



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

“Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en
adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo Conductual”

Tesis previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Directora:

Mst. Cesibel Ochoa

Autores:

María Esther Ávila Samaniego

María Cecilia Pachar Pesántez

Cuenca-Ecuador

2016

DEDICATORIA

Dedico esta obra a Dios, a mi hija María Victoria quien es mi motivo principal para luchar por cada meta propuesta, a mi esposo Andrés por su incondicional apoyo y amor durante toda esta etapa , a mis padres Rodrigo y Teresa por creer en mí, y apoyarme en cada paso que doy.

Gracias por acompañarme en este proceso

María Esther Ávila S.

Dedico esta tesis a Dios quién supo guiarme por el buen camino, a mis padres Miguel Ángel y Mariana quienes me han ofrecido su apoyo incondicional, consejos y por sus esfuerzos para culminar mi carrera, a mis hermanos: Gabriela, Brian, Jonathan quienes son mi fuente de inspiración y motivación, a mi abuelita que desde el cielo me cuida, a Adrián por sus palabras, confianza y amor.

Gracias por poder contar con ustedes

María Cecilia Pachar P.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a la Unidad Educativa “Luisa de Jesús Cordero” de manera especial a la Hna. Laura Vivar, Rectora de la Institución, de igual forma a la Lcda. Lorena Barros por su apertura y colaboración para la realización de esta investigación.

Finalmente a la Mst. Cesibel Ochoa Directora de este proyecto, por transmitirnos sus conocimientos de manera desinteresada, y brindarnos su apoyo y colaboración.

RESUMEN

Se define a las autolesiones como conductas autodestructivas que causan un daño directo a la persona que lo practica, sin intención de causar la muerte, este fenómeno ha generado preocupación, por ello el objetivo de este estudio busca establecer la relación existente entre conductas autolesivas en adolescentes, la ansiedad y depresión. La metodología utilizada fue de manera cuantitativa por medio de estudios descriptivos, de corte transversal, además de un estudio cualitativo con análisis de casos. Se trabajó con 27 estudiantes de (12 a 17 años) de sexo femenino; se usó la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA), el inventario de ansiedad y depresión de Beck. En los resultados cuantitativos se obtuvo que la depresión se asocia directamente con las conductas autolesivas con ($p < 0,006$) con un porcentaje de 26,16%; en los resultados cualitativos la estructura familiar disfuncional predomina en la práctica de conductas autolesivas. En tal virtud, se sugiere una guía de intervención integral para tratar este problema.

Palabras clave: Conductas autolesivas, ansiedad, depresión, guía de intervención y prevención terapéutica.

ABSTRACT

Self-harm is defined as self-destructive behaviors that cause direct damage to the person who practices it without the intention to cause death. This phenomenon has raised concerns; consequently, this study seeks to establish the relationship between self-injurious behavior in adolescents with anxiety and depression. The methodology was applied quantitatively, using cross-sectional descriptive studies, and a case-analysis qualitative study.

We worked with 27 female students (12 to 17 years old). The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Scale (SITB), and the Beck anxiety and depression inventory were used. The quantitative results showed that depression is directly associated with self-injurious behaviors ($p < 0,006$) with a percentage of 26.16%. In regard to the qualitative results, the dysfunctional family structure dominates the practice of self-injurious behavior. Thus, a comprehensive intervention guide to address this problem is suggested.

Keywords: Self-Injurious Behavior, Anxiety, Depression, Intervention and Prevention Therapeutic Guide



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
INTRODUCCIÓN.....	1
1 Capítulo I.....	3
1.1 Manifestaciones clínicas de las conductas autolesivas: estrategias de prevención y afrontamiento	3
1.2 Autolesiones en los adolescentes	3
1.3 Conductas autolesivas en la adolescencia: antecedentes y prevalencia..	4
1.3.1 Antecedentes	4
1.3.2 Prevalencia	6
1.4 Características clínicas asociadas a las conductas autolesivas en adolescentes.	7
1.5 Tipos de conductas autolesivas en los adolescentes	8
1.5.1 Conductas autolesivas impulsivas.....	8
1.5.2 Conductas autolesivas compulsivas	8
1.6 Autolesiones suicidas y no suicidas	9
1.6.1 Autolesiones suicidas	9
1.6.2 Autolesiones no suicidas	10
1.7 Influencia De la depresión y la ansiedad en las conductas autolesivas	11
1.8 Autoagresiones suicidas en adolescentes: causas y consecuencias	12
1.8.1 Causas psicológicas.....	13
1.8.2 Consecuencias psicológicas	14
1.8.3 Consecuencias físicas	15

1.9	Influencia de la familia en las conductas autolesivas	15
1.10	Estrategias de prevención y afrontamiento	16
1.10.1	Estrategias de tratamiento cognitivo	17
1.10.2	Estrategias de tratamiento conductual.....	17
1.11	Conclusiones	19
2	Capítulo II.....	21
2.1	Estudio de casos por medio de un análisis e interpretación de datos....	21
2.2	Metodología	21
2.2.1	Herramientas utilizadas	22
2.2.2	Tipo de participantes:	24
2.2.3	Participantes.	24
2.3	Entrevistas y elaboración de fichas.....	25
2.4	Elaboración de fichas clínicas.....	25
2.5	Presentación de resultados cuantitativos.....	44
2.5.1	Datos descriptivos	45
2.6	Representación del análisis de los casos cualitativos	55
2.6.1	CONCLUSIONES	63
3	Capítulo III	64
3.1	Guía integral de intervención para conductas autolesivas EN EL CENTRO EDUCATIVO LUISA DE JESÚS CORDERO.....	64
3.2	Justificación de la guía.....	64
3.2.1	Recomendaciones para directivos y docentes.	66
3.2.2	Recomendaciones generales para padres: ¡qué hacer; qué no! ...	70
3.2.3	Protocolo de intervención para el psicólogo clínico.	73
3.2.4	Técnicas para emplear en momentos difíciles.....	82
3.3	Socialización de la Guía integral de intervención para conductas autolesivas en el centro educativo “Luisa de Jesús Cordero”.	85
3.4	Conclusiones:.....	87
3.4.1	Conclusiones generales	88
3.4.2	RECOMENDACIONES	90
	Bibliografía.....	91

ANEXO 1: TEST DE INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.....	97
ANEXO 2: TEST DE INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK	103
ANEXO 3: ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS (EPCA).....	104
ANEXO 4: socialización con las alumnas de la institución.....	126
ANEXO 5: SOCIALIZACIÓN CON DIRECTIVOS Y DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN	127
ANEXO 6: CON SENTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN.....	128
ANEXOS 7: CONSETIMIENTO ESTUDIANTIL	129
ANEXO 8: CERTIFICADO DE LA SOCIALIZACIÒN DE LA GUÌA	130

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad y nivel de colegiatura en adolescentes con autolesiones	24
Tabla 2 Motivo de consulta.....	45
Tabla 3 Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (<i>EPCA</i>).....	46
Tabla 4 <i>Pensamientos relacionados con autolesiones</i>	46
Tabla 5 <i>Pensamientos de autolesiones en las adolescentes</i>	47
Tabla 6 <i>Autolesiones en adolescentes</i>	48
Tabla 7 Autolesiones y objetos utilizados por las adolescentes.....	49
Tabla 8 Edad y tiempo de la práctica de conductas autolesivas en adolescentes .	51
Tabla 9 Niveles de ansiedad según el inventario de Beck	51
Tabla 10 Niveles de depresión según el inventario de Beck.....	52
Tabla 11 Correlación de la escala de pensamientos y conductas autolesivas (<i>EPCA</i>) con Ansiedad y Depresión	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Genograma.....	26
Fig. 2 Genograma.....	28
Fig. 3 Genograma.....	30
Fig. 4 Genograma.....	31
Fig. 5 Genograma.....	33
Fig. 6 Genograma.....	36
Fig. 7 Genograma.....	38
Fig. 8 Genograma.....	39
Fig. 9 Genograma.....	41
Fig. 10 Genograma.....	42
Fig. 11 Genograma.....	43
Fig. 12 Genograma.....	¡Error! Marcador no definido.
Fig. 13 Resultados de la demanda emitida por el departamento del DECE	45
Fig. 14 Resultado de pensamientos autolesivos de acuerdo a su edad y tiempo .	48
Fig. 15 Objetos utilizados en autolesiones	50
Fig. 16 Resultados finales entre los factores influyentes en las conductas autolesivas	53
Fig. 17 Principales conflictos de las adolescentes que se autolesionan	55
Fig. 18 Factores influyentes en la estructura familiar disfuncional	56
Fig. 19 Consecuencias de la baja autoestima en las adolescentes.....	59

Fig. 20 Factores influyentes en la imitación en la práctica de conductas autolesivas	61
Fig. 21 Consecuencias de los problemas académicos en las adolescentes	62
Fig. 22 Autolesiones	69
Fig. 23 Señales de Autolesiones.....	71
Fig. 24 Signo de autolesiones.....	72
Fig. 25 Proceso terapéutico en los adolescentes.....	83

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad Educativa “Luisa de Jesús Cordero”, con 27 estudiantes cuyo rango oscila entre 12 a 17 años aproximadamente, alumnas que fueron remitidas por el departamento de consejería de la Unidad Educativa, a quienes aplicamos test psicológicos, entrevistas y elaboración de fichas clínicas, las cuales nos permitieron conocer la situación mental-afectiva de las alumnas de la institución, en quienes se ha detectado la presencia de autolesiones corporales.

El objetivo principal del estudio realizado es establecer la relación existente entre las conductas autolesivas en adolescentes, la ansiedad y depresión, para lo cual se realizó una evaluación y análisis de los casos en las adolescentes que presenten dicha problemática, considerando necesario la elaboración de una guía integral de intervención y prevención para conductas autolesivas.

Durante el primer capítulo se planteó un marco teórico en el cual, se investigaron conceptos claves sobre la adolescencia, sus etapas, cambios físicos y psicológicos, y estados de crisis por los que el adolescente atraviesa, además se adjuntó antecedentes históricos, estudios más relevantes y la prevalencia de las conductas autolesivas indicando cuales son los factores de riesgo, tipos de autolesiones, la depresión y ansiedad causantes de estas conductas y estrategias de prevención y afrontamiento.

En el segundo capítulo se realizó un estudio cuantitativo en el cual, se obtuvieron resultados específicos por medio de la aplicación del inventario de depresión y ansiedad de Beck y la escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA).

Seguidamente, se elaboró un análisis cualitativo en el que se analizaron factores significativos causantes de conductas autolesivas en las adolescentes, en el cual se observó que la problemática que tiene mayor influencia es la estructura familiar disfuncional, el que abarca problemas de migración, divorcio, falta de preocupación de los padres, abandono de los mismos, problemas fraternos, económicos y maltrato intrafamiliar.

Finalmente, en el tercer capítulo se elaboró una Guía Integral de Intervención para conductas autolesivas en la institución Luisa de Jesús Cordero, con la finalidad de

brindar pautas específicas para docentes y directivos, protocolo para psicólogos, el que consta de doce sesiones aproximadamente por medio de la cual se pretende estabilizar emociones y pensamientos distorsionados del adolescente mediante técnicas desde un enfoque cognitivo conductual, por otro lado, en el entorno familiar se dieron a conocer pautas de que hacer y que no al enfrentar una conducta autolesiva, finalmente se elaboró una guía para las estudiantes, en la cual encontramos sugerencias, pautas de autocontrol y los beneficios de buscar ayuda profesional con el objetivo de disminuir pensamientos y sentimientos distorsionados que influyen en la práctica de conductas autolesivas.

1 CAPÍTULO I

1.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO

Introducción

Los adolescentes atraviesan diversos cambios físicos, psicológicos y emocionales, los cuales influyen en su entorno familiar, académico y en la toma de decisiones, como producto de estados de ánimo depresivos y ansiedad generalizada, las mismas que han sido causantes de la práctica de conductas autolesivas en adolescentes de la Unidad Educativa Luisa de Jesús Cordero.

1.2 AUTOLESIONES EN LOS ADOLESCENTES

El tema de las autolesiones debe ser tratado con especificidad si se ubica la aparición de este fenómeno durante la época de la adolescencia, debido a que esta etapa del desarrollo humano posee características concretas que se relacionan con el despertar del niño a la vida adulta.

En primer lugar, se requiere especificar qué se entiende por adolescencia: esta fase puede ser descrita como aquella etapa del desarrollo en la que tiene lugar un proceso de transición y cambios psico-sociales a través de los cuales el individuo adquiere, una vez culminada la etapa, su identidad adulta definitiva.

El inicio de la adolescencia tiene lugar con los primeros cambios que aparecen en la pubertad, los cuales son principalmente de orden físico o corporal y determinan los caracteres sexuales secundarios del individuo. Estos cambios corporales intensos se ven acompañados de la aparición de inquietudes sobre la propia identidad, la vocación ocupacional, la posición existencial ante la vida, etc. (Polo, 2015).

Como consecuencia de todos estos cambios que se presentan en el adolescente, la dinámica de su mundo interno se vuelve compleja y solamente luego de pasar por una época de crisis, la estructura psíquica del individuo puede al fin consolidarse y forjar una identidad adulta definitiva.

1.3 CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN LA ADOLESCENCIA: ANTECEDENTES Y PREVALENCIA

1.3.1 ANTECEDENTES

Se debe anotar, a manera de antecedente histórico, que la práctica de autolesiones en los seres humanos es un fenómeno que ha estado ligado a factores como la cultura y la religión desde los inicios del hombre como especie dominante en el planeta. Han existido diferentes tipos de autolesiones cuya significación otorgada ha sido diversa, tal y como se describe en la siguiente cita:

“Desde el neolítico la historia humana se ha plagado de modificaciones corporales: aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones, que implican: cortar, cercenar o lesionar de forma permanente el esqueleto o los dientes y practicar escarificación, tatuaje, (...) perforación corporal (...)”.
(Souza & Cruz, 2008, p. 491)

Desde una perspectiva antropológico-clínica, este fenómeno ha sido motivación de estudios que han perseguido la meta de determinar cuál es la relación existente entre estas conductas o actividades que implican un riesgo para la salud y las autolesiones, especialmente en la población joven, debido a que pueden manifestarse complicaciones médicas y además puede ser diagnosticada, algún tipo de psicopatología implícita (Souza & Cruz, 2008).

Las autolesiones han sido motivo de investigación desde hace varias décadas, pues han configurado un problema social significativo al incrementar los índices de conducta suicida en la población, especialmente en los adolescentes, por los cambios propios de esta etapa del desarrollo entre los que se puede contar las variaciones de estado de ánimo, la depresión, el estrés, la ansiedad, etc.

Clásicamente Matson (1989) definió a las autolesiones como una conducta repetitiva en el ser humano a través de la cual el individuo busca provocarse daño físico o psicológico. Se ha determinado que el impacto negativo de este fenómeno es mayor cuando la práctica de las autolesiones influencia en el entorno familiar, académico y las relaciones interpersonales del individuo.

En los adolescentes que se autolesionan, se ha determinado que existe una distorsión de los pensamientos internos debido a los cuales el individuo se auto-agrede, viendo en esta conducta la única solución a través de la cual lidiar con sus problemas. (Sastre Rus & Campaña Castillo, 2014)

Estudios más relevantes.

Varios estudios llevados a cabo en Australia y otros países de Europa coincidieron en determinar que el 8,1 % de esta población se ha provocado daño intencional en algún momento de su vida. Además destacaron que al analizar el caso de los adolescentes, se identificaron prevalencias que oscilan entre el 13 y el 23,2 %. En la población hospitalaria tomada en cuenta para estos estudios, se reportó un incremento progresivo y sostenido de las conductas autolesivas a lo largo del tiempo (Ulloa, Contreras, Paniagua, & Figueroa, 2013, pág. 417).

Cabe destacar que en Europa, algunos grupos de estudiosos del tema propusieron una definición específicamente conductual de las autolesiones postulando la utilización del término “autolesión deliberada” para definir a “toda autoagresión con resultado no suicida sancionable culturalmente, en la que un individuo se realiza daños repetitivos a sí mismo (cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, etc.)” (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002).

Conceptos

Con base en estos antecedentes puede definirse, pues, a las autolesiones como conductas autodestructivas que causan un daño directo a la persona que los practica, sin necesariamente implicar la existencia de una intención de causar la muerte. Este tipo de lesiones, por lo tanto, no suelen ser tan intensas o severas como para relacionarlas con un riesgo letal.

En los adolescentes por lo general aparecen las autolesiones debido a una notable confusión de ideas, principalmente aquellas que se relacionan con sus necesidades reales y con lo que ellos creen necesitar para vivir. Esta confusión conlleva una conducta problemática que se puede constituir en un problema clínico cada vez más severo, ya que la distorsión puede llegar a tal punto en el que, el adolescente confunda

el dolor que siente con una sensación de alivio emocional. (Díaz, González, Minor & Moreno, 2008).

1.3.2 PREVALENCIA

Las conductas autolesivas establecen un fenómeno cuyos índices van incrementando entre los adolescentes. En varias revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se manifiesta un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas (Kirchner, Ferrer, Forn, & Zanini, 2011).

Se ha destacado en el Reino Unido, en el año 2001, la publicación, por parte del Instituto Nacional de Estadísticas de ese país, del reporte *Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves*, que presenta los resultados obtenidos de la implementación de un cuestionario que buscaba averiguar datos sobre la salud mental de niños y adolescentes.

Esta prueba fue eficaz para obtener información importante sobre un gran número de trastornos emocionales y conductuales; se determinó que, de 4.249 individuos entrevistados cuyas edades oscilaban entre los 11 y los 15 años, 248 se autolesionaban. Adicionalmente se procedió a entrevistar a los padres de estos jóvenes y solamente 78 de ellos supieron informar sobre esta conducta en sus hijos. También se determinó que el 6.5 % de las mujeres y el 5 % de los hombres que dijeron autolesionarse, lo hicieron previamente al estudio, mientras que sus padres informaron de estos casos en proporciones significativamente más bajas: 2.5 % en el caso de las mujeres y 1.8 % en el caso de los hombres (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA), 2008).

Los resultados reseñados sirven para ejemplificar la importante presencia de las conductas autolesivas en la población adolescente y, sobre todo, se nota la falta de conocimiento de los padres de familia sobre la situación de sus hijos en relación con las autolesiones: sobre todo se evidencia una falta de atención sobre el estado de distorsión de ideas por el que pueden estar pasando los adolescentes dificultándose así, el acceso a un tratamiento.

Por otro lado, en la reseña de un estudio del *Cornell Research Program* acerca de las autolesiones en adolescentes y adultos jóvenes, se determinó que un porcentaje que oscila entre el 30% y el 40% de los encuestados empezó a practicar autolesiones cuando tenían o superaban los 17 años de edad. Cabe recalcar que si bien la mayoría de encuestados informó que luego de 5 años abandonaron esta práctica, se dieron casos en los que su comportamiento autolesivo continuó en la vida adulta (Employee Resource Systems, 2014).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición, se consideraba a las autolesiones solamente como un síntoma asociado a afecciones como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno autista, el retraso mental y los trastornos facticios, no como una patología independiente (Santos B., 2012). Sin embargo, en la quinta edición del mismo manual se llevó a cabo una revisión de este tema, que concluyó en la publicación de un apartado especial sobre las autolesiones bajo la denominación *Nonsuicidal Self-Injury*, término que se traduce el español como Autolesión No Suicida (*American Psychiatric Association*, 2013).

