



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

TEMA:

**CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES EN LOS ADOLESCENTES CON CONDUCTAS
AUTOLESIVAS PERTENECIENTES A LA UNIDAD EDUCATIVA “VELASCO IBARRA”
DEL CANTÓN BUENA FE.**

**EN OPCIÓN AL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

AUTORA.

PS. CL KAREN ESPINOZA YÉPEZ

GUAYAQUIL-ENERO- 2017



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

UNIDAD ACADÉMICA: DIRECCIÓN DE POSTGRADO

TITULO

**FACTORES PSICOSOCIALES EN LOS ADOLESCENTES CON CONDUCTAS
AUTOLESIVAS PERTENECIENTES A LA UNIDAD EDUCATIVA “VELASCO IBARRA”
DEL CANTÓN BUENA FE.**

AUTORA:

PS. CL KAREN ESPINOZA YÉPEZ

TUTOR

PS. DENISSE OSORIO RODRIGUEZ, MgS

GUAYAQUIL, ENERO- 2017

DEDICATORIA

Todos los casos abordados desde mi espacio laboral son importantes, pero desde el inicio existió aquel caso, ese que te mueve, con el que sientes la empatía y en medio de aquel caso seres increíbles que sus ojos reflejaban su necesidad de ser escuchado. Por tal motivo esta investigación se la dedico a mis estudiantes (mi población) aquellos seres increíbles que me brindaron la oportunidad de aportar profesionalmente en aquel pequeño pero muy importante espacio de su vida, Y esto hace que mi investigación sea especial porque conté con la motivación de ellos, cada letra, cada proceso están marcadas en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Definitivamente Dios es increíble, hace que sucedan cosas maravillosas vivo inmensamente agradecida con él, por la vida, amor, salud y la mejor familia.

RESUMEN

Antecedentes. La auto-lesión es definida como la destrucción o alteración, directa y deliberada, de los tejidos del propio cuerpo, sin la consciencia de querer cometer suicidio. Un grupo de 21 alumnos adolescentes de nivel escolar Bachillerato pertenecientes a la Unidad Educativa Velasco Ibarra del cantón Buena Fe, ubicada en la provincia de Los Ríos, fueron remitidos por los tutores de curso al Departamento de consejería estudiantil por presentar conductas autolesivas reflejadas principalmente por marcas en sus antebrazos provocadas por objetos corto punzantes. El departamento de consejería estudiantil no cuenta con datos que caractericen a esta población ni con recursos terapéuticos ajustados a esta problemática. **Objetivos.** Dado lo anterior se diseñó un estudio cuantitativo transversal con el objetivo de describir los factores psicosociales de esos adolescentes, identificando sus datos demográficos y del proceso de autolesión, explorando su personalidad, depresión y ansiedad y las relaciones sociales, educativas y familiares. **Metodología.** Se aplicaron entrevistas a los adolescentes y tutores de curso, el inventario de personalidad Cornell Index, IDARE para ansiedad, IDERE para depresión y el test de funcionamiento familiar. **Resultados.** Existió un dominio del sexo femenino, familias disfuncionales y reensambladas, “Temores y mala adaptación”, “Depresión” y “Sentimientos de inferioridad” resultaron preocupantes como características personológicas, la depresión como estado resultó alta, los padres de los alumnos no se preocupan por el desarrollo escolar, la relación con sus pares escolares fue regular y las principales causas de la autolesión resultaron ser, control de impulsos, seguido por la expresión de necesidades y búsqueda de afecto, y por último agrandar y quedar bien con el grupo de amigos.

ABSTRACT

Background. Self-injury is defined as the destruction or alteration, direct and deliberate, the body's own tissues, without the consciousness of wanting to commit suicide. A group of 21 teenagers high school students level belonging to the Education Unit Velasco Ibarra Canton Buena Fe, located in the province of Los Rios, were referred by the tutors of course the Department of student counseling to present self-injurious behaviors mainly reflected by brand on his forearms caused by sharp objects. The student counseling department has not data that characterize this population and therapeutic resources adjusted to this problem. **Objectives.** Given the above a cross-sectional quantitative study was designed to describe the psychosocial factors of these adolescents, identifying its demographic and self-injury process data, exploring his personality, depression and anxiety, and social, educational and family relationships. **Methodology.** Were applied, interviews, the personality inventory Cornell Index, IDARE for anxiety, IDERE for depression and family functioning test. **Results.** There was a domain of the female sex, dysfunctional families and reassembled, "Fears and maladaptive", "Depression" and "feelings of inferiority" They were worrying as personological characteristics, depression as a state was high, the fathers students do not care about school development, the relationship with their school peers was fair and the main causes of self-injury turned out to be, impulse control, followed by the expression of needs and seeking affection, and finally please and get along with the group of friends.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	11
1.1 La adolescencia: cambios y manifestaciones en aspecto psicosocial.	11
1.2. Relaciones Sociales y Familiares	13
1.3 La conducta autolesiva. Aproximaciones generales	17
1.4. Subtipos de Sujetos con Conductas Autolesivas	23
1.5. Tratamiento de la Conducta Autolesiva	25
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
2.1 Situación Problemática	27
2.2 Formulación del Problema	28
2.3 Objetivo General	28
2.3.1 Objetivos Específicos	28
2.4 Definición de la perspectiva general y tipo de investigación	29
2.5 Hipótesis, premisas y/o ideas a defender.	30
2.6 Definición de las variables	30
2.7 Población y Muestra	32
2.8 Métodos, técnicas e instrumentos	33
2.8.1 Entrevista semiestructurada dirigida a los adolescentes (Anexo 1).....	33
2.8.2. Entrevista estructurada dirigida a los tutores de curso (Anexo 2)	33
2.8.3 Inventario de personalidad Cornell Index (Anexo 3).....	34
2.8.4 Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Anexo 4)	37
2.8.5 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Anexo 5)	37
2.8.6 Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) (Anexo 6).....	40
3.1 Resultado Objetivo 1	44

3.2 Resultado Objetivo 2	45
3.3 Resultado Objetivo 3	47
3.4. Discusión de los resultados	50
3.5 Conclusiones	55
3.6 Recomendaciones	56
3.7 Referencias Bibliográficas	57

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que la adolescencia es “La fase del humano correspondiente a la edad de 11 y 19 años; dentro de esta fase, se destaca la adolescencia temprana que fluctúa de 12 a 14 años y la tardía que va desde los 15 a 19 años”. Este período o fase es conmovedora y drástica debido al sinnúmero de tensiones que agrupa como: entusiasmo, pasión e inestabilidad que hace al adolescente dividirse entre las tendencias opuestas. Además, esta fase corta drásticamente la fase de infante, naciendo en el joven los caracteres humanos más característicos (Delval, 1998).

La adolescencia es uno de los periodos donde existe más vulnerabilidad para el sujeto. Es fundamental para poder transitar con éxito este periodo, la presencia de un nivel de apoyo social que favorezca la reducción del estrés y además contribuya en la adaptación del adolescente a su entorno cada vez más cambiante.

Existe consenso en cuanto a la etapa de inicio de las conductas autolesivas según algunos investigadores sugieren que el inicio medio es en la adolescencia media o tardía, progresivamente ocurre un descenso en la vida adulta (Whitlock et al., 2013), pero de acuerdo a Villarroel et al. (2013) la aparición se da entre los 10 y los 15 años, y muy rara vez pasado los 30.

La aparición de autolesiones en la etapa adolescente no debe pasar desapercibido, en esta etapa ocurren procesos y transformaciones que influyen en la identidad del joven y se proyecta para adaptarse al mundo adulto.

Un estudio realizado por Flores et al (2013) en México muestra que los principales motivos de una autolesión en la población que estudiaron contenían: baja tolerancia, síntomas afectivos y ansiosos. Este estudio también mostró las características que se encontraron con mayor frecuencia

en esta población las cuales existieron: bajo nivel socioeconómico, violencia intrafamiliar y referencias de abuso sexual.

La institución donde se desarrollará el estudio es la Unidad Educativa Velasco Ibarra del cantón Buena Fe ubicada en la provincia de Los Ríos. Esta Unidad Educativa cuenta con un Departamento de consejería estudiantil (DECE) formado por 6 profesionales cuatro Psicólogos Clínicos y dos Psicólogos Educativos. Estos departamentos son la instancia responsable de la atención integral de las y los estudiantes. Su propósito es brindar apoyo y acompañamiento psicológico, psicoeducativo, emocional y social, en concordancia con el marco legal vigente. A este departamento del mencionado colegio en el último semestre acudieron un grupo de 21 alumnos adolescentes nivel escolar Bachillerato remitidos por los docentes por presentar conductas autolesivas reflejadas principalmente por marcas en sus antebrazos provocadas por objetos corto punzantes. Este tipo de fenómeno era primera vez que se presentaba y no se debe olvidar que es importante detectar este tipo de conductas como fenómeno grupal en el desarrollo evolutivo del adolescente, debido a que en esta etapa busca identidad, pertenencia, vínculo grupal para lo que desea el joven debido a las series de transformaciones sufridas; requiriendo un marco afectivo, seguridad y espacio fuera del dominio del adulto (Chacón et al, 2009).

El grupo como espacio de crecimiento servirá de escenario donde se cimienta el proceso de vivencias de un adolescente, a través de manifestaciones socioculturales como la ideología, vestimenta, territorialidad, entre otras, facilitadoras de procesos intrapsíquicos que se actualizan con la aparición de la etapa adolescente. (Aguirre, 1994). El departamento de consejería estudiantil de la Unidad Educativa no cuenta con datos que caractericen a esta población ni con recursos terapéuticos ajustados a esta problemática. Dada esta situación se decide estudiar a estos adolescentes para poder entender mejor el fenómeno y poderlos guiar en su proceso de atención.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 La adolescencia: cambios y manifestaciones en aspecto psicosocial.

Es la etapa por la que pasa todo ser humano, aporta a la formación del individuo, por lo tanto, siempre ha sido objeto de estudio y muchos investigadores exponen teorías sobre su concepto o definición.

Los procesos evolutivos del hombre cuales quiera que estos sean, adquieren importancia y ofrecen contenidos para el desarrollo del mismo. La adolescencia es una de estas etapas sobre la cual se han mostrado varias definiciones y teorías acerca de su proceso de desarrollo se va conformando como una integración de procesos.

El sujeto muestra compromisos sociales y comportamientos muy similares al grupo que pertenece. Lo anterior nos muestra que el adolescente pasa por un proceso de adaptación mucho más difícil que incluye niveles biológicos, cognitivos, conductuales, sociales y culturales. En este proceso se implican factores relacionados a la familia, la escuela, el marco cultural y social y por ultimo las condiciones políticas y económicas (Papalia et.al.,2010).

El Psicoanálisis define la psiquis, dando como resultado que la personalidad se vuelva vulnerable. En esta etapa la sexualidad aflora y se gestan modificaciones en los vínculos con la familia de pertenencia, pudiendo llegar incluso a la ruptura de lazos y la oposición a normas, generándose nuevas relaciones sociales y situándose en el centro la construcción de una identidad y las variables asociadas a ello. (Dávila, 2004).

Resulta muy difícil por diversas razones. En primer lugar, porque las vivencias del sujeto en este período resultan ser diferentes, pues tienen que ver con los cambios físicos, la madurez emocional y cognoscitiva, además de otros procesos dinámicos. En el tema de la pubertad esta es imposible considerarla como medida de límite entre la niñez y la adolescencia pues los cambios son desiguales a diferentes edades entre hembras y varones, sin contar que se dan diferencias a nivel individual, se incluyen ejemplos como: el matrimonio, el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas entre otros. Por último, y en tercer lugar están acorde a su etapa y fuera de la ley (Borrás, 2014). Estos periodos dan lugar a cambios psicológicos. Para ajustarse a estas modificaciones, el adolescente, se vincula al grupo de pares, donde siente seguridad y comprensión pues se encuentra con personas que pasan por las mismas circunstancias que él... (Hall, 1904).

Se entiende entonces los procesos, se ven involucrados estos sujetos, la escuela, los estudios, la familia y las relaciones sociales entre otras, se les debe prestar mucha atención, cada ámbito, espacio, personas, en las que se encuentran inmersos los adolescentes proveen significados y contenidos fundamentales para edificación de su personalidad y progreso de sus habilidades (Dávila, 2004).

Sin duda alguna todos los factores que envuelven al adolescente en este periodo son sinónimos de la presencia de una inserción social bastante presente, donde los procesos de comunicación, periodo de la adolescencia ¿Qué influencia e impacto produce en sus vidas? (Chacón et al, 2009, Borrás, 2014).

Por iguales definimos aquellos niños o adolescentes que presentan características similares de edad y madurez. Anna Freud (Freud y Dann, 1951) estudió un grupo de 6 niños de algunas familias donde murieron sus padres en la Segunda Guerra Mundial. En el estudio se apreció un alto apego entre iguales; formando un grupo muy integrado, donde se constató una gran dependencia

entre sí y poco contacto con el exterior. En ninguno de los niños se observó síntomas de origen psicótico a pesar de haber recibido muy pocas atenciones de los padres.

