NSSI identificados en los relatos de los participantes.

8.2.1. Narrativas del primer episodio de NSSI: marcas temporales y espaciales

Respecto al inicio de las NSSI, la gran mayoría de los entrevistados sitúan marcas temporales que evidencian la edad que tenían al momento de realizar estos primeros episodios, en donde la gran mayoría las enmarca entre los 12 y 17 años, y casos aislados que se alejan de esta norma relatando tanto inicios tempranos a los 10 años, así como inicios recientes a los 18 años. En relación con el primer episodio de NSSI, se describen experiencias diversas, puesto que alrededor de la mitad de los entrevistados no recuerdan con claridad el primer episodio y no logran describirlo con exactitud. Respecto a esto, el participante 3 sostiene “comenzaron en 7° básico en mi nuevo colegio, sin embargo, no recuerdo el primer episodio” (Entrevista 3). Así mismo, el participante 8 sitúa un inicio “alrededor de los 16 años” (Entrevista 8), muy distante al entrevistado 5 quien afirma “no recuerdo exactamente a qué edad empezó, pero... fue... dentro de los 10 años” (Entrevista 5). También se describen episodios donde si bien no existe una edad precisa, si está bien determinada la circunstancia, como lo relata el

entrevistado 8 “yo juego un juego (League of Legends) que, es casi parte de mi infancia, y se relaciona con el inicio de estas conductas, porque... porque es ahí donde me frustraba y no sabía qué hacer, entonces, terminaba golpeándome” (Entrevista 8).

Por otro lado, un grupo importante de los participantes describe detalladamente aquellas marcas temporales y espaciales, como la edad y en qué circunstancias ocurrió el evento, destacándose la conducta de autocortes con el uso de cuchillos, navajas y compás. Acerca de esto, el participante 1 afirma:

La primera vez fue en 7° básico (..) creo que me corté unas 6 ó 7 veces (...) era un jueves, estaba solo en mi casa, no sé de dónde saqué la idea, pero fui a la cocina, agarré un cuchillo, me encerré en la pieza de mi mamá porque es donde yo dormía y... me di muchos cortes en mi brazo derecho. (Entrevista 1)

En esta misma línea, el participante 2 relata que “fue en el colegio, en 8° básico después de que me había ido mal en una prueba (..) básicamente tomé un compás de estos para hacer circulitos, y me arañé, era un compás, no sirvió mucho así que me arañé un poco, las piernas” (Entrevista 2). Así mismo, el entrevistado 6 cuenta:

Encontré una navaja, (...) de mi papá esas para afeitarse creo, como diez tomé, era un puñado y las guardé... en la pieza, entonces lo que hacía yo era cortarme, en los brazos primero y después, para que no sangrara tanto con un algodón con alcohol me pasaba en las (heridas)... o sea, a conciencia que eso me iba a generar más dolor. (Entrevista 6)

Así mismo, el participante 9 declara haber tenido un episodio único al sostener “fue una pura ocasión, hace un año, fue como un impulso porque estaba triste y ansioso y no podía concentrar mis pensamientos” (Entrevista 9).

Por otro lado, se describen primeros episodios recientes como relata el participante 10 al comentar que “este año (a sus 18 años), me nació la necesidad (de realizar NSSI) ... cuando estoy estudiando o haciendo una prueba y necesito concentrarme” (Entrevista 10). En esta misma línea, el entrevistado 9 relata un caso de episodio único quién a sus 18 años comenta

“una pura ocasión de autolesión, a principios de este año, cuando tenía 18 años” (Entrevista 9).

Respecto a las marcas espaciales o circunstancias en que se desarrollan estos primeros episodios queda en evidencia el protagónico rol que juega la escuela y los desafíos asociados a ese espacio. En primer lugar, los recuerdos están etiquetados en función del año escolar que cursan al momento de la NSSI y directamente vinculados a estresores importantes que se desarrollan en el escenario escolar como son los cambios de colegio, las experiencias de bullying y la exigencia académica. En este sentido, el participante 4 declara “estaba en sexto básico eh... cuando empezaron a importarme más las notas” (Entrevista 4), por otro lado, el participante 8 sostiene que “en quinto básico era gordito, me molestaban y me fui cerrando y ocultando emociones, y explotaba y me terminaba golpeando” (Entrevista 8), así mismo el participante 11 relata “desde segundo medio que me empecé a autopegarme (...) me decía no te van a aceptar, estás gordo, eres feo” (Entrevista 11). Junto con esto, otra circunstancia o referencia espacial que predomina en estos primeros episodios en los entrevistados se relaciona con la posibilidad de encontrarse solo al momento de realizar la NSSI, en donde la gran mayoría sitúa la escena en su casa como relata el entrevistado 2 “yo estaba solo acá en la casa, había llegado del colegio y justo mis papás... no me acuerdo si fueron al supermercado o qué, pero... en algo que se iban a demorar mucho...” (Entrevista 2). Así mismo, el entrevistado 7 comenta “cuando me encontraba en la casa, o solo o con pocas personas para que no me encontraran haciendo eso” (Entrevista 7).

Por lo tanto, respecto al inicio y las circunstancias de las NSSI se evidencia en los relatos, en algunos un primer episodio bien delimitado y con detalles de lo ocurrido, y en otros, cierta dificultad para situar el evento, en donde más bien se le asocia en un periodo de tiempo y no se recuerda con exactitud un primer episodio. En relación con las circunstancias que acompañan el primer episodio se destaca un escenario ligado a conflictos escolares y contextos de encontrarse solos en sus casas para llevarlo a cabo.

8.2.2. Caracterización del Malestar

8.2.2.1. Discursos en torno a la frecuencia de las NSSI

Se evidencia a partir de los relatos que la frecuencia de las NSSI puede presentarse con una periodicidad que fluctúa entre día por medio hasta una vez al año, encontrándose un periodo de más alta frecuencia entre los 12 a los 14 años, y así sucesivamente una trayectoria que tiende a la disminución desde los 15 a los 16 años.

Una vez identificada la edad de inicio de sus NSSI los participantes describen que el curso que toman estas conductas presenta una frecuencia variable. Se evidencian periodos de mayor intensidad en la frecuencia de realización de estas conductas, los cuales se ubican en su mayoría entre los 12 y 14 años. En aquellos periodos se encuentra entre los participantes una fluctuación que va desde una frecuencia diaria de estas conductas a realizarlas de dos a tres veces por semana. Respecto a esto, el entrevistado 1 sostiene “En básica lo hacía día por medio, todos los días (...) en media una vez cada tres meses, cada cuatro meses” (Entrevista 1), en esta misma línea el entrevistado 6 comenta “desde los 13 años hasta como los 17 años, lo hacía constantemente, una vez a la semana, cada dos días a veces (Entrevista 6), al igual que el entrevistado 11 que describe que “en el peor momento hasta 2 veces x semana” (Entrevista 11). Esta coincidencia está asociada a elementos comunes en sus relatos relacionados a las demandas propias de la etapa del ciclo vital en que se encontraban los participantes a esas edades, ligadas a problemas en la relación con el grupo de pares, el sentido de pertenencia a un grupo y experiencias de ser víctimas de acoso escolar. En relación a esto el participante 11 relata:

A los 14 años estaba buscando aceptación social en mi curso (...) me empecé a preocupar mucho por mi cuerpo, una de las cosas que me decían era gordo, entonces, eso igual me afectaba y cuando comía, yo estaba solo o, bueno, cuando nadie me veía, mejor dicho, me empecé, me pegaba para evitar comer. (Entrevista 11)

Por otro lado, se describe un comportamiento que tiende a la disminución de la frecuencia desde los 15 años hasta los 16 años, manteniéndose episodios aislados hasta los 18 años. En aquel periodo de menor frecuencia se encuentra una periodicidad de estas conductas que fluctúa entre una vez cada 3 meses hasta una vez al año. Esto lo relata de manera clara el entrevistado 2 que afirma que sus NSSI ocurrían:

Una vez al mes (a los 14 años) ... después a los 15 ahí ya disminuyó... era ya a lo lejos cada 3 meses a lo más (...) después ya a los 16 lo hice una vez en todo ese año, fue disminuyendo (...) como borrando. (Entrevista 2)

Así mismo el entrevistado 6 cuenta que “a veces lo dejaba por largos periodos de tiempo, ¿me entiende?, como dos meses, tres meses, pero después volvía a recurrir” (Entrevista 6). Algo similar es lo descrito por el entrevistado 11 quién declara “una frecuencia de una vez al mes” (Entrevista 11). También se relatan frecuencias bajas con aquellos casos de episodios únicos como el que describe el entrevistado 9, quién a sus 18 años “una pura ocasión de autolesión, a principios de este año, cuando tenía 18 años” (Entrevista 9).

Esta coincidencia en la disminución de las frecuencias de NSSI es descrita en los relatos de los participantes como el resultado del desarrollo de otras estrategias para gestionar el malestar o bien la desaparición de los factores gatillantes de sus NSSI. Respecto a esto, el entrevistado 11 comenta:

En segundo medio me empecé a juntar más con ellos (compañeros de curso) empezamos con la calistenia, ahí me propuse una meta más... más sana (...) ahí empezó a ser más divertido. Mi profesora, cuando teníamos tiempo libre nos llevaba para meditar un poco (...) ahí empecé a estar feliz, más alegre y, por lo menos, a poder manejar mejor la situación que tenían que ver con las emociones y todo eso (...) sentirme parte de un grupo me hacía sentir bien, ya no sentía la necesidad de pegarme para aceptarme. Luego, también, una forma de desahogarme que había descubierto fue el ejercicio. En vez de estar pegándome o comer, simplemente, empezar a hacer ejercicio. (Entrevista 11).

Así mismo, el entrevistado 3 comenta:

En primero medio empecé a estudiar... algo por internet, entonces ahí fue cuando conocí a Rita Segato, el comprender que es lo que me sucedía hizo que esas situaciones (sus NSSI) pararan porque también, se sustentaban en la no comprensión de lo que me pasaba. (Entrevistado 3)

Así mismo, también existe una frecuencia que se mantiene hasta la actualidad como relata el entrevistado 5 al afirmar que "han continuado con... mis pies, con lesionarme" (Entrevista 5). De igual forma, el entrevistado 7 refiere que "lo sigo haciendo, las NSSI (Entrevista 7).

También se describe un fenómeno particular, que se relaciona con el resurgimiento de las NSSI a edades tardías vinculadas a cambios importantes en el contexto como es el ingreso a la universidad, en relación a esto el entrevistado 5 afirma "no sabría decir cuándo volví a retomar esa vieja costumbre, pero diría que fue después... después de que comencé a estudiar en la universidad" (Entrevista 5).

Por lo tanto, respecto a las narrativas en torno a las frecuencias del curso que van tomando las NSSI en los entrevistados se evidencia una periodicidad que fluctúa entre día por medio hasta una vez al año, encontrándose un periodo de más alta frecuencia entre los 12 a los 14 años, y así sucesivamente una disminución desde los 15 a los 16 años.

8.2.2.2. Relatos de los métodos utilizados para las NSSI

Dentro de los métodos que tienen estas NSSI en los participantes, se encuentra que la gran mayoría de los participantes describen como el método más utilizado los golpes sobre su propio cuerpo, específicamente sobre la cara, estómago y piernas. Luego en menor medida se encuentra entre los participantes el método de los autocortes en distintas partes del cuerpo, principalmente brazos y piernas. Finalmente, se describen casos aislados de participantes que comentan ahorcarse con las manos o cuerdas, rasguños en los brazos, cortes de circulación en órganos sexuales y sacarse la piel de los pies.

Respecto a los golpes dirigidos a objetos el entrevistado 5 cuenta que "golpeo muebles con... a puño cerrado" (Entrevista 5), así como también el entrevistado 8 comenta que "a veces como que golpeaba las paredes, entonces, al final, me terminaba haciendo daño a mí mismo. O, por frustración, querer golpear algo o no sé" (Entrevista 8). De manera similar el entrevistado 4 relata "puedo pegarme demasiado fuerte, y si no me desquito conmigo puedo romper algo, o sea una vez le pegue a la pared y hay un hoyo por ahí" (Entrevista 4).

En cuanto a los golpes autodirigidos, el entrevistado 2 describe "era como golpearme, en la cara, en el estómago y como en toda la parte superior del cuerpo" (Entrevista 2). Así mismo, el entrevistado 4 sostiene:

Quando me costaba algo me enojaba y cuando me enojaba... tenía mucha ira y trataba de desquitarme con algo y para que no se viera y para que nadie notara me pegaba a mí... más que nada en la cabeza o en las piernas. (Entrevista 4)

En esta misma línea, el entrevistado 11 relata que "empezaba con golpes en la cara o estómago, hasta que me cansaba, golpes repetidos hasta 10 veces" (Entrevista 11). Una situación relacionada es la que describe el entrevistado 8 "había veces que, no sé, me mordía los nudillos" (Entrevista 8), situación particular que se vincula con lo descrito por el entrevistado 10 al comentar:

Me daba la necesidad de sacarme un mechón de pelo, o si necesitaba concentrarme me pegaba en un moretón para estar despierto, me golpeaba en, en el hombro y se me hizo un moretón y cuando necesitaba concentrarme de nuevo, lo que hacía, era apretarme en el moretón o volver a golpearlo para que no se saliera. (Entrevista 10)

Se relata también otra forma de generarse un daño auto dirigido como lo describe el entrevistado 6 "tenemos un portón en la casa y yo había cerrado el portón y el portón se salió y yo en vez de quitarme me quedé ahí, esperando que el portón me cayera y me cayó, tuve como lesiones en las piernas" (Entrevistado 6). A propósito de las conductas de ahorcarse, el entrevistado 3 afirma "me ahorcaba con cuerdas con hilos de los polerones o cinturones, y lo hacía hasta que sentía que tenía que volver a respirar y soltaba y después me trataba de cómo

ahorcar como con las manos o con cuerdas, pero nunca queriendo suicidarme...” (Entrevista 3).

Dentro de las lesiones sobre el propio cuerpo, el entrevistado 7 relata ciertos cuestionamientos con su identidad de género que lo llevan a rechazar ciertas partes de su cuerpo, focalizando su NSSI en sus órganos sexuales, comentando:

Son exclusivamente con relación a la zona de los testículos (...) el corte de la circulación a través de un moño (elástico), casi estrangular a la bolsa del testículo, para (...) con la intención de eliminar los testículos que no...casi que siento que no... bueno, que los odio. Ya estoy casi que crucificando a la parte del cuerpo, le tengo la guerra declarada (...) llegué a hacer algo que me arrepiento, fue casi que bordear la locura, la psicopatía, no sé, caí muy bajo a mi parecer, que fue la inyección de una... en mi testículo derecho, de un líquido que había leído, que yo había visto estudios que podían detener la producción de testosterona porque... relacionado con el género, porque... bueno, hasta el día de hoy tengo esa idea de la... no sé si del transgénero, pero eso lo estoy viendo y me causó que fuera al médico, sospecharan que era un tumor, un tumor cancerígeno, no lo era. Me tuvieron que operar, actualmente, ya no tengo el testículo, lo tuvieron que extirpar. Yo sabiendo que no era cáncer, escondiendo todo, dejándolo en secreto”. (Entrevista 7)

En relación con las conductas de autocortes, el entrevistado 2 comenta “el uso de una navaja suiza que trae como rosca, cuchillo, tijera (...) mmm bueno al principio empezó lo que era brazos cosas así, después como que no sé por qué dejé de hacerlo ahí y me fui a las piernas, a los muslos específicamente” (Entrevista 2). En esta misma línea el entrevistado 9 también relata experiencias de autocortes con cuchillo, pero agrega información respecto a la elección del lugar del cuerpo en donde realizar el corte, afirmando “un corte así, como por el hombro, para que no se notara y sabía que, si después de eso me lo tapaba y como que lo mojaba, no se iba a notar tanto” (Entrevista 9). Otras conductas relacionadas que se encontraron son los rasguños, como bien relata el entrevistado 5 “empezaba con tics de rasguñarme los brazos hasta que me tranquilizara, eh, lastimarme los pies (...) Sacándome la piel” (Entrevista 5).

Por otro lado, ciertos participantes describen una serie de conductas que quedan fuera de la definición de NSSI que considera este estudio, sin embargo, se mencionan de igual forma puesto que son subjetivamente significadas como NSSI por la propia persona. En primer lugar, describen NSSI vinculadas al consumo de medicamentos peligrosos con la finalidad de generar un daño en el organismo sin una intención suicida, tal como relata el entrevistado 7:

Llegué a consumir medicamentos peligrosos que sabía los efectos que podían tener, paracetamol fue el primero que, con dosis de más de diez pastillas de un gramo, puede dar un paro cardíaco, una, creo que una embolia también (...) relajantes musculares, eh, en exceso también, sobredosis(...) sabiendo que tenía efectos secundarios que no eran sanos para mi cuerpo. (Entrevista 7)

Así mismo, se describen tres conductas que se relacionan con el descuidar la integridad física y que son significadas desde la subjetividad del entrevistado como conductas cuyo objetivo es el de generarse un daño deliberado. En primer lugar, el entrevistado 5 describe una conducta particular de "desmayarme por exceso de trabajo forzado"(Entrevista 5). Así mismo, el entrevistado 1 cuenta "en 4º medio me encerré en mi pieza y empecé una rutina "estudia todo lo que puedas" (...) más de una vez pasé 3 días estudiando y no paraba ni siquiera para el almuerzo o la cena" (entrevista 1). Finalmente, el entrevistado 11 cuenta que "induciéndome el vómito, me estaba, igual, haciendo un daño, porque, cuando me inducía, intentaba vomitar todo y estaba hasta quince minutos seguidos" (Entrevista 11).

Por lo tanto, los métodos utilizados en las NSSI son variados y diversos en los distintos participantes, sin embargo, aquellos que presentan mayor prevalencia se relacionan con los golpes autodirigidos sobre el propio cuerpo y en menor medida los autocortes en zonas no visibles como brazos y piernas.

8.2.2.3. Sensaciones y emociones en torno al episodio de las NSSI

La experiencia de una NSSI va acompañada de una serie de sensaciones y emociones tanto antes, durante y después de la realización de la conducta. Los participantes describen experiencias variadas y singulares destacando una sensación previa de tensión, junto con emociones ligadas a la ira, estrés, frustración y ansiedad, donde con la NSSI se consigue una

sensación de dolor y disminución de dichas emociones, para luego experimentar una sensación posterior de calma, relajación y de liberación de tensión y en algunos casos una emoción de vergüenza.