1.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS A LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES.

Las agresiones más frecuentes en los adolescentes son los cortes y golpes en las extremidades y en el abdomen, producidos con objetos corto punzantes y contundentes respectivamente. Así mismo, existen variaciones de las conductas autolesivas entre las que se encuentran el rascarse la piel hasta sangrar, quemarse e introducirse objetos, quitarse la piel, etc. En el caso de las mujeres que practican autolesiones se ha determinado que se elige frecuentemente cortarse la superficie de los antebrazos; por otro lado, los hombres prefieren golpearse o quemarse las extremidades.

Según Villarroel et al., (2013), se ha identificado como factores de riesgo de autolesiones aspectos como: pertenecer al género femenino, por las posibles desventajas sociales que esto implica el atravesar por la adolescencia, debido a que es una etapa de incertidumbre existencial y cambios drásticos; el pertenecer a un bajo nivel socioeconómico, por la posibilidad de tener necesidades básicas y secundarias insatisfechas; y, por último, el haber crecido en un entorno familiar inestable y adverso, debido a que esto dificulta un desarrollo emocional pleno en el individuo.

1.5 TIPOS DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN LOS ADOLESCENTES

1.5.1 CONDUCTAS AUTOLESIVAS IMPULSIVAS

Las conductas autolesivas impulsivas en los adolescentes se describen como el conjunto de comportamientos que conllevan la generación de un perjuicio en varias esferas de la vida personal y social de los individuos.

En esta categoría, las autolesiones físicas comúnmente practicadas por los adolescentes conllevan cortes, quemaduras en la piel o la introducción en el cuerpo de objetos punzantes. La severidad del daño de este tipo de acciones puede ser de leve a moderada y su frecuencia suele ser ocasional. Se ha determinado que las mujeres con trastornos de personalidad, especialmente el límite, trastorno por estrés postraumático, la conducta alimentaria, anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia, se constituyen como factores de riesgo para este tipo de conducta autolesiva (Villarroel et al., 2013).

1.5.2 CONDUCTAS AUTOLESIVAS COMPULSIVAS

En esta categoría están presentes las conductas repetitivas entre las que se cuenta: rascarse la piel produciéndose sangrados o excoriaciones (onicofagia), tirarse del cabello (rasgos de tricotilomania) y morderse las uñas. El grado de intensidad de estas acciones suele ser de leve a moderado, presentando una frecuencia reiterada y, así, un patrón compulsivo (Villarroel et al., 2013).

La disfuncionalidad familiar en el entorno del adolescente es considerada como un factor de riesgo significativo para la aparición del fenómeno de las autolesiones compulsivas. La disfuncionalidad suele abarcar conflictos internos, poca comunicación, abandono de los hijos por parte de los padres, violencia, etc. “Las malas prácticas parentales y el maltrato pueden aumentar el riesgo de autolesiones, al estar asociadas a las dificultades interpersonales durante la adolescencia” (Ulloa et al., 2013, p. 419).

Entre los factores de riesgo de las conductas autolesivas que hacen referencia a características personales del individuo, se encuentran aspectos como una pobre capacidad para manejar situaciones conflictivas, la presencia de elevados niveles de

impulsividad en la conducta y la experimentación de sentimientos de desesperanza, ira y hostilidad en varios niveles de cronicidad (Cornellà & Canals, 2015, p. 5).

1.6 AUTOLESIONES SUICIDAS Y NO SUICIDAS

1.6.1 AUTOLESIONES SUICIDAS

En 1976, la OMS definió al suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Adicionalmente el parasuicidio fue definido como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (Reijas, Ferrer, González, & Iglesias, 2013, p. 280).

Se entiende, así, que el suicidio es un acto que tiene como resultado final la muerte y, por otro lado, el parasuicidio es un acto no fatal en el que una persona se autolesiona debido a que tiene la idea de que así llegará a conseguir los cambios que desea.

Tomando en cuenta un enfoque filosófico se puede anotar que el suicidio puede ser caracterizado a través de cuatro factores: la fatalidad, por la que se produce la muerte; la reflexividad de quien realiza el acto; el elemento de acción, es decir el uso de medios activos o pasivos para realizarlo; y la intencionalidad por la que se lleva a cabo el acto (Zavala et al., 2012).

En la actualidad se reconoce que la conducta suicida implica un proceso largo de tratamiento debido a que en muchas de las ocasiones está asociada a trastornos psiquiátricos severos. Se conoce que para llevar a cabo un acto suicida se debe contar originalmente con procesos mentales de ideación suicida; seguidamente se debe tener un plan que finalmente desemboque en el intento de suicidio y, de acuerdo a la función del umbral de cada ser humano, a la consumación del acto.

Basándose en información estadística recopilada por la OMS (2004), se ha llegado a determinar que por cada muerte atribuible al suicidio, se llevan a cabo entre 10 y 20

intentos fallidos que conllevan hospitalización y tratamientos clínicos por causa de lesiones y traumas.

Factores de riesgo individuales

A continuación se exponen algunos de los factores que resultan ser condiciones de riesgo para que una persona llegue a presentar una conducta autolesiva:

La depresión mayor se considera como el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida. Está presente en todos los rangos de edad, generando un riesgo significativo para la población en general, especialmente en los adolescentes, debido a su susceptibilidad.

A la vez, los trastornos bipolares, psicóticos, la ansiedad, trastornos en la alimentación, entre otros, están caracterizados como factores de riesgo en la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2011).

1.6.2 AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Las autolesiones no suicidas son conductas que los adolescentes practican pero que no llegan a resultados fatales; son generadas por un pensamiento distorsionado del adolescente ante una situación. “Todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño” (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002).

1.6.2.1 Criterios diagnósticos del DSM V: Autolesiones no suicidas

A continuación se detallan los criterios más relevantes expuestos en el manual DSM en su quinta edición, para diagnosticar un trastorno de autolesiones no suicidas.

- a) En el último año, durante al menos 5 días, la persona se ha autoagredido de manera intencional causando daño en su cuerpo, produciendo sangrado, moretones o dolor como por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente con propósitos de que la lesión produzca solamente daño físico, leve o moderado.
- b) La lesión provocada intencionalmente se asocia por lo menos con dos de los siguientes ítems:

1. Pensamientos o sentimientos dañinos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada, o auto-crítica, que ocurran en el período inmediatamente antes de la conducta autolesiva.
 2. Antes de incidir en el acto, se genera un periodo de intranquilidad acerca de la conducta a realizar, que es difícil de oponer resistencia.
 3. El impulso para llevar a cabo la autolesión ocurre frecuentemente.
 4. La acción tiene un propósito; alivio de un sentimiento y/o estado cognitivo negativo, conflicto interpersonal, o provocar un estado emocional positivo. El paciente predice que este acto va a ocurrir durante o después de la autolesión.
- c) La conducta adquiere consecuencias, afectando su entorno interpersonal, académica entre otras.
- d) La conducta no ocurre únicamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En personas que presentan trastorno del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2015).

Favazza (2013) manifiesta que el trastorno en el que se presentan autolesiones no suicidas se constituye como “una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido, pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados”. Esto quiere decir que existe una serie de confusiones en el individuo entre sus pensamientos y emociones, estado que genera altos niveles de ansiedad, estrés e impulsividad, dando como resultado la búsqueda de salidas rápidas al conflicto que, sin embargo, no resultan ser eficaces ni duraderas.

1.7 INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Como se conoce, la depresión es un trastorno o desequilibrio en el estado de ánimo, manifestado por una serie de síntomas que generan cambios bruscos del humor como irritabilidad, sensación de angustia, desmotivación, cansancio físico y mental

presente durante un tiempo significativo, afectando así áreas importantes de la persona que padece la afección (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Se puede mencionar, “entre los factores de riesgo de las conductas autolesivas que hacen referencia a trastornos psiquiátricos, a la depresión y el trastorno de conducta y patología dual, la cual es asociada al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas” (Cornellà i Canals, 2015, p.5).

Por otro lado, la ansiedad puede definirse como una anticipación a un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y de síntomas somáticos de tensión. En niveles normales, permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Guía de Práctica Clínica España, 2008)

Si bien la depresión y la ansiedad son factores incidentes en las conductas autolesivas de los adolescentes, se considera que estos no son los únicos trastornos relacionados; también se ha determinado que pueden jugar un rol determinante, factores como el bajo control del enojo e impulso, la personalidad límite, el abuso de sustancias estupefacientes, etc. (Reyna et al., 2013).

1.8 AUTOAGRESIONES SUICIDAS EN ADOLESCENTES: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Se ubica bajo la categoría de autoagresión a toda aquella actividad encaminada a generar algún tipo de daño al estado de bienestar de un individuo, y que es generada o provocada por él mismo. La autoagresión suicida, complementariamente, obedece a una motivación letal existente en la persona que la práctica.

En Chile, en el año 2011, se llevó a cabo un estudio sobre autoagresiones, el mismo que concluyó lo siguiente:

Los cortes constituyen la principal forma de autoagresión y su función primaria es aliviar las emociones negativas. (...) En el 94% de la veces la idea de auto daño tiene su origen en los propios adolescentes y en menos de un tercio de las veces se solicita ayuda, siendo las amistades la principal fuente de apoyo. (...) Tanto la violencia intrafamiliar como el nivel de

desesperanza se asociaron fuertemente con el autodaño. La composición familiar no se asoció con el autodaño (...). (Roizblatt, et al., 2011, p. 328)

1.8.1 CAUSAS PSICOLÓGICAS

Las causas de la ideación suicida son múltiples y, como trastorno, no solo afectan al adolescente sino a las personas que lo rodean como padres, amigos, profesores y la sociedad en general. Entre las causas de la ideación suicida se encuentran las siguientes:

El duelo.- Es la reacción natural de un ser humano ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Durante este proceso se afectan componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de aquello perdido. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando un vínculo afectivo se rompe (Navarro, 2006).

La depresión.- Se origina en la esfera psíquica, somática y conductual de los seres humanos y se ve reflejada en el ámbito social, en el que se pierde el interés de interactuar con el entorno (Coffin, Álvarez & Marín, 2011).

Autoestima.- Se define como un juicio que tenemos de nosotros, es decir, es el concepto que tiene cada persona de sí mismo, por lo que se considera un ejemplo de percepción individualizada (Sánchez, Villarreal, Musitu, Martínez, 2010).

Falta de presencia psicológica de los padres.- Los adolescentes suelen tener la tendencia a sentirse incomprendidos, sobre todo por parte de sus padres. En consecuencia, pueden llegar a sentirse solos, enojados, confundido cuando se enfrentan a distintas situaciones, tomando decisiones que no son adecuadas como la adopción de conductas suicidas y la práctica de autolesiones (Velazco, 2014).

Abuso sexual.- El abuso sexual se constituye como un tipo de violencia que atenta principalmente contra el pudor físico de un individuo. Los intentos de suicidio se incrementan notablemente debido a los abusos sexuales en los adolescentes, tal y como lo confirman estudios realizados en los que se ha determinado que tres mujeres por cada varón llevaron a cabo intentos de suicidio por haber sido víctimas de violencia sexual (González, Ramos, Vignau, Ramírez, 2001).

Divorcio.- El divorcio o separación de los padres implica la ruptura del núcleo familiar y conlleva una re-organización en el esquema o dinámica cotidiana de los miembros de una familia. Por esta crisis pueden aparecer en el adolescente manifestaciones depresivas acompañadas por crisis de ansiedad y sentimientos de pérdida; dichos factores de riesgo son las principales causales para desencadenar una conducta autolesiva (Cuixart & France, 2005).

1.8.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

La huida.- Consiste en escapar de una situación dolorosa o estresante, perdiendo la capacidad de controlar la impulsividad. Esto puede conllevar la toma de decisiones perjudiciales como el atentar contra la vida propia (Campos & Padilla, 2004).

El castigo.- Consiste en una sanción o pena impuesta por otros o por uno mismo al realizar una acción determinada. Algunos pacientes creen que merecen un castigo debido a que experimentan sentimientos de culpabilidad. Dichos castigos pueden ser las autolesiones (Campos & Padilla, 2004).

Los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables o necesarios para moldear comportamientos. La autolesión es vivida egosintómicamente, constituyéndose en una conducta de autocontrol dirigida a incentivar y mantener comportamientos deseables colectivamente (Villarreal, et al., 2013).

El crimen.- Como ejemplo de un crimen que surja como consecuencia de una conducta autoagresiva suicida, puede describirse el caso de un adolescente que atente contra su vida y sienta la necesidad de involucrar en sus planes de muerte a otra persona, pues la inestabilidad de sus sentimientos y las perturbaciones continuas de sus pensamientos le impiden pensar en las consecuencias de sus actos.

Manipulación.- Mediante el intento suicida el individuo puede ejercer presión sobre otras personas debido a que siente una necesidad de atención y afecto. Ocasionalmente se recurre a la autolesión como una amenaza.

El juego.- Atentar contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo es común en los adolescentes ya que la mayor parte de sus conductas son adquiridas por imitación, debido a la fragilidad en el criterio propio que se requiere para la toma de decisiones (Campos & Padilla, 2004).

1.8.3 CONSECUENCIAS FÍSICAS

La práctica de conductas autolesivas genera en el adolescente varias consecuencias adversas para su integralidad corporal.

Dependiendo del método que el adolescente utilice para lesionarse existen numerosos efectos físicos perjudiciales a largo plazo; ciertos efectos incluyen: daños permanentes en los tejidos, hemorragias, entumecimiento permanente, anemia, infecciones, cicatrices, daños en los nervios, fracturas, daños en órganos vitales, muerte accidental o anticipada, etc. (AA.VV., 2015).

1.9 INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Las familias pueden ser descritas como sistemas sociales que se componen de ciertas reglas, roles asignados y necesidades específicas, tal como ocurre en todo sistema. Las reglas y su grado de cumplimiento en cada familia son indicadores que permiten conocer si se trata de una familia funcional o disfuncional (Díaz, 2011).

La familia que es funcional se caracteriza por poseer la capacidad de afrontar los diferentes cambios de cada etapa del ciclo vital de sus miembros y las situaciones capaces de producir tensión, cambios, crisis o conflictos. Las familias funcionales pueden adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones adecuadas a las problemáticas que se les presente (Leal & Vásquez, 2012)

Por otro lado, se dice que una familia es disfuncional cuando posee una dinámica en la que se desarrollan conductas desadaptativas en uno, varios o todos los integrantes del núcleo. En estas familias existe un clima que resulta propicio para el surgimiento de patologías, malas relaciones, falta de interés por parte de los padres hacia sus hijos, problemas emocionales, etc. (Magnus, 2011).

En el caso de las familias de los adolescentes que se autolesionan, se desarrolla un menor afecto positivo y existe una menor cohesión familiar. “La literatura describe la desorganización familiar y los conflictos con los familiares como factores de importancia para el desarrollo de individuos con conductas autodestructivas” (Guevara, Roxo, & Fensterseifer, 2005).

Así mismo, cuando se da la ausencia paterno-materna o de uno de los dos progenitores en el núcleo familiar, puede darse el desarrollo de conductas suicidas en los adolescentes. Estos, al presentar dificultades en su ambiente familiar, interiorizan sus problemas y los manifiestan a través de conductas agresivas, delictivas o como autolesiones (Leal & Vásquez, 2012).

Según el *Royal College of Psychiatrists* (2009), cuando en la vida familiar del adolescente existe abuso, negligencia o rechazo, los jóvenes tienen una mayor posibilidad de autolesionarse debido a que asumen que esta es una manera de calmar la presión emocional que conllevan estas situaciones. Por esta razón es importante que el joven sienta que se puede expresar y que tiene el apoyo que necesita; si esto no sucede, existe el riesgo de que la conducta autolesiva se haga crónica.

Resulta, además, importante conocer si los padres y la familia del adolescente que se autolesiona, están en la capacidad de brindarle el apoyo necesario. Pueden existir situaciones complejas en las que se vive un ambiente permanente de discusiones o problemas en casa, por lo que es recomendable contarla ayuda de un profesional que asesore a la familia sobre el tema y brinde la ayuda requerida.

1.10 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO

Desde un enfoque cognitivo conductual se puede modificar tanto los pensamientos como las conductas que influyen en la conducta autolesiva, controlando los niveles de ansiedad, estrés e impulsividad por medio de técnicas como el registro de pensamientos (Albert Ellis, 1978) la técnica de relajación muscular (Jacobson, 1920), etc.

Existen varias estrategias de afrontamiento que varían dependiendo del enfoque utilizado para la mejora de una afección o trastorno. Estas estrategias pueden ser activas

o evitativas y se orientan siempre hacia la resolución de problemas y el control de emociones (Leal & Vásquez, 2012).

1.10.1 ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO COGNITIVO

Entre las estrategias principales de tratamiento cognitivo que se deben tomar en cuenta para un posible tratamiento de las autolesiones, se pueden anotar las siguientes:

- a) Afrontamiento de emociones negativas.
- b) Terapias focalizadas en la regulación de emociones.
- c) Función de dominio interpersonal más sobresaliente.
- d) Terapia enfocada en incrementar las habilidades interpersonales y alternativas para reaccionar ante situaciones conflictivas causantes de las conductas autolesivas.

1.10.2 ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Las siguientes son estrategias de base conductual que se deben tomar en consideración para un posible tratamiento de pacientes que se autolesionan:

- a) Habilidades específicas de comunicación: importantes de desarrollar para ejercitar la asertividad.
- b) Entrenamiento en fortaleza personal: la fortaleza psíquica hará que el paciente canalice adecuadamente situaciones conflictivas.
- c) Entrenamiento en relajación: Las técnicas de relajación ayudarán a que el paciente encauce de una manera adecuada su energía y no la utilice en su propio perjuicio.
- d) Trabajar con bandeja de arena: esta técnica busca llevar a cabo un trabajo de vinculación con el inconsciente para, así, volver a integrar los elementos de la personalidad del paciente que han sido disociados.
- e) Escritura y narración de cuentos: esta técnica se aplicará con fines proyectivos.
- f) Musicoterapia: esta estrategia terapéutica ayudará a promover las habilidades de expresión positiva.
- g) Uso de mandalas: esta técnica también persigue fines proyectivos y consiste en colorear o matizar diferentes formas arquetípicas.