Lo anterior nos muestra que, es fundamental para tener un comportamiento social normal, mantener adecuados nexos con los pares durante la adolescencia. La conducta contraria se relaciona con algunos tipos de problemas o trastornos que van en una etapa donde además de ser tormentosa, también se fortalecen las amistades. El hecho de hacer amigos es importante para el progreso del ser humano, ya que se socializa y experimentan sensaciones novedosas las cuales gratifican la vida con respecto y solidaridad (Borrás, 2014).

1.2. Relaciones Sociales y Familiares

La adolescencia y el grupo se encuentran ligados de tal modo que es difícil entender esta etapa en su plena totalidad si no acudimos a investigar, es una etapa de alcance del adulto (Chacón et al, 2009). Este escenario sirve para que los adolescentes expresen y manifiesten todo lo que son y a su vez se percaten de qué manera lo anterior incide en su contexto. Constituye un área en la cual se establezca de acuerdo a sus opiniones y creencias.

. Hay que distinguir los términos pares y amigos. Arnett, (2008) menciona que los pares son personas que se igualan partiendo de su estatus. En el caso de la que se establece una relación de mucho significado. En la adolescencia, es muy determinante la socialización con el grupo. La familia al principio era dominante, pero en la etapa de la adolescencia, los amigos ocuparán plenamente la atención. Si el adolescente siente que no tiene amigos o ha fracasado repetidas veces en lograr un grupo social al cual pertenecer, pudieran aparecer sentimientos de inseguridad, lo que pudiera afectar la autoestima. Ser rechazado, percibirse como alguien aislados, se puede convertir en uno de los mayores problemas incluso más grande que el escolar. (Castro, 2007: 53).

El entorno social en el que se desenvuelve el adolescente puede resultar de no ser positivo que un adolescente prefiera pasar largos tiempos, sin relacionarse con su grupo, se presenta como un espacio para compartir situaciones y vivencias similares. Se considera entonces que, si los adolescentes son ignorados o rechazados por el grupo, se pudiera generar en ellos:

1. Compañerismo: tener amigos provee a los adolescentes de sujetos con quienes están familiarizados para entre otras cosas pasar tiempo y participar en actividades.
2. Estimulación: permite al adolescente potenciar su desarrollo y disfrutar del compañerismo
3. Apoyo físico: el grupo provee tiempo, recursos y asistencia.
4. Autoestima: tener amigos sirve para formar una esperanza

Este investigador argumentaba que todas las personas tienen necesidades sociales básicas, como las de apego seguro, amistad, aceptación social, intimidad y relaciones sexuales.

Según Youniss y Smollar (1985) la amistad se cimienta en relaciones estructurales muy diferentes a las que se producen con la familia de origen. Esta incluye intimidad y el desarrollo de un enfoque exclusivo, donde es importante. Baker y Wright, (1951) comprobaron a los dos años, un 20% a los cuatro años y más del 40% entre los 7 y 11 años. En una jornada típica se enumeraban 299 episodios de interacción con iguales. Por otra parte, Condry, Simon y Bronfenbrenner, (1968) comprobaron que sienten comodidad para hablar libremente de lo que deseen y a su vez entender las problemáticas por las que están atravesando en su contexto más cercano (Gould, 1978). Se debe a que violan las normas y límites que no corresponden a su personalidad y estilo de vida. En estos casos es fundamental que los padres y docentes jueguen un rol más activo en la salud física y emocional, la familia y por último y no menos importante el rendimiento académico. (Gould, 1978).

Lo anteriormente expuesto deja establecido que los padres compensan las necesidades de afectivas del adolescente, no necesariamente el afecto familiar, sino más la necesidad de

sentirse querido y comprendido mejoran la autoestima y contribuyen con la formación de la identidad (Arés, 2006).

La familia es un sistema considerado el primer ente socializador, el núcleo primario donde el individuo adquiere sus primeras vivencias en el cual se configura gran parte de su personalidad, es la instancia de intermediación entre éste y la sociedad.

La Dra. Patricia Ares al referirse a la familia como la responsable del desarrollo del individuo plantea lo siguiente:

“La familia es un contexto de desarrollo y socialización para los hijos y al mismo tiempo de desarrollo y de realización para los adultos... el grupo familiar de origen es un poderoso agente formador de la personalidad, influye decisivamente en la salud de los individuos”.
(Arés, 2006)

Según Ares (2002) la familia presenta las siguientes funciones: biosocial (relaciones afectivas), económica (mantenimiento de la familia), cultural y efectiva (trasmisión de valores) y educativa (derivada del cumplimiento de todas las otras funciones).

Cuando la familia no cumple a cabalidad estas funciones o cuando las mismas se ven disminuidas por determinados acontecimientos familiares como puede ser la enfermedad de uno de sus miembros, puede entonces que la familia como conjunto entre en crisis afectando a cada uno de sus integrantes.

La explicación más tradicional acerca del cambio en el momento en que el hijo o la hija llega a la pubertad sus padres pueden tener en torno a los 40 ó 45 años, una etapa que algunos

autores han denominado (Gould, 1978). Así, justo cuando el adolescente está experimentando la madurez física y sexual, y acercándose al cénit de su atractivo físico, sus padres están empezando a experimentar un cierto declive que aumenta su preocupación por su propio cuerpo: por su salud y por su atractivo físico. Aunque la generalización sea arriesgada, para algunos padres, que habrán cumplido ya los 40 años, esta etapa puede conllevar una reflexión acerca de la propia trayectoria vital, y un cuestionamiento de algunos de los objetivos y valores que habían guiado su trayectoria personal o profesional.

Muchos adultos comprueban el incumplimiento de algunos de sus sueños y metas, y observan cómo su juventud ha quedado atrás, han superado el ecuador de sus vidas, y se van acercando al tramo final. Puede que sus padres hayan muerto o estén muy enfermos, o que ellos mismos comprueben como los años no pasan en balde y empiezan a padecer algunas enfermedades que les hacen sentirse más vulnerables. Por otra parte, el que su hijo deje de ser niño o niña, especialmente cuando es el único o el último, puede tener un valor simbólico importante, ya que supone el final de una etapa en la que han podido ser muy felices en su rol parental, y que ya comienzan a echar de menos. No es extraño, que en esos casos los padres se resistan a pasar página y quieran seguir apurando hasta el final esa etapa en la que son “padres de un niño”, y se opongan a los intentos de su hijo o hija de desvincularse emocionalmente de ellos y buscar una mayor autonomía.

Así, la transición a la maternidad exigía del padre y de la madre un esfuerzo adaptativo importante, pero una vez que han ejercido ese rol durante años, muestran una tendencia natural a seguir ejerciéndolo, y no resulta fácil el cambio. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que la llegada de un hijo a la adolescencia es un momento de la vida familiar en que se produce la coincidencia de dos importantes transiciones evolutivas: en la trayectoria personal del hijo o hija, por un lado, y en la de los padres, por otro. Este hecho aumentará la probabilidad de que surjan conflictos o dificultades (Steinberg y Steinberg, 1994).

Gran, Dishion y Hollenstein, (2003) más coercitivo. Podemos decir que al final de la niñez, se habrá desarrollado un estilo interactivo que va a representar un atractor diádico muy profundo y estable. Sin embargo, y debido a los cambios intrapersonales en padres e hijos que ya hemos descrito (Granic, Dishion y Hollenstein, 2003). Más adelante volveremos a hacer hincapié en este aspecto.

1.3 La conducta autolesiva. Aproximaciones generales

Otras definiciones plantean que el fenómeno de la autolesión alude a todas aquellas acciones realizadas con la intención de producir un daño en el tejido corporal, sin intenciones suicidas subyacentes (Gratz, 2006). Diversos autores (Lloyd-Richardson et al., 2007; Muehlenkamp, 2005) han planteado que, cada vez con mayor frecuencia y en diversos contextos, los adolescentes recurren a la autolesión como mecanismo para lidiar con sentimientos negativos, sensaciones de vacío e incluso para reafirmar su identidad. En tal sentido, la autolesión implica un acto que transgrede el límite del cuerpo, expresando externa y concretamente ciertas emociones que no logran ser mentalizadas: “Yo sé cómo se siente querer morir. Cómo duele sonreír. Cómo es tratar de encajar y no poder. Cómo te lesionas por fuera para tratar de matar algo de adentro”

En estudios conducidos en países como Australia se ha reportado que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de la vida Taylor A, et al (2011). Específicamente, algunos estudios de revisión muestran que en adolescentes las prevalencias van del 13 al 23.2%, Jacobson C, Gould M, (2007) y en la población que acude a los hospitales por atención se ha reportado un incremento de este fenómeno a lo largo del tiempo (Wilkinson S, Taylor G, Templeton L, Mistral, 2002).

Brown, Comtois y Linehan (2002) plantean Características sintomáticas definitorias como:

- **Daño físico:** La primera característica definitoria de la conducta auto lesiva es la presencia de daño físico objetivo, es decir, la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos; se incluyen las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.). Asimismo, quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico, tal como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 2006).
- **Intencionalidad:** Se describe cuando la autolesión es deliberada, no se trata por tanto de accidentes o intentos ambiguos, por el contrario, la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo. Otras conductas que implican riesgo, por ejemplo, la conducta alimentaria restrictiva purgativa, la conducta violenta, la promiscuidad sexual, el sexo inseguro y conducta impulsiva en general no son contemplados dentro de esta clasificación, debido a que las misma se insertan en otras categorías del comportamiento anormal. La definición de autolesión es descriptiva, no peyorativa (Walsh, 2006)
- **Baja letalidad:** Esta característica marca una diferencia fundamental con el intento suicida, debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida. El daño físico autoinfringido en casi la totalidad de los casos no pone en riesgo la vida de la persona (Nixon & Heath, 2009).
- **Socialmente inaceptable:** Esta característica indica que la auto-lesión no posee un significado social específico, es decir, a través de la misma no se busca únicamente aprobación, aceptación ni pertenencia a grupos sociales, tampoco se trata propiamente de una moda. Por tanto, en esta clasificación no se incluyen las modificaciones corporales que tienen significados religiosos y/o sociales, los tatuajes, perforaciones, autolesiones rituales/grupales, etc. Esta conducta puede iniciar por imitación puesto que es la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento de este comportamiento, pero el significado atribuido a la auto-lesión es personal, el cual es distinto para cada perpetrador (Favazza, 1996).

- **Mecanismo de enfrentamiento:** La literatura científica sobre el tema concuerda en señalar que la principal función que tiene este comportamiento para el perpetrador es la reducción de estados emocionales perturbadores (Mc Kay & Wood, 2007). Se ha descrito que estas personas experimentan emociones intensas, difíciles de manejar en forma asertiva; tales emociones varían desde la ira, la ansiedad, la tristeza, el desamparo, la culpa, etc. La auto-lesión les permite retornar al estado de funcionamiento previo, anterior a la emoción intensamente perturbadora. Por tanto, este comportamiento no puede explicarse exclusivamente en función de mecanismos biológicos neurológicos, debido a que posee una motivación psicológica.
- **No hay causa física:** La auto-lesión no es debida a una causa física, tal como una intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental. Por tanto, las acciones auto lesivas debidas a alucinaciones, delirios, autoestimulación, etc. convenientes de estados psicóticos del proceso de identificación positiva (Prinstein, 2008)

El perfil de la persona que presenta auto-lesión es diverso, así como la pauta y conductas autolesivas específicas de cada perpetrador. Por esta razón, con la finalidad de definir y circunscribir el síndrome comportamental objeto de estudio, a continuación, se expone la clasificación de Simeon y Favazza (2001), dos autores altamente reconocidos en el estudio de la auto-lesión. Se define en primer término a la subclasificación de interés para este trabajo, coincidente con la definición planteada y con una dinámica emocional particular; en seguida se exponen las categorías que no serán contempladas debido a que no coinciden con la definición formulada.

1. **Impulsiva:** Esta categoría se refiere al síndrome comportamental descrito hasta ahora como objeto de estudio. Como ya se ha dicho, en este caso la auto-lesión es intencional y tiene una motivación psicológica; las acciones comunes incluyen cortarse la piel, quemarse, golpearse, etc. En la literatura, estos actos suelen estar asociados a distintos trastornos, tales

como el trastorno límite de la personalidad (Mendoza y Pellicer, 2002), trastorno antisocial de la personalidad (Jeglic, Vanderhoff & Donovan, 2005), trastorno de estrés postraumático (Weierich & Nock, 2008;) y trastornos de la conducta alimentaria (Levitt, Sansone & Cohn, 2004;). Más adelante se describen en extenso de tales asociaciones.

2. **Autolesión repetitiva:** Este tipo de auto-lesión se constituye como una actividad organizada y repetitiva, de interés central para quien la realiza. En la dinámica particular de la misma pueden incorporarse elementos rituales (por ejemplo, un mismo lugar, un mismo objeto, un mismo procedimiento); la auto-lesión adquiere tintes adictivos y es incorporada al sentido de identidad de la persona. En este subtipo, la auto-lesión se convierte en una respuesta casi automática para distintos estímulos perturbadores, tanto internos como externos, comúnmente inicia en la adolescencia y puede perdurar por décadas.