En primer lugar, respecto a las sensaciones y emociones que experimentan los jóvenes en el momento previo a realizar las NSSI, y que por tanto son a su vez un importante gatillante del desarrollo de éstas, se relacionan con emociones displacenteras como la ira, la ansiedad, la frustración y el estrés, esto junto a una importante sensación de tensión física. En relación con esto, el entrevistado 8 comenta:

Es la ira la que no controlo bien y es por eso que la ira se puede ligar al estrés o, incluso, a situaciones así, en donde exploto y termino, en vez de lastimar a alguien más, prefiero lastimarme a mí, por así decirlo. Pero en otras situaciones, quizá la ansiedad. (Entrevista 8)

En esta misma línea, el entrevistado 4 refiere:

Más que nada era porque me sentía como frustrado cuando las cosas no salían (...) eso se iba acumulando y acumulando y ahí trataba de desquitarme... me relajaba un poco porque gastaba harta energía, o sea me trataba de pegar fuerte como para desahogarme, me quitaba un poco de ira (...) o sea, si me canso me siento un poco más relajado". (Entrevista 4)

Por otro lado, el entrevistado 5 relata un estado físico de tensión que termina por gatillar la conducta autolesiva, cuenta "la tensión la siento en mi cabeza y en mis manos, las manos tiemblan demasiado y no puedo pensar con claridad" (Entrevista 5). Una vivencia bien particular es la que relata el entrevistado 3 quien vincula la NSSI a la sensación de sentirse insuficiente, cuenta "sentía que me lo merecía y que no era suficiente (respecto a cánones de belleza cultural) en el sentido de que tenía que seguir haciéndolo ¿se entiende? como eh..." (Entrevista 3). Al igual que el entrevistado 10 quien relata "es como, no sé si es como... es como que me lo, que me merezco que duela porque no, no lo estoy intentando lo suficiente (respecto a exigencias académicas) (Entrevista 3).

En segundo lugar, los participantes describen emociones y sensaciones que experimentan durante la NSSI, en donde la mayor prevalencia se relaciona con la sensación de dolor y la liberación de las emociones displacenteras previas. Respecto a esto, el entrevistado 2 comenta:

Sentir dolor, así como hazte sentir dolor (...) me generaba como dopamina por así decirlo, o placebo (...) es que lo hacía y me sentía como bien unos minutos o un rato, como que volvía a la normalidad, como que todo había pasado y era como que me quedaba como si nada. (Entrevista 2)

En esta misma línea el entrevistado 9 comenta que luego de realizar la NSSI “me sentí calmado, el sentir el dolor me permitió concentrarme en eso y salir de los pensamientos intrusivos (Entrevista 9). Otra experiencia descrita corresponde a la sensación de control, en donde el entrevistado 11 en el contexto de sus conflictos con su cuerpo e imagen, relata que “me empecé a preocupar mucho por mi cuerpo, me empecé a fijar demasiado, porque me decían gordo (...) cuando iba a comer me pegaba una cachetada en la cara para evitarlo, me producía sensación de control” (Entrevista 11). Esto es algo que también describe el entrevistado 6 al afirmar “todas estas conductas como autolesivas y todo esto como autodestructivas en cierto punto, era algo que yo tenía control ¿me entiende?, yo podía... cortarme, yo podía autolesionarme cuando yo quisiera, era algo que estaba a la mano” (Entrevista 6).

Finalmente, los participantes describen que posterior a la NSSI experimentan una sensación de calma y relajación, como comenta el entrevistado 5 "extrañamente me hacía sentir mejor, me sentía más calmado, podía pensar con claridad y podía retomar mis hábitos (...) una manera de sentirme mejor, mentalmente y... poder liberar tensión (...) a un estado de calma, de alguna forma y, también este... un estado en donde puedo pensar claramente, sin tener muchos pensamientos a la vez” (Entrevista 5). Por otro lado, algunos participantes describen una sensación posterior de ausencia de emociones y pensamientos, como lo describe el entrevistado 6 al comentar “no sentía ningún tipo de alegría, ni felicidad, solo este sentido de culpa que disminuía un poco, que se... me desconcentraba y me preocupaba más de sentir dolor” (Entrevista 6). Esta desconcentración está igualmente descrita por el entrevistado 10 quién sostiene “en pruebas que me producen como mucho estrés, entonces, sentir como el dolor, no... como que me distraía, yo supongo. Entonces, era como... mi forma de como

remediar la situación, de cómo salir del estrés (Entrevista 10). Así mismo, el entrevistado 7 comenta que luego de realizar su NSSI quedaba con “las ganas de no hacer nada después de eso, estar completamente, elimina cualquier cosa o pensamiento que te haga ver en el futuro y cómo estar planteándote, presenciando lo que acabai’ de hacer (...) es tener casi que la mente en blanco” (Entrevista 7). Por otro lado, ciertos participantes comentan que sienten vergüenza de lo sucedido como el entrevistado 1 que describe “después en vez de sentir como dolor, lo que sentí fue como más... el estar avergonzado conmigo mismo” (Entrevista 1).

Por lo tanto, las sensaciones descritas por cada participante y que acompañan el momento previo, el desarrollo y posterior de sus NSSI, son variadas y contienen elementos propios de cada particularidad e historia de vida de cada joven. Pese a esto, se logran identificar ciertas sensaciones compartidas entre los participantes en donde destacan estados emocionales disruptivos en la fase previa como estrés y ansiedad, para luego experimentar dolor que termina con una sensación posterior de calma y alivio.

8.2.3. Gatillantes: Causas del Malestar

8.2.3.1. Relatos de las motivaciones de las NSSI

Al igual que conocer las características del malestar en torno a las NSSI, resulta relevante describir las motivaciones que los estudiantes identifican como el motor de sus NSSI. Las motivaciones descritas por los participantes son variadas y se vinculan a temáticas ligadas a un rechazo y disconformidad con el propio cuerpo, esfuerzos por elaborar emociones displacenteras y generar cierto interés positivo en un otro.

En relación con aquellas motivaciones para realizar NSSI que se vinculan con la autoimagen y dificultades para aceptar el propio cuerpo, el entrevistado 3 menciona “sentía desprecio hacia mi imagen y eso me llevaba a pegarme...generalmente en la cara, y en el cuerpo también (...) sentía asco sobre todo de mi imagen de mi cara” (Entrevista 3). Algo similar relata el entrevistado 11 al afirmar “me impulsaba a autopegarme porque me había psicoseado yo solo... unas cosas que sentía que me decía... No te van a aceptar, estás gordo, eres feo... me pegaba para evitar comer y dejar esos pensamientos de no ser aceptado” (Entrevista 11). Por

otro lado, ligado a una incipiente disconformidad y cuestionamiento con el género el entrevistado 7 cuenta:

La NSSI de los testículos no nace de la nada, sino (...) con la intención de eliminar los testículos que no... casi que siento que no... bueno, que los odio, ya estoy casi que, crucificando a la parte del cuerpo, le tengo la guerra declarada. (Entrevista 7)

Así mismo, el entrevistado 5 comenta “no me gusta mucho mirarme al espejo, como soy en el sentido físico” (Entrevista 5). Respecto a lo anterior, el entrevistado 3 cuenta que tenía “problemas con la imagen entonces, daba vuelta los espejos, porque tenía un espejo en mi pieza, entonces lo sacaba, y trataba de no mirarme, o tratar de no abrir la cámara del celular, como cosas así” (Entrevista 3). En estos casos se evidencia como dentro de las motivaciones para realizar sus NSSI se vislumbra la figura del cuerpo como un importante elemento motivador.

En tercer lugar, en relación con las motivaciones de las NSSI ligadas a reducir una emoción displacentera, el entrevistado 5 afirma:

Cada vez que me ponía muy nervioso cuando fracasaba en algo o cuando era molestado y no sabía cómo defenderme, empezaba con tics de rasguñarme los brazos hasta que me tranquilizara (...) empecé a auto lesionarme porque ya quería encontrar alguna manera de poder eliminar la tensión que sentía después de cada discusión (con su mamá). (Entrevista 5)

Lo anterior es una motivación que el entrevistado 9 coincide al afirmar:

Uno se corta para descargar la frustración en algo, el sentir que no puedes decir lo que sientes, no puedes mostrar sentimientos, los hombres sufren más ansiedad, se estresan más rápido y no pueden sentir, es una forma de liberar la frustración sin tener que conversarlo con otra persona. (Entrevista 9)

Así mismo, el entrevistado 4 refiere:

Más que nada era porque me sentía como frustrado cuando las cosas no salían (...) eso se iba acumulando y acumulando y ahí trataba de desquitarme... me relajaba un poco porque gastaba harta energía, o sea me trataba de pegar fuerte como para desahogarme, me quitaba un poco de ira (...) o sea, si me canso me siento un poco más relajado. (Entrevista 4)

Al igual que el participante anterior, él describe la NSSI como “una manera de sentirme mejor, mentalmente y... poder liberar tensión (...) a un estado de calma, de alguna forma y, también este... un estado en donde puedo pensar claramente, sin tener muchos pensamientos a la vez” (Entrevista 5).

Otra motivación bien particular es la que relata el entrevistado 3 quien vincula la NSSI como una forma de castigo, cuenta:

Como una forma de cómo no sé era... como de castigarme oh... no sé era como un efecto como del desprecio, no sé, baja autoestima y no sé, todas esas cosas que, que sentía yo hacia mí, entonces el medio por el cual yo lo expresaba no sé, era golpeándome (...) sentía que me lo merecía y que no era suficiente en el sentido de que tenía que seguir haciéndolo ¿se entiende? como eh... es que por eso antes decía que era como un castigo, es como muy... es punitivo. (Entrevista 3)

Por lo tanto, las motivaciones son distintas en cada entrevistado y destacan como principales áreas la inconformidad con su propio cuerpo, el castigo sobre sí mismos y las dificultades para tramitar ciertas emociones.

8.2.3.2. Factores desencadenantes de las NSSI

Respecto a los elementos que podrían cumplir un rol condicionante en el desarrollo de las NSSI, los propios estudiantes identificaron ciertas circunstancias de vida a lo largo del ciclo

vital o situaciones específicas como factores predisponentes y gatillantes del desarrollo de las NSSI.

En primer lugar, la gran mayoría de los participantes reportan episodios de ideación e intentos de suicidio, tanto en etapas previas como posteriores a los episodios de NSSI y que según reportan los entrevistados dan cuenta del contexto de vulnerabilidad psicológica en que se sitúan estas NSSI. Respecto a esto, el entrevistado 2 relata un intento suicida a los 14 años:

Tuve un intento suicida a los 14 años, yo estaba solo acá en la casa y no sé, todos los pensamientos autodestructivos por así decirlo... llegaron y ¿cómo decirlo? así como de repente, así como empezó... suena cliché, pero como que es la vocecita esa que te empieza a hablar en el oído, dice como hazlo, nadie se va a enterar, nadie se va a preocupar, etc. (Entrevista 2)

En esta misma línea, el entrevistado 3 cuenta que “desde muy pequeño empecé a tener pensamientos como ideación suicida (...) a los 18 (años) estaba muy mal (...) me quería suicidar a principio de año, pero sin comportamiento como autolesivos” (Entrevista 3). Así mismo, el entrevistado 6 comenta “el primer recuerdo que tuve de recuerdo o de querer finalizar o terminar, o suicidarme fue como a los 12 años hasta como los 17 años (...) nunca he tenido el valor de matar (Entrevista 6).

Las experiencias complejas de maltrato o acoso escolar (bullying) durante la etapa escolar se describen como un factor gatillante importante del desarrollo de las NSSI, sin embargo, esto no solo por la experiencia en sí mismo, sino que también por la falta de visibilización y abordaje de estas problemáticas en las comunidades educativas. Respecto a esto el entrevistado 2 cuenta que:

Estudiaba en una escuela rural tampoco sabía muy bien lo que me había pasado, o sea no sabía que era bullying, de hecho, ese concepto por primera vez llegó cuando yo me iba a ir del colegio. Había un afiche, pegado me acuerdo, y yo me acuerdo que leí ese afiche y fue que yo dije esto es lo que me pasa a mí (...) no hubo un apoyo, no hubo un acompañamiento, no había como una creación de conciencia por parte de los

profes, en esa dinámica no supe qué decir, no sabía que era, para mí era normal, para mí todas las personas habían vivido eso. (Entrevista 2)

Por otro lado, el entrevistado 1 relata un difícil periodo contando que:

En 8º me empezaban a... a decir cosas en educación física, especialmente en los deportes de equipos, por ejemplo, básquetbol, fútbol, muchas veces le decían al profe cosas como 'si podían agregar uno más porque les faltaba un jugador cuando yo era parte de un equipo' (...) ese periodo fue de mucho pelear, de que me molestaran y de ahí me recludí, o sea, me fui a una biblioteca eh... acá en el colegio que es una biblioteca muy bonita, yo me iba ahí a esconder. (Entrevista 1)

El entrevistado identifica dichas experiencias de bullying como uno de los pilares importantes que motivaron el desarrollo de sus NSSI, cuenta que su primer episodio de NSSI fue en un contexto en que "me sentía súper sobrecargado (...) que me hicieran bullying, entonces no sé de dónde saqué, pero fui a la cocina, agarré un cuchillo y me di muchos cortes en mi brazo derecho" (Entrevista 1). Así mismo, el entrevistado 5 cuenta "tuve algunas malas experiencias en los colegios en los que asistí, bullying desde 3ro básico, malos tratos, mmm... groserías, eh, y yo no sabía cómo defenderme, se burlaban por eso" (Entrevista 5).

Respecto a eventos importantes que marcan el desarrollo de la trayectoria de vida, se identifican en el relato de ciertos participantes la presencia de condiciones médicas en ellos mismos o en algún miembro de su familia, como una vivencia que ellos vinculan con un desmedro en el área de socialización con el grupo de pares y que deviene en cierto grado de aislamiento social. En relación con esto, el entrevistado 1 cuenta que uno de los pilares predisponentes de sus NSSI fue:

Lo sobreprotectora que fue mi madre al cuidarme de pequeño que... yo soy el último hijo, soy el más joven, y como nací con... con una discapacidad ella fue bastante sobreprotectora... al punto de yo tener 11 o 12 años y seguir durmiendo a su lado (...) no puedes estar en la casa de tal niño, tal niña porque queda muy lejos y te puedes caer. (Entrevista 1)

En esta misma línea, el entrevistado 2 gracias a un proceso de psicoterapia logra comprender que “el tema que se trabajó sobre lo que me produjo NSSI y es como la enfermedad de mi hermana y la situación de este periodo de infancia que es la prepubertad y el paso de la niñez a la adolescencia, influyó bastante en esta conducta” (Entrevista 2). A su vez, el diagnóstico que le entrega su psicóloga, con el cual él está de acuerdo, es que “los eventos que viviste cuando eras chico entre los 9 y los 11 años (su enfermedad respiratoria y la de su hermana) te marcaron a tal punto que tú te encerraste y te encerraste... que eso fue lo que te hizo experimentar todo este proceso” (Entrevista 2). Al igual que el entrevistado anterior, el entrevistado 2 reconoce el impacto que su condición física tuvo en el área de la socialización, provocando cierto aislamiento social, escenario predisponente para desarrollar sus NSSI. Éste comenta que:

No podía hacer muchas cosas, me prohibieron el gimnasio debido a mis pulmones, después me prohibieron la actividad física, me prohibieron un montón de cosas, prácticamente volví a ser ese niño burbuja que no podía hacer nada, ni salir con los amigos por el hecho de que cualquier cosa, cualquier virus me podía botar, de nuevo al hospital o a la cama. (Entrevista 2)

Otro evento relevante que marca la trayectoria de vida se relaciona con vivencias de vulneración de derechos en etapas tempranas, como es el abuso infantil. Esto lo describe el participante 6 quien relata que "cuando tenía 5 años, fui abusado físicamente por la persona que me cuidaba, como durante 2 años, con golpes y abuso verbal y físico, ah... y después a los 9 años sufrí un abuso sexual, cuando estaba en el colegio por parte de un compañero" (Entrevista 6). El participante logra identificar cómo estas experiencias de trauma vividas en edades tempranas le dejaron una sensación de culpa que lo acompaña hasta el día de hoy y que guardan relación con sus NSSI, cuenta que:

Cuando una persona de menor edad sufre ese tipo de flagelaciones a su integridad física, son cierto tipo de baja autoestima después y... y cosas que pueden retumbar en... después en su amor propio, por sentirse culpable (...) no tuve una figura paterna no supe cómo defenderme o no pude hacer... pero no tuve nadie que me enseñara o que me dijera que no era mi culpa" (...) lo vengo arrastrando hasta ahora que tengo 19 (años). (Entrevista 6)

Este participante identifica que dicha sensación de culpa la logra liberar cuando lleva a cabo sus NSSI al comentar que eran “una búsqueda de alguna emoción más allá de sentirme culpable por cosas externas” (Entrevista 6).