- h) Uso de dramatización creativa: con esta técnica se puede liberar energía focalizada de una manera errónea y se puede lograr un entendimiento de varios aspectos del subconsciente del paciente.
- i) Involucrar experiencias cercanas a la espiritualidad: las experiencias espirituales brindan, por lo general, un alivio de la tensión existencial en individuos ansiosos y deprimidos y puede servir de método de canalización de energías hacia pensamientos no automáticos.
- j) Diálogo socrático: los participantes intentan investigar la verdad y el valor de sus opiniones, con el objetivo de responder a las dudas planteadas por ellos mismos. Basadas en su propia experiencia, que han vivido aquí y ahora o de algo relevante que les sucedió en el pasado. La conversación adquiere significado como diálogo, más que como discusión formal o informal.
- k) Autoaceptación: es una evaluación cognitiva que hacemos de nuestros sentimientos, conductas, creencias, motivaciones e historia de vida. Por tal motivo, es aceptar todo lo positivo y negativo; afrontar los retos y desvalorizaciones que llevarán a mantener una autoestima equilibrada, siendo el sentimiento que nace a partir de la autovaloración que permitirá proyectarse de una manera diferente.
- l) Registro de pensamientos automáticos: este registro incluye tres apartados: la situación (acontecimiento que motivó la emoción desagradable, la corriente de pensamiento o recuerdo que motivó la emoción desagradable) la emoción y la intensidad de la emoción en una escala de 0 a 100; y el pensamiento automático debiendo anotar tanto el pensamiento automático que precede a la emoción como el grado de creencia en el mismo en una escala de 0 al 100%. A partir de las anotaciones el terapeuta puede con su paciente analizar, discutir y cambiar los pensamientos automáticos negativos, como la reatribución.

Se presentan dos ejemplos de programas de psicoeducación que abordan tanto la depresión como el suicidio:

1. “Conectando educación y concienciación sobre depresión y suicidio (LEADS)” es un programa para estudiantes diseñado para ampliar los conocimientos sobre depresión y suicidio, aumentar los conocimientos para la prevención de suicidio para mejorar y desarrollar las conductas de búsqueda de ayuda. El programa contiene temas como la depresión y sus síntomas, la relación entre depresión y suicidio, los factores de riesgo, los signos de alarma, búsqueda de ayuda y la superación de impedimentos, y los recursos para la prevención de suicidio en los colegios. Informándoles a los alumnos sobre los recursos disponibles dentro de la institución, la intervención se basa en guiar a los estudiantes para obtener ayuda para ellos mismos o para otros.
2. “Signos de suicidio (SOS)”, programa enfocado en mejorar las habilidades para identificar en ellos mismos señales de depresión y riesgos de suicidio, favorece la búsqueda de ayuda mediante el uso de la técnica ACT: **Reconocer** que hay un conflicto en ellos mismos; permitir que tus amigos sepan que te **Preocupa**; y después **contárselo** a un adulto de tu confianza.

1.11 CONCLUSIONES

Al finalizar el primer capítulo, concluimos que pudimos conocer a profundidad los aspectos más relevantes de la etapa de la adolescencia, a su vez del entorno familiar, académico y sus relaciones interpersonales, las cuales intervienen en la práctica de conductas autolesivas y los factores de riesgos más significativos de este comportamiento.

De acuerdo a los estudios realizados para dicha investigación, las autolesiones con consideradas como conductas autodestructivas sin la intención de causar la muerte, debido a una confusión de ideas en los adolescentes.

Seguidamente, realizamos una diferenciación entre conductas autolesivas impulsivas que se describen como el conjunto de comportamientos que conlleva a la generación de un prejuicio en la vida personal y social por otro lado, las conductas

autolesivas compulsivas se consideran repetitivas, el grado de intensidad es de leve a moderado y con un patrón compulsivo.

En la actualidad este fenómeno se ha convertido en motivo de estudio y preocupación especialmente en instituciones educativas debido al alto índice de práctica en las adolescentes, motivo por el cual hemos creído conveniente proponer estrategias de prevención y afrontamiento tanto para padres, docentes y alumnas de la institución estudiada.

2 CAPÍTULO II

2.1 ESTUDIO DE CASOS POR MEDIO DE UN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Introducción

Para realizar el estudio planteado, se contó con la colaboración de las estudiantes de la unidad educativa ya nombrada, derivadas del Departamento de Consejería D.E.C.E. con el objetivo ser evaluadas por medio de entrevistas, test psicológicos como el inventario de depresión y ansiedad de Beck, y la escala de pensamientos y conductas autolesivas para así poder tener una aproximación de los factores más relevantes en la influencia de la práctica de conductas autolesivas y formular así las respectivas fichas personales.

2.2 METODOLOGÍA

Se necesitó, en primer lugar, contar con la aprobación de las autoridades de la institución educativa para aplicar las herramientas de diagnóstico psicológico planteadas, para lo cual se procedió solicitar la signatura de un Consentimiento Informado, documento que constará como anexo al trabajo investigativo.

La muestra con la que se realizó el estudio propuesto fue de 30 participantes de los cuales se invalidaron tres, debido a que las estudiantes no llenaron correctamente las evaluaciones y abandonaron el proceso, finalmente la muestra quedo definida por 27 estudiantes.

Se propuso trabajar desde una aproximación cuantitativa por medio de un estudio descriptivo de corte transversal, comparativo analizando a la vez la situación de las adolescentes debido a que el fenómeno analizado abordará sobre las conductas autolesivas y su correlación con los niveles de ansiedad y depresión en las alumnas de la institución.

Por otro lado un estudio cualitativo con estudios de casos más representativos para elaborar una guía preventiva para padres de los adolescentes y docentes de la institución.

La tabulación se realizará por medio de programas informáticos de análisis y representación de datos como son el IBM SPSS Statistics y Microsoft Excel.

Para la tabulación de la Escala de pensamientos y conductas autolesivas se realizó un promedio general de las escalas que valoran el EPCA como son: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intento de suicidio, pensamientos relacionados con las autolesiones y autolesiones.

2.2.1 HERRAMIENTAS UTILIZADAS

El análisis se fundamentara en la información obtenida de la aplicación de tres instrumentos de diagnóstico:

- Inventario de Depresión de Beck: Al ser una de las principales explicaciones cognitivas de esta afección, permitirá detectar los síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos. La validez del BDI está sustentada en más de 500 estudios que garantizan sus propiedades psicométricas tanto en población clínica cuanto en población no clínica, así como su uso transcultural (Beltrán, Freyre, & Guzmán, 2012).
- Consta de veinte y un preguntas de opción múltiple que miden la gravedad de depresión en adultos y adolescentes. La interpretación de las puntuaciones en el BDI en cualquiera de sus versiones y formas se basa habitualmente en unos criterios o puntuaciones de corte que definen diferentes categorías o niveles de gravedad de sintomatología depresiva. Así, el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.
- Inventario de Ansiedad de Beck: Se trata de un cuestionario auto-administrado que es aplicado tanto en la evaluación clínica cuanto en la investigación general. Consta de veinte y un preguntas de opción múltiple que miden la gravedad de la ansiedad en adultos y adolescentes. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- a) 00–21 - Ansiedad muy baja
 - b) 22–35 - Ansiedad moderada
 - c) más de 36 - Ansiedad severa
- Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo" (Sanz, García & Fortún, 2011, p. 6).
 - Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA): La EPCA es la versión traducida del test denominado Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview. Este fue desarrollado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard, y resulta ser una herramienta de diagnóstico muy completa porque, a más de valorar las conductas auto lesivas, permite detectar los gestos suicidas para diferenciarlos de los intentos de suicidio propiamente dichos (García, Fontecilla, Paz, & Baca, 2013). Según el estudio realizado por García et al., (2013), la fiabilidad de esta escala, tomando en cuenta el coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre $k = 0,90$ y 1, índice que aplica para test y re-test, sobre todo en el análisis de las variables relacionadas con la ideación suicida, planes suicidas e intentos de suicidio. Esta entrevista estructurada consta de 169 ítems divididos en 5 módulos que examinan la presencia, frecuencia y características de 5 tipos de conductas autolesivas: a) ideación suicida; b) planes de suicidio; c) gestos suicidas; d) intentos de suicidio y e) autolesiones.
 - Entrevista y elaboración de fichas: las entrevistas a las adolescentes fueron individuales, en las cuales recopilamos información para la elaboración de las fichas clínicas la que consta de: datos de identificación, motivo de consulta, genograma y antecedentes disfuncionales.
 - Elaboración de guía de intervención de conductas autolesivas dirigida a padres, profesores y alumnos de la institución, que consistirá de: recomendaciones, técnicas cognitivas y pautas que ayuden a detectar signos o síntomas significativos que generen conductas autolesivas en las adolescentes, la misma que se socializará con los miembros de la institución educativa.

2.2.2 TIPO DE PARTICIPANTES:

Criterios de inclusión.

- Alumnas de la institución Luisa de Jesús Cordero quienes el DECE de la institución ha detectado, previo al presente estudio, conductas auto-lesivas a través de la aplicación de herramientas de diagnóstico.
- Alumnas en cuyos casos se cuenta con autorización previa.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que padecen psicosis.
- Pacientes que presenten retraso mental
- Alumnas que se nieguen a participar en el estudio realizado

2.2.3 PARTICIPANTES.

La muestra se determinó con 27 pacientes de la institución educativa Luisa de Jesús Cordero quienes aceptaron participar en el estudio sobre las conductas autolesivas.

El grupo de estudio estará conformada por todas las estudiantes que reúnan los criterios de inclusión.

Tabla 1 Edad y nivel de colegiatura en adolescentes con autolesiones

Curso	n	%	Edad	n	%
Octavo	5	18,5	Trece años	5	18,5
Noveno	4	14,8	Catorce años	11	40,7
Décimo	12	44,4	Quince años	5	18,5
1° Bachillerato	4	14,8	Dieciséis	3	11,1
2° Bachillerato	2	7,4	No contesta	3	11,1
Total	27	100,0	Total	27	100,0

Nota: elaborado por Ávila, Pachar (2016)

La edad de los participantes del presente estudio oscila entre los trece a dieciséis años; el grupo mayoritario que abarca el 40,7% se ubica en la edad de los catorce años cumplidos. A continuación se encuentran varios cursos que van desde los octavos de básica hasta el segundo de bachillerato. El grupo mayoritario de estudiantes se encuentran en décimo año, el cual tiene 44,4% de estudiantes que se autolesionan.

2.3 ENTREVISTAS Y ELABORACIÓN DE FICHAS.

Por medio de las entrevistas y elaboración de fichas clínicas hemos podido identificar datos significativos dentro del entorno familiar y sus relaciones interpersonales, factores que influyeron en la práctica de las conductas autolesivas.

La problemática más relevante que pudimos observar mediante las entrevistas realizadas fueron sin duda problemas de índole familiar, debido a la inadecuada comunicación y falta de atención por parte de sus padres, factor que afecta notablemente incluso en el rendimiento académico de las estudiantes, generando así la práctica de conductas autolesivas creyendo así calmar su malestar emocional.

2.4 ELABORACIÓN DE FICHAS CLÍNICAS

Se presentan diez fichas clínicas más representativas de los veinte y siete casos evaluados, en las cuales constan en motivo de consulta tanto explícita como implícita, genograma familiar de la adolescente y antecedentes disfuncionales.

Ficha N° 1

Datos de identificación

Nombre: María

Edad: 14 años

Fecha de nacimiento: 03/02/2001

Lugar de nacimiento: Cuenca/ Azuay

Escolaridad: 10° “B”

Fecha de elaboración: 30/11/2015

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente remitida por el departamento psicológico (DECE), debido a la presencia de conductas autolesivas y bajo rendimiento académico.

Implícita:

La paciente, la mayor parte de tiempo se siente triste, sin entender el motivo de su estado de ánimo. La falta de comunicación con su padre, genera que María sienta inseguridad y malestar cuando está cerca de él.

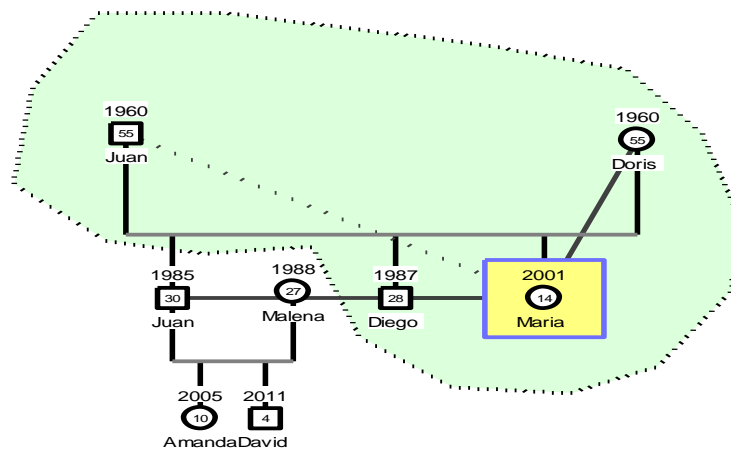


Fig. 1 Genograma

Elaborado por: Ávila (2016)

Antecedentes disfuncionales

Durante el periodo de gestación, su madre al sexto mes de embarazo presenta preclamsia, lo que genera que desde esa fecha su madre permanezca internada en una casa médica hasta el octavo mes que María nace.

En su infancia María atravesó por problemas significativos entre sus padres, pues en su hogar existió violencia intrafamiliar, situación que generó dolor y resentimiento en María pues ella, presencié un acto violento entre sus padres en donde su madre casi pierde la vida y se expresa llorando: “yo nunca me voy a olvidar de eso, y nunca le voy perdonar a mi papá lo que hizo”.

Estos recuerdos han estado presentes desde hace un año, motivo por el cual se autoagredió por primera vez. María manifiesta que la incomunicación que tiene con su padre por el resentimiento que siente es causante de discusiones con su madre, pues cree que ella no la entiende y le presiona que se acerque a su padre y lo respete, situación que causa incomodidad en María.

En el momento de autoagredirse María dice sentir “alivio” ante la tristeza por la que atraviesa, reconociendo que no es la mejor solución pero que por el momento es la única.

Ficha N°2

Datos de identificación

Nombre: Andrea

Edad: 14 años

Fecha de nacimiento: 30/03/2001

Lugar de nacimiento: Cuenca/ Azuay

Escolaridad: 10° “B”

Fecha de elaboración: 30/11/2015

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente remitida por el departamento psicológico (DECE), debido a la presencia de conductas autolesivas y bajo rendimiento académico.

Implícita:

La paciente sufre la ausencia de sus padres, pues desde los cuatro años sus padres viven fuera del país. La mayor parte de día esta triste, y no le encuentra sentido a la vida, debido a problemas familiares y a la muerte de su novio, situación por la que se siente culpable y no le permite estar tranquila, ni descansar bien por las noches.

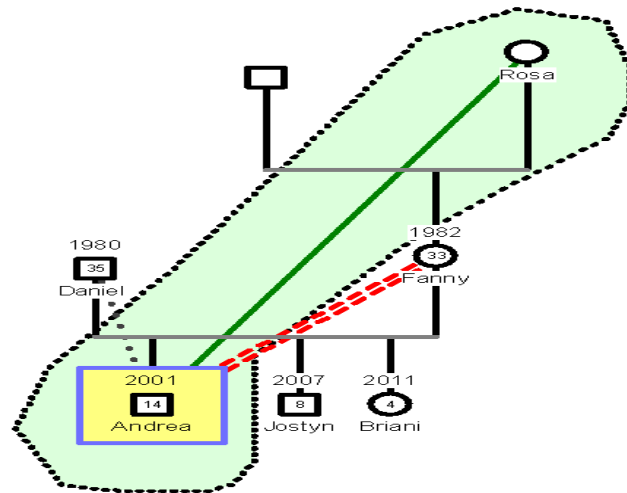


Fig. 2 Genograma

Elaborado por: Ávila (2016)

Antecedentes disfuncionales

Desde los cuatro años de edad de Andrea, sus padres decidieron migrar hacia los Estados Unidos, debido a la situación económica baja por la que atravesaban, han transcurrido diez años desde que la paciente no ve a sus padres, lo que ha afectado su área emocional, pues sintió siempre la necesidad de estar juntos a ellos desde que era pequeña, la ausencia de sus padres es más notoria y significativa en fechas especiales en las cuales solo estaban presentes sus abuelitos maternos con los que vivía y con sus tías.

La comunicación con sus padres no es buena, pues hablan con ella dos a tres veces al mes, en las cuales discuten generalmente ya que Andrea les pide que la lleven o ellos regresen, y la respuesta ante esta petición es un NO rotundo, pues consideran que allá Andrea va a sufrir pues no está acostumbrada a vivir en un país con diferentes costumbres. Sus padres tuvieron dos hijos más Jostyn y Briani, con quienes habla muy poco y a los que añora conocer.

Andrea manifiesta no sentirse conforme con su vida, pues cree ser insignificante para sus padres expresándose así: “yo no les importo a mis papás, y sé que si muero no les hiciera falta porque no me conocen”.

A los trece años se lesiona por primera vez debido a discusiones telefónicas con su madre, creyendo poder sentir alivio al causarse daño físico.

Hace tres meses se lesiona la última vez, al sentirse culpable de la muerte de su novio, que fallece desde hace un poco más de un año, pues dice que por haber terminado ella la relación su novio se suicidó, situación que no la permite estar tranquila y cada que llegan estos pensamientos a su mente, cree que no debería estar viva.

Ficha N° 3

Datos de identificación

Nombre: Cisne

Edad: 16 años

Fecha de nacimiento: 11/07/1999

Lugar de nacimiento: Cuenca/ Azuay

Escolaridad: 1° "A"

Fecha de elaboración: 30/11/2015

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente remitida por el departamento psicológico (DECE), debido a la presencia de conductas autolesivas y estado de ánimo deprimente.

Implícita:

La estudiante, presenta sentimientos de dolor y desesperanza ante la muerte de su novio, con él tuvo una relación corta, pero estable y buena. Esta situación por la que atravesó Cisne generó inestabilidad emocional, pues creyó sentir alivio ante su dolor causándose lesiones notables y significantes en sus brazos.

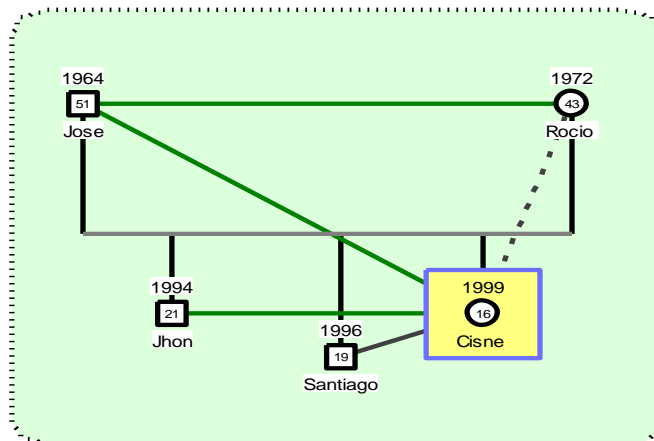


Fig. 3 Genograma

Elaborado por: Ávila (2016)

Antecedentes disfuncionales

El embarazo de su madre, fue tranquilo y cumplió con el periodo de gestación con normalidad.

Su infancia pasó más tiempo con sus abuelitos, debido al exceso trabajo de sus padres, esta situación no dificultó la relación con ellos, pues eran muy cariñosos y consentidores. Durante su infancia y adolescencia Cisne no presenta problemas significativos que interfirieran en su desarrollo emocional y familiar.