3. **Autolesión episódica:** Se refiere a la auto-lesión que ocurre ocasionalmente, en la cual, la persona no atribuye mucha importancia a este comportamiento, no se identifica con una conducta específica asociada a su pauta de auto-lesión (por ejemplo, no se identifica como un cortador), si bien lesiona deliberadamente su cuerpo para sentirse mejor, para obtener un alivio rápido de las emociones y pensamientos perturbadores y recuperar un sentido de control (Favazza, 1996)

La relación entre psicopatología y conducta autolesiva ha sido mostrada en estudios de adultos, donde se reporta que el 90% de los sujetos con autolesiones tiene al menos un trastorno psiquiátrico (Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E, 2001) Uno de los estudios más importantes de autolesiones en adolescentes es el estudio basado en población escolar CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe), en el que cerca de 30 000 adolescentes de 15 y 16 años completaron un cuestionario anónimo sobre autolesiones, un reporte de eventos estresantes y escalas para evaluar depresión, ansiedad e impulsividad. Los resultados de este estudio muestran que las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Madge N, Hawton K, McMahon E, Corcoran P et al 2011).

Según Kernberg (1997), aquellos individuos que se autolesionan hiriéndose o quemándose presentan un trastorno límite de personalidad y poseen como características la frecuencia en el actuar, pasajes al acto con intentos de suicidio, conductas delictivas, problemas de adicciones, automutilación, inquietud y angustia centradas en el cuerpo. Estos adolescentes buscan aliviar la tensión de esos conflictos mediante el dolor que esto les produce, frente a lo cual se muestran orgullosos y placenteros por dichos actos. También expresa que este tipo de personas con marcada autodestructividad física tienen un pronóstico desfavorable y asocia la misma a necesidades primitivas de autodestrucción.

Para poner a prueba dicha hipótesis, se han llevado a cabo investigaciones con tareas de inducción de estrés en laboratorio, observándose que los adolescentes que se autolesionan, presentan durante su ejecución una mayor conductancia dérmica (Nock y Mendes, 2008) y una menor secreción de cortisol en comparación con los controles “sanos”. Cabe matizar, que la mayoría de estas investigaciones han sido realizadas en muestras comunitarias con autolesiones. Respecto a la impulsividad, son numerosos los estudios comunitarios que señalan que estos adolescentes presentan una mayor impulsividad que los “pares” que no se autolesionan (Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant y Turecki, 2008; Ross, Health y Toste, 2009).

No obstante, esta tendencia no ha sido confirmada en todas las investigaciones implementadas (O'Connor et al., 2009), o bien solo se ha corroborado en el caso de mujeres (Hawton et al., 2002) u hombres (McMahon, Reulbach, Corcoran, Keeley, Perry y Arensman, 2010). En cuanto a su interacción con otras variables, se sostiene que la alta impulsividad actúa como un precursor de dicha psicopatología en aquellos sujetos que presentan adicionalmente ideación suicida (Madge et al., 2011).

En relación a ello, existen diversos estudios clínicos y comunitarios que han hallado que estos adolescentes presentan menor autoestima y un estilo cognitivo más negativo que los sujetos sin autolesiones, sobre todo en el caso del sexo femenino (O'Connor et al., 2009; McMahon et al.,

2010). Estas conclusiones se han obtenido incluso a través de diseños prospectivos, habiéndose constatado que ambas variables actúan como factores de vulnerabilidad (Guerry y Prinstein, 2010; Hankin y Abela, 2011), que son activados en presencia de estresores interpersonales relevantes (Wedig y Nock, 2007). Así mismo, otras investigaciones señalan su relevancia en el mantenimiento de la conducta autolesiva, discriminando entre aquellos adolescentes que se vuelven o no a autolesionar tras una primera vez (Lundh et al., 2007; O'Connor, Ras mussen y Hawton, 2009; Madge et al., 2011). En general, estos hallazgos han llevado a considerar la baja autoestima como una variable predisponente y mantenedora de la conducta autolesiva, siendo el optimismo un factor de protección para la misma (O'Connor et al., 2009; Su, Hao, Huang y Tao, 2010).

En otro orden de temas encontramos: La autolesión en adolescentes es el resultado de complejas relaciones entre factores genéticos, biológicos, psicológicos, factores sociales y culturales (Hawton et al., 2012). Por ejemplo, la investigación ha documentado una estrecha relación entre autolesión y varios resultados negativos de salud mental, incluyendo la depresión, la ansiedad, conflicto interpersonal o familiar, el aislamiento o la soledad, la impulsividad, enfermedad psiquiátrica (por ejemplo, trastorno límite de la personalidad), comportamiento suicida, la externalización, trastornos de abuso de sustancias (Glassman et al., 2007; Klonsky et al., 2011; Madge et al., 2011). Además, algunos factores de riesgo para la autolesión han sido reconocidos en el contexto, tales como el abuso infantil (por ejemplo, sexual, abuso físico y emocional o negligencia) y las experiencias de intimidación (por ejemplo, de maltrato entre iguales) (Hawton et al., 2012; Kaes et al, 2013.; Kokoulina y Fernández, 2014; McMahon, Reulbach, Keeley, Perry, y Arensman, 2012) y en las características individuales, como la desregulación emocional y la emocionalidad negativa (Hawton et al, 2012; Klonsky et al, 2011).

El modelo de conducta suicida alternativa habla de las conductas autolesivas, donde existe una razón de probabilidad de 2,0- 3,0 de que la conducta de autolesión aparezca en mujeres primero que en hombres. A pesar de ello, algunas investigaciones comunitarias no han encontrado diferencias entre sexos Kirchner et al., (2011) y otras solo las han evidenciado en algunos de los métodos empleados, con un predominio de autolesiones a través de cortes en el caso de las mujeres

(Lundh, Karim y Quilisch, 2007; Laukkanen, Rissanen, Honka - lampi, Kylma, Tolmunen y Hintikka, 2009) o de quemaduras en los varones (Cerutti, Manca, Pre - saghi y Gratz 2011). En relación a la mayor frecuencia de autolesiones en mujeres adolescentes, distintas investigaciones clínicas y comunitarias, han hallado que estas diferencias de género pueden ser parcialmente explicadas por la mayor presencia de sintomatología depresiva, baja autoestima y disregulación emocional en el sexo femenino (Olsson et al., 2005; Kvernmo y Rosenvinge 2009; de Kloet, Starling, Hains - worth, Berntsen, Chapman y Hancock, 2011).

1.4. Subtipos de Sujetos con Conductas Autolesivas

Uno de los ámbitos de interés, que actualmente está generando un mayor volumen de investigación, versa sobre el planteamiento de diferentes perfiles de sujetos con autolesiones. Por un lado, diversos grupos de estudio norteamericanos sostienen dos subtipos de adolescentes en función de la finalidad de la conducta autolesiva (Nock y Kessler, 2006; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007). Por otro lado, una parte relevante de los grupos de trabajo europeos postulan dos subgrupos, a partir de la periodicidad de dicha psicopatología (O'Connor et al., 2009; Madge et al., 2011).

Autolesiones no suicidas (ANS) versus intentos de suicidio (IS)

La variable independiente más ampliamente estudiada a la hora de considerar diferentes subtipos de adolescentes que se autolesionan, guarda relación con la motivación subyacente a dicha conducta, en concreto la intencionalidad o no de morir mediante su comisión. Para poder poner a prueba dicha hipótesis, previamente ha de establecerse que existe una proporción de adolescentes que cometen a nivel longitudinal ANS, sin intentos de suicidio (IS). Sobre esta cuestión, una parte considerable de estudios prospectivos y retrospectivos implementados con muestras clínicas señalan que la co-ocurrencia evolutiva de ambos tipos de conducta autolesiva es elevada en los adolescentes que se autolesionan, de tal modo que entre un 50- 70 por cien de sujetos con ANS

presentan en algún momento un IS (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka y Goodyer, 2011). De hecho, se considera las ANS como un factor de riesgo para los IS. Como contra- punto, se carece de investigaciones con muestras comunitarias que hayan evaluado la co-ocurrencia evolutiva entre ANS-IS.

No obstante, se sostiene que la proporción de adolescentes con solo ANS es mayor en este tipo de muestras, máxime, si se tiene en consideración que los sujetos autolesivos tienden a acudir a dispositivos de salud mental únicamente tras acometer IS (Fortune et al., 2008a). Partiendo de esta premisa, distintas investigaciones clínicas y comunitarias han comparado a nivel transversal adolescentes con IS, ANS y IS- ANS, existiendo un relativo consenso en relación a la mayor presencia de sintomatología depresiva, baja autoestima e impulsividad en los adolescentes del grupo IS-ANS (Muehlenkamp y Gutiérrez 2007; Muehlenkamp, 2010). Como contrapunto, el grupo ANS ostenta el menor grado de severidad psicopatológica y caracterial (Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008). En este contexto, el subgrupo IS se halla más próximo a los adolescentes con IS-ANS que a los sujetos con sólo ANS (Jacobson et al., 2008). Por otro lado, las escasas investigaciones que diferencian exclusivamente IS y ANS obtienen que los primeros utilizan métodos potencialmente más letales y responden peor a terapia individual de orientación cognitivo-analítica

Autolesiones esporádicas versus recurrentes

Entre los autores que sostienen una distinción topográfica de la conducta autolesiva, el objeto de interés a la hora de establecer subgrupos ha sido la recurrencia o no de esta psicopatología. Para ello, previamente debe determinarse a partir de estudios longitudinales si existen adolescentes que llevan a cabo solo autolesiones puntuales (un episodio). Sobre esta cuestión, varios estudios comunitarios prospectivos señalan que un 50-70 por cien de los adolescentes, con un antecedente de autolesión, tienden a repetir este acto (Hankin y Abela, 2011; Wan et al., 2011), constituyendo por sí mismo uno de los principales factores de riesgo para su recurrencia (Sourander et al., 2006).

Partiendo de esta distinción, varias investigaciones clínicas y comunitarias han comparado transversalmente a adolescentes con autolesiones puntuales y recurrentes, hallando que aquellos sujetos “repetidores” suelen tener menor autoestima, así como más sintomatología depresiva, rasgos límite de la personalidad, y conocidos que se autolesionan (O`Connor et al., 2009;). En conclusión, existen evidencias empíricas que apoyan la existencia de distintos subgrupos de adolescentes autolesivos, tanto desde un punto de vista topográfico, como funcional. En concreto, la presencia de IS en sujetos que se autolesionan representa un indicador de mayor severidad psicopatológica, riesgo de mortalidad y refractariedad al tratamiento. Por otro lado, niveles más elevados de impulsividad, ánimo deprimido y baja autoestima constituyen marcadores de cronicidad (recurrencia). Al margen de las diferencias entre subgrupos, los estudios sobre co-ocurrencia evolutiva indican que los sujetos investigados incursionan en una curva de gravedad y frecuencia autolesiva. Sobre esta cuestión, algunos autores plantean que a lo largo de esta escalada psicopatológica se produce un “procesamiento cognitivo oponente” (Joiner et al., 2005), por el cual decrece el temor a las consecuencias negativas de la conducta autolesiva y aumenta la satisfacción con las recompensas (funcionalidad) atribuidas a la misma.

1.5.Tratamiento de la Conducta Autolesiva

A diferencia del estudio de los factores de riesgo, el tratamiento del comportamiento autolesivo ha generado un escaso volumen de investigación, hallándose en la actualidad en fase experimental. La mayoría de estas intervenciones se han llevado a cabo desde el ámbito de la prevención secundaria, si bien, existe un creciente interés en relación a la implementación de programas de prevención primaria a nivel escolar (Fortune, Sinclair y Hawton, 2008b; Muehlenkamp, Walsh y McDade, 2010), máxime, considerando que la mitad de los adolescentes que se autolesiona, principalmente varones, no solicita ningún tipo de ayuda por miedo a ser estigmatizados.

Respecto a la prevención secundaria, cabe distinguir las intervenciones dirigidas a los adolescentes que se autolesionan y aquellas focalizadas en las personas significativas (padres y

profesores) del entorno del sujeto, figuras que se consideran relevantes, como factores mantenedores y/o auxiliares (ayuda informal) ante el comportamiento autolesivo (Morey et al., 2008). Sobre las primeras, se han llevado a cabo ensayos clínicos aleatorizados, en donde se ha evaluado la eficacia diferencial de diversas psicoterapias grupales manualizadas (8-10 sesiones), en comparación al uso del apoyo psicológico estándar. Para ello, se han incorporado técnicas de resolución de problemas y de mindfulness a estos programas protocolizados. En términos generales, se ha constatado que, si bien estas terapias grupales tienden a reducir la recurrencia del comportamiento autolesivo a medio plazo (6-12 meses), dicha ganancia terapéutica no es significativamente mayor que la evidenciada con la psicoterapia de apoyo (Green et al., 2011). Por lo que respecta a los tratamientos psicofarmacológicos, la mayoría de estos han sido dirigidos a algunos de los factores de riesgo asociados al comportamiento autolesivo, principalmente el ánimo depresivo. Sobre esta cuestión, existe una notable controversia en relación al papel de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), habiendo meta-análisis con muestras de adolescentes deprimidos que constatan un discreto aumento en la incidencia autolesiva tras su administración (Dubicka, Hadley y Roberts, 2006), mientras que ensayos clínicos recientes evidencian más bien una falta de respuesta con dicho tratamiento (Wilkinson et al., 2011).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Situación Problemática

Este fenómeno no es nuevo, aunque su estudio es reciente, por lo tanto, existe poco conocimiento de esta forma comportamental; debido a esto cualquier investigación relacionada solo es exploratoria. Se inicia definiendo la auto lesión como destructiva, altera los tejidos del cuerpo, sin llegar a tener conciencia que conduce al suicidio (Favazza, 1996). El grupo vulnerable de este trastorno son los jóvenes y adolescentes. En distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se cifra en un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas ^(2,3). La razón principal es la etapa de transición por la que atraviesan los jóvenes, donde son sometidos a cambios en los aspectos físicos, sociales y sobre todo psicológicos que abruman al adolescente (Purington y Whitlock, 2004; Brunner, et al 2007).