En la esfera personal, existen aspectos propios de la personalidad que los jóvenes identifican como un factor predisponente al momento de desarrollar estas NSSI. El factor más repetido entre los entrevistados se vincula con una auto percepción de baja autoestima. En cuanto a esto, el entrevistado 3 relata cómo sus vivencias insatisfactorias respecto a su autoimagen fueron debilitando su baja autoestima, llegando a desarrollar estas NSSI. Él cuenta que:

Eran problemas con la imagen entonces, daba vuelta los espejos, los sacaba, y trataba de no mirarme, o tratar de no abrir la cámara del celular, entonces yo creo que me he castigado un poco por eso (...) fue un enfrentarme a mí fue entre 8° y 1° (medio) y creo que eso igual influyó en el tema de las NSSI porque creo que me percibí ... me encontré con todo esto que no quería ver. (Entrevista 3)

De igual forma, el entrevistado 5 identifica como causa de sus NSSI “mi baja autoestima, no me gusta mucho mirarme al espejo, como soy en el sentido físico” (Entrevista 5). En esta misma línea, el entrevistado 7 identifica como un factor predisponente no solo su baja autoestima, sino que la acompaña a su vez con una inconformidad con su propio cuerpo a propósito de ciertas dudas respecto a su género. Esta cuenta que:

Tenía baja autoestima (...) el rechazo al cuerpo de uno, verte, ver que tu cuerpo, eh, no va acorde con... cómo uno se siente (...) rechazar constantemente el intentar mirarlo, siempre estar desviando la vista porque te hace sentir mal y te hace recordar las NSSI, que uno no quiere que vuelvan a ocurrir. Entonces, es un miedo constante a lo que uno, al siguiente plan que uno tenga. Es tremendo cómo, cómo uno puede llegar a tener miedo de sí mismo. (Entrevista 7)

Por otro lado, un elemento interesante que aporta un entrevistado tiene que ver con el rol que cumple la comprensión de los sucesos de vida y ciertas sintomatologías que se pueden ir desarrollando con estos, en donde la falta de entendimiento de sus vivencias puede ser un factor promotor de las NSSI. Respecto a esto, el entrevistado 3 comenta:

Lo que mayor tiene relación con que yo me haya hecho daño era no entender lo que me estaba sucediendo (...) Cuando no entendía es cuando me hacía daño a eso es lo que quiero llegar, cuando no entendía qué es lo que me sucedía o porque me sucedía o porque es que me sentía así es cuando me hacía daño, claro yo entendía el síntoma, pero no entendía el origen. (Entrevista 3)

Otro antecedente que presenta gran prevalencia en los entrevistados es la relación que existe entre el desarrollo de NSSI y la presencia de una importante autoexigencia académica. Respecto a esto el entrevistado 10 comenta que “ahora es porque estoy estudiando, en pruebas que me producen como mucho estrés, entonces, sentir como el dolor, no... como que me distraía... era mi forma de cómo remediar la situación, de cómo salir del estrés” (Entrevista 10). En este contexto de autoexigencia, existía también en algunos casos una baja tolerancia a la frustración como relata el entrevistado 4 quién comenta:

Yo siempre fui un alumno de buenas notas y cuando no las conseguía o cuando me costaba algo me enojaba y cuando me enojaba... tenía mucha ira y trataba de desquitarme con algo y para que no se viera y para que nadie notara me pegaba a mí (...) yo espero mucho de mí y cuando pasé de ser de los mejores en mi colegio... a estar entre el grupo de gente que son los mejores es complicado... a los ojos de mis antiguos compañeros yo era un prodigio o sea casi no estudiaba y entendía todo pero ahora soy alguien normal (...) es un golpe duro. (Entrevista 4)

Respecto a esto mismo, el entrevistado 3 afirma:

Uno de los motivos por el cual yo me lesionaba era yo creo que, por no cumplir las expectativas ajenas, como en el ámbito académico de mis profesores (...) tienes que ser muy bueno porque tus papás son profes y por eso tienes que dar el ejemplo, entonces yo crecí con esa presión como de tener que cumplir muchas expectativas ajenas. (Entrevista 3)

Finalmente, y en relación con las altas exigencias académicas, el entrevistado 1 comenta que sus NSSI se intensificaban “cuando las cosas se ponían muy mal, cuando teníamos la semana de la muerte que era una semana en la que teníamos dos pruebas coeficiente 2” (Entrevista

1). En esta misma línea, el entrevistado 5 coincide en que sus NSSI se intensificaron “en primer año de Universidad, por los trabajos que tenía que hacer, lo mucho que tenía que leer y estudiar” (Entrevista 5). Así mismo, el entrevistado 2 sostiene que:

La NSSI fue en el colegio después de que me había ido mal en una prueba, así como que, de esa mentalidad de la nota baja por así decirlo, el problema es que en el colegio yo era muy auto exigente, o sea para mí debajo de un 6 es una pésima nota. (Entrevista 2)

Por otro lado, un interesante factor desencadenante de NSSI se relaciona con la esfera de las relaciones interpersonales, ya sea familia, grupo de pares y relaciones de pareja. En primer lugar, respecto a las relaciones de pareja el entrevistado 1 identifica como sus NSSI fueron tomando un carácter de incentivo para conseguir un mayor acercamiento a su pareja. En relación con esto, el entrevistado afirma que la primera vez que realizó una NSSI le envió una foto a su pareja y describe:

La reacción que ella tuvo no era lo que yo esperaba... que se hubiese enojado conmigo, me hubiese retado o algo... pero le pareció bonito, le pareció... artístico... me decía ‘ah, mira si tú ves los cortes así, puedes hacer mi nombre o cosas raras’ ...como que me halagaba. (Entrevista 1)

Dicha dinámica fue intensificando por lo que afirma “cada vez que yo lo hacía (las NSSI) ella se ponía... hacer cosas conmigo, ya sabe... cosas subidas de tono, entonces, era como que... además de tener mucha rabia, pena y dolor... tenía el incentivo de ella” (Entrevista 1). En este sentido, el entrevistado encuentra en sus NSSI un factor motivador para conseguir una valoración positiva por parte de su pareja. A su vez, este mismo estudiante significa la posterior desilusión amorosa con esta pareja, como un pilar importante que gatilló el desarrollo de sus NSSI al sostener que “ahí como que sentía rabia, como que tenía... hervor en la sangre que tuve desde, básicamente, desde que empezaron a pololear esos dos, yo sentía algo ahí como de... o sea, sentía como que quería pegarle, pero no podía pegarle porque yo era más débil” (Entrevista 1). En esta misma línea, el entrevistado 3 comenta que sus NSSI

se intensificaron en el contexto de una relación amorosa, cuenta que “a los 18 años estaba muy mal, se intensificó porque yo tuve una relación de pareja, horrible en ese tiempo y.... claro ahí también sucedieron esos episodios” (Entrevista 3).

Respecto al grupo de pares, el entrevistado 7 liga sus NSSI a momentos de exposición a grupo sociales en donde comenta que el ingreso a la etapa universitaria fue particularmente desafiante:

Cuando entré a la universidad, eh... volvieron las complicaciones sociales, porque es gente nueva, son profesores nuevos, son, es una situación, una manera de relacionarse distinta, entonces, te causa que... que finalmente, no es tanto el miedo de estar en situaciones que me hagan sentir mal con las demás personas, sino que, me generen a su vez, el querer autolesionarme (...) entonces, tomé la decisión de, de... y tuve la suerte, suerte entre comillas. No sé si decirle suerte, no, pa' na', no es una suerte, de que hubo la pandemia, entonces, tuve una excusa pa' salirme y no decir 'oye, papá, mamá, me salí porque tengo distintas complicaciones, las autolesiones', no, dije 'la pandemia, prefiero el próximo año tener una experiencia más bonita universitaria', pero finalmente, me salía porque yo sabía que, si continuaba, iban a ser peores las autolesiones. (Entrevista 7)

Algo similar es descrito también por el entrevistado 5 quién relata "las circunstancias me hicieron volver a retomar esa vieja costumbre (NSSI) introducirme a la universidad, el hecho de no entender lo que me dicen mis nuevos compañeros, cuando hablan con modismos, el hecho que también una de mis compañeras me catalogara como autista" (Entrevista 5).

8.2.4. Inhibidores: Formas de gestionar el Malestar

8.2.4.1. Factores desaceleradores de las NSSI

En los relatos de los entrevistados se desprenden diversas situaciones que los participantes significan como inhibidoras de sus NSSI, puesto que son eventos que promueven una disminución en la frecuencia de sus NSSI o bien en la erradicación completa de estas. En este sentido se destaca el rol de los procesos de psicoterapia y apoyo farmacológico, el

desarrollo de habilidades personales que promueven una mejor autoestima, el apoyo de la familia, el entendimiento de las consecuencias negativas de las NSSI en sus vidas y finalmente el cese de factores gatillantes como estar sometido a experiencias de bullying.

Por otro lado, se evidencia entre los participantes la presencia de procesos de psicoterapia que les han permitido elaborar sus vivencias en torno a las NSSI, conformándose como un espacio protector que promueve una disminución de estas. En este sentido, el entrevistado 3 cuenta que “desde pequeño yo estoy con tratamiento psicológico (...) siento que eso igual me ayudó mucho a evitar hacerlo” (Entrevista 3). De igual forma, el entrevistado 2 refiere una experiencia positiva de psicoterapia que le permitió disminuir la frecuencia de sus NSSI. Este comenta:

La psicóloga que la adoro porque me ayudó mucho, básicamente lo fuimos trabajando mientras yo lograba hablar más de lo que le pasó a mi hermana, de lo que me pasó a mí (enfermedad) (...) entonces eso como que nos ayudó a mí y a mi familia a hablar mejor de estos temas y era como pucha... indirectamente nos hizo hablar de la muerte. (Entrevista 2)

Así mismo el entrevistado 11, reconoce que la terapia psicológica: “fue una experiencia que me enseñó bastante, aprender a quererme, para avanzar y para dar un paso adelante, y para entenderme mejor, poder saber que las autolesiones son malas y que hay otras maneras de abarcarlas, otras maneras de solucionarlo” (Entrevista 11).

Respecto a esto, el entrevistado 2 no solo visualiza la psicoterapia como un recurso, sino que además incorpora otro elemento protector que es la capacidad de poder comprender y a su vez, verbalizar, las experiencias complejas por la que estaba atravesando al momento de desarrollar sus NSSI.

En esta misma línea, el entrevistado 11 coincide con los beneficios de la capacidad de verbalizar su malestar, afirmando: “y empezar a buscar soluciones a través de las palabras y a través de conversar conmigo mismo” (Entrevista 11).

Por el contrario, y en menor medida, existe el caso de un entrevistado que relata no haber tenido una buena experiencia con la atención en salud mental, este corresponde al

entrevistado 6 que relata “yo he pasado por 11 psicólogos aproximadamente, Pero duran tan poco y son tan poco efectivos”. Sin embargo, este mismo participante relata si haber encontrado ayuda en el tratamiento psiquiátrico, comenta: "con el tratamiento farmacológico, sentía un poco más de ganas de hacer cosas, como de ánimo, tenía la serotonina que me faltaba, entonces... casi ni tenía NSSI., o sea, estaba netamente enfocado en ensayar, en la música, en la PSU" (Entrevista 6).

Respecto a las características personales de los participantes, se desprende de sus relatos como factores inhibidores aquellos procesos de mayor aceptación personal y fortalecimiento de su autoestima. El entrevistado 3 desarrolla una narrativa en torno a esto, describiendo un proceso en donde:

Encontrarme conmigo me permitió darme cuenta de que es lo que quería cambiar (...) empecé a estructurar el diálogo como una forma de relacionarme y de solucionar los problemas como más del diálogo (...) que me fuera como sintonizando más en lo que hacía y lo que pensaba que hacía y eso también hizo que estuviera más conforme con quien era... y al sentirme más conforme con quien era, yo creo que eso hizo también disminuir las autoagresiones porque el sustrato que hacía que yo me lesionara, era el autodesprecio y que no me conformaba conmigo mismo, entonces como que yo creo que cambiar eso y estar mejor conmigo... -eso me hacía sentir mejor, entonces yo creo que eso también fue un motivo de que pararan. (Entrevista 3)

Aquí nuevamente aparece el elemento de la verbalización como un recurso, en este caso como un diálogo interno, que le permitió al entrevistado reestructurar su autoconcepto mostrándose más conforme con su autoestima. En esta misma línea, el entrevistado 11 relata cómo por medio del autocuidado logró mejorar la relación consigo mismo y así disminuir sus NSSI comenta que los “ejercicios de autocuidado, me ayudó para aprender a que también me debo respetar, me debo querer y luego, con todo eso, empecé a dejar de pegarme y que fuese más sano” (Entrevista 11).

Por otro lado, los participantes identifican como principal factor protector el rol de otros significativos, especialmente la familia, al momento de explicar la disminución de sus NSSI. El entrevistado 4 comenta que al momento de contarle a su familia sobre sus NSSI ellos

muestran preocupación, puesto que cuenta que “mis papás me dijeron de que dejara de pegarme que me hacía mucho más mal...” (Entrevista 4). De igual forma, el entrevistado 3 comenta que “nos han criado súper libres y con mucho amor, de hecho, eso fue como mi factor protector, ¡ah! eso igual se me había olvidado decir, mi factor protector fue mi familia, mi papá, mi mamá, mi abuela” (entrevista 3). Por lo tanto, en ciertas narrativas la familia se constituye como un factor inhibitor del desarrollo de las NSSI posicionándose desde un rol protector del bienestar de los participantes.

En esta misma línea, el participante 11 destaca el importante rol que han cumplido dos profesoras en su vida. La primera corresponde a una profesora de su colegio quién contribuyó a su proceso de búsqueda de ayuda y disminución de las barreras para consultar en salud mental, comenta:

La profesora me enseñó a que no es malo buscar ayuda que, simplemente, que buscase ayuda en alguien que confiara, que fuese de confianza que ser sensible no es malo siendo hombre, que tener ese tipo de problemas no es causa de burla, que... aunque sea un problema así, que se vea leve, que no se debe tomar a la ligera. (Entrevista 11).

Así mismo, comenta que actualmente se encuentra en un proceso de psicoterapia gracias a la ayuda de una profesora de la universidad, afirma: “pedí una hora al psicólogo, bueno, una profesora me, me ayudó para conseguir una hora al psicólogo de la universidad” (Entrevista 11).

Otro elemento interesante que aparece en los relatos y que promueven una disminución de las NSSI, tiene que ver con procesos internos de razonamiento lógico en relación con las consecuencias negativas que ellos vivenciaban de sus NSSI. En relación con esto, el entrevistado 4 comenta:

Empecé a pensarlo, cada vez que lo hacía no sacaba nada y me dolía más, entonces me fui dando cuenta de que no sacaba nada igual (...) obviamente hacerme daño no es bueno si me pego en la cabeza, me puedo hacer daño en el cerebro o en los brazos o en las piernas igual. (Entrevista 4)

Un elemento interesante lo entrega el participante 6 quien vincula su pasión por la música como un factor inhibitor de sus NSSI y comenta:

La música en cierto punto me hizo tomar o recapacitar de que es algo más grande que yo y yo no puedo como dejar que mis cosas externas me... me influyan (...). Recapacitar respecto a mis manos, no más, ¿me entiende?, porque yo sabía que si me lastimaba mis manos yo no iba a poder hacer nada. Había períodos de dos o tres semanas, o era cuando estaba como ensayando, de gira con la orquesta, entonces intentaba no... no hacerlo. (Entrevista 6)

Finalmente, se identifican ciertos factores inhibidores relacionados a ciertos cambios y ajustes en el ambiente y que sin duda promueven la disminución de sus NSSI. En primer lugar, se identifica como la salida de una relación amorosa compleja le permite al entrevistado disminuir sus NSSI como es el caso del entrevistado 1 quién comenta que “cuando estaba en 8ºA” disminuyeron porque ya no estaba (su polola) en el colegio” (Entrevista 1), lo cual gatilló el termino de su relación y disminución en sus NSSI. En segundo lugar, aparece el recurso de activar la red de ayuda de la institución escolar en donde el entrevistado 1 cuenta:

Fui donde la subdirectora y le dije mire, nos están molestando a mí, a esta persona y a esta persona, tengo evidencia, le he dicho algunos profes y no... no han actuado rápida o efectivamente y le estoy suplicando ayuda a usted (...) logró que se detuviera el acoso digamos, el bullying. (Entrevista 1)

En este caso, la búsqueda de ayuda y activación de los protocolos escolares, le permitió al entrevistado disminuir las vivencias de bullying que eran el principal factor promotor de sus NSSI.

8.2.4.2. Formas alternativas de gestionar el Malestar

En el contexto de la disminución de las NSSI se pueden identificar en las narrativas de los entrevistados cómo van desarrollando ciertas estrategias que les permiten disminuir sus NSSI o bien no volver a desarrollarlas en el caso de que las hayan abolido por completo. En primer lugar, se describe la capacidad de hablar como la principal estrategia más recurrente entre los

participantes, luego el poder entender y teorizar acerca de su malestar se ha descrito como una eficaz herramienta, así mismo se describen los beneficios de la respiración y meditación al momento de regular el malestar y finalmente en menor medida alternativas como el deporte, apretar objetos, llorar y gritar.

La primera estrategia que se identifica se relaciona con la capacidad de poder hablar sobre aquellas circunstancias o eventos por los que estaba atravesando la persona al momento de desarrollar sus NSSI. Respecto a esto, el entrevistado 2 cuenta que su psicóloga luego de todo el proceso de psicoterapia le dice “ahora en adelante ya podrás hablarlo me dice, y es verdad porque después de eso ya podía hablarlo ya no me encerraba, ya no me tenía que ir del lugar, cuando me tocaban el tema" (Entrevista 2). En relación con esto mismo, el entrevistado 7 cuenta:

A medida que las hago, me hacen querer más hablar con alguien o llegar a resolver este tema. Por ejemplo, la conversación que estamos teniendo ahora, la entrevista, llegó a ese, llegué a querer participar de esto por eso mismo, porque... como que voy, no sé, como que esta constante NSSI me hace estar pensando recurrentemente, intentando por otros medios, no, no autolesionarme, sino, hacer algo no dañino y que tengan un progreso real en mi psiquis. (Entrevista 7)

Luego una segunda estrategia tiene que ver con desarrollar la herramienta de entender lo que le está pasando a nivel emocional y desde ahí logra teorizar en torno a sus vivencias. Con relación a esto el entrevistado 3 cuenta:

Otro mecanismo de afrontar es entender, darme cuenta de lo que me estaba pasando y de mi situación entonces generar esa comprensión de lo que producía, por ejemplo, un, el mandato de masculinidad y todas estas cosas que teoriza el efecto en mí implicó que yo tuviera más control sobre lo que sucedía y más visión, tenía más herramientas para poder entender qué es lo que me sucedía entonces eso da control. (Entrevista 3)

En esta misma línea de comprender y teorizar, se visualiza la lectura como una herramienta protectora, puesto que el entrevistado 3 señala que “cada vez que profundizaba más entendía más y después me puse a leer... yo creo que lo asocio con la lectura como que mi factor

protector después fue como el acceso a lecturas, por ejemplo, no sé, inteligencia emocional de Goleman” (Entrevista 3). Este mismo entrevistado refiere que todas estas estrategias promovieron la disminución de sus NSSI al afirmar que “ya después como con 18-19 años, como que tuve mejores estrategias para aceptar esos sentimientos entonces no sentía como esa necesidad (de realizar NSSI) (Entrevista 3).