Hace una año y medio aproximadamente, su ex novio se suicidó, desestabilizando a Cisne emocionalmente, lo que ocasionó, pensamientos perturbadores, generándose lesiones una sola vez, situación que supieron sus padres y el colegio donde ella asistía, sus padres se preocuparon y le brindaron el apoyo necesario que requería Cisne, logrando salir del estado de ánimo deprimido en el que se encontraba.

Ficha N° 4

Datos de identificación

Nombre: Paola

Edad: 15 años

Fecha de nacimiento: 27/05/1999

Lugar de nacimiento: Cuenca/ Azuay

Escolaridad: 2° “A”

Fecha de elaboración: 30/11/2015

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente remitido por el Departamento psicológico (DECE), para evaluación. Presenta dificultad en las relaciones parentales y en rendimiento académico, situación que la ha llevado a autolesionarse.

Implícita:

Paola no mantiene buena comunicación con sus padres, ya que cuando tenía 5 años de edad su padre migró a Estados Unidos, y no lo ve hasta la fecha. Con su madre mantiene una relación distante por una supuesta infidelidad, situación que ha generado discusiones frecuentes entre su familia, esta a su vez generando inestabilidad en Paola evitando tener un mejor desempeño en el ámbito académico y sus relaciones interpersonales.

Genograma

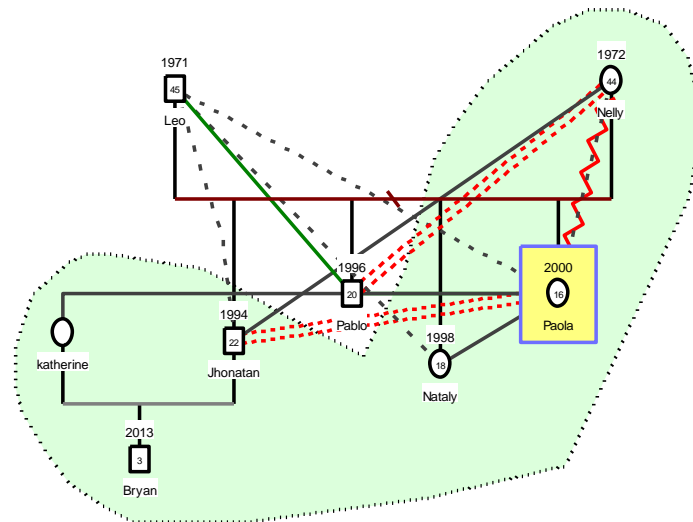


Fig. 4 Genograma

Elaborado por: Ávila (2016)

Antecedentes disfuncionales

Paola a los cinco años de edad sufrió mucho la ausencia de su padre, ya que él migró a Estados Unidos al atravesar una difícil situación económica.

Hace dos años aproximadamente, afirma Paola, que su madre le fue infiel a su padre, con un amigo de la familia, ya que ella presenció algunos encuentros de su madre con aquel “amigo”, situación que la ponía nerviosa y angustiada ya que no sabía cómo decirle a su padre y hermanos. El padre de Paola se enteró al poco tiempo, generando frustración e ideas de suicidio.

Con su hermana Nataly mantenía una buena relación hace menos de un año, pero desde que empezó una relación con Erick, su actual pareja se alejaron una de la otra, generando conflictos significativos entre ellas. La relación con su hermana empeoró al enterarse que Nataly está embarazada. Su rendimiento académico no ha sido positivo durante el colegio pues ha tenido dificultades en los tres últimos años lectivos, siendo éste el más complicado por su bajo rendimiento, ya que las diversas preocupaciones familiares le han impedido concentrarse en las horas de estudio, ya que los conflictos antes mencionados han generado inestabilidad e inseguridad en Paola creyéndose incapaz de dar lo mejor de sí misma para actuar y cambiar una situación que la incomodaría cualquiera que esta fuera. Paola tiene dificultad en comunicar lo que siente y piensa debido a la inseguridad que siente constantemente, lo que hace que reprima sus sentimientos situación que ha generado estados depresivos en los cuales se ha auto agredido con cortes en sus brazos debido a pensamientos y sentimientos negativos, considerándose inútil y criticada en su entorno familiar y académico. Su madre comunica que Paola llora con más facilidad que antes, expresando “Paola es muy débil y llorona” palabras que Paola dice afectarla todo el tiempo.

Debido a los problemas académicos que Paola presentó durante este año lectivo sus padres decidieron retirarla del colegio ya que era casi nula la posibilidad de que apruebe este año por su bajo rendimiento.

Ficha N° 5

Datos de identificación

Nombre: Melissa

Edad: 16 años

Fecha de nacimiento: 02/08/1999

Lugar de nacimiento: Cuenca/ Azuay

Escolaridad: 2° “A”

Fecha de elaboración: 30/11/2015

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente remitida por el Departamento Psicológico (DECE), para evaluación; presenta dificultad en las relaciones parentales debido a ello presenta autolesiones en su cuerpo.

Implícita:

Melissa siente confusión constante acerca de la información que le da su familia materna de su padre, ya que él se ausentó de la vida de Melissa por 7 años, esta situación generó confusión y angustia en ella, ya que al regresar su padre no sabía qué actitud tomar ante su padrastro quién era figura paterna para ella. Melissa ansía que sus padres estén juntos, situación que es casi nula ya que sus padres se casaron y formaron otro hogar, está consciente de ello, pero le afecta no poder estar junto con sus padres, generando inseguridad en ella y sintiéndose diferente a las demás familias.

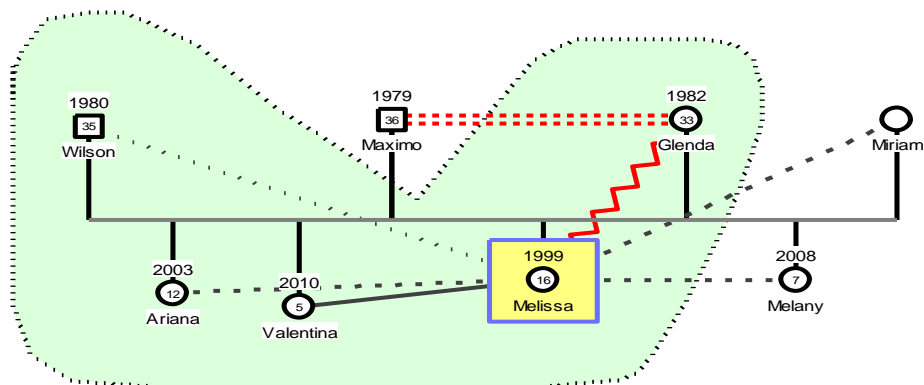


Fig. 5 Genograma

Elaborado por: Ávila (2016)

Antecedentes disfuncionales

Melissa no creció junto a su padre, sus padres no se casaron ya que ellos no se casaron cuando su madre quedó embarazada. Esta situación generó conflictos entre la

familia de Melissa, e inconformidad por tal decisión, su padre asegura que él buscó a Melissa cuando ella nació, y que su abuela materna no la permitió ver, por otro lado su madre afirma” nunca le importo Melissa, porque no hizo nada por saber de ella”. Al cumplir un año de edad su padre la reconoció y le dio su apellido, y nuevamente se fue. Su madre se casó cuando Melissa tenía dos años, con Wilson con quién tiene dos hijas Ariana de 11 años y Valentina de cuatro años. Su madre manifiesta que se casó pronto ya que no soportaba que su madre la reclamara que se quedó embarazada a los 17 años de alguien irresponsable que la abandonó como lo era Máximo, papá de Melissa. Wilson se convirtió en figura paterna de Melissa, ella asegura que fue bueno y apoyaba a su mamá en la crianza de ella, pero recuerda que la agredía tanto física como psicológicamente a su madre, delante de Melissa y su hermana Ariana, lo que generaba miedo y dolor al verla sufrir a su madre. Esta situación cambio cuando su madre se casó el eclesiástico con Wilson hace aproximadamente cuatro años. Cuando Melissa tenía 7 años su padre la buscó lo que al inicio causo malestar y confusión en Melissa, ya que ella creía que su padre biológico era Wilson. Su padre dio una versión muy diferente a la de la madre pues él afirma “yo busqué a Glenda y ella no quiso casarse conmigo ni dejarme ver a la niña”. Esta versión confundió y lleno de resentimientos a Melissa con su madre ya que creía que le mintió todo ese tiempo. Motivo por el cual Melissa fue a vivir durante siete meses con su padre quien habría contraído matrimonio con Miriam con la que había procreado una hija Melani, en la actualidad de 6 años de edad. Tiene una buena relación con Miriam, dice ser buena y preocupada por ella y con su hermana ahora se lleva mejor ya que la niña creía ser hija única, lo que generó celos la llegada de Melissa. Su madre, Glenda dice a Melissa, que la pareja de su padre es hipócrita, ya que trata de comprarle con cosas materiales a ella. Pero Melissa está segura que no es así, porque Miriam ha demostrado ser buena persona con ella, además que busca la manera de arreglar los conflictos y no se enoja como su mamá. Existen dificultades en la comunicación entre sus padres a raíz de la organización de la fiesta de 15 años de Melissa, pues su madre manifiesta que su padre fue quien propuso festejar su cumpleaños y nunca colaboró con lo pactado con su madre, pues fue ella junto con su familia quien pagó la mayor parte de gastos y que por lo general siempre es ella quien cubre todas las necesidades económicas de Melissa. Por otro lado su padre manifiesta lo contrario, pues el cumple con sus obligaciones económicas. Estas diferencias hicieron que Melissa se regresara a vivir con su madre, creando resentimientos en su padre.

Melissa extraña mucho a su padre y a su hermana, y le cuesta poder llamarle y arreglar la situación con él. Melissa sabe que sus padres ya tienen su vida hecha, pero le duele aceptar que sus padres no estén juntos como otras familias “normales” manifiesta, lo que ha generado inseguridad en ella pensando que es diferente a los demás y confusión por no saber a quién obedecer, pues las normas son distintas en el hogar de su padre pues él es más permisivo y le deja salir, y su madre todo lo contrario pues hay una exagerada sobreprotección hacia ella, ya que tiene miedo de que cometa los mismos errores, generando confusión e irritabilidad en Melissa. Con sus hermanas Ariana y Valentina no tiene buena relación especialmente con Valentina por la diferencia de edad, y porque siente que sus hermanas tienen más importancia que ella por ser hijas de Wilson. Melissa se siente inconforme con su apariencia física ya que no siente tener un buen atractivo físico y sentirse diferente a las demás familias.

Ficha N° 6

Datos de identificación

Nombre: Rosa

Edad: 15 años

Fecha de nacimiento: 26/02/2000

Lugar de nacimiento: Cuenca/ Azuay

Escolaridad: 2° “A”

Fecha de elaboración: 01/12/2015

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente remitida por el Departamento Psicológico (DECE), para evaluación, ya que ha presentado autolesiones en sus extremidades superiores y bajo rendimiento académico.

Implícita:

Desde el nacimiento de su sobrino, su padre se ha distanciado notablemente de Rosita, situación que ha generado celos y sentimientos de tristeza, la poca comunicación

con su madre ha indispuerto a la estudiante, causando un bajo rendimiento en su entorno académico y en su estado anímico, motivos por los cuales se autolesionado.

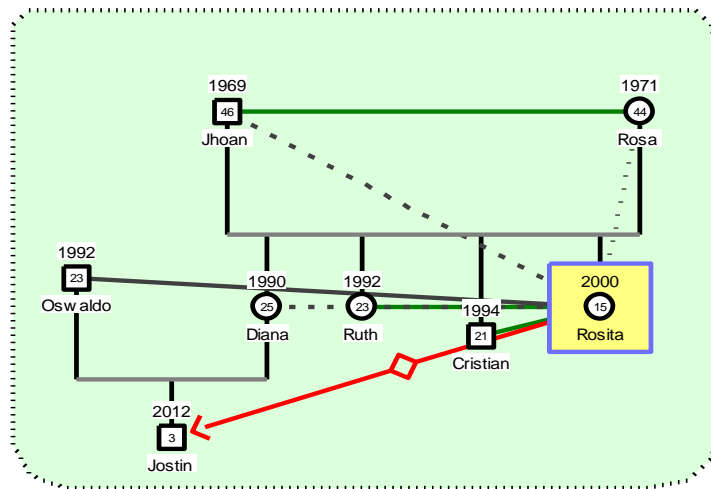


Fig. 6 Genograma

Elaborado por: Ávila (2016)

Antecedentes disfuncionales

Su madre cumple con el periodo de gestación sin ninguna complicación, terminando normalmente el embarazo.

Es la última de cuatro hijos, motivo por el cual siempre fue sobreprotegida por su padre, pues su relación fue muy estrecha, acompañada con una muy buena comunicación.

Sus padres se separaron cuando ella tenía diez años de edad, debido a problemas de violencia intrafamiliar, ocasionando daños, físicos y psicológicos a su madre. Al negarse su madre en retomar la relación después de varios meses, Johan, padre de Rosita, intenta suicidarse tomando veneno.

Su madre decide darle una nueva oportunidad a su padre, ya que él busca ayuda para mejorar la relación con su familia.

Desde hace tres años que nace su sobrino Jostin, la comunicación que mantenía con su padre se deteriora y empiezan a generarse conflictos significativos entre ellos, pues ella no puede confiar en su padre, ya que cada que intenta contarle sobre algún problema por el que atraviesa, él lo toma con indiferencia.

Aproximadamente a los 12 años Rosita se autolesiona por primera vez, por diferencias con su madre y problemas académicos, ya que ella la castiga fuertemente cuando no tiene buenas calificaciones utilizando cables y sogas para corregirla.

Hace cuatro meses su padre la golpea bruscamente, la tiró de las gradas, dejando heridas físicas y emocionales en la estudiante, por encontrarla con un amigo en la casa conversando. No le permiten tener amigos, pues consideran que no tiene edad para eso, expresa Rosita: “mi papá me advirtió que la próxima vez, me mata, pues él prefiere verme muerta a que yo tenga amigos o peor novios”.

Le afecta mucho no poder tener la relación que antes tenía con su padre, pues él era muy expresivo y comunicativo, situación que extraña ahora.

Hace tres meses, se lesiona por diferencias con su madre, pues ella dice ser grosera para tratar con Rosita, generando malestar y sentimientos de tristeza, causantes de las autolesiones realizadas.

Ficha N° 7

Datos de identificación

Nombre: Karen

Edad: 13 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 10 de agosto de 2002

Escolaridad: Secundaria

Fecha de elaboración: 30/11/15

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente fue remitida por la psicóloga del departamento del D.E.C.E por presentar conductas autolesivas.

Implícita:

La paciente comenta que el año anterior se autolesionó porque tuvo una discusión con el hermano, este le dijo palabras que le afectaron, le hicieron sentir mal, los abuelos se enteraron y le aconsejaron.

No le gusta convivir con la gente, es solitaria, no le gusta la bulla, tiene pocas amigas. Presenta notas bajas en el colegio, porque pasa mucho tiempo en el celular.

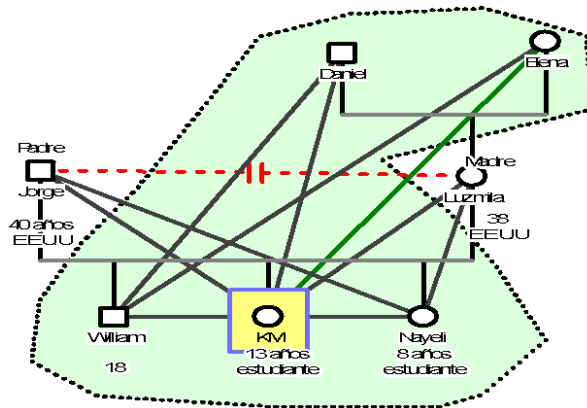


Fig. 7 Genograma

Elaborado por: Pachar (2016)

Antecedentes disfuncionales

La paciente vive con los abuelos porque sus padres emigraron hace 11 años, la estudiante refiere que no le gusta compartir o estar con mucha gente porque no le gusta la bulla, le falta el aire.

No le afecta que sus padres no estén con ella, pero le preocupa que los padres estén separados ya que la separación se debe a que el padre tomaba alcohol los fines de semana, razón por la que la madre tomó esa decisión. Cada uno de los padres envía el dinero para los gastos de sus hijos. Los padres quieren llevarles a E.E.U.U pero ella no quiere porque dice “tengo que estar solo encerrada”

La estudiante informa que el año anterior se realizó una autolesión porque tuvo problemas con sus hermanos, ya que le dijo palabras que le afectaron mucho, no sintió nada solo vio como le salía sangre, sus abuelos se dieron cuenta y le aconsejaron.

Presenta notas bajas en una materia, ya que ocupa su tiempo en el celular, pero sus abuelos le prohibieron quedarse hasta muy tarde en el internet.

Ficha N° 8

Datos de identificación

Nombre: Tatiana

Edad: 14 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 1 de junio 2006 de 2001

Escolaridad: Secundaria

Fecha de elaboración: 04/12/15

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente fue remitida por la psicóloga del departamento del D.E.C.E por presentar conductas autolesivas.

Implícita:

La paciente comenta que cuando estaba en la escuela sufrió de bullying lo que le dejó secuelas en la actualidad, ya que se muestra triste, demostró sensibilidad al hablar del tema, refiere que se autolesionó por los problemas familiares que se presentan en su vida.

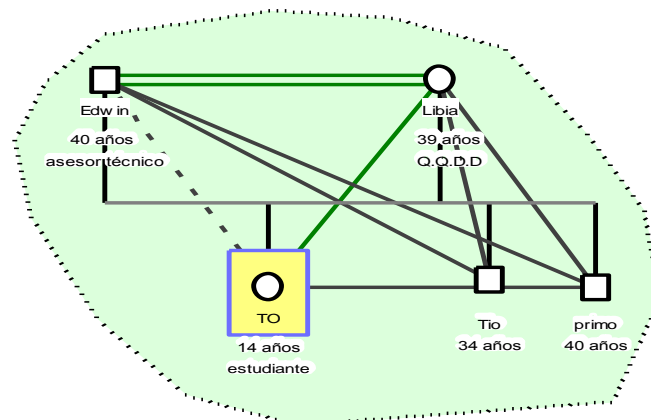


Fig. 8 Genograma

Elaborado por: Pachar (2016)

Antecedentes disfuncionales

La estudiante comenta que cuando estuvo en la escuela sufrió de bullying por parte de sus compañeros, la madre habló con las autoridades pero no se llegó a una

solución, la niña ya no quería ir a clases, los compañeros usaban palabras como “enana, tonta, gallinazo” razón por la que la estudiante se cambió de escuela. Le afectó mucho estos comentarios por lo que en la actualidad se siente triste, mal, llora, cuando se habla del tema en la institución.

Presentaba notas bajas en la escuela, pero al cambiarse de escuela fue mejorando poco a poco porque ya no recibía comentarios que le hacían sentir mal. Sus padres no la entiende, no existe una buena comunicación, los padres discuten porque ella está cambiando en su actitud.