La conducta autolesiva dista de ser un constructo psicopatológico homogéneo en su terminología y conceptualización, dificultando este aspecto la contrastación de los datos epidemiológicos de las diferentes muestras analizadas. Por una parte, los grupos de investigación europeos abogan por una definición meramente conductual, independientemente de la motivación subyacente. Desde esta premisa, se utiliza el término “autolesión deliberada” (AD) (deliberate self-harm) para definir “todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo.

La institución donde se desarrollará el estudio es la Unidad Educativa Velasco Ibarra del cantón Buena Fe, ubicada en la provincia de Los Ríos. Esta Unidad Educativa cuenta con un Departamento de consejería estudiantil (DECE) formado por 6 profesionales cuatro Psicólogos

Clínicos y dos Psicólogos Educativos. A este departamento del mencionado colegio en el último semestre acudieron un grupo de 21 alumnos adolescentes de nivel escolar Bachillerato, remitidos por los tutores de curso, por presentar conductas autolesivas reflejadas principalmente por marcas en sus antebrazos provocadas por objetos corto punzantes. Estos adolescentes además una marcada impulsividad y agresividad con sus compañeros de aula. El departamento de consejería estudiantil de la Unidad Educativa no cuenta con datos que caractericen a esta población ni con recursos terapéuticos ajustados a esta problemática. Dada esta situación se decide estudiar a estos adolescentes para poder entender mejor el fenómeno y poderlos guiar en su proceso de atención. Por lo anterior nos planteamos el siguiente problema de investigación:

2.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores psicosociales que caracterizan a un grupo de adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe?

2.3 Objetivo General

Describir los factores psicosociales de un grupo de adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe y determinar su incidencia.

2.3.1 Objetivos Específicos

- Identificar aspectos demográficos y de la conducta autolesiva de un grupo de adolescentes con conductas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe.

- Explorar alteraciones psicológicas: depresión y ansiedad en el grupo de adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe.
- Determinar características de las relaciones sociales, educativas y familiares de los adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe.

2.4 Definición de la perspectiva general y tipo de investigación

Se trata de una investigación cuantitativa por lo tanto de perspectiva positivista. El postulado positivista establece que sólo el conocimiento proveniente de las ciencias empíricas es considerado válido. Asume que existe un método específico que permite al sujeto de la investigación obtener un conocimiento absoluto en relación al objeto del estudio. Su paradigma es controlador y le gusta por lo tanto predecir, a ello se debe su interés en el establecimiento de leyes. Este hecho hace que el carácter de paradigma se aleje de lo reflexivo, siempre y cuando no fundamente sus resultados T., Reichardt (2005)

La presente investigación articula métodos e instrumentos cuantitativos. El diseño empleado fue de tipo no experimental, descriptivo y transversal, debido a la no manipulación de las variables objeto de estudio en una población específica y determinada. Sampieri (2010) es decir, la investigación no experimental busca establecer fenómenos en su contexto natural y analizarlos in situ para definir la incidencia, interrelación o efectos en un tiempo determinado.

La investigación descriptiva especifica las características de grupos y busca cualquier fenómeno que influya sobre ellos para ser analizados. En el presente estudio se describieron los factores psicosociales de un grupo de adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe.

2.5 Hipótesis, premisas y/o ideas a defender.

La investigación no posee hipótesis debido al diseño descriptivo planteado, con el cual no se pretende determinar el funcionamiento de variables simplemente describirlas. Según Sampiere (2010) “Las investigaciones cuantitativas que poseen hipótesis, corresponden a estudios correlacionales o de tipo explicativo por lo que intentan predecir un hecho o cifra específica”.

2.6 Definición de las variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escalas	Instrumento
Factores psicológicos de adolescentes con conductas autolesivas	Dimensiones de la Psiquis de origen subjetivo que modulan la respuesta del sujeto	Aspectos demográficos y de la conducta autolesiva	-Sexo -Edad -Nivel escolar -Lugar de residencia actual -Tipo de familia -Edad de comienzo de las Conductas Autolesivas -Frecuencia de las conductas autolesivas -Objeto/s que usa para la conducta autolesiva -Motivo por el cual mantiene la conducta autolesiva	-Masculino -Femenino -Último año cumplido -Nivel que cursa al momento de la entrevista -Cantón -Provincia -Nuclear -Extensa - Monoparental - Reensambladas Edad en años Número de veces aproximadas de ejecución de la autolesión Nombre del objeto con que se infringe la autolesión Descripción de los motivos	Entrevista Semiestructurada

Alteraciones Persono lógicas	-Temores y mala adaptación. -Depresión - Nerviosismo y ansiedad. -Síntomas neurocirculatorios o psicósomáticos -Reacciones de temor. -Síntomas psicósomáticos -Astenia e hipocondría -Síntomas gastrointestinales. - Sentimientos de inferioridad -Agresividad y tendencias psicopáticas	Se considera patológico el bloque cuando el sujeto obtiene más del 70% de los puntos posibles en el mismo (mayor al 50% es un indicador a tener en cuenta).	Inventario de personalidad Cornell Index
Ansiedad	Ansiedad como rasgo Ansiedad como estado	Nivel de ansiedad __ Bajo (<30) __Medio (30-44) __Alto (>45)	IDARE
Depresión	Depresión como rasgo Depresión como estado	Nivel de depresión __ Bajo (<30) __Medio (30-44) __Alto (>45)	IDERE

Factores sociales de adolescentes con conductas autolesivas	Dimensiones del funcionamiento social del sujeto	Relaciones sociales	-Tipo de relación con amigos. -Historia de Relaciones de pareja. -Uso del tiempo libre.	-Buena -Mala -Regular -Buenas -Malas -Regulares -Nunca ha tenido -Actividades que realiza durante el tiempo libre	Entrevista semiestructurada
		Educativas	- Rendimiento académico -Disciplina en el colegio Preocupación de los padres por el desarrollo escolar	Buena Mala Regular Mala Regular Adecuada Regular No se preocupa	Entrevista a tutores de curso
		Familia	- Relación del alumno con sus pares - Funcionamiento familiar	Adecuada Regular Inadecuada -Familia Funcional. -Familia moderadamente funcional -Familia Disfuncional -Familia altamente disfuncional	Test de funcionamiento familiar FF-SIL

2.7 Población y Muestra

Para la realización de la investigación se trabajó con la totalidad de los 21 adolescentes que cursan el Bachillerato de la Unidad Educativa “José María Velasco Ibarra” de las secciones

Matutina y vespertina remitidos por los tutores de curso por presentar conductas autolesivas en el último semestre académico. Además, se entrevistó a los 4 tutores de curso los que remitieron a los alumnos al DECE por la presencia de conductas autolesivas.

2.8 Métodos, técnicas e instrumentos

2.8.1 Entrevista semiestructurada dirigida a los adolescentes (Anexo 1)

La entrevista es el instrumento de evaluación que precede a toda modalidad de intervención o proceso de toma de decisiones, adopta un formato interactivo y esta presente en el continuo evaluación-intervención (Alonso 2003 y col).

Características de la entrevista

- Técnica basada en las relaciones humana, de ahí su complejidad.
- Permite el establecimiento de hipótesis que deben ser comprobadas.
- Técnica ampliamente utilizada en Psicología, en especial en Psicología Clínica.
- Permite abordar al sujeto como una unidad.
- La entrevista brinda datos de carácter objetivo (fechas, escolaridad alcanzada, número de hijos, etc.) y datos de carácter subjetivo (opiniones, actitudes, valoraciones, etc.)

Se confeccionó una entrevista con un total de 12 preguntas de tipo abiertas y cerradas las cuales abordaron temas relacionados a características demográficas, as conductas autolesivas y las relaciones sociales de los adolescentes.

2.8.2. Entrevista estructurada dirigida a los tutores de curso (Anexo 2)

Se confeccionó una entrevista estructurada dirigida a los tutores de curso los cuales remitieron al dese a los estudiantes con conductas autolesivas. Esta entrevista abordó temas relacionados al área educativa como fueron la disciplina de los alumnos, la preocupación de los padres, relación entre pares y rendimiento académico.

2.8.3 Inventario de personalidad Cornell Index (Anexo 3)

El Inventario de Personalidad Cornell Index es un instrumento que está elaborado con el objetivo de evaluar lo patológico en las tendencias de la personalidad. Tomando en consideración que, si un individuo posee ciertas características patológicas de personalidad, estas se pueden incrementar si el individuo está sometido a factores estresantes, creando con ello problemas no sólo al propio individuo sino a todo el ámbito en el que se desenvuelve. Fue creado en 1946 por Weider y col, y adaptada a población española en 1957 por Cerdá, R.E. A continuación, se muestra sus dimensiones y calificación.

Dimensiones

Preguntas	Bloque	Alteración
1-19	I	Sentimientos de miedo e inadaptación.
20-26	II	Síntomas psicopáticos generales, fundamentalmente depresivos.
27-33	III	Nerviosismo y ansiedad.
34-38	IV	Síntomas psicósomáticos neurocirculatorios.
39-46	V	Miedos fóbicos patológicos (pánico).
47-61	VI	Otros síntomas psicósomáticos.
62-68	VII	Astenia e hipocondría.
69-79	VIII	Síntomas psicósomáticos gastrointestinales.
80-85	IX	Sentimientos de inferioridad.
86-101	X	Agresividad y tendencias psicopáticas.

Calificación

Su calificación por Bloques, no limita la valoración cualitativa de cada uno de sus ítems, lo cual posibilita un análisis mucho más amplio. La calificación del Inventario de personalidad Cornell Index es igualmente sencilla, pero, como sucede con todas las pruebas de evaluación psicológica es fundamental actuar con cuidado y no confiarse de la sencillez de la misma.

El modo de proceder para calificar la prueba es el siguiente. (Tabla 1)

- Para el cómputo se otorga 1 punto a todas las respuestas afirmativas, aquellas donde el sujeto marca el SI.
- Excepto en las preguntas 69, 82 y 87, estas preguntas cuando se responde NO la persona está reforzando el síntoma, por tanto, la respuesta NO en estos ítems vale 1 punto cada una.
- Posteriormente se suman los puntos obtenidos por cada bloque y en la tabla de calificación en % se encuentra el % correspondiente a cada uno.
- Con el puntaje de cada bloque se va a la Tabla de Calificación del Cornell Index, y se obtiene el tipo de alteración que presenta la persona evaluada.
- Se considera patológico el bloque cuando el sujeto obtiene más del 70% de los puntos posibles en el mismo (mayor al 50% es un indicador a tener en cuenta).

Tabla 1. Calificación en por cientos del Cornell Index

Tabla de Calificación en por cientos.

Cantidad de Respuestas	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1	5	14	14	20	12	6	14	9	16	6
2	11	28	28	40	25	13	28	18	33	12
3	16	42	42	60	37	20	42	27	50	18
4	22	57	57	80	50	26	57	36	-63	29
5	27	71	71	100	62	33	71	45	83	31
6	33	85	85		75	40	85	57	100	37
7	38	100	100		87	46	100	63		43
8	44				100	53		72		50
9	50					60		81		56
10	55					66		90		62
11	60					73		100		68
12	66					80				75
13	72					86				81
14	77					93				87
15	83					100				99
16	88									100
17	94									
18	100									

Fuente: Cerdá R, (1957). Validación del Cornell Index en sujetos españoles

Orientaciones al examinador:

- Entregar la prueba y disponer de un fondo de tiempo para escribir los datos generales por el sujeto.
- Las orientaciones que se dan al examinado son sencillas y fáciles de entender por este.
- Trace un círculo alrededor de la palabra SI, si su respuesta es afirmativa. Si es negativa, encierre en un círculo la palabra NO. Conteste todas las preguntas que a continuación se le presentan, con la respuesta que le parezca más justa.

2.8.4 Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Anexo 4)

Es el test más usado para evaluar la funcionalidad familiar mediante la percepción del funcionamiento familiar o FF-SIL, este test compuesto de un cuestionario validado en Cuba por Pérez de la Cuesta et al (1994) con el propósito de medir la percepción familiar de manera práctica y calificar las dimensiones de funcionalidad mediante puntuación, tal como se describe más abajo.

A continuación, se muestra sus dimensiones y calificación.

Calificación.	Diagnosis del tipo de familia.
70 a 57	(F) Funcional
56 a 43	(MF) Moderadamente funcional
42 a 28	(D) Disfuncional
27 a 14	(AD) Altamente disfuncional

2.8.5 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Anexo 5)

El IDARE es un inventario auto evaluativo, propuesto para determinar las formas de ansiedad como estado y como rasgo, sea esta una condición emocional o propensión ansiosa.