Por otro lado, otros entrevistados refieren estrategias de regulación del malestar por medio del cuerpo y el uso de la respiración. El entrevistado 4 comenta: “trato de respirar, me muerdo dentro de la boca como para reaccionar y calmarme, respirar, dejar de hacer lo que estoy haciendo enfocarme en otra cosa” (Entrevista 4). Así mismo, el entrevistado 11 comenta “comenzando con la pandemia empecé a ver esto de la meditación para aprender a manejar mis emociones y, por lo menos, me ha servido para ser más relajado para cuando siento, no sé, mucha ira o muy enojado” (Entrevista 11).

En otra línea, el entrevistado 5 incorpora dos nuevas estrategias que él utiliza para poder disminuir sus NSSI la primera tiene es que “en las noches a veces lloraba, pero para... leí que eso servía para tranquilizar a las personas, por la liberación de ciertas hormonas y, así lo... así lo manejo” (Entrevista 5). Y la segunda es “gritando en mi pieza, en silencio con un protector dental” (Entrevista 5).

Finalmente, se identifican dos estrategias relacionadas al cuerpo y gasto de energía. La primera se relaciona con el deporte como mecanismo para regular el malestar, en donde el entrevistado 11 relata:

Una forma de desahogarme que había descubierto fue el ejercicio, en vez de estar pegándome o comer, simplemente, empezar a hacer ejercicio (...) me hacía sentir más enérgico, que podía hacer un montón de cosas, intentar hacer cincuenta flexiones en un recorrido y ahí me sentía más vivo, más fuerte y capaz de... de hacerlo. Y ahí empecé a confiar más en mí mismo. (Entrevista 11).

La segunda, corresponde al uso de las manos para apretar cosas, esto lo describe el entrevistado 4 al comentar: “ahora ya no me golpeo, pero... aprieto los puños con fuerza o agarro algo fuerte como tratando de contener y también en el sentido de agarrar fuerte es

como tratar de apretar fuerte también gastando energía... aprieto la mesa o el pantalón cualquier cosa” (Entrevista 4).

8.2.5. Rol de las relaciones interpersonales y redes sociales frente al Malestar

8.2.5.1. Personas que promueven o alivian el malestar

Resulta interesante conocer cuál es la relación que los entrevistados identifican entre sus relaciones interpersonales y el desarrollo de sus NSSI. En este sentido, se identifican en los relatos personas significativas que pueden cumplir la función de promover o gatillar el desarrollo de las NSSI y, por el contrario, otros significativos que cumple en rol de aliviar el malestar y por tanto contribuir a la disminución de las NSSI. En primer lugar, se describe el rol de las parejas como un factor que puede tener en algunos casos una función promotora de las NSSI y en otros inhibidoras de las NSSI, luego la función de alivio que genera el grupo de amigos, y finalmente la familia con un factor que puede cumplir tanto la función de aliviar como promover el malestar.

En primer lugar, respecto a las relaciones de pareja se encuentran un caso particular del entrevistado 1 quién posiciona a la pareja como una persona que promueve e incentiva el desarrollo de sus NSSI, puesto que describe una particular reacción por parte de ella al momento de mostrarles los autocortes que se había realizado en su brazo. Cuenta que “la reacción que ella tuvo no era lo que yo esperaba... que se hubiese enojado conmigo, me hubiese retado o algo... pero le pareció bonito, le pareció... artístico... ‘ah, mira si tú ves los cortes así, puedes hacer mi nombre o cosas raras’ ... como que me halagaba” (entrevista 1). Esta reacción por parte de su pareja es significada por el entrevistado como un incentivo que promueve el desarrollo de sus NSSI, ya que cuenta que "cada vez que yo lo hacía (las NSSI) ella se ponía... hacer cosas conmigo, ya sabe... cosas subidas de tono, entonces, era como que... además de tener mucha rabia, pena y dolor... tenía el incentivo de ella” (Entrevista 1).

Por el contrario, las relaciones de pareja se describen también como un factor que alivia el malestar, como es el caso del entrevistado 8 que relata:

Sinceramente, yo sé que no hay que depender de las parejas, pero yo debo admitir que, estar en pareja, no solamente por la persona que es mi pareja, sino que, el hecho de estar en una pareja sería por tanto tiempo, me hizo avanzar como persona. Yo siento que avancé en las inseguridades, en la confianza, en, en muchos aspectos, como que empecé a... de hecho, hasta a disminuir mis agresiones. (Entrevista 8)

En segundo lugar, en relación con el grupo de amigos se identifica un fenómeno diverso, en donde la gran mayoría de los participantes no le ha contado a su grupo de amigos sobre sus NSSI por vergüenza y miedo a ser estigmatizados, en relación a esto el entrevistado 11 comenta: “sentía que quería hablarlo, pero sentía me verían ‘oh mira, es el niño que se pega’” (entrevista 11). En esta misma línea, el entrevistado 10 afirma: “la verdad, me da vergüenza igual, entonces, de hecho, nadie sabe” (Entrevista 10). Así mismo, el entrevistado 7 afirma: “usted es a la primera persona a la que le cuento” (Entrevista 7). Finalmente, el entrevistado 9 afirma: “somos como un grupo de amigos, normalmente, no... no nos vamos a esos temas” (Entrevista 9), al igual que el entrevistado 8 que agrega: “no hablo mucho de mis cosas personales con mis amigos” (Entrevista 8).

Por otro lado, existen casos aislados y en menor medida de participantes que si le han contado a su grupo de amigos sobre sus NSSI, configurándose este como un espacio para poder hablar del tema generando cierto grado de liberación. Esto lo describe el entrevistado 2, quien cuenta:

Yo no hablaba este tema con nadie (...) luego, otro amigo que también es vecino mío, él... se cortaba mucho... llegó varias veces al extremo, y también como también como pertenecíamos al mismo grupo, fue como que prácticamente todos hablamos esa vez, y como que nuestra experiencia fue algo como liberador, y ahí contó todo lo que le pasó a él y todo el tema, como que nos unimos más como amigos. (Entrevista 2)

Algo similar describe el participante 6, quien comenta “mis amigos me contaban que también lo habían hecho, o sea, más de una vez, no es como algo... netamente mío, entonces puedo un poco sentirme como un apoyo moral de alguien que sabía lo que estaba ocurriendo” (Entrevista 6). Así mismo, el entrevistado 4 cuenta como encontró un espacio de confianza en una amiga para poder contar su experiencia, comenta que “yo era muy reservado con esas

cosas, y nadie supo hasta como que dejé de hacerlos, hasta como 3° medio que le pude decir a una amiga que... tenía como mucha confianza con ella” (Entrevista 4).

Por lo tanto, respecto al grupo de amigos se encuentra que la gran parte de los participantes no les han contado a sus amigos sobre sus NSSI por miedo a ser estigmatizado, pero que en menor medida aquellos que si les han contado, encuentran en ellos un espacio de contención que contribuye a alivio del malestar.

Así mismo, de manera contraria, el grupo de amigos puede constituirse como un factor que promueve el malestar y el desarrollo de la NSSI, esto se dio en menor medida entre los participantes, encontrándose solo el caso del entrevistado 6 que se aproximó al mundo de las NSSI por medio de sus compañeras de colegio, ya que cuenta:

Yo tenía compañeras que recurrían a esto de las NSSI, yo les preguntaba el por qué como de curiosidad y entraban en el concepto de intentar sentirse vivo, al comienzo me pareció una idea un poco extraña y... estuve como una semana dándole vueltas a eso, hasta que, encontré una navaja. (Entrevista 6)

En este caso, el participante luego de estas conversaciones con sus compañeras respecto al tema termina por realizar NSSI y experimentar por sí mismo aquello que le describían sus compañeras.

En tercer lugar, respecto al vínculo con los miembros de la familia poco menos de la mitad de los participantes declara no haberles contando aún a su familia por no querer generar una preocupación en ellos. En relación con esto, el entrevistado 10 comenta: “es que, el problema, yo creo que es mío, entonces, no... no quiero que ellos tampoco se preocupen” (Entrevista 10).

Por otra parte, la otra mitad de los participantes si les contó a su familia generándose un fenómeno diverso, en donde un grupo importante tuvo una buena experiencia luego de contarles sobre sus NSSI y otro no recibió el apoyo que esperaban. Respecto a los primeros, estos consideran que sus familias son un factor protector al momento de prevenir el desarrollo de sus NSSI. En relación con esto el entrevistado 3 cuenta que “nos han criado súper libres y con mucho amor, de hecho, eso fue como mi factor protector, ¡ah! eso igual se me había

olvidado decir, mi factor protector fue mi familia, mi papá, mi mamá, mi abuela" (Entrevista 3). Así mismo, en el entrevistado 5 aparece de igual forma la figura de la abuela como un miembro importante al momento de prevenir el desarrollo de las NSSI. Este comenta que "ella siempre ha sido muy buena conmigo, sí, hablé (sobre las NSSI) el año pasado y este año y me dijo que hablara con personas como usted (psicólogas)" (Entrevista 5). En esta misma línea, el entrevistado 2 cuenta su experiencia de psicoterapia para abordar sus NSSI y comenta:

Empezaron (su familia) a ir a terapia conmigo, la psicóloga empezó a trabajar con nosotros, empezamos a soltar cosas que ninguno había hablado y como que lo hablamos ahí y cosas así, básicamente como que mi familia cumplió como con un rol de integración como que era un problema que nos involucra a todos pero que nunca lo habíamos tomado como familia. (Entrevista 2)

Por el contrario, el segundo grupo que le contó a su familia sobre sus NSSI y que no tuvo la misma experiencia de los entrevistados, relatan reacciones negativas por parte de su familia, de la cual no reconocen sentir un apoyo en relación al tema. En este sentido, el entrevistado 5 reconoce que si bien su familia sabe de sus NSSI no ve en ellos un recurso que pueda ser un apoyo para disminuir sus NSSI ya que comenta que "mi familia sí sabe, pero no les comunico si lo sigo haciendo o no, no hablamos mucho ese tema... me decían que lo dejara y yo no podía... creo que no me gustó contárselo, porque es un asunto que yo debo resolver" (Entrevista 5). En esta misma línea, el entrevistado 6 tampoco visualiza en su familia un recurso protector, ya que no considera que sea un espacio donde sentirse comprendido, puesto que cuenta:

Mi papá es evangélico entonces la opinión que él tiene es demasiado radical en muchos conceptos, o sea, él siente que las personas que se matan van al infierno y las personas que se autolesionan deberían pedirle a Dios que los ilumine, mi papá me iba a decir que Dios es más grande que uno y que si yo le pido a él, yo voy a dejar de pensar esas cosas. (Entrevista 6)

Por otro lado, el entrevistado 7 relata como en su misma familia encontraba reacciones distintas entre los miembros, el padre por una parte cumplía un rol promotor del malestar,

pero al mismo tiempo sus hermanas lo ayudaban a disminuir su malestar, frente a eso afirma “por un lado, estaba mi papá que me hacía sentir mal cuando hacía ese tipo de cosas (NSSI), y después, estaban mis hermanas que me hacían recordar que los hombres también podemos tener ese tipo de problemas” (Entrevista 7).

Finalmente, existen otras personas significativas en los relatos, en donde destaca la figura de una profesora que contribuyó a la disminución de las NSSI y alivio del malestar en el participante 11, quién comenta:

Con ayuda de una profesora que nos hacía ejercicios de autocuidado, de enseñarnos a querernos a nosotros mismos (...) con todo eso, empecé a dejar de pegarme y que fuese más sano. (Entrevista 11)

8.2.5.2. Función de las redes sociales frente al malestar

Respecto a la influencia que podría tener el uso de redes sociales en el desarrollo de las NSSI, algunos de los entrevistados declaran que o bien no ocupan redes sociales o no le ven una relación específica. En relación con esto el participante 1 comenta "No sé de dónde saqué la idea porque no la vi de internet porque en ese tiempo recién estábamos teniendo internet, no sé de dónde saqué la idea" (Entrevista 1). En esta misma línea, el entrevistado 5 comenta "No, yo ni siquiera tenía celular en mi época de colegio y ahora no, porque yo no uso muchas redes sociales, solo ocupé WhatsApp para trabajar. Y recientemente este año tengo Facebook y solamente para que me lleguen notificaciones de la universidad" (entrevista 5).

Así mismo, otros participantes sí reconocen que el uso de redes sociales tiene una fuerte relación en la realización de NSSI, sin embargo, refieren que en ellos no existe tal influencia. Respecto a esto, el entrevistado 6 cuenta:

Lamentablemente, se romantizaba el hecho de hacerse NSSI por todo esto de Instagram, Tumblr y Facebook, autoflagelarse para conseguir un poco de atención, pero para mí nunca fue un tema de... de intentar aparentar, porque si yo quisiera que las vieran no me hubiera cubierto los brazos tampoco, no me hubiera puesto cinta en los brazos para que nadie me viera, sino que... estaban ocultos por algo (...) mostrar

te da el pie a explicar y yo tenía demasiadas cosas que explicar que no quería explicar.
(Entrevista 6)

De igual forma, el entrevistado 7 cuenta:

Te llega de todas partes, cuando uno escucha de suicidio juvenil, son los cortes, las autolesiones en las muñecas, ya sea a través de las películas, de las historias, de casos que uno haya escuchado o le hayan contado, de las noticias (...) por eso mismo las evito y no... no, no, nunca he llegado a tener una, una participación muy activa en las redes sociales. (Entrevista 7)

Si bien la mayoría de los participantes no considera que exista una relación entre las redes sociales y el desarrollo de sus NSSI existe un relato que aporta una experiencia interesante respecto a esto. El entrevistado 2 cuenta:

Tumblr, era como más red social, uno podía subir todas las cosas que quisiera (..) mostraba mucho, pero mucho de autolesiones, pero así reales inclusive, de hecho una vez busqué así el tags de suicide o suicidio y aparecían videos reales de personas colgándose, cortándose (...) aunque tú no quisieras, no estuvieras buscándolos, así te salían, como sugerencias porque estaban todos con los tags de adolescentes, adolescencia (...) escenas desgarradoras de películas acompañadas de frases tristes...esas eran las sugerencias, solamente porque estaba suscrito al tag como de adolescente o adolescencia. (Entrevista 2)

Este mismo participante cuenta que “ese algoritmo se bloqueó en 2015 cuando una chica en EE. UU tenía esta plataforma y literalmente hizo una votación, me suicido o no me suicido, y como que un 90% le dijo suicídate y la chica se mató y la encontraron muerta en su pieza” (Entrevista 2).

8.2.6. Normas y Valores Masculinos

Resulta interesante describir aquellas narrativas que dan cuenta de la influencia que puede llegar a tener el hecho de ser hombre al momento de realizar NSSI.

En primer lugar, una parte de los entrevistados considera que sí existe una relación evidente entre la masculinidad y el desarrollo de sus NSSI. Respecto a esto, el entrevistado 2 comenta:

Si la vinculo porque en el caso de ser hombre en una sociedad machista te fuerza así el protocolo o prototipo del hombre, del hombre macho, como del hombre fuerte (...) el hombre que no permite que los problemas lo traspasen o (...) entonces eso creo yo que es una fuerte forma de represión misma que se da en la sociedad (...) un tipo de represión del cuerpo (...) en este caso las emociones, como volvemos a la frase los hombres no lloran. (Entrevista 2)

El entrevistado reconoce que vivimos en una sociedad machista en donde existe una represión del cuerpo y las emociones en los hombres, lo cual se vincula directamente con sus NSSI puesto que comenta que “Todos somos un globo que se llena de aire, se llena de aire, se llena de aire hasta que explota... y bueno cada uno explota de forma distinta hay personas que explotan gritando, otras que se matan y otras que se producen autolesiones. (Entrevista 2). Por lo tanto, el hecho de ser hombre en esta sociedad le impone una represión emocional que genera una acumulación de tensión, en donde la NSSI puede ser una vía de descarga. Dicha represión impuesta por la sociedad hacia los hombres es descrita en profundidad por el entrevistado 2 quien agrega:

Todas las personas somos humanos, solo tenemos distintos tipos de caracterización y formas de procesar las vivencias y nuestras experiencias, y más que nada el hombre trata de esconderlo eso sí más que la mujer, me incluyo en ese grupo o, pero siento que era como un símbolo de debilidad (...) la mujer es más sensible, más comprensiva que puede llorar públicamente cosas así, cosa que el hombre no puede porque el hombre es hombre. (Entrevista 2)

El entrevistado puntualiza en que este machismo impuesto por la sociedad se va regulando en los mismos grupos de hombres ya que “te enseñan de chico, los hombres no lloran, está arraigado a esta cultura machista y como que el círculo social masculino te obliga a seguir esto, porque no es como si tú quieres ser distinto te van a segregar” (Entrevista 2).