Ha tenido pensamientos de muerte, cuando sus padres discuten, cuando algún familiar fallece. Hace dos años sus abuelos fallecieron, se sintió muy mal “las personas que quería se fueron”.

Refiere que se autolesionó 10 veces desde los nueve años, se sintió aliviada, relajada, la última vez fue a los seis meses, por los problemas con sus padres y ellos le aconsejaron por esta situación.

Ficha N° 9

Datos de identificación

Nombre: Mayra

Edad: 13 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 15 de abril del 2002

Escolaridad: Secundaria

Fecha de elaboración: 04/12/15

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente fue remitida por la psicóloga del departamento del D.E.C.E por presentar conductas autolesivas.

Implícita:

La paciente comenta que los padres discuten porque el padre le fue infiel a su madre, no hay una buena comunicación entre ellos, comenta que se autolesiona cuando los padres discuten.

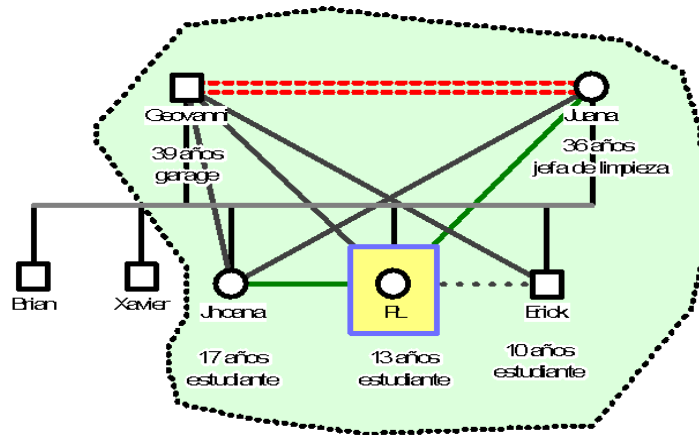


Fig. 9 Genograma

Elaborado por: Pachar (2016)

Antecedentes disfuncionales

Refiere que su padre le fue infiel a su madre, pero que los hijos que él tiene no se parecen a él sino a su amigo, pero que él paga la pensión para evitar problemas. Las peleas eran frecuentes entre sus padres por esta situación, por la falta de dinero para los gastos.

La estudiante comenta que en junio se autolesionó 10 veces por los problemas que tenían sus padres, ella le comentó a su madre sobre lo acontecido y ella le ayudó, le daba consejos; sin embargo le ponían más atención a su hermano, por esa razón ella pensaba “si me mato mis papás estarían mejor”, la madre le dijo que eso era de cobardes, su padre abrazó a su hija y le dio consejos para que ya no tenga estas conductas e ideas.

Para la realización de autolesiones utilizó una aguja, al momento de realizar la autolesión no sentía nada.

Ficha N° 10

Datos de identificación

Nombre: Catalina

Edad: 13 años

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca 18 de mayo de 2000

Escolaridad: Secundaria

Fecha de elaboración: 04/12/15

Motivo de consulta

Explícita:

Paciente fue remitida por la psicóloga del departamento del D.E.C.E por presentar conductas autolesivas.

Implícita:

Paciente vivió desde muy pequeña con sus abuelos ya que su madre emigró a E.E.U.U por falta de dinero, esto genera desmotivación en la paciente, tristeza, falta de apoyo, consumió drogas y alcohol generando dificultad en el colegio.

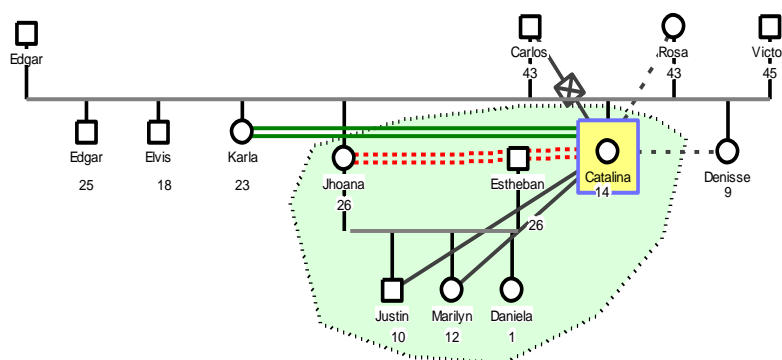


Fig. 10 Genograma

Elaborado por: Pachar (2016)

Con sus abuelos la relación es buena se quedó al cuidado de ellos cuando era pequeña no imponían reglas ya que la consienten mucho

La relación con su hermana Karla es buena, vivía con ella un tiempo hasta que se casó

La relación con su hermana Johana es mala ella es muy estricta en casa y eso no le gusta a Catalina razón por la que quiere regresar a vivir con su hermana Karla.

La paciente vivió con su hermana mayor Johana durante tres meses, todo este tiempo tuvieron problemas discutían todo el tiempo, razón por la que Catalina decide ir a vivir con la tía, en el que se encuentra en un estado de adaptación.

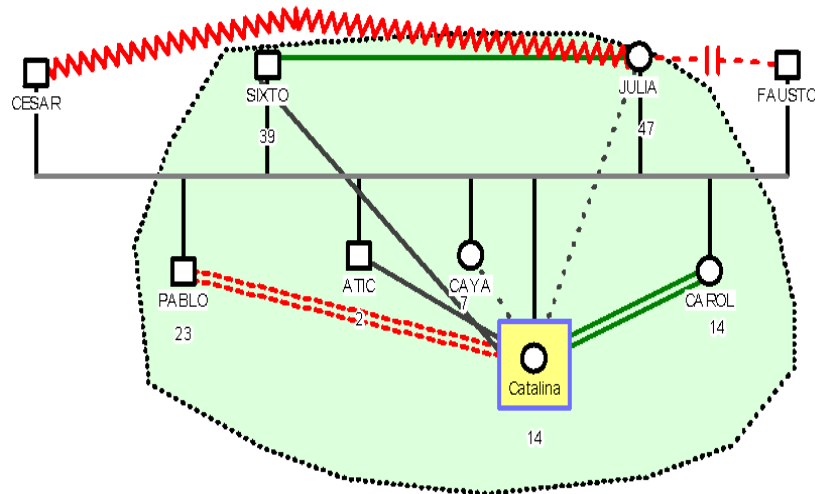


Fig. 11 Genograma

Elaborado por: Pachar (2016)

Actualmente vive con sus tíos se siente bien con ellos, pero se siente sola ya que ellos llegan en la noche a la casa, no tiene con quien hablar. Sixto (tío) Fiscal de Piñas, la relación es buena. Julia (tía) Ama de casa la relación es regular ya que no le tiene mucha confianza. Atic (Primo) buena relación. Caya (Prima) relación regular, se enoja por cualquier cosa. Pablo: (Primo) Albañil, Buena relación. Carol (Prima) Buena relación.

Antecedentes disfuncionales:

Paciente refiere que desde muy pequeña se quedó a cargo de sus abuelos, era una niña muy consentida y caprichosa le daban todo lo que ella quería. Cuando tenía 7 años fue víctima de un acoso sexual por parte de un vecino, refiere que cuando escucha ruidos bulla se acuerda de esta mala experiencia. Estuvo a cargo de su hermana Karla ella le consentía en todo. Después se fue a vivir con una tía pero la relación era mala con ella, ya que Catalina decide vivir con su hermana mayor Johana.

En el colegio presenta bajo rendimiento académico, se le realizó una prueba de embarazo ya que la paciente presentó síntomas como vómito, se llegó a la conclusión que estos síntomas fueron producto de haber ingerido alcohol el día anterior. Consumió alcohol y droga (marihuana) a la edad de 14 años con su novio en una fiesta, su sobrino encontró droga debajo de su colchón pero Catalina negó que fuera de ella. No colabora en casa, muy desordenada cuando la hermana le pide que le ayude en la casa la reacción de Catalina es llorar.

Autolesión en sus brazos, refiere que así siente una sensación de alivio hacia sus problemas, esto lo realizó en el colegio con una compañera y en su casa también lo realiza. Tomó pastillas para quitarse la vida, pero su tía le llevó al hospital, salvando su vida.

2.5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

La información ha sido procesada mediante el estadístico SPSS 22, en él se han obtenido valores descriptivos como frecuencia (n) y porcentaje (%) respecto a la edad, el curso, la razón por la que se remite al departamento de psicología así como preguntas concretas relativas con la planeación o ejecución de autolesiones por parte de los estudiantes; también se han elaborado estadísticos descriptivos utilizando la media o promedio y la desviación estándar para presentar los resultados de las conductas autolesivas, la depresión y ansiedad.

En lo que respecta a los resultados inferenciales se ha utilizado el estadístico de prueba Correlación de Pearson por tratarse de una muestra con una distribución normal. Cabe señalar que los valores significativos (sig. Bilateral) se leen con un nivel crítico de 0,05.

2.5.1 DATOS DESCRIPTIVOS

Tabla 2 *Motivo de consulta.*

Razón por la que se remite	N	%
Autolesión	1	44,44%
Autolesión, bajo rendimiento	7	25,93%
Autolesión, problema parental	3	11,11%
Autolesión, rendimiento, problema parental	2	7,41%
No contestan	3	11,11%
Total	27	100,00%

Nota: elaborado por Ávila, Pachar (2016)

La razón por la que remite el (D.E.C.E.) a las estudiantes es por la presencia de autolesiones, autolesiones y bajo rendimiento, autolesión y problemas parentales, autolesión, bajo rendimiento y problemas parentales. Las tres adolescentes que no contestan se refieren únicamente a la razón por la que se remite, ya que en el momento de la entrevista les costó expresarse por temor a ser juzgadas. Estos resultados se obtuvieron mediante la recopilación de datos en la elaboración de fichas clínicas, como lo indica la tabla 2.

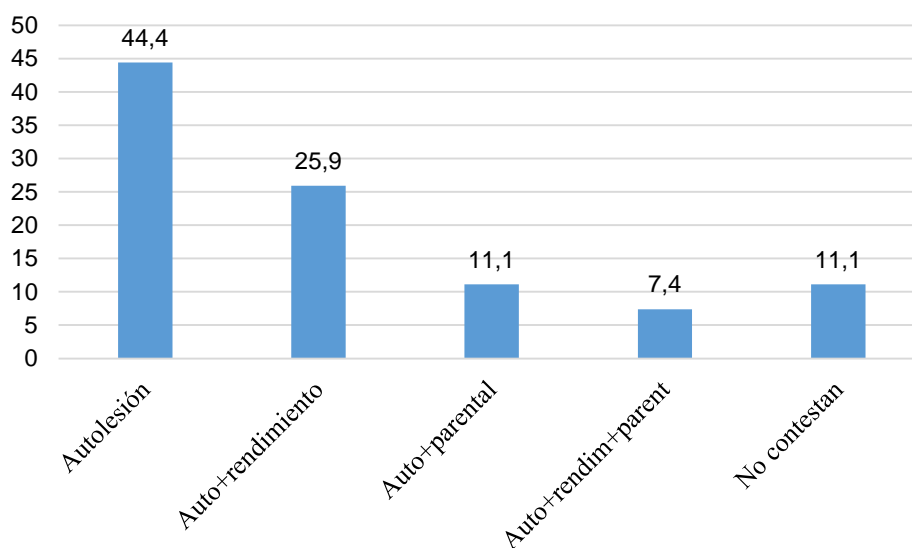


Fig. 12 Resultados de la demanda emitida por el departamento del DECE

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Se ha considerado que la razón por la cual se ha remitido al departamento de psicología a las estudiantes, es la autolesión pues está presente en todos los estudiantes que se han acercado al departamento del D.E.C.E., el 44,4% no presentan otra razón que ésta, sin embargo, la autolesión en un 25,9% está relacionada con problemas de rendimiento, en un 11,1% con problemas parentales generalmente separación de los padres y en un 7,4% se relaciona con problemas de rendimiento y también problemas con los padres.

Tabla 3 Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)

Dimensiones	n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DS
Ideación suicida	27	0,20	3,27	1,55	0,68
Planes suicidio	27	0,50	2,93	1,34	0,64
Gestos suicidas	27	0,21	2,79	1,33	0,71
Intento suicidio	27	0,43	3,67	1,30	0,75
Pensamientos relacionados autolesiones	26	0,38	3,29	1,41	0,69
Autolesiones	27	0,20	2,46	1,23	0,61

Nota: Ávila, Pachar (2016)

El resumen de la escala muestra que el nivel de la ideación suicida tiene una intensidad de 1,5; seguido de los pensamientos relacionados con autolesiones que es de 1,3; los planes de suicidio conjuntamente con las autolesiones tienen una puntuación de 1,3. El intento de suicidio es menor por cuanto representa una puntuación de 1,3; y, por último, se hallan los gestos suicidas que se presentan de 1,3. Es decir, un promedio general de 1,3; bien podría representar a los pensamientos y conductas autolesivas de todo el grupo de estudio, tal como se indica en la tabla 3.

Tabla 4 Pensamientos relacionados con autolesiones

116. ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)

Opciones	n	%
NO	4	14,8
SI	22	81,5
NO RESPONDE	1	3,7
Total	27	100,0

Nota: Avila, Pachar (2016)

De acuerdo con los pensamientos relacionados con las conductas autolesivas las alumnas que han pensado en hacerse daño sin intención de morir alguna vez respondieron que sí 22 alumnas, no 4 alumnas, no contestaron 1 alumna; tal como lo indica la tabla 4.

Tabla 5 Pensamientos de autolesiones en las adolescentes

Situación de acuerdo a tiempo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
117. ¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste? (edad)	27	7,0	15,0	12,259	2,4431
118. ¿Cuántos años tenías la última vez? (edad)	27	12,0	16,0	13,704	1,1373
119. Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (episodios separados)	27	1,0	39,0	6,148	8,1321
120. ¿Cuántas veces en el pasado año?	27	1,0	30,0	4,222	5,8529
121. ¿Cuántas veces en el pasado mes?	27	1,0	10,0	2,259	2,6975
122. ¿Cuántas veces en la semana pasada?	27	1,0	7,0	1,741	1,6547
136. Cuando tuviste estos pensamientos, ¿durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	27	1,0	2,0	1,074	,2669
137. Cuando tuviste estos pensamientos, ¿cuánto tiempo solían durar?	27	1	9	3,41	2,062
138. Antes de que pensaras en hacerte daño por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían tenido este tipo de pensamientos?	27	1,0	13,0	3,222	3,1050
139. Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿cuántos de tus amigos han pensado en hacerse daño?	27	1,0	12,0	2,444	2,3751

Nota: esta tabla se elaboró con los 27 casos de adolescentes que presentaron conductas autolesivas.

De acuerdo a los años que tenía la primera vez que lo hizo en los 27 casos se dice que el mínimo de edad es de 7 años, y la edad máxima es de 15 años, en cuanto a la edad de la última vez como mínimo 12 y como máximo 16 años, las veces que han tenido este tipo de pensamiento como mínimo 1 vez y como máximo 39, en el pasado año como mínimo 1 vez y como máximo 30 veces, en el pasado mes como mínimo 1 vez, y como máximo 10, en la semana pasada como mínimo 1 vez y como máximo 7 veces, tiempo durante se estuvo tomando drogas o alcohol como mínimo de los encuestados dice 1 y como máximo 2 veces, veces, tiempo que duro estos pensamientos como mínimo 1 vez y como máximo 9 veces, amigos que han este tipo pensamientos como mínimo 1 y como máximo 13, amigos que han pensado en hacerse daño como mínimo 1 y como máximo 12 veces, como lo indica la tabla 5.

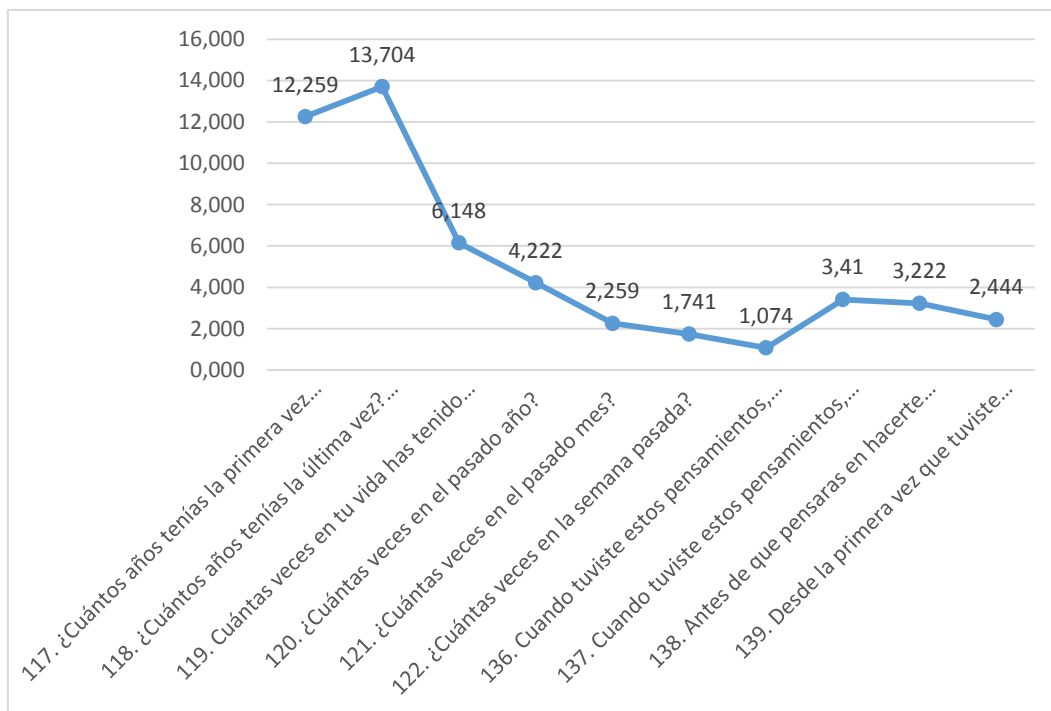


Fig. 13 Resultado de pensamientos autolesivos de acuerdo a su edad y tiempo

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

El promedio de edad que tenían cuando tuvieron pensamiento de autolesionarse por primera vez fue de 12,25 años, mientras que el promedio de la última vez es de 13,7 años. El número de veces que han tenido este tipo de pensamientos de 6,14, en promedio al año creen que es de 4,22 veces. El tiempo de duración es de 3,41 que equivale a una interpretación entre 16-60 minutos. Los amigos que han tenido relación a este tipo de pensamientos están entre dos a tres. (Figura 14)

Tabla 6 Autolesiones en adolescentes

¿Alguna vez te has autolesionado?	n	%
Sí	25	92,6
No	2	7,4
Total	27	100

¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	n	%
Sí	9	33,3
No	18	66,7
Total	27	100

Nota: Ávila, Pachar (2016)

El 92,6% de las estudiantes alguna vez en su vida se ha autolesionado, el 7,4% refieren que no se han autolesionado de acuerdo a las preguntas del inventario del (EPCA) negando tal situación ya que constatamos por medio del D.E.C.E. ,que la información dada por las adolescentes en el test no es verídica, al presentar secuelas corporales; por otro lado, el 33,3% de los estudiantes que se han lesionado han tenido que recurrir al médico debido al daño que se han causado; y el 66,7 % no, tal como lo indica la tabla 6.