Antecedentes y bases conceptuales: El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) fue construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1966) ^{con} el propósito de disponer de una escala, relativamente breve y confiable. La distinción de ansiedad rasgo-estado (ser-estar) ha sido validada en numerosos estudios. De tal forma, los ítems reportados de cómo se siente el sujeto "ahora", "en

este momento", y que indican intensidad en 4 categorías (1-no totalmente, 2-un poco, 3-bastante, 4-mucho), responden a la subescala de Ansiedad-Estado, y siempre debe ser presentada primero a los sujetos, antes que la subescala de Ansiedad-Rasgo, que se refiere a como se sienten "por lo general", "habitualmente", y se contestan también en 4 puntuaciones de frecuencia (1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre).

La evidencia de validez de constructo de la subescala estado se ha reflejado en los puntajes de estudiantes universitarios cuando se someten a exámenes (aumentan significativamente) y son notoriamente más bajos después de un entrenamiento en relajación, en comparación a cuando estos mismos sujetos son evaluados dentro de una clase cotidiana. Además, se han observado movimientos en los puntajes ante diferentes situaciones estresoras experimentales. También se han obtenido evidencias de validez de constructo de la subescala Rasgo, en pacientes neuropsiquiátricos, que obtienen puntajes más altos que los sujetos normales

La información adquirida en las investigaciones durante más de una década, con el IDARE, permitió realizar revisiones del instrumento para desarrollar mediciones "más puras" con la intención de proveer de una base más firme para diferenciar entre pacientes que sufren de ansiedad y desórdenes depresivos, por lo que se creó la forma Y. En la forma Y del IDARE, se suprimieron algunos ítems comunes a la depresión y la ansiedad y se logró una distribución más homogénea de los reactivos positivos y negativos con respecto a la ansiedad rasgo. Sin embargo, la forma anterior, que es la que más se conoce y utiliza en muchos países de América Latina, es la forma X. Los estudios han demostrado que la correlación entre ambas formas es muy alta (98.99) por lo que en la práctica pueden utilizarse indistintamente.

Aplicación: Las escalas autodescriptivas, pueden falsear la investigación, por lo que se sugiere que el sujeto tenga una escolaridad de 9º grado y que entienda las estipulaciones de cada

pregunta. Sin embargo, es necesario que el evaluador lea las preguntas y opciones para mayor comprensión del encuestado.

De manera convencional, se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador. La subescala ansiedad como estado se puede aplicar de manera repetida, incluso con intervalos de minutos (por ejemplo, antes y después de un tratamiento con técnicas de relajación). Se han reportado numerosas investigaciones en que se aplica de esta manera. El éxito de la aplicación del IDARE está en garantizar que el sujeto comprenda bien la diferencia entre las consignas de cada subescala.

Áreas de aplicación: Ha sido sometido a numerosos procesos de validación y es una de las pruebas que más se utiliza actualmente para la evaluación de la ansiedad, tanto en personas "sanas", como en pacientes psiquiátricos y personas con problemas de enfermedades crónicas o dolor. Se reportan numerosos estudios en contextos clínicos en los que usualmente es complicado realizar una evaluación psicológica, como son las unidades de cuidados intensivos, los salones de operaciones, el paciente encamado, etc.

Corrección e Interpretación: Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej. Estoy nervioso) y otras de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta.

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 pts. En algunas versiones al español, no existen puntos de corte

propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en percentiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

Ansiedad. Estado	Ansiedad. Rasgo
3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A	22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40
1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B	=A
(A-B) +50=	21+26+27+30+33+35+39 =B
___ Mayor (> = 45)	(A-B) +35=
___ Promedio (30-44)	___ Mayor (> = 45)
___ Menor (< = 30)	___ Promedio (30-44)
	___ Menor (< = 30)

2.8.6 Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) (Anexo 6)

Este método IDERE está delineado para establecer dos formas de depresión: la que se manifiesta por estado, es decir la condición emocional pasajera y la depresión como rasgo de la personalidad, los que manifiestan estados depresivos más o menos estables como cualidad de la personalidad.

La escala de medición para valorar la depresión identifica síntomas de depresión, sentimientos de tristeza o de trastornos depresivos; consta de 20 ítems; la mitad de ellos son positivos y el resto son contrarios. La valoración es en una escala de 1 a 4.

La escala determina si un paciente está propenso a los estados depresivos e identifica los síntomas, se compone de 22 ítems con calificación de 1 a 4 en escala Liker (casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre, en el orden valorativos descrito anteriormente. Los puntajes totales van de 20 a 80 puntos para el estado y de 20 a 88 puntos para el rasgo.

Calificación: La calificación del ítem se basa en dar los siguientes valores a la escala: En la escala estado calificación de 1 a 4 puntos, distribuidos de la siguiente manera, 1 para no, 2 para un poco, 3 para bastante y 4 para mucho. Diez de los ítems son positivos y los restantes son negativos o contradictorios.

En la calificación se suma los positivos correspondientes a depresión y luego los negativos. A este resultado de cada uno de ellos se agrega un valor de 50 proveniente del análisis estadístico y de esta manera estandarizas las puntuaciones obtenidas.

El resultado obtenido se considera menor es \geq a 34; promedio o media si va de 35 a 42 y mayor si la cifra corresponde a más de 42.

Interpretación: Las depresiones, sean de estado o rasgo se las categoriza en menor, promedio y mayor, los valores que sobrepasan a 50 resultan para valorar y dar diagnóstico.

Altos niveles de depresión como estado no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, pues es frecuente encontrarlos en personas con enfermedades crónicas o en personas que están atravesando por una situación estresante o que han sufrido una pérdida reciente,

como el caso de las reacciones de duelo. Es recomendable que las personas que obtengan valores altos en el IDERE-E sean analizados minuciosamente para definir la diagnosis.

Los valores altos de IDERE manifiestan que hay inclinación a estados depresivos cuando se encuentra el individuo en situación estresante, es común en personas con trastornos depresivos o neuróticos.

Áreas de aplicación: Esta prueba se utiliza en ámbitos clínicos, enfermos crónicos o sujetos con valoraciones psiquiátricas. Sin embargo, se puede utilizar esta prueba en personas que se desea identificar los síntomas depresivos o con apego a la depresión. Resulta muy útil para estudios sobre Burnout y en ambientes educativos.

Resulta muy práctico su uso en valoraciones de personas de la tercera edad con enfermedades agudas o crónicas, debido a que esta escala identifica los estados de tristeza catalogadas como depresión clínica y que afectan la calidad de vida del paciente.

Depresión. Estado

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B$$

$$(A-B) +50=$$

___ Mayor ($> = 43$)

___ Promedio (35-42)

___ Menor ($< = 34$)

Depresión. Rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 =A$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21=B$$

$$(A-B) +50=$$

___ Mayor ($> = 47$)

___ Promedio (36-46)

___ Menor ($< = 35$)

2.9 Procedimiento

El presente estudio fue dirigido por la autora y recibió el apoyo de los directivos de la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” así como del personal que labora en el DECE. Se localizaron los adolescentes con conductas autolesivas mediante la base de datos del DECE y contando con el apoyo de los maestros que reportaron los casos. Una vez localizados se procedió a citar a los padres o tutores a los cuales se le explicó sobre el estudio y se les presentó el consentimiento informado para una vez estando de acuerdo proceder a la firma como representantes legales de los adolescentes. La totalidad de los padres o tutores firmó el consentimiento informado. Una vez logrado el consentimiento se procedió a citar a cada adolescente en horarios que no afectaron su tiempo docente al departamento de consejería estudiantil donde se habilitó una oficina con total privacidad para la recogida de la información. La recogida de información se dividió en dos días diferentes dada la cantidad de instrumentos a aplicar, posibilitando así que los alumnos rindieran al máximo en cada uno de ellos. En el primer día se comenzó con la entrevista semiestructurada y a continuación el Inventario de personalidad Cornell Index. Después en la sesión siguiente se les aplicó el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar y para finalizar los inventarios de Ansiedad y depresión Rasgo-Estado. Una vez concluido el estudio con los adolescentes se procedió a entrevistar a los tutores de curso de cada adolescente para recoger información sobre su proceso educativo, y previa firma del consentimiento informado se le aplicó la entrevista. Una vez recogida la información se confeccionó una base de datos la cual se llenó con los resultados de los instrumentos. Se realizaron análisis de frecuencia de la información y se plasmaron los datos en gráficos y tablas.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron un total de 21 adolescentes que cursan el Bachillerato y 4 tutores de curso pertenecientes de la Unidad Educativa “José María Velasco Ibarra” del cantón San Jacinto de Buena Fe en la provincia de Los Ríos. A continuación, se muestran los resultados.

3.1 Resultado Objetivo 1

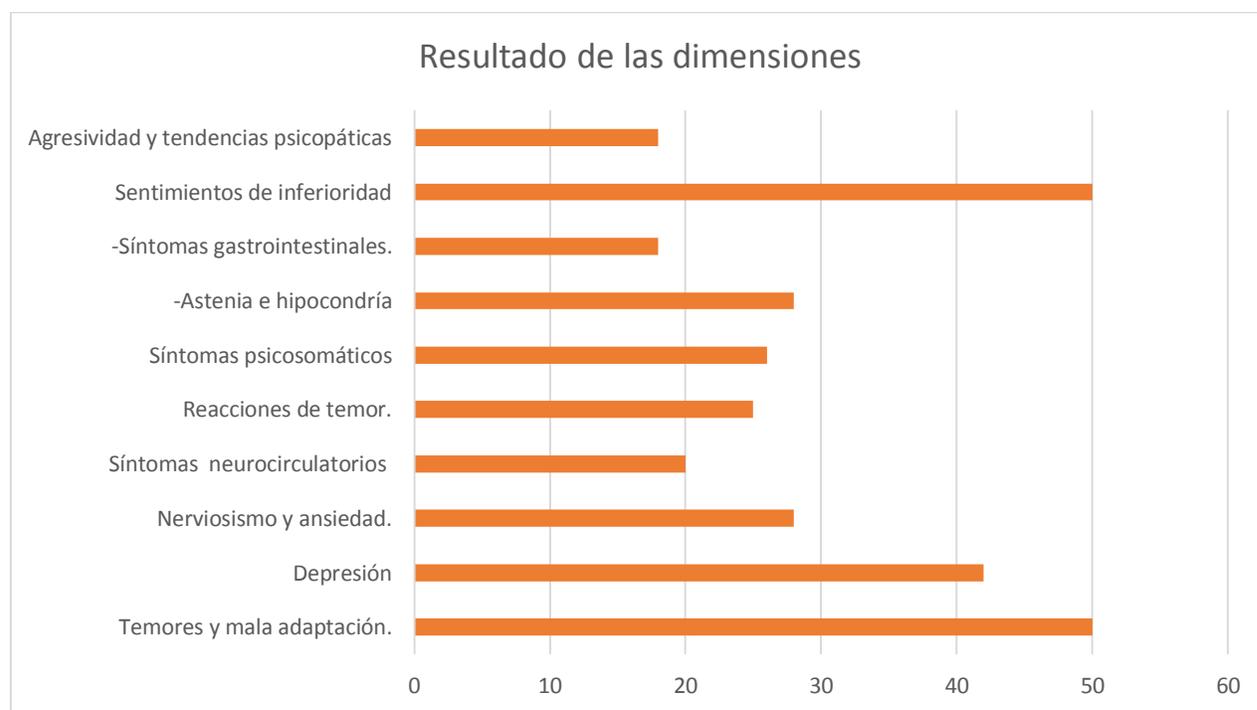
El primer objetivo específico abordó el tema de las características demográficas y de la conducta autolesiva. Se encontró que de los 21 adolescentes estudiados el 57% pertenece al sexo femenino y el restante 43% al sexo masculino. El promedio de edad de los alumnos fue de 16 años con valores que se encontraban entre los 15 y 17 años. El 100% de los adolescentes pertenecen al cantón San Jacinto de Buena Fe en la provincia de los Ríos. Relacionado al tipo de familia se encontró que un 48% de los adolescentes pertenecían a familias reensambladas un 28% al tipo monoparental, un 19% al nuclear y el 5% a familia extensa.

Relacionado a las conductas autolesivas se encontró que la edad de inicio promedio en el grupo de adolescentes fue de 14 años. La frecuencia media con que estos adolescentes practicaron esta conducta fue de 4 ocasiones con valores que van desde 2 veces hasta 7 en algunos casos. Los objetos que los adolescentes usaron para practicar la conducta autolesiva fueron cuchillas, tijeras y cristal. Por último y muy importante era saber los motivos que llevaban a estos alumnos a este tipo de conductas. Se destaca en primer lugar el control de impulsos, seguido por la expresión de necesidades y búsqueda de afecto, y por último ellos realizan estas prácticas también para agradar y quedar bien con el grupo de amigos.