En esta misma línea el entrevistado 6 describe cómo la percepción de un hombre que realiza NSSI, está relacionado a una demostración de debilidad, puesto que comenta:

El autoflagelarse en hombres, iría un poco de la mano con sentirse débil ¿me entiende?, por el hecho de estar haciendo algo que no está socialmente bien visto, pero está normalizado en el tema de las mujeres, o sea, yo me sentí toda la enseñanza media con una compañera que... se autoflagelaba como constantemente ¿me entiende?, y nunca lo vi en un compañero. (Entrevista 6)

El entrevistado reconoce que es una estigmatización que existe hacia el hombre, y que no se identifica con aquello, cuenta:

A mí no me hace sentir débil porque creo que toda persona que alguna vez tuvo cierto grado de depresión o con cierto grado de episodios traumáticos ha pasado ¿me entiende?, no es algo que uno escoja es algo que... o sea, obviamente yo escojo cortarme...pero no me hace sentir débil, no me hace sentir... tampoco expuesto, me hace sentir un poco más como... una persona normal (...) yo sé que no soy fuerte y sé que... a lo mejor soy fuerte con otras cosas, pero el intentar ocultar mis emociones por un mero capricho social, me parece estúpido. (Entrevista 6)

Este mismo participante, comparte una experiencia relacionada a su padre, una figura que encarna este mandato de masculinidad, pero que de manera sorpresiva un día se lo encuentra en la sala de espera de su psicólogo, en donde descubre que su papá también estaba asistiendo a terapia psicológica y comenta lo que su padre le dice al verlo:

‘Tú no crees que yo nunca he pensado en matarme, cuando estoy afuera, solo y nadie me está viendo’... entonces yo ahí me di cuenta de que... él (su padre) no lo decía (que asistía a terapia psicológica) por un tema de que a lo mejor se sentía débil o que tenía que demostrar una imagen de... de ser el hombre en la casa, frente a su hijo. (Entrevista 6)

En la misma línea de lo anterior, el entrevistado 3 reconoce que existen ciertos mandatos masculinos que él vincula directamente con el desarrollo de sus NSSI. Este plantea que “el mandato de masculinidad te dice qué es lo que tiene que ser un hombre para ser un hombre,

entonces por ejemplo a mí siempre me dijeron... no, es que tú eres gay porque te juntas con puras mujeres... en la sociedad en la que vivimos no es ser hombre” (Entrevista 3). El participante no sólo reconoce que existe un mandato de masculinidad de aquello que se espera de él, sino que vincula el no cumplimiento de éste con el desarrollo de sus NSSI al comentar:

No cumplir esas expectativas con no poder cumplir con el mandato con lo que a mí se me, con lo que esperaba para que se cumpliera, claro y si yo no cumplo con esos mandatos, merezco ser castigado, se entiende... y ser castigado no solamente por mis pares, sino por uno mismo. (Entrevista 3)

Por lo tanto, el entrevistado plantea sus NSSI como una forma de castigo propio por no poder cumplir con lo que los mandatos de masculinidad dictaminan. En relación con esto mismo, el entrevistado 7 ha llegado incluso a cuestionarse su género a raíz de no lograr cumplir con aquellas exigencias masculinas impuestas por la sociedad. El participante cuenta que los hombres:

No podemos expresar nuestros sentimientos, el problema de cuestionar mi género tiene que ver con eso, porque yo decía, yo siendo hombre, ¿cómo voy a sentir así tan... (sentir intensamente sus emociones)? Se supone que las mujeres se sienten así, ¿cierto?, eso me hace cuestionarme mi género, porque, si de un lado mi papá me está diciendo que el hombre tenía que tener estas características (las del hombre fuerte que no expresas sus sentimientos) y lo que se saliera de aquello era, era raro, era... como que no sé, no era parte de la misma manera de ser de un hombre. (Entrevista 7)

Un tema relacionado a lo anterior tiene que ver con lo expuesto por el entrevistado 6 quién dice:

La masculinidad y la feminidad, creo que no hay un concepto acuñado actualmente, ¿me entiende?, o sea, a mí nada me hace mujer y nada me hace hombre, sino más allá de mi... percepción propia que tengo de mí mismo (...) debiéramos abolir el género porque el género realmente no nos aporta nada, y la verdad yo estoy, como concuerdo eso, o sea, el género de alguien solamente lo... amarra a conductas socialmente

establecidas que no ayudan a nada". "¿Como qué me hace a mí ser hombre?, y más allá de cómo yo me sienta ¿me entiende?, pero... yo nunca he sido, nunca he tenido acuñado bien el concepto de que... de masculinidad. (Entrevista 6)

Por otro lado, el participante 1 considera que, al tener una discapacidad física a la base, si él hubiese sido mujer, probablemente no se hubieran desarrollado los episodios de bullying y, por tanto, sus NSSI. Él comenta que:

Es que no sé si tomarlo por el hecho de ser hombre o por el hecho de tener una discapacidad porque se puede tomar de las dos formas" (...) si lo vemos de la parte sexo eh... si yo hubiese sido mujer hubiese pasado tiempo con mis amigas y no necesariamente hacer deporte, entonces, supongo que... las cosas hubieran cambiado (...) también hay que verlo por el lado de la discapacidad y pensar que si yo... no hubiera tenido la discapacidad muy probablemente no hubiese pasado lo mismo porque más de una vez hubiera jugado fútbol o... hubiese sido un mejor aporte para mis compañeros en educación física. (Entrevista 1)

Por lo tanto, el participante cree que si él hubiese sido mujer no se hubiese visto desafiado en su rendimiento físico deportivo y su discapacidad no hubiese sido objeto de bullying, así mismo considera que si no hubiese tenido su discapacidad, no hubiesen existidos motivos para ser objeto de bullying.

Finalmente, un grupo importante de los entrevistados no considera que exista una relación entre el desarrollo de sus NSSI y el hecho de ser hombre. El entrevistado 4 comenta:

No porque sea hombre tengo que autolesionarme, no le veo alguna como relación, cualquier persona puede tener un problema y podría llegar a esto (...) no por ser hombre tengo que llegar a tal punto de ser tan agresivo conmigo mismo o con algunas otras cosas o sea la agresividad creo que es más que nada por como soy, pero no creo que tenga que ver con que sea hombre o mujer en el sentido de que si hubiera sido yo una mujer y si mi vida hubiese seguido tal y como hubiera sido tal vez, probablemente estaría haciendo lo mismo. (Entrevista 4)

Por lo tanto, el entrevistado 4 considera que las NSSI se desarrollan con independencia del género, puesto que afirma que:

Esto es indiferente al género y básicamente uno lo que siente y como expresa, expresa o se desahoga y este era por así decirlo el que me tocó, el que me siento más cómodo por así decirlo, al que recorro cuando estas situaciones ocurren (...) a cualquier persona que se sienta como yo, eh puede llegar a responder con ira y a golpear algo para desahogarse. (Entrevista 4)

De igual forma el entrevistado 5 coincide con lo anterior, afirmando que “jamás le busqué relación con... de esas NSSI con mi género” (Entrevista 5).

8.2.7. Otros significantes identificados en los relatos.

A lo largo de las narrativas de los entrevistados se logra identificar el uso de ciertos recursos literarios y artísticos que los participantes utilizan como significantes para dar sentido a sus experiencias y vivencias en torno a sus NSSI.

El primer elemento que aparece tiene que ver con la música y como el entrevistado 2 se identifica con la canción “[*Alive*](#)” de la cantante australiana Sia, puesto que afirma:

Mi punto de inflexión en todo esto (sus NSSI) fue un día... cuando salió la canción Alive de Sia (...) La canción es un reflejo de todo lo malo que ella vivió en su vida, ella siguió adelante después de todo lo que le ha tocado vivir... Ella está viva y sigue en pie, y bueno hay una parte como super... me marca que es la frase de *I'm still breathing*, aún respiro o estoy respirando aún y.... bueno me marca porque yo no podía respirar en todas las hospitalizaciones (enfermedad respiratoria que fue gatillante de sus NSSI). (Entrevista 2)

El entrevistado se identifica en la letra de la canción puesto que encuentra un parecido con su condición médica respiratoria que lo llevó a desarrollar un gran malestar en torno a lo cual se desarrollaron sus NSSI.

En segundo lugar, el entrevistado 3 acuña una autora literaria cuyos escritos se transformaron en un recurso que le permitió teorizar en torno a sus NSSI, afirmando que:

Rita Segato la antropóloga, es mi forma de entender esta forma de NSSI y todo lo que es mandato y poder, una de las primeras estudiosas latinoamericanas que hizo esa relación entre género y poder, entonces pienso que así también significó mucho el no poder decir cómo yo me sentía y quién era también. (Entrevista 3)

En tercer lugar, el participante 6 que es estudiante de música introduce una metáfora ligada a la escritura y literatura al afirmar que:

Yo siento que las NSSI son como... yendo un poco más como al tema literario, serían como un pie de página, ¿me entiende?, como un asterisco, no lo veo como un episodio importante, obviamente, el inicio de eso claro marcó un episodio importante en mi vida, pero normal... lamentablemente normalicé eso por mucho tiempo, entonces sería como... entonces él está... en la cama, pie de página, tenía cortes en los brazos, ¿me entiende? (Entrevista 6)

Así mismo, utiliza otra metáfora ahora relacionada con el arte y la música, al comentar:

Como la música ¿me entiende?, hay un tema principal, por ejemplo, en la quinta sinfonía de Beethoven, ese es el inicio de la sinfonía, obviamente es importante porque está al principio, pero después esa estructura se va repitiendo durante toda la canción y uno no se da cuenta, pero está ahí ¿me entiende?, ahora si uno va a analizarlo más a fondo, como... con mentalidad de músico o mentalidad de aficionado, se va a dar cuenta que está presente de diferentes maneras, pero que está presente ahí, de igual manera. Entonces mi... mis episodios serían como la sinfonía una de las autoflagelaciones, entonces empieza y obviamente durante todo ese periodo de 45 minutos, por así decirlo, va a estar presente, pero más implícito. (Entrevista 6)

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación, se dispondrán en discusión los resultados obtenidos a partir de los relatos de los participantes, en relación con los objetivos del estudio y a la luz de los antecedentes teóricos desarrollados. Dentro de los principales hallazgos destaca entre la gran mayoría de los participantes la identificación con los mandatos de masculinidad y el reconocimiento de la represión de su esfera emocional como principal gatillante de las NSSI como estrategia reguladora de emociones displacenteras. Por otro lado, llama la atención la variedad de métodos, especialmente la gravedad y el nivel de agresividad de estos, junto con el carácter punitivo en base a una experiencia de culpa y rechazo del propio cuerpo. Así mismo, es relevante la alta prevalencia de experiencias previas de bullying y la relación con otros diagnósticos y en menor medida experiencias traumáticas como el abuso sexual infantil.

Resulta pertinente puntualizar que este estudio se focalizó en las narrativas de malestar en torno a las NSSI de jóvenes universitarios de género masculino, en donde ciertos hallazgos encontrados confirman y se asemejan a los antecedentes teóricos expuestos anteriormente, otros lo contradicen siendo la más evidente la creencia tradicional de que las NSSI corresponden a un comportamiento femenino. Sin embargo, gran parte de los hallazgos representan una novedad respecto a los contenidos conocidos actualmente, lo cual se puede deber a que existen escasos estudios en población no clínica respecto a la temática y, por lo tanto, en menor medida en población masculina debido a los estigmas para acceder a salud mental que presentan las masculinidades. Por lo tanto, el estudio permite acceder a información reportada por una muestra mayoritariamente no clínica (comunitaria), en donde del total de participantes sólo uno se encontraba cursando una terapia psicológica al momento de la entrevista, y los otros 10 participantes no se encontraban en un tratamiento actualmente. Lo anterior posiciona este estudio desde una mirada novedosa que permite visibilizar aquella población masculina de jóvenes que refieren haber realizado NSSI y que, posiblemente, mediante esta encuesta encontraron un espacio no estigmatizador que les permitió abordar esta temática.

En primer lugar, se discutirá respecto al mandato de masculinidad como un predisponente para desarrollar NSSI. Luego, se desarrollará la relación que existe entre el desarrollo de las

NSSI y el ingreso a la universidad como un periodo de mayor vulnerabilidad. Así mismo, se argumentará en torno a las NSSI como un rechazo al propio cuerpo en relación con historias de eventos traumáticos. Después se abordará la masculinidad y la invisibilización de las NSSI por parte del sistema de salud. Luego se desarrollará el argumento en torno a las NSSI como un cuestionamiento a su propia masculinidad por parte de los jóvenes. Así mismo, se describirán las principales diferencias de género significativas de las NSSI en hombres. Luego se abordarán las NSSI y la presencia de diagnósticos psiquiátricos y otros problemas de salud mental. Finalmente, se presenta el importante rol que juegan las relaciones interpersonales significativas en el desarrollo de las NSSI. Para concluir, se abordan las limitaciones y direcciones futuras, y las implicancias del estudio para la clínica.

9.1. El mandato de masculinidad: un predisponente para desarrollar NSSI

A partir del análisis de los relatos de los participantes se desprende en la gran mayoría de ellos la presencia de un estado similar previo al momento de autolesionarse. Este estado lo describen como momentos de acumulación de una intensa tensión acompañada de emociones como la frustración, enojo, ira y ansiedad. Estos participantes describen ciertas dificultades para reconocer y canalizar dichas emociones, afirmando que no conocían la forma de liberar dicha tensión. En esta misma línea Segato (2018) coincide con el hecho de que los hombres pueden llegar a sufrir y no pueden percibir su propio sufrimiento, algo de lo que también plantea Richardson et. al. (2021) al sostener que los hombres pueden llegar a tener dificultades para reconocer que están angustiados y malinterpretar los cambios en sus pensamientos y estado de ánimo.

Y es en esta dificultad para reconocer y expresar dichas emociones displacenteras, que las NSSI llegan a cumplir un rol regulador de dichas emociones, puesto que en los relatos de los participantes se describen las NSSI como una descarga y liberación de tensiones, que el hecho de poner la atención en el dolor físico los distrae del dolor psíquico otorgándoles una sensación posterior de calma y tranquilidad. Esto coincide con lo planteado por la literatura, la cual sostiene que una de las principales motivaciones para realizar una NSSI se relaciona con liberar tensiones, descargar ira, experimentar una sensación de equilibrio y regulación emocional (Favazza, 1996).

Dicha dificultad para canalizar y regular sus emociones displacenteras es asociada por los participantes directamente con su masculinidad. Esto puesto que identifican en sus crianzas un patrón tendiente a reprimir y no expresar sus emociones, por lo que han sido deficientemente socializados en el proceso de reconocimiento de sus emociones. Dichos relatos dan cuenta de una realidad evidenciada ampliamente por los antecedentes teóricos en donde se sostiene que un hombre no puede demostrar su vulnerabilidad a través de las emociones, debe resistir el dolor y no expresarlo, el hombre debe ser emocionalmente duro (Aguirre y Güell, 2002). Así, se entrena la psique en un constante autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos de afecto, ternura, debilidad, tristeza, placer, temor y amor, bajo el mandato de “diferenciarse de lo femenino” (Madrigal, 2010). Lo anterior es evidenciado por los participantes, quienes reconocen diferencias que respecto a la crianza y enseñanzas que recibían sus hermanas o primas, y como en el caso de ellos existía una tendencia que invisibilizaba e invalidaba toda la esfera de sus emociones.

Gran parte de los participantes vincula dicha dificultad para verbalizar sus emociones con el desarrollo de sus NSSI, puesto que en la medida que no podían aliviar su malestar por medio de la verbalización de sus emociones, encontraban en el dolor físico una forma de descargar y regular sus emociones. Por lo tanto, ante una carente expresión verbal de las emociones existía un pasaje al cuerpo y una expresión corporal de estas, lo cual es abordado por River y Flood (2021) quienes identificaron que los hombres pueden redirigir la angustia emocional hacia acciones que afirmen la masculinidad, como la agresión o la violencia. En este sentido, se plantea la vía de la violencia como un camino que viene a reforzar su masculinidad, en donde los hombres pueden llegar a movilizar emociones como la ira como un medio para demostrar la masculinidad, redirigiendo los sentimientos de angustia hacia la agresión y la violencia (River y Flood, 2021).

La relación entre las NSSI y la expresión emocional se visualiza también a partir de los relatos de los entrevistados quienes reconocen como principal factor inhibitor de sus NSSI la capacidad de comprender las emociones que estaban sintiendo y luego la posibilidad de poder verbalizarlas y hablarlo con otras personas. En este sentido, muchos afirman que el ejercicio de esta entrevista misma es para ellos un gran paso en su proceso de sanación puesto que el poder hablar sobre su experiencia los ayuda a disminuir sus NSSI.

Por lo tanto, en base a los relatos descritos en los participantes y a la luz de la bibliografía existente se puede llegar a hipotetizar que aquellas experiencias de crianza en la que a los hombres no se les exige que realicen el mismo grado de esfuerzo que las mujeres para manejar las emociones en las relaciones sociales, o el "trabajo de las emociones" como plantea Hochschild (1983), fomentando así una represión de su esfera emocional, repercute en la capacidad de estos jóvenes de reconocer y expresar sus emociones de manera sana y adecuada, encontrando en las NSSI una estrategia para suplir dicha carencia. Esto nos permite incluso sostener que aquellos mandatos de masculinidad que son integrados por el sujeto en formación a lo largo su desarrollo, van generando en ellos un estado de vulnerabilidad y de mayor propensión a presentar de manera desadaptativa conductas de riesgo como lo son las NSSI. Lo anterior toma mayor gravedad si consideramos que las NSSI realizadas por los hombres, como hemos visto, se caracterizan por su alto grado de violencia y riesgo a su integridad. Corresponden a un comportamiento que causa un daño psicológico y físico significativo a los que se autolesionan y, a menudo, es angustiante para sus amigos y familiares (Nock, 2010).

Finalmente, dichos hallazgos representan un valioso aporte en la clínica y en el área de políticas públicas, puesto que deja en evidencia la importancia de canalizar los esfuerzos en promover de manera preventiva en edad escolar una mayor educación y socialización respecto a la habilidad de reconocer y expresar las emociones con un esfuerzo particular en la población masculina, ya que, como se ha descrito, no sólo por las dificultades anteriormente desarrolladas sino que también porque son más violentas y dañinas en comparación a la de las mujeres. Esto es algo en lo que coincide Suárez (2016) al sostener que la intervención debe enfocarse en el diseño e implementación de programas en torno al desarrollo de competencias emocionales y estrategias de afrontamiento, las cuales permitan hacer frente al estrés de una manera adaptativa.

9.2. NSSI en el ingreso a la universidad: un periodo de mayor vulnerabilidad

A partir del relato de los participantes se desprende un discurso que describe el paso entre la educación escolar hacia la universitaria como un hito relevante dentro de la historia de sus NSSI en donde identifican un aumento de la frecuencia de esta conducta. Esto va en la misma

dirección de lo que plantean los antecedentes teóricos al considerar que la transición a la educación superior se define como un proceso complejo que implica la confrontación de los jóvenes con múltiples desafíos en los ámbitos emocional, social, académico e institucional (Soares et al., 2011).

Lo anterior se vincula principalmente a dos fenómenos que pueden llegar a experimentar los estudiantes en esta transición, los cuales se identifican como gatillantes o mantenedores de las NSSI en los jóvenes.