Tabla 7 *Autolesiones y métodos utilizados por las adolescentes*

¿Cuál es el objeto?	N	%
1. Hacerte cortes	22	81,5
2. Golpearte a propósito	12	44,4
5. Hurgar en una herida	7	25,9
8. Morderte (ej. Morderte los labios)	6	22,2
4. Hacerte un tatuaje a ti mismo	5	18,5
3. Arrancarte el pelo	4	14,8
7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel	3	11,1
6. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente)	2	7,4
9. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre	2	7,4
10. Hacerte arañazos	2	7,4

Nota: Ávila, Pachar (2016)

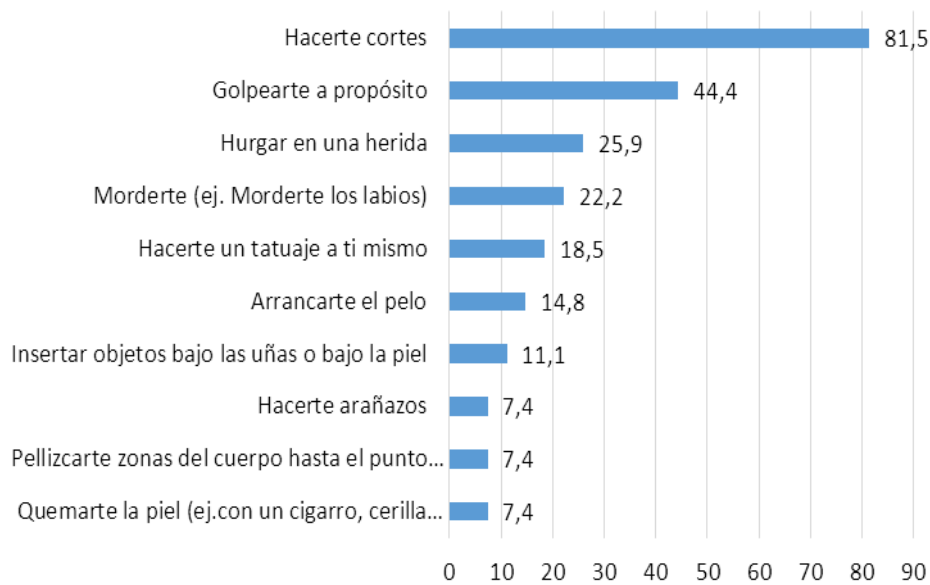


Fig. 14 Métodos utilizados en autolesiones

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Tal como indica la figura 15, el método más usual es con el que se han lesionado las estudiantes es haciéndose cortes (81,5%); seguidamente, se encuentra golpearse a propósito (44,4%); hurgar una herida, en un (25,9%); en menor medida está morderse (22,2%). Finalmente son menores los casos de hacerse tatuajes, insertar objetos bajo las uñas o la piel, hacerse arañazos, arrancarse pelos, pellizcarse zonas del cuerpo, quemarse la piel.

Tabla 8 Edad y tiempo de la práctica de conductas autolesivas en adolescentes

Situación de acuerdo al tiempo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
144. ¿Cuántos años tenías la primera vez? (edad)	27	6,0	15,0	11,889	2,4703
145. ¿Cuántos años tenías la última vez?	27	12,0	16,0	12,593	3,9151
146. ¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	27	1,0	31,0	6,111	6,5594
147. ¿Cuántas veces en el último año?	27	1,0	18,0	3,519	3,9063
148. ¿Cuántas veces en el pasado mes?	27	0,0	13,0	2,148	3,1950
149. ¿Cuántas veces en la pasada semana?	27	0,0	12,0	1,222	2,9526
163. ¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	27	1,0	6,0	1,333	1,0377
165. Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	23	0,0	6,0	1,783	1,7827
166. Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	27	1,0	6,0	2,000	1,5933

La edad en la que se autolesionaron por primera vez es de 11 años, 8 meses, y como mínimo 6 años y como máximo 15 años, la edad de la última vez es de 12, años, 5 meses, y como mínimo 12, y máximo 16 años, la cantidad de veces es de 6,1, y como mínimo 1, y como máximo 31 veces, durante el último año (3,51) veces, como mínimo 1 y como máximo 18 veces, mientras que en el mes (2,14) veces, como mínimo 0 y como máximo 12 veces. Los amigos en torno a la autolesión (1,33), como mínimo 1, y como máximo 6, amigos que se han autolesionado (1,78), como mínimo 0, y como máximo 6, amigos que se han autolesionado 2, como mínimo 1, y como máximo 6 como lo indica la Tabla 8.

Tabla 9 Niveles de ansiedad según el inventario de Beck

Niveles de ansiedad	n	%
Muy bajos	15	55,6
Moderados	9	33,3
Severos	3	11,1
Total	27	100

Nota: Ávila, Pachar (2016)

Tal como lo indica la tabla 9, los niveles de ansiedad son representados con un 55,6% como ansiedad leve, un 33,3% ansiedad moderada y finalmente un 11,1% que representa una ansiedad grave según los resultados del inventario de Beck aplicado a las estudiantes que se autolesionan.

Tabla 10 Niveles de depresión según el inventario de Beck

Niveles de depresión	n	%
Altibajos normales	9	33,33%
Leve perturbación	6	22,22%
Estados de Intermittencia	3	11,11%
Depresión Moderada	3	11,11%
Depresión Grave	5	18,52%
Depresión Extrema	1	3,70%
Total	27	100,00%

Nota: Ávila, Pachar (2016)

Por su parte, tal como lo indica la tabla 10, la depresión muestra que una mayoría significativa de estudiantes presentan altibajos en un 33,3%, perturbación leve en un 22,2%. En los niveles de depresión intermitente y moderada reportan el 11,1% cada uno, y de depresión grave el 18,5%, así como extrema sólo el 3,7%, según los resultados del inventario aplicado a las adolescentes.

Método utilizado a través de la estadística inferencial

Tabla 11 Correlación de la escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA) con Ansiedad y Depresión

		ansiedad	depresión
Ideación suicida	Correlación de Pearson	0,353	0,559
	Sig. (bilateral)	0,071	0,002*
	N	27	27
Planes suicidio	Correlación de Pearson	0,352	0,596
	Sig. (bilateral)	0,092	0,002*
	N	24	24
Gestos suicidas	Correlación de Pearson	0,217	0,372
	Sig. (bilateral)	0,276	0,056
	N	27	27
Intento suicidio	Correlación de Pearson	0,277	0,528
	Sig. (bilateral)	0,19	0,008*
	N	24	24
Pensamientos relacionados con autolesiones	Correlación de Pearson	0,019	0,269
	Sig. (bilateral)	0,926	0,184
	N	26	26
Autolesiones	Correlación de Pearson	0,364	0,511
	Sig. (bilateral)	0,062	0,006*
	N	27	27

Nota:*La correlación es significativa, es decir obtiene un valor inferior a 0,05.

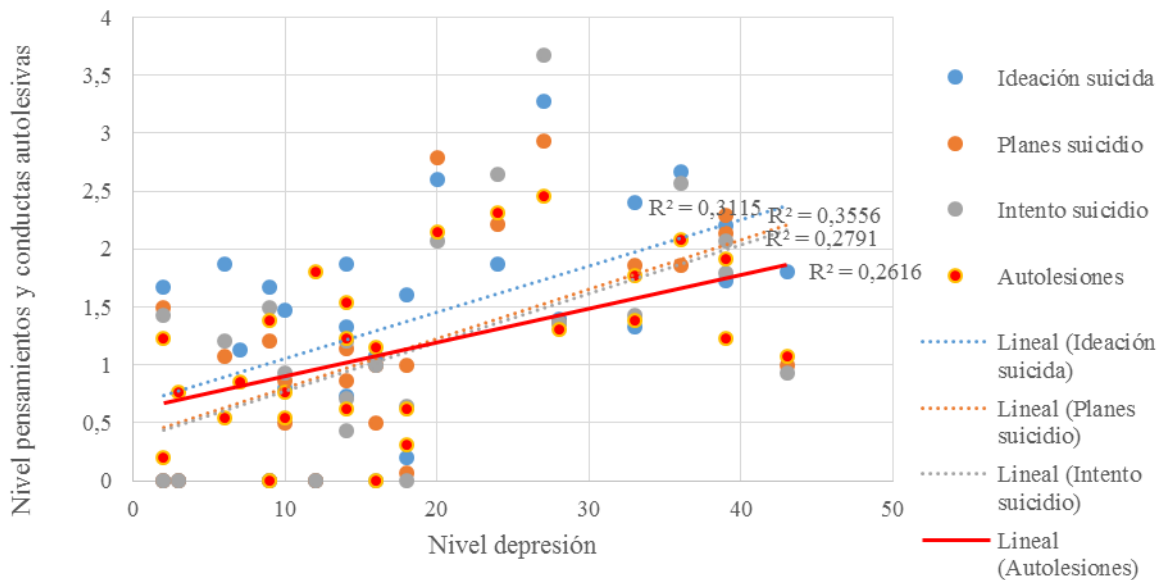


Fig. 15 Resultados finales entre los factores influyentes en las conductas autolesivas

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

El análisis por correlaciones entre la puntuación de Beck y la escala de pensamientos y conductas autolesivas muestra que tiene correlación con depresión en cuatro casos que la significación es inferior a 0,05, mientras que no se advierte correlación con los valores de ansiedad.

En tal sentido existe correlación entre depresión positiva e ideación suicida (55,9) con un nivel de predicción de una variable a partir de otra de 31,15%, es decir, en este porcentaje se puede asumir que existe influencia del nivel de depresión sobre la ideación suicida.

Por su parte la depresión se correlaciona también con los planes de suicidio (59,6), se puede atribuir que la influencia de la depresión sobre la planificación del suicidio es del 35,56%.

También se ha comprobado que el intento de suicidio (52,8) está correlacionado con la depresión. Al respecto, la depresión tiene una influencia del 27,9% en los intentos de suicidio.

Finalmente, los niveles de depresión tienen una correlación directa con las autolesiones también conocidas como el fenómeno cutting (51,1), sin embargo, en este caso el nivel de predicción de las conductas autolesivas a partir de la depresión es menor que las anteriores puesto que se estima que un 26,16% de responsabilidad de la depresión con la autolesión.

Se concluye, por lo tanto, que la ansiedad no tiene asociación significativa con los intentos y conductas autolesivas, sin embargo, el nivel de depresión sí tiene asociación con cuatro conductas como son ideación, planeación e intento de suicidio, así como también está asociada con las autolesiones.

2.6 REPRESENTACION DEL ANÁLISIS DE LOS CASOS CUALITATIVOS

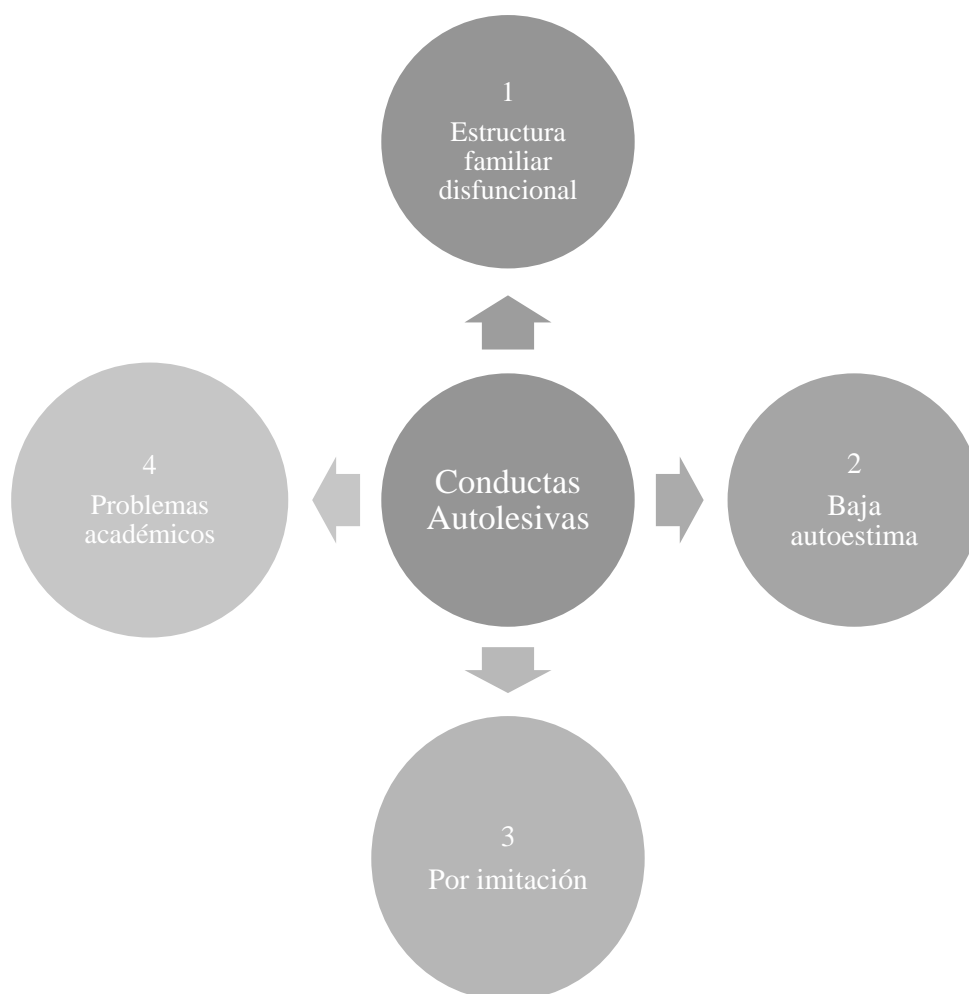


Fig. 16 Principales conflictos de las adolescentes que se autolesionan

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Tal como lo indica la figura 17 luego de haber realizado las entrevistas, evaluaciones individuales y el estudio de los 27 casos dentro de las causas más significativas en la práctica de conductas autolesivas observamos que el principal factor es una estructura familiar disfuncional, generando así una baja autoestima e inseguridad en las adolescentes, también se encontró que estas conductas se dan por imitación y finalmente los problemas académicos son consecuencia de los factores ya mencionados. Seguidamente se efectuará el análisis cualitativo de cada dimensión que se ha encontrado.



Fig. 17 Factores influyentes en la estructura familiar disfuncional

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Migración: Al analizar esta subcategoría se observan cambios importantes en su comportamiento, ya que en algunos adolescentes reaccionan con tendencia a la pasividad, depresión aislamiento y pierden interés para estudiar. El bajo rendimiento de las alumnas se debe principalmente a la carencia afectiva pues manifiestan:

“No me quieren lo suficiente por eso no regresan”.

De acuerdo al ámbito familiar se pierde la unidad familiar, se desorganizan y desintegran. En algunos casos la partida de ambos padres, generó situaciones de vulnerabilidad en las adolescentes manifestando:

“Me mandan cosas materiales, pero lo que más necesito es cariño”.

Divorcio: la separación conlleva cambios importantes en el entorno del hijo pues una de ellas es convivir de manera obligada con alguno de los padres o miembros de la familia que no son agradables para la adolescente, pues se observó en algunos casos que el vivir con uno de sus padres no siempre es lo que ellas desean en su vida.

“Mi mamá no me entiende y prefiero vivir con mi papá”.

Por lo general, el padre es quien no siempre comparte con su hija situación que permite que el padre pierda autoridad en la toma de decisiones de su hija. Cuando sus padres deciden rehacer sus vidas con otras personas, se genera un inestabilidad emocional y desadaptación al nuevo entorno y a la nueva pareja de sus padres manifestando:

“No me interesa tener una relación con la novia de mi papá, porque es hipócrita”.

Abandono de los padres: Según lo encontrado las adolescentes que crecen sin su padre presentan un riesgo de tener dificultades para controlar sus impulsos, de ser más vulnerable a la presión de sus pares y de tener problemas en el cumplimiento de normas establecidas tanto en el entorno familiar como escolar y social.

“A los únicos que debería obedecer es a mis padres, pero como no les importé y me dejaron, no tengo porqué acatar reglas de nadie”.

Falta de preocupación: el hablar sobre atención dentro de la familia, se refiere a un enfoque emocional, debido a que los padres dejan de mostrar interés o la preocupación por procurar el bien hacia los diversos factores que rodean a sus hijos; esto causa sentimientos de inferioridad. La falta de atención por parte de los padres en las adolescentes crea una desatención hacia el estudio, ellos no se sienten motivados y por consiguiente su rendimiento es menor que en los que tienen el apoyo y atención de sus padres, y las adolescentes expresan así:

“A mis padres les interesa más su trabajo que yo”.

“Paso mucho tiempo sola, y eso me deprime”.

Infidelidad: en algunos casos las estudiantes que atravesaron por esta situación dentro de su hogar, han llegado a considerarse culpables de las decisiones que han tomado sus padres, culpabilidad mal fundamentada por ellos mismos.

“Siento que por mi culpa mis padres fallaron”.

La falta de confianza hacia sus padres ha generado inseguridad, inconformidad y rechazo hacia la persona que cometió una infidelidad.

Problemas fraternos: existen muchos factores que pueden generar diferencias entre ellos, pues la mayoría de los hermanos experimentan cierto grado de celos y/o competitividad y esto puede provocar riñas y disputas.

“Las diferencias que hacen mis padres, hacen que a mi hermana la odie”.

“Me estresa que mi hermana se meta en mi cosas”.

Pero también hay otros factores que pueden influenciar la frecuencia y la gravedad de las peleas como: cambios en las necesidades, ansiedades, temperamento personal, la forma en la que sus padres resuelven los conflictos han servido como modelo en las estudiantes.

Problemas económicos: al afrontar una situación perturbadora en cuestiones de dinero es fácil sentir frustración, malestar y preocupación en cada uno de los miembros de la familia, especialmente en los adolescentes debido a vulnerabilidad que poseen, ya que en muchos casos manifiestan sentirse impotentes al no poder ser un apoyo dentro de su hogar sino al contrario ser causante de un gasto más para sus padres.

“Me siento mal de no poder ayudar a mis padres”.

“Me duele no poder tener las cosas que mis amigas tienen”.

Maltrato intrafamiliar: generan cambios psicológicos especialmente en las adolescentes, pues son causantes de estados depresivos, altibajos en su estado de ánimo y crisis existenciales.

“Los golpes de mi papá, hacen que yo me aleje más de él”.

“Suelo resolver los problemas como lo hacemos en la casa”.

También los cambios sociales, pues sus relaciones interpersonales son inestables debidos a la falta de control en sus impulsos pues en la mayoría de los casos imitan la forma de resolver los conflictos de la manera que lo hacen en casa.