3.2 Resultado Objetivo 2

El segundo objetivo de la tesis fue explorar alteraciones psicológicas, depresión y ansiedad en el grupo de alumnos. Se comenzó esta búsqueda con la aplicación del Inventario de personalidad Cornell Index. En sentido general ninguno de los diez bloques resultó ser patológico en el grupo de estudiantes. Lo que si es necesario señalar fueron algunas dimensiones que resultaron preocupantes o sea obtuvieron valores alrededor del 50% y menos del 69% en la Tabla de Calificación y se deben tener en cuenta. En primer lugar se encontró que el bloque “Temores y mala adaptación” obtuvo un puntaje promedio de 9 respuestas positivas (7 ± 11) lo que lo hubica en un 50%. Otro bloque con puntuaciones para analizar fue “Depresión”. En el se encontró una puntuación promedio de 3 (2 ± 4) hubicandolo en el 42%, que si bien no supera el 50% es un dato al cual se debe dar seguimiento. Otro con puntuaciones en el límite fue “Sentimientos de inferioridad”. En el encontramos un promedio de puntos de 3 (2 ± 4) lo que hubica al bloque en un 50% en la Tabla de Calificación. A continuación se muestran los resultados en la (figura 1)

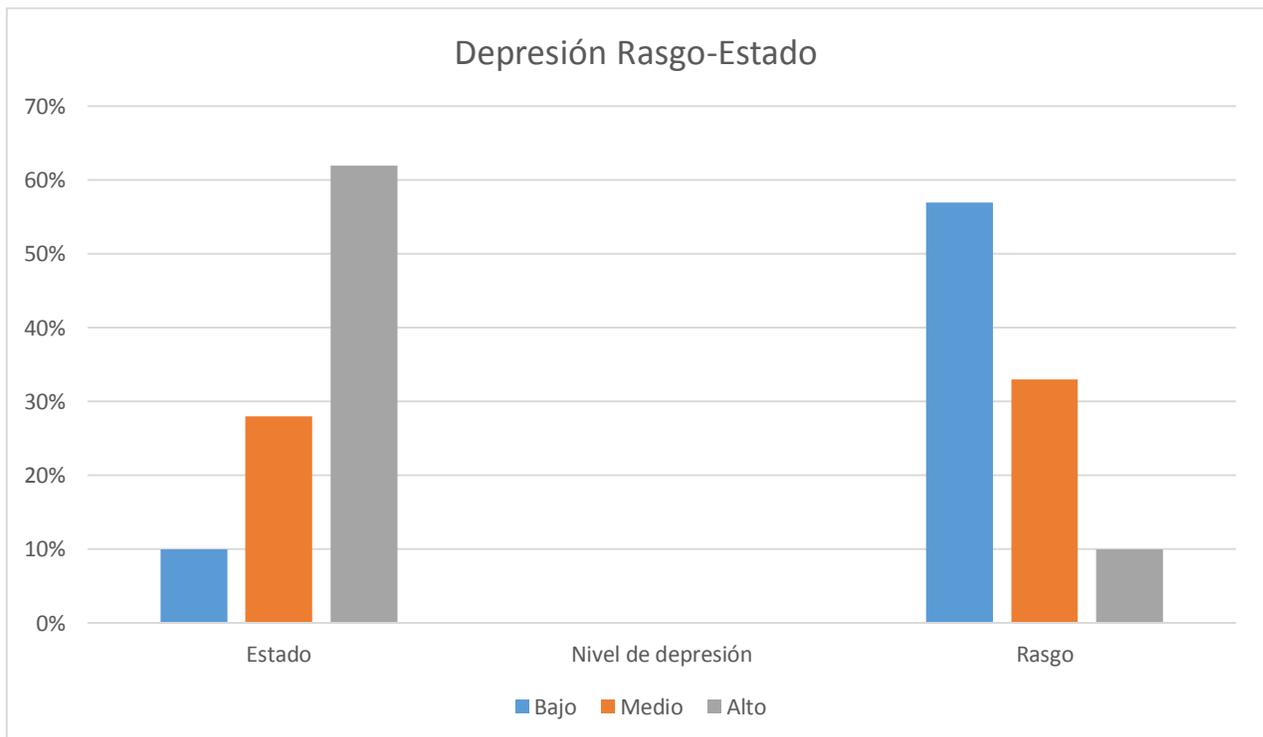
Figura 1. Resultado de las dimensiones Inventario de personalidad Cornell Index



Fuente: Base de Datos de la Investigación

La depresión fue otro de los aspectos importantes que se estudió en este grupo. Para ello se usó el Inventario de Depresión Rasgo-Estado IDERE. En el ámbito de la depresión como estado se encontró que un 62% de los alumnos presentaba al momento de la evaluación un nivel alto, seguido por un nivel medio de un 28% y bajo del 10%. En lo relacionado a la depresión como rasgo predominó el nivel bajo con un 57% seguido del nivel medio con 33% y alto 10% (Figura 2)

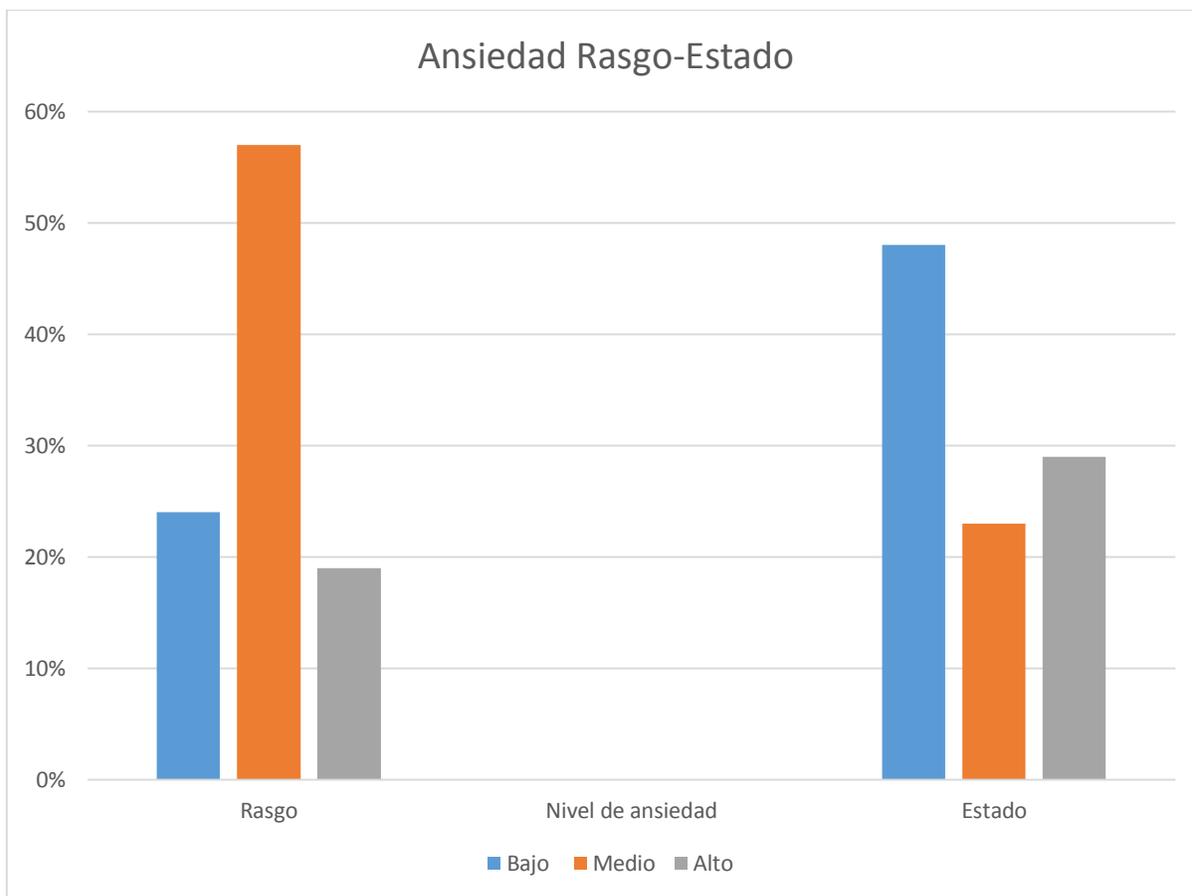
Figura 2. Depresión Rasgo- Estado (IDERE)



Fuente: Base de Datos de la Investigación

Por último, fue analizada la ansiedad en este grupo. Para ello se usó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. En el ámbito de la Ansiedad como estado se encontró que un 48% de los alumnos presentaba al momento de la evaluación un nivel bajo, seguido por un nivel alto con un 29% y medio del 23%. En lo relacionado a la ansiedad como rasgo predominó el nivel medio con un 57% seguido del nivel bajo con 24% y alto con 19% (Figura 3)

Figura 3. Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)

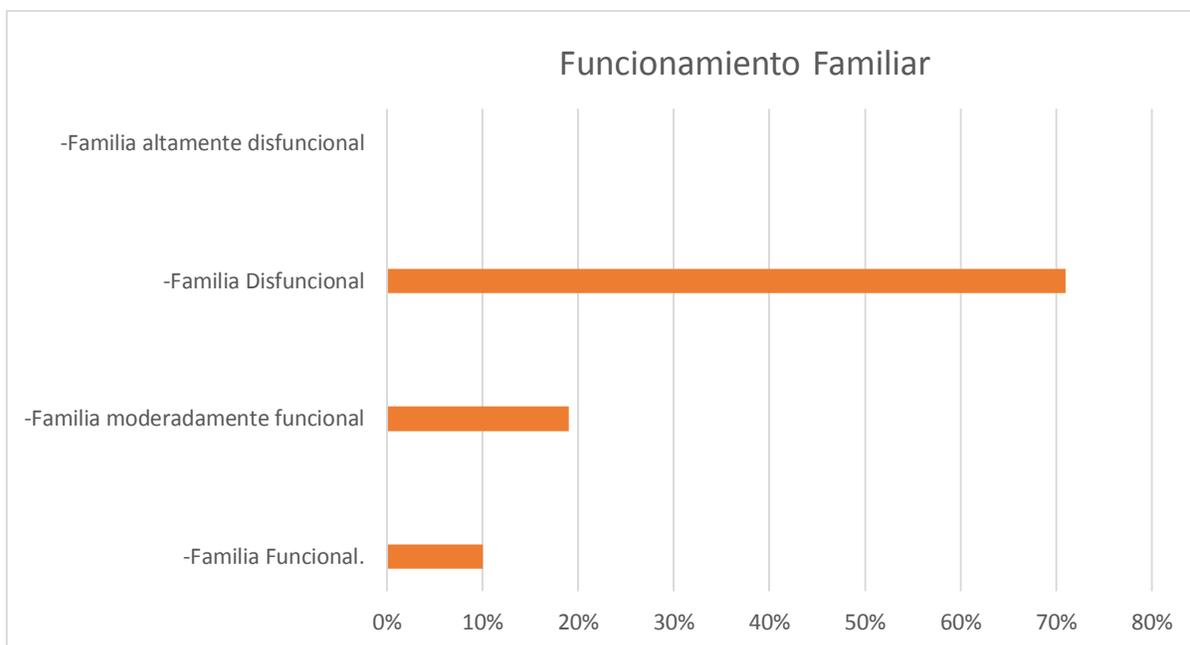


Fuente: Base de Datos de la Investigación

3.3 Resultado Objetivo 3

El objetivo tres del presente estudio determinó las características de las relaciones sociales, educativas y familiares de los adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón Buena Fe. Se comenzará la descripción de los resultados con el análisis del Test de Funcionamiento Familias FF-SIL. El 71% de los adolescentes percibieron a sus familias como disfuncionales, el 19% como moderadamente funcionales y 10% restante como funcional. (Figura 4)

Figura 4. Funcionamiento familiar FF-SIL



Fuente: Base de Datos de la Investigación

Las relaciones sociales de estos adolescentes también fueron tratadas en este estudio. El 48% de los alumnos refiere tener una relación regular con sus amigos, mientras que el 38% la cataloga como mala y un 14% como buena. En cuanto a las relaciones de pareja un 67% refiere nunca haber tenido, un 19% las cataloga como regulares, un 9% como buenas y un 5% como malas. El uso del tiempo libre también fue evaluado. Las actividades más frecuentes que ellos realizan son actividades familiares, visitar amigos, redes sociales y ver televisión.

Por último, se entrevistó a los tutores de curso con el objetivo de determinar las características de las generales del proceso educativo de los adolescentes. Según los docentes el rendimiento académico de los alumnos resultó ser bueno en un 52% de ellos, regular en un 38% y malo en 10%. La disciplina fue catalogada como regular en el 57% de los alumnos, buena en el 33% y mala en un 10%. Un tema importante era la preocupación de los padres por el desarrollo escolar. Los tutores

de curso alegaron que el 48% de los padres no se preocupa, el 43% lo hace regularmente y el 10% mantiene una preocupación adecuada. Por último, la relación de los alumnos con sus pares fue catalogada en un 71% como regular, fue adecuada en un 24% e inadecuada en un 5%. (Tabla1)

Tabla 1. Características del proceso educativo de adolescentes con autolesión

Característica	%	N=21
Rendimiento académico		
Bueno	52	11
Malo	10	2
Regular	38	8
Disciplina en el colegio		
Buena	33	7
Mala	10	2
Regular	57	12
Preocupación de Padres por Desarrollo escolar		
Adecuada	10	2
Regular	43	9
No se preocupa	47	10
Relación con sus pares		
Adecuada	24	5
Regular	71	15
Inadecuada	5	1

Fuente: Base de Datos de la Investigación

3.4. Discusión de los resultados

La presente investigación permitió caracterizar los factores psicosociales de un grupo de adolescentes con conductas autolesivas pertenecientes a la Unidad Educativa “Velasco Ibarra” del cantón San Jacinto de Buena Fe en la provincia de Los Ríos.