El primer fenómeno descrito por los entrevistados se relaciona con la experiencia que describen los estudiantes de pasar de ser considerado un alumno “prodigio” en sus colegios, a ser un alumno “normal” en la universidad. Dicho proceso genera gran frustración académica en los estudiantes, en donde se ven sobreexigidos en sus capacidades y cuestionada su auto percepción de sus propias capacidades. Esto toma sentido desde la literatura si consideramos que el ingreso a la universidad corresponde a un período de mayor inestabilidad e incertidumbre por la presión académica, la confusión de identidad y las preocupaciones sobre las relaciones (Arnett, 2015). En este sentido, se evidencia como para algunos participantes esta transición genera un desafío a nivel identitario respecto a su rendimiento académico en relación con el colegio, situación que describen contribuyen a altos niveles de tensión y estrés que terminan promoviendo el desarrollo de sus NSSI. Sumado a esto, se evidencia como principal gatillante la exigencia académica acompañada de una baja tolerancia a la frustración, en cuanto son estudiantes que se ven sometidos a nuevos estándares de exigencia que gatillaron importantes montos de frustración y estrés, encontrando en las NSSI un mecanismo para elaborar dichas sensaciones displacenteras.

Por otro lado, el segundo fenómeno se relaciona con la historia escolar previa al ingreso a la universidad, en donde se encuentran relatos cargados de experiencias difíciles relacionadas con el bullying, la dificultad para tener amigos y el no sentirse parte de un grupo esto producto de ciertos aspectos de su personalidad que ellos consideraban como los predisponentes. Por lo tanto, estos estudiantes describen que visualizaban el ingreso a la universidad como una segunda oportunidad para cambiar estos aspectos de su personalidad que ellos identificaban como la causa de sus experiencias hostiles en la etapa escolar. Al ingresar a la universidad identificaron las mismas dificultades de socialización que experimentaron en el colegio, lo

cual generaba en ellos un tremendo sentimiento de desesperanza aprendida y frustración. Por lo tanto, los participantes describen altas expectativas de encontrar en el ingreso a la universidad un nuevo comienzo respecto a sus dificultades sociales, pero que al darse cuenta de que éstas no mejoraron, se encontraron con una gran decepción, frustración y algunos tomando la decisión de congelar su carrera.

Ambos fenómenos tienen por resultado la acumulación de altos montos de frustración, los cuales como se describió en el capítulo anterior, representan un gran desafío al momento de regular dichas emociones displacenteras, identificando un aumento en la frecuencia de sus NSSI como un intento de regulación emocional. Por lo tanto, de los relatos se desprende que para algunos estudiantes el ingreso a la universidad está acompañado de distintos fenómenos que generan altos montos de frustración y emociones displacenteras, promoviendo de esta forma en algunos casos el inicio de NSSI, en otros el aumento de su frecuencia, o el retomarla como bien sostiene un entrevistado al afirmar que la universidad lo hizo sus viejas costumbres (refiriéndose a sus NSSI). Esto es coincidente con lo que describe la literatura, puesto que identifica que existe un segundo *peak* en la frecuencia de las NSSI alrededor de los 20 años, esto porque la transición a la universidad puede ser un evento particularmente patogénico, que genera una vulnerabilidad a desarrollar NSSI en la adultez emergente (Gandhi et al., 2018).

Por otro lado, los hallazgos resultan novedosos en cuanto entregan información valiosa respecto a una generación particularmente interesante que tuvo un particular ingreso a la universidad. Esto puesto que corresponde a la generación de ingreso el 2020, marcada por un término de estudios escolares abrupto por la situación político social del país en octubre del 2019, para luego tener un ingreso universitario en pleno contexto de crisis sanitaria producto de la pandemia. Por lo tanto, los hallazgos muestran cómo la pandemia generó importantes repercusiones limitando la esfera de socialización con el grupo de pares y cómo el estar alejado de sus amigos contribuyó a aumentar los niveles de aislamiento social e incluso en algunos aumentando su sintomatología depresiva.

Finalmente, estos hallazgos refuerzan la importancia de destinar esfuerzos de investigación e intervenciones en población universitaria, puesto que corresponde a un periodo que requiere un mayor acompañamiento y promoción preventiva del bienestar, puesto que la adolescencia

representa en sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de distintas sintomatologías psicológicas como pueden ser las NSSI y que requieren un abordaje profesional y comunitario por parte de los distintos agentes de la comunidad educativa.

9.3. NSSI como rechazo al propio cuerpo: historias de vulneración

A partir de los relatos de los participantes, se identifican en gran parte de ellos un elemento común que motiva en gran medida sus NSSI y que se relaciona con la presencia de experiencias traumáticas durante su infancia que han afectado fuertemente su autoestima y autoimagen, desarrollando un fuerte rechazo y desprecio hacia su propio cuerpo. En este contexto las NSSI aparecen como un mecanismo punitivo y castigador hacia su propio cuerpo.

Al revisar sus historias están marcadas por relatos de complejos episodios de vulneración de su integridad física y psicológica, siendo los más predominantes el abuso sexual infantil y el maltrato escolar o bullying por parte del grupo de pares.

Respecto al abuso sexual infantil los autores sugieren que las personas sometidas a abuso sexual infantil se involucran en una amplia gama de NSSI que les pueden servir para reducir la angustia emocional asociada al abuso (Wonderlich et al, 1996). Esto coincide con los relatos de los participantes que evidencian importantes experiencias de abuso sexual en su infancia, las cuales les dejaron una intensa sensación de culpa que los acompañan hasta el día de hoy, en donde en las NSSI encuentra un mecanismo para regular dicha emoción displacentera y como comentan lograr sentir más emociones más allá de esta culpa. Por lo tanto, se evidencia como la NSSI cumple una función reguladora de las consecuencias asociadas a estas experiencias traumáticas.

Por otro lado, se describe en varios de los participantes experiencias ligadas a ser víctimas de maltrato escolar (bullying) y el desarrollo de NSSI, confirmando lo que describe literatura al identificar el acoso escolar un predisponente de NSSI (Hawton et al., 2002). Ante esto se relatan experiencias de bullying principalmente por aspecto físico o discapacidad motora en los participantes que generaron importantes deterioros en su autoestima y promoviendo un fuerte rechazo a su propia imagen. En este contexto describen como las NSSI juegan un rol

castigador, maltratador y perpetuador de una violencia ahora autodirigida. Dicho rechazo al propio cuerpo puede llegar a límites graves como el caso del participante que por medio de sus NSSI sufrió la mutilación de una parte de sus órganos sexuales.

En relación a esto, el trabajo con la autoestima, el amor propio y la aceptación pareciera ser un factor inhibitor en los participantes, quienes describen que luego de haber logrado una mayor aceptación de su cuerpo, de realizar un proceso de auto conocimiento y amor propio, logrando disminuir sus NSSI.

Esto refuerza la importancia de intervenir en edades tempranas respecto a estos eventos traumáticos, de manera de que estas experiencias no predisponen un deterioro de salud mental en su adolescencia y adultez, especialmente el desarrollo de NSSI.

9.4. Masculinidad y NSSI: Limitaciones del sistema de salud

La literatura y los resultados evidencian importantes limitaciones relacionadas al sistema de salud en relación a sus NSSI vividas desde la perspectiva de la masculinidad.

En primer lugar, existe una limitación importante entre las NSSI vividas en hombres y el sistema de salud, principalmente por las barreras para consultar en salud mental que presentan los hombres como herencia del mandato de masculinidad. Respecto a esto, existe en el discurso de los entrevistados una fuerte resistencia al momento de contarle a otros sobre sus NSSI o bien pedir ayuda profesional. Dichas resistencias las asocian con la creencia de no querer preocupar a sus familias y cercanos, la vergüenza o miedo a ser criticado o visto de manera diferente, y la creencia de que lo que les ocurre es algo que deben resolver por su propia cuenta. Esto es algo que describe ampliamente los antecedentes teóricos vinculados a los mandatos de masculinidad puesto que los hombres guiados por ideales masculinos dominantes tienen más probabilidades de valorar el ser 'fuertes y silenciosos' lo que da como resultado tasas más bajas de búsqueda de ayuda (Chandler, 2021). Sumado al estigma que existe en la población masculina para consultar por ayuda profesional, se agrega el hecho de que la bibliografía da cuenta de que el tratamiento psicológico para abordar las NSSI es complejo puesto que no existe una causa única, porque son muy poco habituales las intervenciones terapéuticas específicas para las NSSI (Fischer et al., 2013). Por el contrario,

los hallazgos del estudio muestran que aquellos participantes que declaran haber asistido o encontrarse actualmente en un tratamiento profesional, reconocen que ayuda que han recibido como un gran factor inhibidor de sus NSSI.

En segundo lugar, se puede sostener que pudiese llegar a existir también una invisibilización por parte del sistema de salud hacia las NSSI realizadas por los hombres. Respecto a esto, se destaca el caso del entrevistado que relata que realiza la NSSI de inyectar un líquido tóxico en un testículo con la intención de detener la liberación de testosterona y así disminuir sus caracteres sexuales secundarios que lo hacían verse de manera masculina. Luego de realizar esta NSSI, el paciente asiste al servicio de salud por los fuertes dolores ocasionados, ocultando a los profesionales la conducta realizada. Ante esto, los médicos le diagnosticaron la presencia de un tumor que debía ser inmediatamente operado. Esta situación da cuenta de la escasa familiarización por parte de los profesionales de la salud frente a las NSSI en población masculina, puesto que dentro de sus evaluaciones en ninguna instancia se indagó ni se descartó la posibilidad de que haya sido el propio joven quien se ocasionó dicha lesión. Esta falta de familiarización con las NSSI en hombres son el resultado de una cultura que promueve mandatos de masculinidad que no permiten considerar la opción de que un hombre se dañe a sí mismo, puesto que el cuerpo del hombre es “fuerte” e “incorruptible”. Si bien el caso representa una situación particular, da cuenta de lo grave que puede llegar a ser la invisibilización de la temática de las NSSI en hombres en el contexto de salud, en donde se generó un diagnóstico erróneo.

9.5. NSSI como un cuestionamiento a su propia masculinidad

Dentro de los relatos del estudio, resulta interesante destacar el caso de un participante que afirma haberse cuestionado su propia masculinidad a propósito de presentar una fuerte conexión con su esfera emocional y el hecho de realizar NSSI. Éste cuenta como enfrenta dudas respecto a su masculinidad puesto que no se identifica con el mandato que se le ha impuesto desde su infancia. Refiere que su papá realizaba diferencias entre lo que se esperaba de sus hermanas en comparación a él, en donde a ellas se les permitía hablar de sus problemas, en tanto él no tenía que dejar que las cosas lo afectarían. En este sentido, cuenta como su papá le inculcó lo que era ser hombre y que todo lo que saliera de esa definición era

“raro” y significaba no ser hombre. Por lo tanto, el participante al reconocer en él estas conductas y su mayor conexión emocional comienza a pensar que, en palabras de su papá, no era hombre, cuestionando su propia masculinidad. Esto coincide con lo relatado en la literatura en donde Le Breton (2012) plantea que la identidad sexuada se construye primero en la familia, a través de una multitud de micro actitudes que le enseñan rápidamente al niño a situarse como varón o hembra, en donde los niños cargan afectivamente las categorías morales que simbolizan el hecho de ser hombre o mujer.

Relacionado a lo anterior, otro entrevistado cuenta cómo los cuestionamientos respecto a su pertenencia al género masculino y sus mandatos fueron un importante predictor de sus NSSI. En este sentido comenta que, al no poder cumplir las exigentes expectativas del mandato de masculinidad, surge la necesidad de castigarse por aquello, siendo no solamente castigado por sus pares (acoso escolar) sino que también por él mismo. Esto es algo que se encuentra de igual forma en la literatura, destacando lo descrito por Rita Segato (2018) quien sostiene que las primeras víctimas del mandato de masculinidad son los propios hombres.

Por lo tanto, se evidencia cómo en aquellos participantes en donde no se describe una identificación con los mandatos de masculinidad circundantes, las NSSI cumple un rol determinante al momento de representar dichos cuestionamientos. Por un lado, presentar NSSI y un mayor desarrollo de la esfera emocional pueden ser el gatillante de los cuestionamientos de su propia masculinidad, y por otro, el no identificarse con dichos mandatos puede desarrollar las NSSI como una estrategia punitiva.

9.6. NSSI en hombres: diferencias de género significativas

Dentro de los hallazgos del estudio se encuentra una amplia descripción de las NSSI llevadas a cabo por estos jóvenes, las cuales en su gran mayoría coinciden con lo descrito en la literatura y a su vez entregan novedosa evidencia sobre la variedad de métodos y el fuerte componente de la violencia de estos.

En primer lugar, tal como describe la literatura las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades (Whitlock, 2008). Esto coincide con los hallazgos del estudio, puesto que

la gran mayoría de los participantes presentan golpes dirigidos a objetivos o autodirigido, siento los cortes la conducta con menor prevalencia. Sumado a esto resulta llamativo y preocupante el grado de violencia de estas conductas en donde existe un daño grave del tejido corporal, llegando incluso en uno de los casos a la pérdida de parte de sus órganos sexuales.

Por otro lado, los resultados muestran diversas estrategias de afrontamiento que presentan algunos de los entrevistados y que entregan una novedad respecto a lo descrito en la literatura. En este sentido, Ebata y Moos citados en Kirchner. et. al (2010) describen que aquellas personas que presentan con sintomatología psicológica tienden a presentar estrategias de retirada, es decir de evitación cognitiva y conductual, aceptación resignada, descarga emocional, pensamiento basado en ilusiones y culparse o criticarse a uno mismo. Específicamente, aquellas personas que realizan NSSI tienden a presentar un déficit en las estrategias de afrontamiento y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones (Kirchner et. al 2010). Si bien, ciertos participantes muestran estrategias coincidentes con la literatura recientemente expuesta, existe a su vez un grupo importante de participantes que dan cuenta de diversas estrategias que distan de los anteriormente descritas y que se asemejan en mayor medida a las estrategias comúnmente utilizadas por aquellas personas que no presentan una sintomatología psicológica. Estas son las estrategias de aproximación (especialmente la de resolución de problemas, la de reestructuración cognitiva y la de reevaluación positiva) y aquellas que se focalizan en el problema (estrategias más “activas” en el afrontamiento) (Ebata y Moos citados en Kirchner. et. al, 2010).

En este sentido, la estrategia más utilizada se relaciona con la capacidad de poder entender lo que les está pasando, el retomar el control sobre su malestar y así mismo, la estrategia de estudiar autores que hablan sobre la temática y les permiten teorizar acerca de su malestar. Por otro lado, se describen estrategias vinculadas a la respiración y meditación, junto con el deporte como un mecanismo de regulación de su malestar, que promueve finalmente una disminución de sus NSSI.

9.7. NSSI y su relación con otros diagnósticos

Los relatos evidencian la presencia de distintos diagnósticos que se encuentran presentes en aquellos jóvenes que realizan NSSI, algunos de los cuales presentan una relación directa con

sus NSSI según describen los participantes. Esto confirma lo que describe la bibliografía, al referir los trastornos mentales predicen la aparición de NSSI (Kirchner et. al, 2011). En este sentido, los resultados se muestran coincidentes respecto a la literatura, pero a su vez se encuentran algunas disidencias y novedades que no describe la bibliografía.

Los resultados muestran la existencia de diagnósticos en algunos de los participantes, como es la depresión y el trastorno del espectro autista ([Tabla 2](#)). Así mismo, existen otros participantes que si bien no presentan un diagnóstico muestran signos sugerentes de estar en uno de los casos cursando una depresión, otro un trastorno de la conducta alimentaria, otro un cuadro de ansiedad generalizada y finalmente uno que presenta rasgos sugerentes de un trastorno del espectro autista.

En primer lugar, se sabe que aquellos jóvenes que presentan una NSSI manifiestan una mayor y más duradera sintomatología depresiva, actuando esta variable como factor predisponente y mantenedor (Ibáñez et al., 2012). Y esto es algo que se encuentra en los participantes, en donde uno de ellos presenta un diagnóstico de depresión y otro, muestra signos sugerentes de estar cursando un cuadro depresivo. Estos describen como sus NSSI se ven influenciadas por este cuadro y cómo a su vez han estado acompañado de pensamientos suicidas.

En segundo lugar, los resultados confirman la evidencia respecto a los trastornos de alimentación, en donde la literatura sostiene que aproximadamente el 39-70% de los pacientes que presentan un diagnóstico de Trastorno alimentario, principalmente de naturaleza bulímica, informan la presencia de NSSI (Claes et al., 2014). Esto puesto que se reporta un caso que, si bien no presenta el diagnóstico, muestra conductas y síntomas sugerentes de un trastorno de alimentación que intensifica y gatilla sus autolesiones por medio de un rechazo a su propio cuerpo y un auto castigo a este a través de sus NSSI.

Finalmente, otro hallazgo importante tiene que ver con la presencia prevalente entre los entrevistados que reportaron en uno de los casos un diagnóstico de trastorno del espectro autista y en otros, ciertos rasgos sugerentes de presentar este mismo diagnóstico. Estos participantes reportan importantes conflictos en el área de la socialización con su grupo de pares que han gatillado un gran malestar que finalmente termina promoviendo sus NSSI. En este sentido describen las dificultades que han tenido para hacer amigos, que no logran

entender las ironías y las bromas de sus compañeros, lo cual le generaba gran frustración y aislamiento social. Dicho aislamiento social constituye un factor gatillante del desarrollo de sus NSSI, puesto que su experiencia escolar y universitaria han estado acompañadas de un gran malestar y frustración producto de esta sensación de exclusión social, lo cual ha promovido el desarrollo de sus NSSI.

9.8. Relaciones Interpersonales y NSSI: la importancia de activar la red de apoyo

Los hallazgos del estudio evidencian la importante dificultad que presentan los participantes al momento de contarle acerca de sus NSSI a su familia, amigos y otras personas significativas. Respecto a esto, al menos la mitad de los participantes no les ha contado a sus familias y, por otro lado, la gran mayoría no les ha contado a sus amigos. Esto evidencia la existencia del estigma asociado a estas conductas, en donde prefieren vivir su malestar de manera solitaria por vergüenza a ser estigmatizados por sus amigos o por evitar generar una preocupación en sus familias.