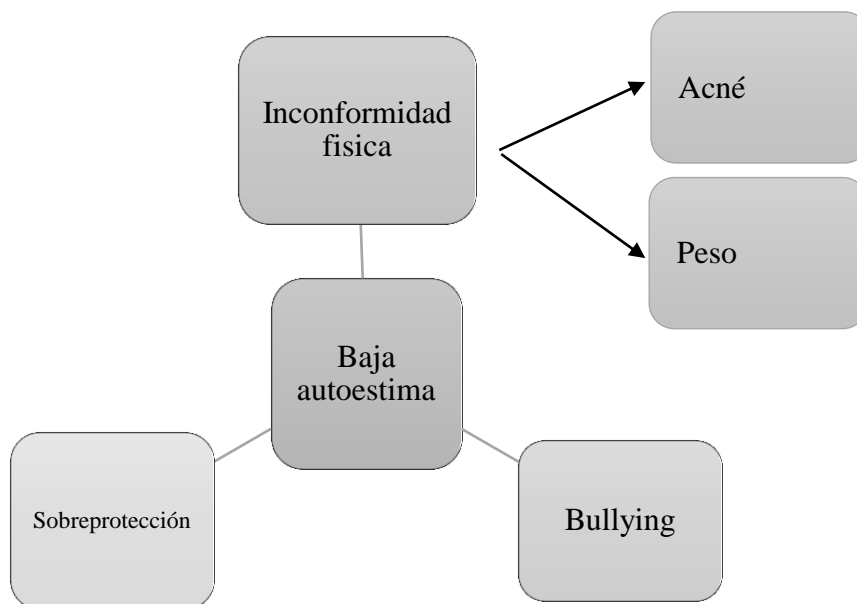


Fig. 18 Consecuencias de la baja autoestima en las adolescentes

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Problemas de acné: por lo general, los que más afectados se ven por este problema son las adolescentes, esto se observó debido a dos causas principales: inestabilidad emocional en las adolescentes quienes se dejan influir por los comentarios y miradas de las demás personas y el efecto en él es muy grande.

“Me siento fea, todos me critican y se burlan de mi”.

Por otro lado, las personas de las que se rodea el adolescente también son jóvenes que se dejan llevar por un criterio estético. La combinación de estos dos factores afecta directamente a la integración social de los adolescentes con acné.

“He perdido amigas por mi problema en la cara”.

Inconformidad Física: de acuerdo a la etapa de desarrollo tanto físico como psicológico por los que atraviesan los adolescentes, existe un sinnúmero de inconformidades de su parte y la más significativa es en su imagen corporal.

”Me siento gorda, nada me queda bien”

Situación que genera ansiedad, frustración, enojo consigo misma siendo así la causa principal de la baja autoestima e inseguridad en la adolescente

“Nada me gusta de mi”.

Bullying: Las consecuencias que sufre la víctima son significativas, se presenta una baja estima importante, el fracaso escolar es evidente, presenta manifestaciones de ansiedad, trastornos emocionales, desarrolla una personalidad insegura, la peor de las consecuencias son pensamientos suicidas y lo que ocurre notablemente en la institución, son las autolesiones como escapatoria a la problemática.

“Me decían negrilla, y eso me lastimaba todo el tiempo”

“Me molestaban por ser de un pueblo”.

Sobreprotección: ha superado notablemente los límites del amor y el cuidado que todo adolescente requiere para un adecuado desarrollo, creando así una dependencia emocional, impidiendo a la adolescente desenvolverse sola sin la presencia de uno de sus padres, generándose una inseguridad notable en la toma de decisiones o peor aún en la realización de una actividad específica.

“Mi mamá no me deja hacer nada sola, creo que me considera inútil”

“No salgo casi nunca, si no es con mi mamá”.



Fig. 19 Factores influyentes en la imitación en la práctica de conductas autolesivas

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Moda: Las adolescentes practican estas conductas porque lo ven como una moda entre sus compañeras. También podemos decir, que quiénes muestran a sus compañeras esta situación como una simple moda, pueden influir en los más vulnerables, los que tienen problemas en su hogar, mostrándoles otra forma de llamar la atención, además de generar en quienes ya lo practican, un coraje por verlo de esa forma, sabiendo que es una situación grave.

“Mis amigas lo hacían, y yo también lo hice”.

Ser aceptada: Las adolescentes que practican estas conductas autolesivas puede realizarlas para pertenecer o ser aceptadas en un grupo con el fin de aliviar un profundo dolor de manera momentánea. Con el fin de creer que al ser aceptada dentro de un grupo, estaría mejor, se sentiría entendida e identificada.

“Para ser parte del grupo, me corte”

Curiosidad: Las adolescentes empiezan a practicar estas conductas autolesivas por influencia de sus compañeras para saber qué es lo que se siente, muchas veces el dolor emocional que sienten las jóvenes es sustituido por el dolor físico ya que ellos llegan a experimentar sentimientos como euforia, terror, fascinación, asco pero que al mismo tiempo los lleva a una calma relativa, se sienten tranquilos, aliviados y vivos.

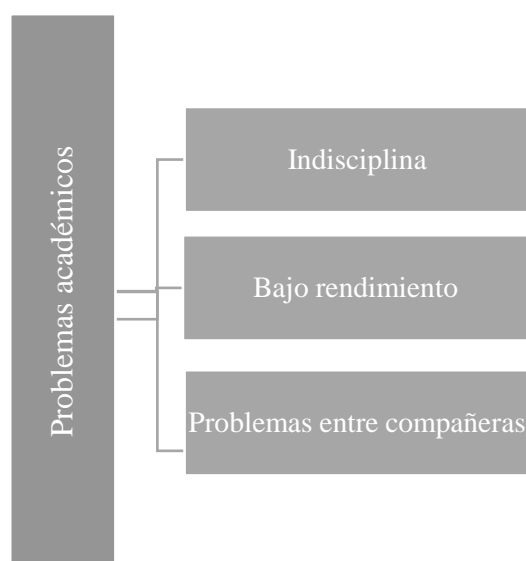


Fig. 20 Consecuencias de los problemas académicos en las adolescentes

Elaborado por: Ávila, Pachar (2016)

Indisciplina escolar: de acuerdo al incumplimiento de normas establecidas en la institución ha generado conflictos importantes para las adolescentes en el entorno académico e incluso familiar, debido a las frecuentes llamadas de atención a sus padres.

“Me corte en los baños del colegio, quise llamar la atención de los profesores”.

Bajo rendimiento: la consecuencia más notoria como resultado de calificaciones bajas en las estudiantes ha sido la suspensión de materias o pérdidas de años lectivos, y como consecuencia de ello la toma de decisiones inadecuadas como es la práctica de conductas autolesivas.

“Me corte los brazos, cuando tuve malas notas”.

Problemas entre compañeras: las diferencias entre compañeras causan por lo general malestar e inconformidad por parte de las autoridades, pues indisponen al realizar trabajos grupales y participaciones en representación del curso al que pertenecen. Este tipo de conflictos ha herido susceptibilidades, causando conflictos incluso familiares y manifiestan:

“Me peleé con mi amiga, me sentí mal y me corte en las piernas”.

2.6.1 CONCLUSIONES

Al finalizar este capítulo, con respecto al estudio cuantitativo luego de haber realizado el estudio estadístico correspondiente se llegó a la conclusión que el factor predominante en la práctica de las conductas autolesivas es la depresión, con los siguientes niveles: altibajos normales 33,3%, leve perturbación 22,2%, estados de intermitencia 11,1%, depresión moderada 11,1%, depresión grave 18,5% y depresión extrema 3,7% factor que está correlacionado con ideación suicida, planes de suicidio, intento de suicidio y autolesiones, por lo tanto, la ansiedad no tiene asociación significativa con los intentos y conductas autolesivas.

Mediante las respectivas evaluaciones a las adolescentes, se determinó que el 92,6% de las alumnas de la institución estudiada, se han autolesionado al menos una vez en su vida, considerando que es un porcentaje alarmante ante la práctica de esta conducta.

De acuerdo al estudio cualitativo, se observó que los factores influyentes en las autolesiones son: estructura familiar disfuncional, baja autoestima, imitación y problemas académicos, predominando la estructura familiar disfuncional que abarca problemas de migración, divorcio, falta de preocupación de los padres, abandono de los padres, problemas fraternos, infidelidad entre padres, problemas económicos y maltrato intrafamiliar, causando inestabilidad en las relaciones interpersonales en las adolescentes.

La estructuración de los gráficos de los resultados cualitativos según las entrevistas y fichas clínicas fue ubicada aleatoriamente en cada esquema.

3 CAPÍTULO III

3.1 GUÍA INTEGRAL DE INTERVENCIÓN PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL CENTRO EDUCATIVO LUISA DE JESÚS CORDERO.

Introducción

Matson (1989) definió a las autolesiones como una conducta repetitiva donde el individuo busca provocarse daño físico o psicológico. Determinando que el impacto negativo de esta conducta es mayor cuando la práctica de las autolesiones influye el entorno familiar, académico y las relaciones interpersonales del individuo.

Existe una distorsión de los pensamientos internos debido a los cuales los adolescentes se auto-agreden, viendo en esta conducta la única solución a través de la cual lidiar con sus problemas (Sastre, Rus, & Campaña, 2014).

La elaboración de la Guía tiene un objetivo fundamental, brindar pautas significativas para la intervención en la práctica de conductas autolesivas en adolescentes de la institución Luisa de Jesús Cordero y, a su vez, sirva como guía de prevención de estas conductas que han generado dificultades físicas y emocionales a nivel personal, deterioro en las relaciones interpersonales y familiares, y como detonante final inestabilidad académica en las adolescentes.

3.2 JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA

Las autolesiones han sido motivo de investigación desde hace varias décadas, pues han configurado un problema social significativo al incrementar los índices de conducta suicida en la población, especialmente en los adolescentes, por los cambios propios de esta etapa del desarrollo entre los que se puede contar las variaciones de estado de ánimo, la depresión, el estrés, la ansiedad, etc.

Las conductas autolesivas establecen un fenómeno cuyos índices van incrementando entre los adolescentes. En varias revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se manifiesta un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas (Kirchner, Ferrer, Forn, & Zanini, 2011).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición, se consideraba a las autolesiones solamente como un síntoma asociado a afecciones como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno autista, el retraso mental y los trastornos facticios, no como una patología independiente (Santos B., 2012). Sin embargo, en la quinta edición del mismo manual se llevó a cabo una revisión de este tema, que concluyó en la publicación de un apartado especial sobre las autolesiones bajo la denominación *Nonsuicidal Self-Injury*, término que se traduce el español como Autolesión No Suicida (*American Psychiatric Association*, 2013).

La práctica de autolesiones en los seres humanos es un fenómeno que ha estado ligado a factores como la cultura y la religión desde los inicios del hombre como especie dominante en el planeta.

Han existido diferentes tipos de autolesiones cuya significación otorgada ha sido diversa, tal y como se describe en la siguiente cita:

“Desde el neolítico la historia humana se ha plagado de modificaciones corporales: aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones, que implican: cortar, cercenar o lesionar de forma permanente el esqueleto o los dientes y practicar escarificación, tatuaje, (...) perforación corporal” (...). (Souza, & Cruz, 2008, p. 491)

Desde una perspectiva antropológico-clínica, este fenómeno ha sido motivación de estudios que han perseguido la meta de determinar cuál es la relación existente entre estas conductas o actividades que implican un riesgo para la salud y las autolesiones, especialmente en la población joven, debido a que pueden manifestarse complicaciones médicas y además puede diagnosticada, algún tipo de psicopatología implícita (Souza & Cruz, 2008).

En los adolescentes que se autolesionan, se ha determinado que existe una distorsión de los pensamientos internos debido a los cuales el individuo se auto-agrede, viendo en esta conducta la única solución a través de la cual lidiar con sus problemas (Sastre, Rus, & Campaña, 2014).

De acuerdo al análisis por correlaciones, entre la puntuación de Beck y la escala de conductas autolesivas se resume que el nivel de depresión si tiene asociación con cuatro conductas: ideación, planeación, e intento de suicidio así como también está asociada a las autolesiones.

Mediante las respectivas evaluaciones a las adolescentes, se determinó que el 92,6% de las alumnas de la institución estudiada, se han autolesionado, considerando que es un porcentaje alarmante ante la práctica de esta conducta.

De acuerdo al estudio cualitativo, se observó que los factores influyentes en las autolesiones son: estructura familiar disfuncional, baja autoestima, imitación y problemas académicos, predominando la estructura familiar disfuncional que abarca problemas de migración, divorcio, falta de preocupación de los padres, abandono de los padres, problemas fraternos, infidelidad entre padres, problemas económicos y maltrato intrafamiliar, causando inestabilidad en las relaciones interpersonales en las adolescentes.

Por lo tanto, esta guía está elaborada para el manejo de las adolescentes de la institución estudiada debido a que recopila información pertinente sobre el abordaje de conductas autolesivas en las adolescentes, basada en las vivencias personales de adolescentes que la padecen por lo que puede resultar de interés tanto para las estudiantes como para su entorno académico, familiar y profesionales de la salud.

Está conformada por cuatro partes fundamentales:

- 1) Recomendaciones para directivos y docentes.
- 2) Recomendaciones generales para padres: qué hacer, qué no
- 3) Protocolo para el psicólogo clínico.
- 4) Técnicas para emplear en momentos difíciles.

3.2.1 RECOMENDACIONES PARA DIRECTIVOS Y DOCENTES.

Con el objetivo de dar a conocer pautas sobre el manejo de conductas autolesivas en las adolescentes de la institución y que a su vez, estas se sientan acogidas y respaldadas por los miembros de la institución educativa.

De acuerdo a las normas *National Institute for Health and Care Excellence* se recopiló información para la elaboración de esta guía dirigida a los directivos y docentes de la institución.

- a) Brindar información mensualmente por parte de los docentes a los adolescentes tanto verbal como escrita sobre las autolesiones, la misma en la que constará de conceptos, signos y síntomas de dicha conducta, para su detección.
- b) El docente informará a la estudiante sobre el derecho de ser evaluada por medio del Departamento de Consejería Estudiantil (D.E.C.E.) con el fin de atender sus necesidades de salud física y mental.
- c) El docente adoptará un enfoque sin prejuicios, pues en la sociedad actual estas conductas han sido motivo de discriminación en las estudiantes.
- d) Mejorar el ambiente de aprendizaje en las adolescentes incrementando las habilidades importantes, además de controlar el estrés y las situaciones conflictivas por medio de técnicas de relajación realizadas por el docente.
- e) El personal realizará actividades sobre las conductas autolesivas con el objetivo de informar, escuchar a las estudiantes, reflexionar sobre las causas y consecuencias de esta conducta, y finalmente, entender que no es una pérdida de tiempo; al contrario, es tiempo invertido ya que se logrará así disminuir dicha conducta.
- f) Permitirles a las adolescentes expresar sus sentimientos y emociones, cuales quiera que fuesen: llanto, ira, etc., evitando que los repriman.
- g) Pedir autorización a las adolescentes para involucrar a otros miembros de la familia o incluso amigos u otras personas que aporten para la resolución de este conflicto.
- h) El diálogo que se utilizará con el adolescente será mediante frases cortas, “me imagino”, “entiendo”, “te comprendo”. Esto facilitará la expresividad, lo que hará sentir comprensión.
- i) Guardar confidencialidad con la información. No juzgar.
- j) Durante las horas de Cultura física, el docente a cargo deberá exigir a la estudiante no usar el uniforme exterior (calentador y casaca) para poder observar que las estudiantes no presenten autolesiones en su cuerpo.

Motivaciones psicológicas para la práctica de las autolesiones

De acuerdo a Faura & Santos, (2015) se analizaron y extrajeron las motivaciones más significativas para la práctica de estas conductas, señales representativas útiles para el docente. A continuación detallamos algunas de ellas.

- Las adolescentes intentan escapar del sentimiento de vacío y desesperanza por medio de la práctica de conductas autolesivas.
- Ven las autolesiones como la disminución al estrés y tensión.
- Encontrar alivio a causa de un dolor ya sea físico o emocional que les perturba y no encuentran otra solución.
- Calmar el odio: los adolescentes tienen miedo a expresar cualquier sentimiento y se lesionan creyendo encontrar alivio en cada herida producida.
- La necesidad de querer sentirse vivos, debido a los sentimientos de desesperanza y abandono en muchos casos.
- Consideran a las autolesiones un elemento de seguridad o sentimiento de valía.
- Para lograr manejar la situación conflictiva se autolesionan generando sentimientos de euforia.
- Pretenden prevenir el suicidio, minimizando por medio de autolesiones.
- Forma de expresar dolor emocional o llamar la atención de un ser ausente emocionalmente.
- Única alternativa para pertenecer a un grupo social.
- Comunicar a otros su desesperación y la necesidad de apoyo o ayuda.
- Expresar o reprimir su sexualidad, o eventos traumáticos con relación a esta.
- Dar valor a su dolor emocional.
- Castigarse a uno mismo debido a sentimientos de culpabilidad.
- Necesidad de ejercer control de su propio cuerpo.
- Prevenir una situación más dolorosa para la adolescente o su entorno.

Características psicológicas comunes en autolesionadores

En términos generales:

- Presentan baja autoestima.
- Son hipersensibles al rechazo.
- Tienen niveles muy altos de agresividad.

- No controlan sus emociones negativas.
- Su comportamiento depende del estado anímico.
- No se proyectan a un futuro.
- Piensan en lesionarse al sentir tristeza y angustia.
- Presentan ansiedad y depresión.
- Se muestran irritables.
- Creen ser incapaces de controlar situaciones conflictivas.
- Desconocen técnicas para afrontar momentos críticos.
- Son evitativos.
- Se ven como personas débiles y sin autoridad.

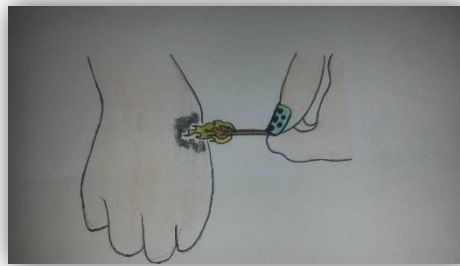


Fig. 21 Autolesiones

Signos y síntomas indicadores de la conducta autolesiva

- Tener dificultad para concentrarse en un tema específico.
- Pérdida de interés en actividades que eran de su agrado.
- Sentimiento de tristeza o desesperanza.
- Aislamiento de su grupo de amigos o familia.
- Dificultades en su rendimiento académico o disciplinario.
- Cambio repentino en su conducta, como: irritabilidad, llanto.
- Expresión manifiesta de la intención autolesiva o ideas de suicidio.

3.2.2 RECOMENDACIONES GENERALES PARA PADRES: ¡QUÉ HACER; QUÉ NO!

El objetivo que perseguimos con este apartado es proporcionar a los familiares información veraz y objetiva sobre la conducta autolesiva, ayudarles a identificar cuáles son las señales de alerta y enseñarles distintas habilidades de afrontamiento validadas para su pronta identificación y prevención.

Recomendaciones de acuerdo a la Guía para familiares detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental según (Jiménez, Martín, Pacheco, Pérez, Robles, Santiago, & Torras, 2014).

Qué hacer...