Este estudio resultó ser de valiosa importancia pues se adentra en una temática cada vez más presente y con mayor impacto en el adolescente actual. Además, permitió obtener información descriptiva general al DECE sobre el funcionamiento y las percepciones de un grupo de adolescentes que llevan a cabo estas conductas mediante los instrumentos aplicados, con el fin de intervenir para eliminar este tipo de prácticas.

Un grupo de resultados muy interesantes se obtuvo. En primer lugar, encontramos un ligero predominio del sexo femenino en el grupo de adolescentes con conductas autolesivas. Este resultado coincide con el estudio realizado por Flores et al (2013) en México donde el 76% de una muestra de adolescentes con conductas autolesivas pertenecía al sexo femenino. Por otra parte, se encuentran otros criterios como por ejemplo los de Kirchner et al., (2011) que en sus investigaciones a nivel comunitario no encontraron diferencias entre sexos. Otras han diferenciado la prevalencia por método de autolesión. Por ejemplo, Laukkanen, Rissanen, Honka lampi, Kylma, Tolmunen y Hintikka, (2009) plantean que existe predominio de autolesiones a través de cortes en el caso de las mujeres y Cerutti, Manca, Presaghi y Gratz (2011) predominio de quemaduras en los hombres. No obstante, a lo anterior existe consenso para aceptar que las conductas autolesivas son más habituales en mujeres que hombres, estableciéndose una posibilidad de 2,0- 3,0 (Patton et al., 2007)

Otra variable estudiada fue la edad. El promedio de edad de los alumnos con conductas autolesivas fue de 16 años y la edad de inicio se enmarcó en una media de 14 años. Estos resultados coinciden con los encontrados por O'Connor et al., (2009) en el que señala que el rango de edad donde más frecuente se dan estas conductas son los 14 – 16 años. Sin embargo, este autor señala el rango de edad de inicio de estas prácticas en 11– 13 años, resultado este muy similar al obtenido

en el presente estudio, lo que confirma que cada vez a edades más tempranas se está comenzando estas conductas autolesivas.

La familia fue otro constructo importante que se estudió. Se obtuvo un predominio de familias reensambladas y disfuncionales. Según Favazza (1996) la mayoría de los adolescentes que se autolesionan, vienen de familias disfuncionales y tormentosas. Este mismo autor añade que además del trauma experimentado, el 62% ha tenido abuso físico y sexual recurrente. Este tipo de abuso generalmente es a los siete años y puede tener una duración de dos años. Entre los abusadores sexuales están: amigos de la familia (43%), hermano (25%), padre (23%), tío (13%), madre o padrastro el 6% cada uno y finalmente abuelo con el 4%: En abuso físico predomina la madre con la mitad del porcentaje, padre 45%, hermano (16%), otros y padrastro con el 4% en su orden y hermana y tío con el 3% cada uno. González-Forteza et al, (2005) en un estudio en México con una muestra de 2,530 estudiantes señala que los problemas familiares son el motivo para la autolesión, acrecentando esta actitud la indiferencia de los padres. Los resultados de este estudio coinciden también con lo encontrado por Flores et al (2013) en jóvenes con edad de 12 a 17 años, con autolesiones en 2005 al 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, México. Este autor encontró que un 83.5% de los adolescentes presentó disfuncionalidad familiar. Sin duda alguna el grupo de adolescentes estudiados presenta problemas familiares. El hecho de percibir su familia como disfuncional, esta estar reensamblada en su mayoría y además el reporte de los tutores de curso que muestra el 48% de los padres no se preocupan por la actividad educativa de los hijos, habla a las claras de estructuras familiares que no se están ajustando. Por último, Parkar, Dawani y Weiss, (2006) señalan que los problemas familiares, incluyendo problemas con los padres son la principal razón para autolesionarse. Esto permite concluir que la relación afectiva padres-hijos es esencial para la resolución de conflictos en la familia.

Relacionado a las conductas autolesivas encontramos que los adolescentes usaron para estas prácticas objetos como cuchillas, tijeras y cristal. Estos objetos nos refieren que el método que usaron estos adolescentes, fue el corte. Autores como De Leo y Heller (2004) y Morey et al., (2008) consideran que existe unanimidad a la hora de considerar los cortes, golpes y sobreingestas medicamentosas, como los fenotipos más frecuentes de autolesión. Por último, González-Forteza,

Chávez-Hernández, Álvarez, Saldaña, Carreño y Pérez (2005) en una investigación realizada sobre autolesión entre escolares determinó que cortarse la piel con objetos filosos era la forma más recurrente de esta conducta.

Otro tema medular en este estudio lo constituyó el identificar las razones por las cuales estos adolescentes mantenían este tipo de conductas. Se destaca en primer lugar el control de impulsos, seguido por la expresión de necesidades y búsqueda de afecto, y por último ellos realizan estas prácticas también para agradar y quedar bien con el grupo de amigos. Autores como Rodham K (2004) y Scoliers G (2009) plantean como motivaciones de un grupo de adolescentes con estas prácticas en primer lugar la búsqueda de regulación afectiva, en segundo el control de impulsos, lo que coincide con los resultados encontrados en este estudio y por último llamar la atención de otros.

Respecto a las relaciones con los amigos y el hecho de la autolesión, se destacan dos aspectos medulares. El primero es el relacionado el acoso escolar. Sobre esta cuestión, diversos estudios retrospectivos comunitarios constatan que su frecuencia es mayor en aquellos adolescentes que se autolesionan (Hawton et al., 2002; McMahon et al., 2010). Es importante señalar en este aspecto que el 71% de los tutores académicos mencionaron que los adolescentes mantenían una relación regular con sus pares escolares, lo que presume algún tipo de conflicto no abordado por el estudio, pero quizás influyente en este tipo de prácticas. El segundo aspecto el cual es objeto de controversia guarda relación con el modelado o imitación de la conducta autolesiva. Existe un notable consenso en cuanto a que la conducta autolesiva se produce en clusters (Melhem et al., 2007), es decir, los adolescentes que se autolesionan suelen tener “otros significativos” (familiares y amigos) que también lo hacen. Estos últimos datos coinciden con lo encontrado en nuestro estudio ya que se muestra en los adolescentes un sentido de compartir las prácticas con amigos, hecho este que es muy común pues en medio del ambiente del adolescente es esencial que ellos puedan manifestar lo que sienten y la afectación que tienen con el entorno que los rodea.

El ambiente donde se evidencia las experiencias y situaciones por las que atraviesan los adolescentes, sean positivas o negativas, hacen que el joven cambie su comportamiento según el contexto donde se encuentre; esto permite moldear su estado conductual según las normas sociales y comportamientos permitidos y lograr armonía con el ambiente donde se desarrolla. Este estudio no abordó verdaderamente si se trataba de acciones de acoso escolar o imitación, pero ambas son probables dada la edad de los alumnos y las motivaciones que los llevaron a autolesionarse.

Explorar las alteraciones psicológicas, depresión y ansiedad en el grupo de alumnos estudiados constituyó un objetivo muy importante en esta investigación. En lo relacionado a la ansiedad como rasgo predominó el nivel medio con un 57% como dato más destacado. Autores como Purington y Whitlock, (2004) señalan que el adolescente que realiza autolesión se siente triste, ansioso emocionalmente, por lo tanto, este acto de autolesión les sirve para conducir los sentimientos y experimentar sensaciones. Al contrario (Hawton et al., 2002; Hintikka et al., 2009) describen que, a nivel funcional, la conducta autolesiva actúa principalmente como mecanismo de autorregulación emocional, siendo más frecuente en pacientes con bulimia nerviosa, depresión mayor y/o abuso de sustancias, no mencionando la ansiedad como un factor característico frecuente. Los niveles de ansiedad como rasgo que presentó el grupo resultaron ser de nivel medio los cual nos muestra que existe una base de personalidad con tendencia a comportamientos ansiosos, pero no modificadores de la conducta, lo que se diferencia con lo encontrado en otros estudios.

En cuanto a los resultados del Inventario de personalidad Cornell Index encontramos que ninguno de los diez bloques resultó ser patológico en el grupo de estudiantes, pero si hay que señalar tres dimensiones que resultaron preocupantes dada su ubicación en la zona del test. La primera dimensión resultó ser “Temores y mala adaptación”. Un estudio llevado a cabo por Exner, (2000) el cual evaluó la personalidad de un grupo de adolescentes con conductas autolesivas, encontró que la mayoría poseen organizaciones de personalidad inmaduras, que generan vulnerabilidad ante las demandas de la vida cotidiana, dificultades en la adaptación, y dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales cercanas. Estos resultados coinciden con los encontrados en el presente estudio, donde además, los adolescentes mantienen una disciplina y relación con sus pares de tipo regular en el colegio. Lo anterior está muy

relacionado a los estilos de afrontamientos que utilizan los adolescentes para enfrentar las situaciones estresantes del día a día. En una revisión del tema se señala que las estrategias de afrontamiento 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 las que focalizan en la emoción están más asociadas a sintomatología psicológica (Teresa Kirchner, et al.2011). En la mayoría de los alumnos no se vió afectado el rendimiento académico que según los tutores de curso fue bueno en el 52%, lo que resulta un dato confuso pues la diferencia con el 48% restante de rendimiento regular y malo no es mucha. No obstante a lo anterior sin duda alguna los adolescentes que se estudiaron presentan vulnerabilidades del contexto social, familiar y personal que promueven problemas de adaptación y estilos de afrontamiento evitativos por lo que se debería trabajar en estrategias de orientación que tomen en cuenta estos resultados para contribuir a la formación de una personalidad capaz de afrontar activamente los estímulos del ambiente.

Otra dimensión del test Cornell Index que resultó preocupante fue “Sentimientos de inferioridad”. El test también recoge este término como baja autoestima. En relación a ello existen diversos estudios clínicos y comunitarios que han hallado que los adolescentes que se autolesionan presentan menor autoestima y un estilo cognitivo más negativo que los sujetos sin autolesiones. Estos hallazgos han llevado a considerar la baja autoestima como una variable predisponente y mantenedora de la conducta autolesiva (O`Connor et al., 2009; McMahon et al., 2010). Existe una diferencia interesante entre generos en referencia a la autoestima, presentando los varones una autoestima más elevada que las mujeres en las edades adolescentes (Garaigordobil, Pérez y Mozaz (2008), las diferencias de género tienden a ser superiores en ciertas áreas. En concreto, la autoestima de los varones adolescentes depende más de logros personales que ellos pueden comparar con los obtenidos por sus iguales y las mujeres de estas edades se evalúan a sí mismas más en función de la aprobación de los otros significativos. En el tema de la autolesión es interesante el área de la autoestima pues existe más prevalencia de estas prácticas en el sexo femenino que en el masculino y nuestro grupo estaba constituido mayoritariamente por alumnas, lo que nos lleva a suponer que la autoestima se erige como un factor muy determinante en este tipo de conductas lo cual sin dudas habría que trabajar a partir de programas terapéuticos principalmente dirigido a las adolescentes.

Por último, en esta área de la personalidad, según el test, otro factor preocupante es la “Depresión”. Este resultado alcanzado coincide con la mayoría de los estudios al respecto. Por ejemplo, la investigación de Hawton, Houston y Townsend (2001) determinó una relación directa (70,7%) entre autolesión y depresión. Por su parte, Ebata y Moos pusieron de relieve que los adolescentes con síntomas de depresión y aquellos con trastornos de conducta utilizaban más estrategias de evitación y que, además, los primeros utilizaban menos estrategias de aproximación. En el presente estudio además se investigó la depresión como una variable desligada y con un test específico.

En el ámbito de la depresión como estado (condición emocional transitoria) se encontró que un 62% de los alumnos presentaba al momento de la evaluación un nivel alto. La autolesión es un alivio para la ansiedad, tensión, enojo o depresión (Klonsky, 2011). En esta variable además se pudo observar como el sexo femenino sigue teniendo una alta prevalencia, pues de los 13 adolescentes con depresión alta como estado de este estudio, 9 de ellos el 43% eran adolescentes mujeres. En edades tempranas es fácil encontrar mayores problemas emocionales en mujeres con relación a los hombres. Estos sin embargo presentan problemas de conducta, destrucción, agresividad y robo. Las mujeres muestran ansiedad, depresión problemas alimenticios y comportamiento de autolesión. (Conterio, 1998). Baja autoestima y alta depresión como estado, muestran un panorama desfavorable para este grupo de adolescentes, principalmente en el sexo femenino. Es necesario entonces tener en cuenta estos resultados para la programación de intervenciones. Por último, se obtuvo un grupo de resultados relacionados al ámbito educativo de los adolescentes.

3.5 Conclusiones

1. El 57% de los adolescentes pertenece al sexo femenino, con un promedio de edad de 16 años, pertenecientes a familias reensambladas un 48%, con un inicio promedio de conductas autolesivas de 14 años, con una frecuencia de 4 ocasiones, objetos cortantes como cuchillas, tijeras y cristal son usados para estas prácticas, y los motivos para la realización de estas

prácticas fueron el control de impulsos, seguido por la expresión de necesidades y búsqueda de afecto, y por último agrandar y quedar bien con el grupo de amigos.