Pese a esto, dentro del pequeño grupo de participantes que afirman haberles contado a su entorno se encuentran importantes beneficios en el bienestar psicológico de la persona y la disminución de sus NSSI. En este sentido dentro de aquellos participantes que les cuentan a sus familias, la gran mayoría los identifica como un importante factor inhibitor del desarrollo de las NSSI, en donde de manera coincidente con la literatura los participantes encuentran relaciones familiares de apoyo y cohesión como el mayor factor protector para los adolescentes al momento de desarrollar NSSI, llegando a ser incluso más importante que la relación con el grupo de pares (Brausch y Gutiérrez, 2010). En este sentido, aquellos participantes que le cuentan a sus padres respecto de sus NSSI encuentran un espacio de contención y de incitación a buscar ayuda. Sin embargo, una pequeña parte de los participantes no encuentran esta dinámica, puesto que para algunos contarles a sus familias no ha encontrado dicho apoyo. En esta misma línea, respecto al grupo de pares, la gran mayoría de los participantes no ha compartido acerca de sus autolesiones con su grupo de amigos por temor a ser estigmatizado, sin embargo, dentro del pequeño grupo que si lo ha hecho se evidencia en los resultados que éste puede llegar a cumplir una importante función en la disminución de sus NSSI, en cuanto genera un espacio de unión para hablar entre los

miembros que les permite hablar sobre el malestar y entender que no son los únicos que están pasando por situaciones difíciles.

Por otro lado, dentro del grupo de las relaciones interpersonales existen personas significativas que no corresponden a la familia ni amigos, como lo son las parejas. Respecto a esto, se describe un caso en donde la figura de la pareja representa un factor inhibitor para el participante en cuanto lo impulsa a ser mejor persona. Sin embargo, existe también otro caso particular de un participante que evidencia como la pareja cumple un rol de promover el malestar e incentivar el desarrollo de sus NSSI. Lo anterior puesto que en el participante las NSSI se tornaron como un fuerte incentivo al generar una valoración positiva por parte de la pareja y así una mayor intimidad en la relación. Lo anterior lo describe la bibliografía al sostener que las NSSI pueden tener una función de regulación social en la que la NSSI conduce a un aumento deseado en el apoyo social o la eliminación de alguna situación social no deseada (Nock, 2010). Por lo tanto, se evidencia cómo la presencia de las NSSI le otorga al entrevistado un aumento de su cercanía y apoyo social en su relación de pareja.

En conclusión, los resultados destacan la importancia de activar la red de apoyo de los jóvenes y enfocar los esfuerzos en la disminución del estigma asociado a las NSSI en población masculina. Si bien existen casos aislados en donde el apoyo de la familia no contribuía mayormente a la disminución de sus NSSI o el caso de la pareja que incentivaba sus NSSI, la gran mayoría de los participantes describen a la familia, amigos y pareja como un importante inhibitor de sus NSSI. Se describe una importante evitación a contar acerca de sus NSSI a su entorno por miedo a preocuparlos y vergüenza a ser estigmatizados, es por esto que en este proceso de activar la red de apoyo resulta relevante identificar cuáles fueron los elementos que les permitieron sortear dichas barreras a aquellos en aquellos participantes que finalmente si le cuentan a su entorno sobre sus NSSI. En este sentido se destaca la importancia de otros significativos que problematizaron y naturalizaron estas NSSI en población masculina, contribuyendo a una disminución de su percepción de estigma asociado a estas conductas. En relación con esto, destaca el rol de una profesora quién genera una psicoeducación emocional entre el estudiante y su grupo de amigos, situación que promueve en estos la apertura a hablar sobre sus malestares psicológicos en donde terminan

comprendiendo que no son los únicos que sufren estas situaciones. Por otro lado, destaca también el rol de los terapeutas quienes activan la red familiar promoviendo un espacio para conversar de la temática generando un espacio de contención.

9.9. Limitaciones del estudio y direcciones futuras

Si bien el estudio entrega valiosos aportes al vacío de conocimiento que existe en torno a las NSSI en población masculina, existen ciertas limitaciones importantes de puntualizar que invitan a desarrollar investigaciones futuras que se hagan cargo de dichas limitaciones, de manera que puedan complementar y enriquecer los aportes de este estudio.

Limitaciones del Estudio

Las principales limitaciones se encuentran en torno a la muestra y la representatividad de ésta respecto a la población masculina general, en relación a la técnica de recolección de datos y la herramienta de selección de la muestra.

En primer lugar, el estudio presentó un muestreo intencionado, lo cual, si bien tiene sus ventajas, puede significar a su vez ciertas limitaciones en relación con el objetivo de conocer las narrativas de malestar de hombres en relación con sus NSSI. Esto porque se configuró una muestra con características particulares en donde se preseleccionó a un grupo de personas que no sólo accedieron a responder una encuesta voluntaria sobre su salud mental (ELSAM), sino que también accedieron luego a participar del estudio por medio de una entrevista individual. Dicha situación agrupa a personas que presentan una mayor problematización y preocupación acerca de su salud mental, y mayor predisposición para hablar acerca de sus NSSI. En esta misma línea, la muestra representa a un grupo específico de la población masculina, que corresponde a estudiantes de una universidad específica. Si bien esta universidad representa una muestra mayoritariamente representativa de la población en indicadores como los que se describen en la [Tabla 2](#) como edad, lugar de residencia habitual y facultad a la que pertenecen, etc., sin duda corresponde a un grupo de élite académica.

En segundo lugar, y en propuesta a la limitación anterior, si bien la técnica de recolección de datos de la entrevista narrativa entregó valiosas narraciones e historias en torno a las NSSI, sería interesante en próximas investigaciones ampliar las técnicas. Esto, ya que se encuentran diferencias cuando los cuestionarios son anónimos o los participantes son identificables, así como la autoadministración versus la entrevista. En este sentido, cuando el cuestionario es autoadministrado y se garantiza el anonimato, las estimaciones de prevalencia de NSSI aumentan (Muehlenkamp et al., 2012). Lo anterior toma mayor relevancia si consideramos que gran parte de los participantes declaró que esta entrevista fue la primera vez que le contaron a alguien sobre sus NSSI, lo cual deja en evidencia los estigmas que presenta la temática y cómo esto dificulta el hablar sobre ellas.

En tercer lugar, otra limitación del estudio se relaciona con la herramienta de selección de la muestra. Lo anterior, puesto que Nock y Prinstein (2004) identifican importantes cambios en la prevalencia de la NSSI cuando el método que se utiliza para evaluarlas consta de un único ítem con respuesta dicotómica, en donde se obtiene una prevalencia menor que cuando se utilizan otros tipos de registros como son los listados de conductas de verificación que incluyen una alta gama de métodos de NSSI. Lo anterior, puesto que en algunos casos las personas presentan dificultades para reconocer que sus conductas corresponden efectivamente a NSSI, como ocurre con las NSSI más leves como arrancarse costras o morderse los labios (Nock, 2010). Esto se relaciona indirectamente con una limitación del estudio, puesto que la muestra se obtuvo a partir de un estudio original (ELSAM) en donde los participantes fueron preseleccionados por medio de un cuestionario ([Tabla 1](#)) que contenía un ítem para NSSI en donde si bien se entregan ejemplos de NSSI, estos pueden resultar limitados y dejar fuera otras NSSI. Esto afecta la representatividad de la muestra, en cuanto excluye a aquellos jóvenes que pueden estar presentando NSSI pero que no saben que las tienen por falta de conocimientos en torno a los métodos.

Direcciones futuras

Las direcciones futuras se vinculan con las limitaciones anteriormente descritas, en cuanto representan una propuesta que permite abordar los vacíos que dejan dichas limitaciones.

En primer lugar, las limitaciones respecto a la representatividad de la muestra y el interés por participar de un estudio de salud mental, nos invita a ampliar en investigaciones futuras a grupos que no presentan un mayor acercamiento a temas de salud mental y mayores dificultades para hablar acerca de sus NSSI, así mismo sería interesante conocer cómo son las narrativas de las vivencias en torno a las NSSI de los hombres que pertenecen a otros tipos de elite de interés como por ejemplo aquellas ligadas al cuerpo y el deporte de contacto como el rugby, boxeo o karate o los pertenecientes a una élite católica y religiosa.

En segundo lugar, respecto a la técnica de recolección de datos sería interesante poder realizar investigaciones futuras que utilicen herramientas como el listado de conductas de verificación que permita acoger una mayor prevalencia e incluya aquellos casos que quedaron ajenos por las limitaciones propias de la herramienta del auto reporte y el desconocimiento que puede existir en la población respecto a los métodos de NSSI.

Finalmente, los esfuerzos en investigación debiesen estar enfocados en potenciar el trabajo de disminuir las barreras de acceso a salud mental en población masculina y el estigma en torno a las NSSI, de manera de contribuir al desarrollo de políticas públicas que permitan concienciar en la población sobre los problemas de salud mental en hombres y naturalizar el acceso a ayuda profesional.

9.10. Implicancias del estudio para la clínica

Las principales implicancias clínicas que entrega el estudio se relacionan con los objetivos propuestos, en cuanto nos permite indagar acerca de los factores gatillantes e inhibidores de las NSSI, así como también identificar el rol que cumplen las relaciones interpersonales y las redes sociales al momento de desarrollar NSSI y finalmente acercarnos a la experiencia de las NSSI desde el punto de vista de la masculinidad. Los resultados del estudio entregan valiosos aportes que nutren el ejercicio clínico, tanto a nivel preventivo en la población por medio de políticas públicas, así como también a un nivel individual en la intervención psicoterapéutica con pacientes que presenten NSSI.

En primer lugar, el aporte más relevante del estudio se sitúa en la identificación y pesquisa de los factores protectores y preventivos del desarrollo de NSSI, los cuales están escasamente abordados por la literatura, y que este estudio permite aportar en ese vacío de conocimiento. El primero de ellos corresponde al acceso de apoyo profesional en salud mental, lo cual se vio contribuyó positivamente en el bienestar de los participantes y en la disminución de sus NSSI. Esto principalmente porque promueve la capacidad de poder hablar acerca del malestar y las emociones displacenteras por la que atraviesan estos jóvenes y que los llevan finalmente a las NSSI. Dicha capacidad de reconocer y verbalizar sus emociones le entrega a la persona un grado de entendimiento respecto a su malestar que genera un alivio y, por tanto, cumple un rol regulador de sus emociones, prescindiendo de esta forma de las NSSI como un mecanismo aparentemente adaptativo. Algunos de los participantes que describen una disminución de sus NSSI destacan la presencia de sus terapeutas quienes los han ayudado a hablar acerca de lo que están atravesando, siendo esto un factor que les ayudó a disminuir estas conductas. Este hallazgo entrega importantes luces respecto a la relevancia de activar las redes de apoyo de los pacientes, promoviendo mayores espacios en donde la persona pueda hablar acerca de sus vivencias y preocupaciones. Así mismo, la psicoterapia en sí misma al ser ya un espacio de escucha activa resulta sin duda un lugar que cumple este objetivo y representa por tanto un factor protector del desarrollo de NSSI, el cuál es descrito como tal por varios participantes que reconocen que sus NSSI disminuyeron gracias a sus procesos de psicoterapia. Lo anterior da cuenta de la importancia de disminuir el estigma en población masculina y promover un mayor acceso a salud mental, puesto que es un grupo reducido de participantes el que accede a estos servicios.

En segundo lugar, otra valiosa implicancia para la práctica clínica se vincula con la importancia de intervenir a edades tempranas del desarrollo, así como también la etapa escolar, de manera de promover una mejor salud mental en la adultez. Esto puesto que en un grupo importante de participantes se describen complejas experiencias traumáticas en la infancia, siendo la más recurrente el acoso escolar y en uno de los casos el abuso sexual infantil. Estas situaciones gatillan en algunos un fuerte rechazo a su propio cuerpo deteriorando la autoestima y el sentimiento de aislamiento social del grupo de pares. Por lo tanto, intervenciones tempranas que permitan abordar estas experiencias a tiempo y promoviendo una mejor autoestima, genera un pronóstico más favorable del desarrollo de su

bienestar luego en la juventud y adultez. Es por esto, que los esfuerzos deben estar enfocados en intervenciones de prevención en las comunidades educativas, así como también un mejoramiento del acceso en salud mental en etapas de reparación.

Finalmente, los hallazgos respecto a las limitaciones del sistema de salud evidencian el importante desafío de fomentar intervenciones de alfabetización de la comunidad y capacitación del personal del servicio de salud mental acerca de las NSSI en función de disminuir el estigma que existe hacia la comunidad masculina respecto a las NSSI, reconociendo que estas no son exclusivas de la población femenina.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358.
- Aceituno R., Hiriart, G. M., & Molina, Á. J. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. En *Anales de la Universidad de Chile* (No. 3, pp. ág-87).
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*, 39(3), 389-400.
- Aguirre, R., & Güell, P. (2002). *Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*. Organización Panamericana de la Salud.
- Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez Flores CI, Martínez OL. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr.*;42(4):159-68.
- Alheit, P. (2012). La entrevista narrativa. *Plumilla educativa*, 10(2), 11-18.
- American College Health Association (ACHA). (2018). American College Health Association-National College Health Assessment II: Undergraduate student reference group executive summary. Retrieved from https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Undergraduate_Reference_Group_Executive_Summary.pdf.

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association APA (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^aed.) (DSM-III)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).
- Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res*; 14: 79-88
- Andover, M.S., Pepper, C.M., y Gibb, B.E. (2007). Self-Mutilation and Coping Strategies in a College Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 238-243.
- Appel, M. (2005, May). La entrevista autobiográfica narrativa: Fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 6, No. 2, pp. 1-27). DEU.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant

depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.

Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res*; 15: 56-67.

Barraza, A. & Silerio, J. (2007). El estrés académico en alumnos de educación media superior: un estudio comparativo. *Investigación Educativa Duranguense*, 7, 48-65.

Barrera-Herrera, A., & Vinet, E. V. (2017). Adulthood Emerging and cultural characteristics of the stage in Chilean university students. *Terapia psicológica*, 35(1), 47-56.

Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 56, 9-36.

Borrill, J., Fox, P., & Roger, D. (2011). Religion, ethnicity, coping style, and self-reported self-harm in a diverse non-clinical UK population. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(3), 259-269.

Boullosa, G. (2013). Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú

Boxer P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *J Clin Child Adolesc Psychol*; 39: 470-80.

Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 39(3), 233-242.

- Briere J, & Gil E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*; 68: 609-20.
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical inquiry*, 18(1), 1-21. doi: 10.1086/448619.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(7), 641-649.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction?. *Sociology of health & illness*, 23(3), 263-285.
- Calvete E, Orue I, Aispuru L, Brotherton H. (2015). Prevalence and functions of nonsuicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*;27(3):223-8.
- Canetto, S.S.; Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life-Threat. Behav*, 28, 1–23.
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128.
- Casey, B. J., & Jones, R. M. (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1189-1201.
- Cerda, R. (2008). Cambios demográficos y sus impactos en Chile. *Estudios Públicos*, 110, 1-75.
- Chandler, A. (2021). Masculinities and suicide: Unsettling ‘talk’ as a response to suicide in men. *Critical Public Health*, 1-10.

- Chapman AL, Gratz KL y Brown MZ. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm. The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 371-394.
- Chau, C., & Saravia, J. C. (2014). Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 269-284
- Claes L, Norre´ J, Van Assche L, Bijttebier P. (2014). Non-suicidal self-injury (functions) in eating disorders: associations with reactive and regulative temperament. *Pers Individ Dif* :57:65–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.022>.
- Cleary, A. (2005). La muerte en lugar de la revelación: la lucha por ser un hombre de verdad. *Revista irlandesa de sociología*, 14(2).
- Connell, R. W. (1997). “The Social Organization of Masculinity” de *Masculinities*, del mismo autor, University of California Press, Berkeley, 1995.
- Conterio K, Lader W, Bloom JK. (1999). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries*: Hyperion Books; 1999. Access: 12/09/2016. Available in: <http://books.google.com.mx/books?id=DjR-nFMwz8gC>
- Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*; 162: 297-303.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Danielsson, U; Johansson, E.E. (2005). Beyond weeping and crying: A gender analysis of expressions of depression. *Scand. J. Prim. Health Care* 2005, 23, 171–177.

- Dávila L, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>
- Del Rosario Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M. E., Varela, F., & del Rocío, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 200-216.
- Deliberto, T. & Nock, M. (2008) An exploratory study of correlations, initiation and compensation for non-suicidal self-harm, *Archives of Suicide Research*, 12: 3, 219-231.
- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., de León-Martínez, V., Fominaya, M. P., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 8(3), 137-145.
- Domínguez E., & Herrera J. D. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.
- Duarte K. (2006). *Cuerpo, poder y placer. Disputas en hombres jóvenes de sectores empobrecidos.*
- Duero, D. y Arce, G.L. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal: Un modelo de análisis narrativo. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), 232-275.
- Easthope, A. (1986). *What a Man's Gotta Do: The Masculine Myth in Popular Culture.* London: Paladin.
- Ebata AT, Moos RH. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *J Appl Dev Psychol*;17:33-54.

- Ekman, P. (1980). Biological & cultural contributions to body & facial movement in the expression of emotions. In AO Rorty (Ed.), *Explaining Emotions*.
- Erikson, E. H. (1963). El problema de la identidad del yo. *Revista Uruguaya de Psicología*, 2, 267-338.
- Favazza AR. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1996. Access: 12/09/2016. Available in: <http://books.google.com.mx/books?id=BwQT9fdZNdgC>
- Favazza AR. 2009. A cultural understanding of nonsuicidal self-injury.
- Fischer, G., Brunner R., Parzer P., Resch F., & Kaess, M. (2013) Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 294.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cuantitativa*.
- Florenzano, R. (1997): *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago.
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review*, 42, 156-167.
- Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2016). Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. *The Oxford handbook of behavioral emergencies and crises*, 401-416.
- Freud & Breuer (1983). *Estudios sobre la histeria. El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. Greenbooks editore.

- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
- Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, Kiekens G, Sleuwaegen E, Berens A, et al. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data. *Comp Psychiatry*;80:170–8.
- Gilman, S. L. (2013). From psychiatric symptom to diagnostic category: Self-harm from the Victorians to DSM-5. *History of Psychiatry*.
- Gilmore, D. (1990). *Manhood in the making: cultural concept of masculinity*. New Haven: Yale University Press.
- Glenn, C. R., y Klonsky E.D. (2010). A Multimethod Analysis of impulsivity in Nonsuicidal Self-Injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67-75. doi: 10.1037/a0017427.
- Graff, H., & Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124(1), 36-42.
- Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40: 1062-9.
- Gurrieri, Adolfo y Edelberto Torres-Rivas (1971): «Situación de la juventud dentro del complejo económico-social de América Latina». En Adolfo Gurrieri et al.: *Estudios sobre la juventud marginal latinoamericana*. Santiago: Siglo XXI.
- Hall, G. S. (1904). *La adolescencia: su psicología, y sus relaciones con la fisiología, antropología, sociología, sexo, crimen, religión y educación*.

- Hawton K, Harris L. (2008). The Changing Gender Ratio in Occurrence of Deliberate Self-Harm Across the Lifecycle. *Crisis*; 29(1):4-10.
- Hawton K, Rodham K, Evans E y Weatherall R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325: 1207-1211.
- Hernández, M., Rodríguez, J. A. C., Prado, C., Rodríguez, E., Pascual, C. H., Torres, M. Á. G., & Urreta, J. C. M. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 9(2), 233-257.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*; 91: 57-68.
- Hochschild, A. (1983). *El corazón administrado: Comercialización del sentimiento humano*. Prensa de la Universidad de California.
- Hodgson, S. (2004). Cutting through the silence: a sociological construction of self-injury. *Sociological inquiry*, 74(2), 162-179.
- Hydén, L. C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of health & illness*, 19(1), 48-69.
- Ibáñez, A. A., & Martín, A. F. A. L. (2004). *El proceso de la entrevista: conceptos y modelos*. Editorial Limusa.
- Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., & del Castillo, C. S. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 5.

- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Kaplan & Sadock (2003). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta / Psiquiatría Clínica. Waverly. Hispánica: Barcelona.
- Kauffman, Michael. Hombres: placer, poder y cambio. Santo Domingo: CIPAF 1999.
- Kelly, M. P., & Dickinson, H. (1997). The narrative self in autobiographical accounts of illness. *The Sociological Review*, 45(2), 254-278.
- Kiekens, G., Bruffaerts, R., Nock, M. K., Van de Ven, M., Witteman, C., Mortier, P., ... & Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: personality, stress and coping. *European Psychiatry*, 30(6), 743-749.
- Kimmel, D y Weiner, I. (1998): La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona: Ariel Psicología.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4).
- Kleinman, A. (2020). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic books.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, ED. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27: 226-239.

- Kroger, J. (2007). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic medicine*, 83(7), 653-658.
- Landstedt, E. y Gillander, K. (2010). Deliberate self-harm and associated factors in 17 years old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(1), 17-25. Doi: 10.1177/1403494810382941.
- Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *J Youth Adolescence*; 34:447-57.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York:Springer.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria: Adolescencia y sufrimiento*. LOM ediciones.
- Levenkron, S. (1999). *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. WW Norton & Company.
- Levy, D. A., & Nail, P. R. (1993). *Contagion: a theoretical and empirical review and reconceptualization*. Genetic, social, and general psychology monographs.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L y Kelley ML.(2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37: 1183-1192.

Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última década, 22(40), 11-36.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>.

Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, Wilde EJ, et al. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20: 499-508.

Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, Heeringen KB, DeLeo D, Ystgaard M (2008).: Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry*. 49: 667-677. 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.

Madrigal, L. (2010). Los hombres asumimos nuestra responsabilidad: Las masculinidades en la prevención de la violencia de género. Disponible en: colectivoporoto.googlepages.com/HombresPVG.pdf.

Margulis, M., & Urresti, M. (1998). La construcción social de la condición de juventud. *Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*, 3-21.

McMahon, E.M., Corcoran, P., McAuliffe, C., Keeley, H.S., Perry, I.J., y Arensman, E. (2013). Mediating Effects of Coping Style on Associations between Mental Health Factors and Self-Harm Among Adolescents. *Crisis*, 34(4), 242-250. doi: 10.1027/0227-5910/a000188

Mead, Margaret (1990): *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Medrano, L. A., & Flores Kanter, P. E. (2017). La problemática del ingreso a la Universidad desde una perspectiva de la teoría de la agencia social: aportes de la Teoría Social Cognitiva.
- Menard-Warwick, J. (2010). El análisis narrativo y la construcción de identidades, evaluaciones y perspectivas. En Segundo encuentro Jornada de Investigación y Desarrollo 2010: Análisis narrativo en la investigación en Psicología. Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Mental Health Foundation (2006). Truth hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people. London: Mental Health Foundation.
- Ministerio de Salud (2021). Subsecretaría de Salud Pública: herramienta de apoyo para la prevención del suicidio. Santiago de Chile, 2021. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2021/09/Herramientas_SaludMental_Sept2021.pdf
- Ministerio de Salud (2022). Informe de Mortalidad Por Suicidio En Chile: 2010-2019. Santiago de Chile, 2022. Recuperado de: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., ... & Bulbena Vilarrasa, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. Revista de psicopatología y psicología clínica, 20(1), 51-61.
- Moos R. (1993). Coping Responses Inventory – Youth Form manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Muehlenkamp J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. Am J Orthopsychiat; 75:324-33.

- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., & Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: Expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 416-425.
- Muuss, Rulf (1988): *Theories of Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Nock MK, (2009). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB y Hooley JM. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Therapy*, 39: 107-116.
- Nock, MK.& Prinstein, MJ. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*; 72: 885-90.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Non-suicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 65–78). Washington: American Psychological Association.
- O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J y Hawton K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 194: 68-72.

- Orbach, I. (1996). The role of the body experience in self-destruction. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1(4), 607-619.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Estadísticas sanitarias mundiales: Vigilancia de la salud para los ODS, desarrollo sostenible objetivos de opment. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1989). Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes. In: Asamblea mundial de la salud; Ginebra, 1989.
- Pattinson, E.M. & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140: 867–872.
- Piaget, J. (1980). Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget. *Creative Commons Attribution-Share Alike*, 3, 1-13.
- Pinnegar, S., y Daynes, G. (2007). Locating narrative inquiry historically: Thematics in the turn to narrative. En D.J. Clandinin (Ed), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp.3-75). California: Sage.
- Player, M.J.; Proudfoot, J.; Fogarty, A.; Whittle, E.; Spurrier, M.; Shand, F.; Christensen, H.; Hadzi-Pavlovic, D.; Wilhelm, K. (2015). What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study, 10, e0128180.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany:Suny.
- Redondo, J. (2000): «La condición juvenil: entre la educación y el empleo». *Última Década* N°12. Viña del Mar: Ediciones Cidpa.
- Richardson, C., Dickson, A., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). The male experience of suicide attempts and recovery: an interpretative phenomenological analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5209.

- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- River, J., & Flood, M. (2021). Masculinities, emotions and men's suicide. *Sociology of Health & Illness*.
- Rodham K, Hawton K, Evans E. (2005). Deliberate self-harm in adolescents: the importance of gender. *Psychiatric Times*;22(1). Access: 27/10/2016. Available in: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/deliberate-self-harm-adolescents-importance-gender>.
- Ross S, Heath NL y Toste JR. (2009). Nonsuicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79: 83-92.
- Salas, J. (1996). "La mentira en la construcción de la masculinidad", en *Revista Costarricense de Psicología* (San José) No. 24.
- Sarbin, T. (1986). *Narrative psychology*. Nueva York: Praeger.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Editorial Prometeo.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
- Skultans, V. (2000). Narrative illness and the body. *Anthropology & Medicine*, 7(1), 5-13.
- Soares, A. P., Almeida, L. S., & Guisande, M. A. (2011). Ambiente académico y adaptación a la universidad: Un estudio con estudiantes de 1º año de la Universidad do Minho.
- Stanley B, Winchel R, Molcho A, Simeon D, Stanley M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *Int Rev Psychiatr*; ;4(2):149-55.

- Suárez, L. F. G., Hurtado, I. C. V., & Betancurt, L. N. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.
- Tulloch AL, Blizzard L y Pinkus Z. (1997). Adolescent-parent communication in selfharm. *Journal of Adolescence Health*, 21: 267-275.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Whitlock J, Knox KL. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 161: 634-40.
- Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*; 37: 725-35.
- Whitlock JL, Powers JL y Eckenrode J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42: 407-417.
- Winchel RM, Stanley M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*; 148: 306-17.
- Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86(8_Pt_1), 1082-1086.
- Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heering en K, Hewitt A, et al. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32: 875-891.

11. ANEXOS

11.1. Carta de Consentimiento Informado (Anexo 1)

“Narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas en jóvenes universitarios”

Investigadora responsable: Psicóloga Valeria Brito González.

R.U.T: 18.239.980-9

Institución: Programa de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Contacto: vfbrito@uc.cl

Invitación a participar: Esta es una invitación a participar del estudio “Narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas en jóvenes universitarios”, que se realiza en el contexto del Programa de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Universidad de Chile en alianza con el Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay). Esta invitación está dirigida a estudiantes de primer año de la Universidad de Chile, que hayan participado previamente de la encuesta del “Estudio Longitudinal de Salud Mental en Estudiantes Universitarios (ELSAM)”. Luego de leer y comprender esta carta te invitamos a tomar la decisión libre y voluntaria de darnos tu consentimiento de participar en este estudio.

Objetivos: Este estudio tiene por objetivo conocer cómo son las narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas en jóvenes universitarios. Junto con esto se busca identificar los factores promotores e inhibidores que los jóvenes reconocen en torno a sus conductas autolesivas y los significados que le dan en relación con ideales, normas y valores de socialización masculinos.

Procedimientos: Al colaborar de este estudio participarás en una sola instancia de entrevista individual con la Psicóloga responsable del estudio Valeria Brito, en donde se desarrollará una conversación en torno a tu experiencia con las conductas autolesivas no suicidas vinculándolo con la masculinidad. Esta entrevista se realizará de manera remota por

medio de la aplicación zoom, será audio grabada y tendrá una duración aproximada de una hora.

Beneficios: Los beneficios de participar del estudio pueden no beneficiarte directamente, sin embargo, existe un beneficio para la comunidad porque se contribuye al conocimiento en torno a la temática que podría beneficiar en el futuro jóvenes que se encuentren en tu misma situación.

Riesgos: No se anticipan mayores riesgos de participar en este estudio. La investigadora a cargo siempre velará por la integridad y bienestar del participante, propiciando un espacio de comodidad. Pudiese existir un riesgo leve al abordar temáticas sensibles que te produzcan malestar a nivel emocional, por lo que, si eso sucediera, contamos con un protocolo para brindarte ayuda oportuna. En caso de detectar situaciones de riesgo en salud mental se te ofrecerá una evaluación psiquiátrica gratuita para determinar si requieres ser referido a algún tratamiento.

Costos: La participación en este estudio requiere que el participante cuente con un dispositivo digital (celular, computador, *tablet*, etc.) y de acceso a internet, para la realización de la entrevista online.

Compensación: Esta investigación no estima ninguna compensación económica para los participantes. Sin embargo, si lo deseas podemos facilitarte los resultados generales del estudio como una forma de retribuir y agradecer el tiempo invertido en esta entrevista.

Confidencialidad: Toda la información derivada de tu participación en esta investigación será conservada en forma estrictamente confidencial, lo que incluye el acceso de los/as investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante códigos que sustituyan nombres personales o información que pueda identificar a la persona. Por lo que, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Las audio grabaciones serán resguardadas en plataformas digitales con acceso restringido por contraseñas del computador personal de la investigadora, se mantendrán de manera privada, no siendo en ninguna instancia divulgadas y solo accederán a ellas el equipo de investigación y serán eliminadas luego de ser transcritas.

Potenciales usos de los resultados: los resultados obtenidos aportarán al desarrollo de propuestas de intervenciones preventivas.

Voluntariedad: Tu participación en esta investigación es totalmente voluntaria, y te puedes retirar en el momento que lo estimes conveniente, situación que deberá ser comunicada a la investigadora, sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

Derecho del participante: Recibirás vía correo electrónico una copia íntegra de este documento. Como participante tienes el derecho a solicitar si es que lo deseas los resultados generales del estudio. Tienes además el derecho de dejar de participar cuando lo estimes conveniente, junto con el derecho de compartir la información que consideres pertinente, así como reservarte toda la información que no desees compartir. Si requieres cualquier otra información sobre tu participación en este estudio, puedes comunicarte con la investigadora Valeria Brito González vía e-mail: vfbrito@uc.cl.

Otros Derechos del participante: En caso de dudas sobre tus derechos, puedes comunicarte con el presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-9789536, e-mail: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, yo, _____ otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Narrativas de malestar masculinas de conductas autolesivas no suicidas en jóvenes universitarios”.

Nombre del participante:

Rut:

Fecha:

Acepto participar: _____

Rechazo participar: _____

11.2. Pauta de Entrevista Narrativa (Anexo 2)

1. Inicio de la entrevista

Previo a realizar la entrevista autobiográfica narrativa hay que emprender actividades para producir una situación de confianza, con actividades propias del contacto con los participantes y de informarles sobre el contexto de la investigación (Appel, 2005). En esta etapa se realizará un encuadre que contemple el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, la duración de la entrevista y su derecho a poder abandonarla cuando lo considere conveniente.

2. Introducción

Antes de comenzar es recomendable desarrollar una conversación cotidiana que muestre que hay un interés verdadero en la persona y sus experiencias. En ese mismo sentido, el entrevistador debe reservar las preguntas más difíciles de contestar para la parte final de la entrevista, cuando ya se haya establecido un *rapport*, es decir, una relación de mutuo respeto y confianza con el entrevistador (Ibáñez y Martín, 2004). Para esto se propusieron las siguientes preguntas introductorias: ¿Cuál es tu nombre?, ¿Cuántos años tienes?, ¿Qué estudias?, ¿Con quién vives? y ¿Tienes algún *hobby*?

3. Desarrollo

Se inicia la fase de desarrollo con la promoción del relato principal del entrevistado, para esto se propuso la *pregunta generadora de narración*: ¿Cómo ha sido para ti vivir estas conductas autolesivas no suicidas?

A continuación, se procede a la etapa de seguimiento con las *preguntas de narración*, para completar la información del relato inicial. Si bien estas preguntas se formulan de manera específica en relación con el contenido de la narración expuesta, se propusieron las siguientes preguntas como fuente de inspiración:

- ¿A qué edad comenzaron estas conductas?
- ¿Con qué frecuencia se presentaban o se presentan estas conductas?
- ¿Podrías contarme algunas de las características de estas conductas? / ¿Podrías describirnos qué hacías cuando tenías estas conductas? / ¿Cómo eran?
- Podrías describirme ¿Cómo fue esa primera vez que tuviste una conducta autolesiva no suicida (o la primera que recuerdes)? /Podrías describirme ¿Cómo fue la última vez que tuviste una conducta? /Podrías describirme ¿Cómo fue la conducta que recuerdas como más importante?
- ¿Qué circunstancias o eventos de tu vida crees que influyeron en que iniciaras estas conductas? / ¿Considera que son gatilladas, iniciadas o desencadenadas por algo? ¿Qué relación pueden tener estas conductas con las redes sociales?
- ¿Qué relación pueden tener estas conductas con tus amigos y personas con las que te relacionas (incluidos familiares)?
- ¿Qué te ayuda a detener las conductas autolesivas no suicidas?
- ¿Cómo crees que la masculinidad influye en tu comprensión de estas conductas?
- ¿Crees que hay diferencias en las NSSI en hombres y mujeres?

4. Cierre

En la fase de cierre², se entrega al entrevistado el espacio para alguna modificación que quiera realizar al relato, ya sea quitar o agregar algún elemento. Luego se le agradece el tiempo dedicado a esta entrevista, la confianza de haber abierto este espacio íntimo y reforzar el gran aporte que es su entrevista para esta investigación, ya que está contribuyendo a visibilizar esta temática.

² En caso de presentar factores de riesgo actuales (ideación suicida, consumo problemático de alcohol y drogas o conductas autolesivas) se le explicará que se realizará una derivación inmediata a la Dra. Vania Martínez para evaluar la pertinencia de una referencia a tratamiento.

11.3. Acta de Aprobación Proyecto de Comité de Ética (Anexo 3)



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO (Documento en versión 3 corregida 30.05.2019)

Con fecha 17 de noviembre 2020, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Profesor Titular, Presidente
Dra. Lucía Cifuentes O., Médico Genetista, Profesor Titular, Vicepresidente Subrogante
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad
Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra, Profesor Asociado
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular, Profesor Asociado
Dra. María Angela Delucchi Biccocchi, Médico Pediatra Nefrólogo, Profesor Titular
Dr. Miguel O’Ryan, Médico Infectólogo, Profesor Titular
Dra. María Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Prof. Asociado
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada, Dirección Jurídica, Facultad de Medicina
Srta. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva
Prof. Veronica Allaga C., Kinesióloga, Magister en Bioética, Prof. Asociado
Dr. Dante Cáceres L., Médico Veterinario, Doctor en Salud Pública, Prof. Asociado

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: **“NARRATIVAS DE MALESTAR MASCULINAS DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS”**. Cuyo investigador responsable es la Srta. Valeria Brito, quien es alumna de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

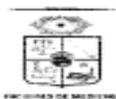
El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis de Magister para optar al grado de Magister en Psicología Clínica. con Mención en Psicología Clínica – Infante Juvenil.
- CV del Investigador.
- Consentimiento informado.
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este.

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) Carácter de la población a estudiar: Población vulnerables y tema sensible.
- b) Utilidad del proyecto: Temática muy relevante, ya que este cuadro está aumentando en la población juvenil, y denota un malestar subjetivo que no está siendo prevenido ni abordado a tiempo de manera de evitar consecuencias aún más graves.
- c) Riesgos y beneficios: Los beneficios superan a los riesgos.
- d) Protección de los participantes (asegurada por el Consentimiento Informado). Respeto y Cuidado de los participantes desde la formulación del problema a la difusión de resultados: Asegurado.
- e) Procedimiento ante consecuencias nocivas e identificación de problemas en los participantes: Asegurado.
- f) Ofrecimiento de acceso a resultados: Sí.

Requiere seguimiento Visita en terreno: Si___ No x___ Tiempo estimado:
Dada la flexibilidad metodológica se requiere informar en caso de cambios.

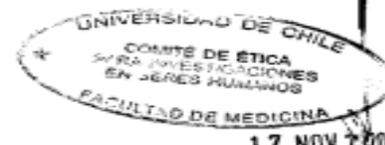
Nº de visitas: _____

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión original recibida el 17 de septiembre 2020, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **3 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Entrevistas en línea.

Srta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Santiago, 17 de noviembre de 2020.

Proyecto: N° 181-2020

Archivo acta: N° 133