2. Ninguno de los diez bloques resultó ser patológico en el caso de la personalidad, pero resultaron preocupantes algunas dimensiones como “Temores y mala adaptación”, “Depresión” y “Sentimientos de inferioridad”. La Depresión como estado resultó ser alta en un 62% de los adolescentes y la Ansiedad como rasgo logró niveles medios en el 48% de los adolescentes,
3. El 71% de los adolescentes percibió a sus familias como disfuncionales, las relaciones con sus amigos resultaron ser catalogadas como regulares en el 48%, un 67% nunca ha tenido pareja, el uso del tiempo libre se resume en actividades familiares, visitar amigos, redes sociales y ver televisión. El rendimiento académico de los alumnos resultó ser bueno en un 52%, la disciplina fue catalogada como regular en el 57%, el 48% de los padres no se preocupa por el desarrollo escolar de los hijos y la relación de los alumnos con sus pares resultó ser regular en un 71%.

3.6 Recomendaciones

1. Se recomienda a los Psicólogos y Psicopedagogos del DECE de La Unidad Educativa “VELASCO IBARRA” del Cantón Buena Fe considerar estos resultados y preparar un programa de intervención Psicoeducativo con enfoque de género, dirigido a los adolescentes del estudio. En él es muy importante trabajar sobre variables como la depresión, la autoestima, las relaciones familiares y los estilos de afrontamiento, evaluando constantemente la evolución de los estudiantes y la efectividad del programa.
2. Se recomienda a los Psicólogos y Psicopedagogos del DECE de La Unidad Educativa “VELASCO IBARRA” del Cantón Buena Fe con el apoyo de los demás docentes y

personal directivo, preparar un programa de intervención con charlas educativas dirigido a los adolescentes desde 11 a 16 años de edad donde se aborden temas como los factores de riesgo y consecuencias de las conductas autolesivas, haciendo énfasis en estilos de afrontamiento.

3. Convocar a los Padres de los alumnos con conductas autolesivas e informarles de los resultados del estudio y además crear un programa educativo dirigido a esos padres con el fin de que conozcan de lo relacionado a la adolescencia y las conductas autolesivas promoviendo una mejor y mayor participación en la vida y desarrollo escolar de los adolescentes con estas prácticas.
4. Promover la realización de estudios con enfoques cualitativos que permitan profundizar en variables que pudieran estar relacionadas a la conducta autolesiva como el acoso escolar y la violencia física y/o sexual intrafamiliar.

3.7 Referencias Bibliográficas

1. Alonso A, Rojas M; Cairo, V (2003). Selección de lectura de Diagnóstico Psicológico. Ed Félix Varela, La Habana.
2. Alderman, T. A. (1997). The scarred soul: Understanding and ending self-inflicted violence. Oakland, CA: New Harbinger.
3. Arés, P. (2006). Psicología de la Familia. Guayaquil: Facultad de Ciencias Psicológicas.
4. Ares, P. (2002). Psicología de la familia, una aproximación a su estudio. Cuba: Editorial Félix Varela.
5. Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. Recuperado en 30 de enero de 2017, de <http://scielo.sld.cu/scielo>.
6. Brunner, R., Prazer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. y Resch, F. (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archive of Pediatrics and Adolescent Medicine* 161 (7), 641-649.

7. Boyce, P., Oakley-Browne, M. A., y Hatcher, S. (2001). The problem of deliberate selfharm. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 107-111.
8. Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W.et, al (2013). Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 37-48.
9. Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
10. Cerdá R, (1957). Validación del Cornell Index en sujetos españoles. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*. Nº. 44, 1957, págs. 757-776.
11. Cerutti R, Manca M, Presaghi F y Gratz KL. (2011) Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34: 337-347.
12. Cook, T., Reichardt. (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L
13. Conterio, K. y Lader, W. (1998). *Bodily Harm: the breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion
14. 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
15. Chacón-Quesada, Tatiana, Corrales-González, Daniela, Garbanzo-Núñez, Davis, Gutiérrez-Yglesias, José Andrés, Hernández-Sandí, Alejandro, Lobo-Araya, Adriana, Romero-Solano, Alexander, Sánchez-Avilés, Libertad, & Ventura-Montoya, Stefanie. (2009). ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98. Retrieved January 30, 2017, from <http://www.scielo.sa.cr/scielo>.
16. Dávila, Oscar. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>
17. De la Cuesta D, Pérez E, Louro I, Bayarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Rev Cub Med Gen Integr*, 1996; 12 (1):24-31.

18. De Kloet L, Starling J, Hainsworth C, Berntsen ME, Chapman L y Hancock K. (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45: 749-755.
19. De Leo D y Heller TS. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australia*, 181:140-144.
20. Dubicka B, Hadley S y Roberts C. (2006). Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: metaanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 189: 393-398.
21. Ebata AT, Moos RH, (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *J Appl Dev Psychol*; 17:33-54
22. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J, (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population- Based Studies. *Suicide Life-Threat Behav*, 35(3):239-50.
23. Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
24. Favazza, A. R. (1998). The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186 (5), 259–268.
25. Ferreira Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A.P., César Machado, B., Silva, E. (2004). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541.
26. Fortune S, Sinclair J y Hawton K. (2008b). Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43: 96-104.
27. Fortune S, Sinclair J y Hawton K. (2008a). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8: 369
28. Garaigordobil M, Pérez JI y Mozaz M (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20,114-123
29. González-Forteza C., Chávez-Hernández A.M., Álvarez Ruiz M., Saldaña Hernández A., Carreño García S. y Pérez Hernández R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in adolescent's students in Guanajuato State, México: 2003. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 33 (8), 777-792
30. Golombok, S. y Fivush, R. (1994). *Gender development*. USA: Cambridge University Press.
31. Gould, R. L. (1978). *Transformations*. Nueva York: Simon and Schuster Glassman.

32. Guerry JD y Prinstein MJ. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: examination of a cognitive vulnerability stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39: 77-89.
33. Gratz, K. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity [Versión electrónica]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 238-250.
34. Granic, I., Dishion, T. J. & Hollenstein, T. (2003). The family ecology of adolescence: A dynamic systems perspective on normative development. In G. R. Adams, & Berzonsky, M. (Ed.), *The Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford, UK: Blackwell
35. Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *British Medical Journal*, 342, 682.
36. Hawton J, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A, (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc*; 23:47-55.
37. Hawton, K., Houston, K. y Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
38. 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.
39. Hawton, K., Saunders, K.E.A., & O'Connor, R.C. (2012). Selfharm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382.
40. Hankin BL y Abela JR. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2° year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186: 65-70.
41. Jacobson C, Gould M, (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*, 11:129-147.
42. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL y Turner JB. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37: 363-375.

43. Jeglic, E., Vanderhoff, H., Donovan, P. (2005). The Function of Self Harm Behavior in a Forensic Population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 131-142.
44. Joiner TE, Conwell Y, Fitzpatrick KK, Witte TK, Schmidt NB, Berlim MT, et al. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when 'Everything but the kitchen sink' is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 291–303.
45. Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P.L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of non-suicidal self-injury in youth. *Psychiatric Research*, 206, 265-272.
46. Kirchner T, Ferrer L, Forn M y Zanini D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39: 226-235.
47. Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S., & Walsh, B. (2011). Non-suicidal self-injury. *Advances in psychotherapy: Evidence based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing
48. Kokoulina, E., & Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 93-103.
49. Kvernmo S y Rosenvinge JH. (2009). Self mutilation and suicidal behavior in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates. *International Journal of Circumpolar Health*, 68: 235-248.
50. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylma J, Tolmunen T, Hintikka J (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 44:23-8.
51. Lands tedt E y Gil lander K. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39: 17-25.
52. Levenkron, S. (2006). *Cutting. Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. New York: W.W. Norton & Company.
53. Levitt, J., Sansone, R., Cohn, L. (2004). *Self-Harm Behavior and Eating Disorders. Dynamics, Assessment and Treatment* New York: Brunner-Routledge.
54. Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents [Versión electrónica]. *Psychological Medicine*, 37 (8), 1-10.

55. Lundh LG, Karim J y Quilisch E. (2007). De liberate self-harm in 15-year-old adolescents. A pilot study with a modified version the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48: 33-41.
56. Martín, M., JA. Grau, R. Grau, (2002). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo de una versión cubana, *Rev. Terapia Psicológica*; 3 (2).
57. Madge, N., Hawton, K., McMahon, E.M., Corcoran P., De Leo, D., de Wilde, E.J., Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 499-508.
58. Mendoza, Y., Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10-16.
59. Morey C, Corcoran P, Arensman E y Perry IJ. (2008). The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents. *BMC Public Health*, 28, 79.
60. Muehlenkamp, J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome [Versión electrónica]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), 324-333.
61. Muehlenkamp JJ, Walsh BW y McDade M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39: 306-314.
62. Muehlenkamp JJ y Gutiérrez PM. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11: 69-82.
63. McKay, M., Wood, J., Brantley, J. (2007). *The dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. California: New Harbinger Publications Inc.
64. McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2012). Reprint of: Bullying victimisation, self-harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, 74, 490-497.
65. McMahon, EM, Reulbach, U, Corcoran, P, Keeley, HS, Perry, IJ y Arensman E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine*, 40: 1811-1819.
66. Nixon, M., Heath, N. (2009). *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention* New York: Routledge, Taylor y Francis Group

67. Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.
68. Nock, M.K y Mendes W.B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent selfinjurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 28–38.
69. Nock, M.K, Wedig, M.M, Holmberg, E.B y Hooley J.M. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Therapy*, 39: 107-116.
70. Nock MK y Kessler RC. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115: 616-623.
71. O'Connor, R.C, Rasmussen, S y Hawton K. (2009). Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six-month prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39: 364-375.
72. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T y Shaffer D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self - inflicted injuries. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1328–1335
73. Ougrin D, Zundel T, Banars, R, Bottle A y Taylor E. (2011). Trial of Therapeutic Assessment in London: randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. *Archives of Disease in Childhood*, 96: 148-153.
74. Patton GC, Hemphill SA, Beyers JM, Bond L, Toumbourou JW, McMorris BJ, et al. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46: 508-514
75. Papalia D, Wendkos, S, Duskin R, (2010). Desarrollo humano. México, Ed Mc Graw Hill
76. Purington A y Whitlock J. (2004). Self-Injury Fact Sheet. *Research facts and findings*. New York: Cornell University.
77. Prinstein, M. (2008). Introduction to the special section on suicide and non-suicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1-8.

78. Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M y Turecki G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 105: 221-228
79. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 43:80-87.
80. Ross, S., y Heath, N. (2002). A study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), 66-77
81. 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.
82. Safer, D; (1997), Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents. *Ann Clin Psychiatry*; 9(4):263-9
83. Simeon, D, Favazza, A, (2001). Self-Injurious behaviors phenomenology and assessment. En Simeon y Hollander (Eds). Self-Injurious behaviors, assessment and treatment. Washington DC: American Psychiatric Association.
84. Shin YM, Chung YK, Lim KY, Lee YM, Oh EY y Cho SM. (2009). Childhood predictors of deliberate self-harm behavior and suicide ideation in korean adolescents: a prospective population-based follow-up study. *Journal of Korean Medical Science*, 24: 215-222.
85. Su PY, Hao JH, Huang ZH y Tao FB. (2010). An investigation on self-harm episodes and their relationship with suicidal psychology and behaviours in 2713 college students. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 31: 1267-1271.
86. Spielberger, CD, RL. Gorsuch, RE. Lushene, Díaz Guerrero, (1966). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual, 2. TM Ed. Madrid: TEA Editions.
87. Steinberg, L. & Steinberg, W. (1994). Crossing Paths: How your child's adolescence triggers your own crisis. New York: Simon & Shuster
88. Scolders G, Porky G, Madge N, Hewitt A et al (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Sock Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 44:601-607.
89. Taylor, A, Martin, G, Dal, Grande E, Swannell S et al (2011). Methodological issues associated with collecting sensitive information over the telephone-experience from an

- Australian non-suicidal self-injury (NSSI) prevalence study. *BMC Med Res Methodol*; 11:20.
90. Ulloa Flores, Rosa Elena, Contreras Hernández, Cecilia, Paniagua Navarrete, Karina, & Victoria Figueroa, Gamaliel. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*, 36(5), 421-427.
 91. Van Geert, P. (1994). *Dynamic systems of development: change between complexity and chaos*. Nueva York: Harvester Wheatsheaf.
 92. Vasquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP
 93. Villarroel, J., Jerez S., Montenegro M. A., Montes C., Igor M. y Silva H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte:
 94. Walsh, (200). *Treating self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
 95. Weierich, M, Nock, M. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 39-44.
 96. Weider, A; Bradman, K; Mittelman, B; Wechsler, D; y Wolff, H, (1946). The Cornell Index: A Method for Quickly Assaying Personality and Psychosomatic Disturbances, to be Used as an Adjunct to Interview. *Psychosomatic Medicine*: [8 \(6\) 411-413](#)
 97. Wedig MM y Nock MK. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46: 1171-1178.
 98. Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117 (6), 1939-1948.
 99. Wilkinson S, Taylor G, Templeton L, Mistral W et al (2002). Admissions to hospital for deliberate self-harm in England 1995-2000: an analysis of hospital episode statistics. *J Public Health Med*; 24:179-183.
 100. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B y Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168: 495-501.