- a) Tener disponible teléfonos de emergencia es decir: médicos, psiquiatras, psicólogos, familiares y amigos ya que brindaran ayuda pertinente en el momento conflictivo por el que atraviesa el adolescente.
- b) Retirar de su entorno todo tipo de material utilizado potencialmente con la finalidad de autolesionarse como: objetos corto punzantes, objetos que produzcan quemaduras, etc.
- c) Brindar al adolescente una escucha auténtica y reflexiva, para que se sienta comprendido y acompañado.
- d) Comprender y respetar el momento por el cual está atravesando nuestro familiar, así nos parezca ilógico su comportamiento.
- e) Emplear términos y frases amables: “Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”.
- f) Conocer los motivos que le llevan a autolesionarse y buscar alternativas junto con el adolescente para la solución de los problemas que enfrenta.
- g) Explicarle al adolescente que no es necesario las autolesiones para llamar tu atención, pues tu amor es incondicional.
- h) Informar de los riesgos de autolesionarse, asegurándole que con ayuda profesional y familiar todo es posible solucionar.
- i) Estar atento a las señales de alarma.



Fig. 22 Señales de Autolesiones

Qué no hacer...

- a) Evitar hablar de la autolesión. Que sepa que estás dispuesto a ayudarlo, respetando su espacio y hablándolo cuando lo necesite.
- b) Imponer tu manera personal de solucionar los conflictos, pues la presión puede generar que la adolescente evite expresar sus emociones. Esperar el momento adecuado para hablar sobre el tema.
- c) Dejarle sola: involucrar a familiares y amigos, siempre y cuando estos aporten de manera positiva para la resolución del conflicto. El aislamiento priva a los adolescentes de expresar su estado emocional y la necesidad de pedir ayuda.
- d) Mejorar las habilidades de preguntar y escuchar a los adolescentes, sin la necesidad de juzgarle o reprochar su manera de actuar o pensar.
- e) Tomar las amenazas con la debida importancia y seriedad. No es recomendable utilizar amenazas, ni sarcasmos.
- f) Evitar minimizar sus ideas y formas de resolver sus problemas.
- g) Entrar en pánico.

Signos y síntomas indicadores de la conducta autolesiva

Por lo general, una persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en su manera de pensar, en los hábitos y en el comportamiento habitual. Entre estos cambios, podemos encontrar, de acuerdo a la guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida (Universidad Industrial de Santander, 2014).

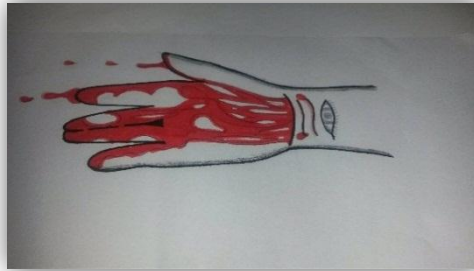


Fig. 23 Signo de autolesiones

- Comentarios negativos sobre sí mismo o sobre su vida.
- Comentarios negativos sobre su futuro.
- Comentarios relacionados con autolesiones y su inconformidad con su entorno y deseos.
- Hablar acerca de marcharse de casa, de pretender estar a solas con la intención de autolesionarse.
- Tener comportamientos autodestructivos como laceraciones recientes en alguna de parte del cuerpo especialmente en brazos, piernas y abdomen.
- Fantasías de suicidio.
- Hablar acerca de sentirse desesperado o culpable, e incluso de situaciones que no amerite dicha culpa.
- Estar pendiente en los cambios en los hábitos alimenticios o de sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.
- Conocer el entorno que rodea a la adolescente, factor que pudiese intervenir en la práctica de esta conducta.

3.2.3 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA EL PSICÓLOGO CLÍNICO.

El profesional cumple con el objetivo de intervenir y prevenir a su vez las conductas autolesivas en las adolescentes, por medio de la utilización de técnicas cognitivo conductuales para la modificación de conductas.

Recomendaciones para un exitoso resultado según la *National Institute For Health Care Excellence* (NICE, 2011).

- a) Los/as terapeutas deben ser entrenados y supervisados en la terapia que están ofreciendo a las estudiantes que se autolesionan.
- b) El proceso terapéutico debe adaptarse a las necesidades individuales incluyendo elementos cognitivos-conductuales, psicodinámicas o de resolución de problemas.
- c) Los terapeutas deben ser capaces de trabajar conjuntamente con la adolescente para identificar los problemas que generan esta conducta.
- d) Se recomienda que las preguntas a los adolescentes sobre sus conductas autolesivas se formulen gradualmente, no deberán ser exigentes ni restringidas.
- e) No ofrecer tratamiento farmacológico para reducir la autolesión.

¿En qué consiste un proceso terapéutico?

- La experiencia de cada persona es individual y diferente debido a que lo que pasa en la terapia depende de ti.
- La forma en que tú decidas usar cada sesión y tu propio conocimiento, experiencia, y motivación ayudará enriquecer tu terapia.
- Durante las primeras sesiones de la psicoterapia se recopilara información histórica de la paciente y se desarrollará los objetivos terapéuticos.
- A continuación comienza el verdadero trabajo terapéutico el de entender y aprender a manejar las emociones generan el autolesionarte.
- Experimentarás momentos en que te sientas confundido, ansioso, triste, enojado, o insatisfecho. Creyendo que la terapia no te ayudará en absoluto.
- Por momentos creerás que la terapia no te ayudará en absoluto o puedes pensar que tus éxitos y sentimientos positivos son resultados de la terapia

Etapas del tratamiento según la guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida (2014).

Las sesiones se efectuarán de manera individual y tendrán un tiempo de duración entre 45-50 minutos aproximadamente.

Primera sesión: Encuadre y empatía entre paciente y terapeuta. Se explicará al paciente el plan de terapia a realizarse.

Segunda sesión: Se realizará una evaluación psicológica y del problema precipitante que desencadenó la conducta autolesiva, por medio de test proyectivos, recopilación de datos históricos, para así, establecer unas posibles soluciones. Se enseñará al paciente algunas estrategias para resolución de problemas.

Tercera sesión: Psicoeducación, orientada a la educación de la adolescente sobre su diagnóstico, causas, tratamiento, y recomendaciones para manejar las autolesiones.

Se darán recomendaciones para manejar las conductas autolesivas:

- a) Busque ayuda de sus familiares o amigos en los momentos críticos por los que atraviese.
- b) Hable sin reservas ni prejuicios de sus pensamientos autolesivos.
- c) Posponer la decisión de autolesionarse. Al posponer tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y sintiéndose capaz de enfrentarse mejor a sus problemas.
- d) Busque compañía hasta que los pensamientos de autoagredirse hayan desaparecido por completo.
- e) Piense que estos pensamientos distorsionados son transitorios, pues la mayoría de personas que atravesaron esta misma situación confirmaron que no encontraron solución alguna al autolesionarse.
- f) Piense en las cosas o personas importantes en su vida que han permanecido a pesar de las decisiones que haya tomado.
- g) No permanezca sola, trate de estar acompañada así aún no disfrute de la compañía de un familiar o amigo.
- h) Trate de vivir el día a día.

- i) Anotar en un diario las cosas realmente importantes para usted. Escriba sentimientos y léalos cuando los pensamientos autolesivos aparezcan.

Cuarta sesión: Evaluación de esquemas mentales disfuncionales y aplicación de test o escalas psicotécnicas, considerando las siguientes áreas:

a) Conductual: Actividades y patrones de conductas manifiestas.

- Patrones de estudio
- Interacción
- Descanso
- Ejercicio
- Hábitos de sueño

b) Afectiva: Sentimientos.

- Emociones sentidas con más frecuencia
- Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos antes citados.
- Presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc.
- Distorsión o negación de los afectos de las circunstancias

c) Somática: Funcionamiento físico general y estado de salud.

- Enfermedades relevantes actuales y pasadas
- Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas
- Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático.
- Estado general de relajación/tensión

d) Interpersonal: Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros.

- Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas.
- Identificación de fortalezas y problemas interpersonales.
- Número de amigos
- Habilidades sociales

- Estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado).
- Estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).

e) Cognoscitiva: representaciones mentales.

- Representaciones mentales distorsionadas acerca del pasado o el futuro.
- Autoimagen.
- Metas vitales y las razones para su validez.
- Creencias religiosas.
- Filosofía de la vida.
- Presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: Catastrofización, sobregeneralización, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones.
- Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio.
- Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes.

Quinta sesión: sugerencia para los padres de cómo hacer frente a esta problemática y no caer en desesperación.

- a) Estar atento y actuar inmediatamente ante una problemática autolesiva.
- b) Limitar el acceso de objetos lesivos para la adolescente.
- c) Conservar la calma y no magnificar la situación, pues es posible que se genere irritabilidad en la adolescente.
- d) Hablar con la persona y hacerle saber que hay ayuda disponible, que no siempre se sentirá tan mal.
- e) Ofrecer ayuda en tareas prácticas.
- f) Saber dónde pedir ayuda. Consiga información sobre los sitios y los servicios de apoyo en su comunidad y en su entorno.

De la sexta a la décimo primera sesión: se busca influir sobre los factores predisponentes, precipitantes, modificables y protectores. Para cumplir con este objetivo se busca:

- a) Identificar las creencias centrales asociadas a las autolesiones y las estrategias de afrontamiento.
- b) Enseñar al paciente la relación pensamientos-emociones-conductas.
- c) Orientar al adolescente para que adquiriera una mejor comprensión del significado de la realidad.
- d) Reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones y creencias desadaptativas y pensamientos automáticos disfuncionales por pensamientos positivos y decisiones asertivas.
- e) Desarrollar herramientas y estrategias de reacción al presentarse la conducta problema.
- f) Construir razones para vivir.
- g) Elaborar herramientas de afrontamiento para el alcance de metas propuestas por el adolescente.
- h) Incrementar la tolerancia ante malestar psicológico.
- i) Aumentar la estabilidad emocional sin acudir a la desesperación y desesperanza.
- j) Manejar la impulsividad, en la aparición de los impulsos de las conductas autolesivas.
- k) Brindar estrategias para establecer una comunicación asertiva en su entorno familiar y social.
- l) Generar mecanismos de resiliencia, proactividad.
- m) Aprender técnicas de control emocional para manejar mejor las emociones.
- n) Generar confianza en sí mismo a partir de sus experiencias y sus logros alcanzados por mínimo que estos fuesen.

Del décimo segundo a la décimo tercera sesión: establecer relaciones sociales positivas especialmente con los familiares y amigos, para contar con un adecuado apoyo. Para esto se realizan con el paciente el siguiente procedimiento:

- a) Crear sentimiento de pertenencia a un grupo ya sea familiar o social.
- b) Buscar ayuda necesaria cuando se presentan dificultades.
- c) Solicitar sugerencias para tomar decisiones importantes.
- d) Efectuar gradualmente una red adaptativa de soporte social accesible para la adolescente.

- e) Establecer adecuados vínculos familiares que le permita a la adolescente sentirse segura en su entorno.
- f) Establecer reglas claras de conducta y participación de los padres en la vida del adolescente.
- g) Mejorar la relación en la institución, especialmente entre pares.

Décimo cuarta sesión: al finalizar el tratamiento se apoya el incremento de herramientas cognitivas con tareas de prevención de recaídas para disminuir las conductas autolesivas.

Técnicas recomendadas para la modificación de conductas autolesivas

De acuerdo a Kazdin, (2000) plantea técnicas prácticas para la modificación de la conducta, creyendo pertinente a manera personal el uso de las mismas para disminuir las autolesiones en las adolescentes.

- 1. Reforzamiento positivo:** Cuando se presenta inmediatamente después de una conducta, hace que ésta suceda con más frecuencia (Skinner, 1938)
- 2. Reforzamiento negativo:** Un reforzador negativo es un evento que, produce un escape a través de una conducta apropiada. Sinónimo de evitación (Skinner, 1938).
- 3. Principio de Premack:** Una conducta de más alta probabilidad puede reforzar a una de menos probabilidad (Premack, 1965).
- 4. Escape y evitación:** El reforzamiento negativo se da siempre que un individuo escapa de un evento aversivo. La evitación de eventos aversivos, resulta reforzante de manera negativa (Skinner, 1938).
- 5. Castigo:** Es la presentación de un eventos aversivo o el retiro de un evento positivo que procede a una respuesta lo cual decrementa su frecuencia (Skinner, 1938).
- 6. Extinción:** Se refiere al cese de reforzamiento de una respuesta que da como resultado una reducción o eliminación.
- 7. Modelamiento:** Se basa en el aprendizaje mediante procesos de observación e imitación. Presentar un comportamiento individual o de grupo a fin de que el individuo lo imite o no (Bandura, 1959).

- 8. Encadenamiento:** Es una serie consistente de estímulos y respuestas, cada estímulo es al mismo tiempo un reforzador condicionado para la respuesta previa y un estímulo discriminativo para la siguiente respuesta (Pérez, 2009).
- 9. Desvanecimiento:** Eliminación gradual de estímulos discriminativos que controlan la conducta gracias a estímulos discriminativos más adecuados presentes en el ambiente natural (Joseph, 2012).
- 10. Automonitoreo:** Consiste en observar su propia conducta de modo sistemático. Cuando la persona se le da la oportunidad de observar con cuidado su propia conducta, suele presentarse cambios notables (Kanfer, 1977).

Luego de haber propuesto el protocolo dirigido para psicólogos en centros de educación desde un enfoque cognitivo conductual, se considera necesario también la aplicación de técnicas gestálticas para la intervención en las adolescentes con autolesiones, con la finalidad de brindar un tratamiento amplio y seguro para evitar la recaída en dichas conductas.

Teoría de la Gestalt

El vocablo “gestalt” se ha traducido de diversas maneras: configuración, forma, figura, entre otras, y la más aceptada es la de "forma", adoptando el nombre "teoría de la forma". La configuración sugiere una composición de elementos, cuya idea principal es la de totalidad. La palabra figura tiende a pensar en un campo muy limitado, mientras que la palabra forma se asemeja a la palabra alemana gestalt y expresaría su significado como "la experiencia tal y como se le da al observador de un modo directo"(Köhler, Koffka, & Sander, 1969)

La gestalt surge de las teorías visuales y auditivas en una época en que los sentimientos, las emociones y cualquier otro contenido que procediera del interior de la persona expresara su personalidad más profunda, no eran tomados en cuenta. Básicamente sus principios psicológicos partían de estímulos externos (Martín, 1975).

Es también conocida como Teoría de Campo, debido a que la Gestalt considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un organizado sistema de tensiones y esfuerzos (fuerzas), análogos a los que se dan en un campo gravitacional o en un campo electromagnético (Castanedo, 1997)

Técnicas

En ocasiones estas técnicas toman forma de juegos con el objetivo de hacernos conscientes de nuestros sentimientos, emociones y conductas. Por lo general estos juegos transforman en técnicas y las técnicas en juegos.

Silla vacía

Esta técnica consiste en desarrollar un diálogo entre el paciente y alguna persona significativa para la adolescente en el cual la paciente va adquiriendo la habilidad, no sólo de reincorporar partes suyas proyectadas en los otros, sino también creyéndose capaz de ponerse en el lugar del otro. Esto le da una nueva perspectiva y percepción del otro, con una visión nueva que puede ser enriquecedora para la estudiante y para la relación entre ambos (Perls, 1952).

Me hago responsable:

Cuando un sujeto expresa algo que le está sucediendo, se le puede decir que añada a esa percepción: "Y me hago cargo de ello". Resulta así: "Me doy cuenta de que mi voz es tranquila, y me hago responsable de ello". "Me doy cuenta de que estoy nervioso e intranquilo, y me hago responsable de ello". Con esto el paciente deja de echar la culpa al mundo de sus estados, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí mismo para cambiar o disminuir sus consecuencias.

Naranjo (2006) propuso estas técnicas gestálticas, las cuales consideramos las más importantes para el manejo de las emociones de las adolescentes que se autolesionan.

- a) **Técnicas Supresivas:** Pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión de la paciente del aquí/ahora y de su experiencia, se busca con ello que la estudiante experimente lo que no quiere a fin de facilitar su darse cuenta.

Entre las Principales Técnicas Supresivas tenemos:

- b) **Experimentar la nada o el vacío;** no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- c) **Evitar "hablar acerca de";** como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.

- d) **Detectar** los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué se puede encontrar detrás de ellos.
- e) **Detectar** antes que suprimir los "como sí" es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

Técnicas Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

Se buscan tres cosas:

- Expresar lo no expresado.

- a) Maximizar la expresión, dándole a la adolescente un contexto no estructurado para que se confronte consigo misma y se haga responsable de lo que es. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
- b) Pedir a la adolescente que exprese lo que está sintiendo.
- c) Que la estudiante exprese lo que quiera a cada miembro de la familia o amigos y se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

- Terminar o completar la expresión.

Detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida de la paciente. Se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

- Buscar la dirección y hacer la expresión directa.

- a) **Repetición:** buscar que se den en cuenta de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y reflexione acerca de su significado.
- b) **Exageración y desarrollo:** tratar de que la paciente ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él.
- c) **Traducir:** expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus ojos".

- d) Actuación e identificación:** Se busca que la adolescente "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad.

3.2.4 Técnicas para emplear en momentos difíciles.

El objetivo principal de la elaboración de la guía para las estudiantes, es poder ofrecerles sugerencias de autocontrol para disminuir las emociones y pensamientos distorsionados que son causantes de la práctica de conductas autolesivas debido a la vulnerabilidad de las adolescentes.

De acuerdo a Álvarez, Atienza, Canedo, Castro, & Combarro (2011), se utilizó técnicas de autocontrol ante las conductas autolesivas en las adolescentes.

- a) Buscar apoyo y ayuda profesional en los momentos especialmente de crisis.
- b) Expresar los sentimientos y pensamientos autolesivos a una persona de tu confianza.
- c) Centrarse en los aspectos positivos y hablar sobre la resolución de problemas que nos ayudaron en situaciones pasadas.
- d) Es importante tomar en cuenta a las personas que están dispuestas a ayudarte ya sea familiares o amigos, te ayudaran a ver desde un punto de vista más equilibrado y práctico.
- e) Mantener la continuidad de las relaciones terapéuticas siempre que sea posible.
- f) Incrementar habilidades de autocontrol emocional: pensamiento positivo, ejercicios de aumento de autoestima, realizando actividades agradables, entre otras.
- g) Mejorar habilidades sociales: optimizando la comunicación, con el entorno familiar, relaciones interpersonales, etc.
- h) Estimular cambios realistas en la resolución de problemas junto con el entorno.
- i) Buscar personas que le ayuden a elegir opciones importantes.
- j) Ser receptivo hacia las experiencias de otras personas y la manera en la que resolvieron los conflictos.
- k) Buscar equilibrio emocional por medio del campo espiritual.
- l) Elaborar actividades que requiera concentración, así distraerás aquellos pensamientos perturbadores.

Ejercicios prácticos para la ansiedad ante las autolesiones

Según Faura J., & Santos D., (2015) estos ejercicios previenen la práctica de conductas autolesivas especialmente en las adolescente, para controlar la ansiedad que es causante de estas conductas.

- a) Agarra un manojo de pasitas y cómete cada una de manera que pongas mucha atención en su forma, siente su textura, su color; fíjate en cómo se siente en tu mano, su olor antes de meterla a la boca, la sensación en tus labios, en tu lengua; másticala lentamente y haz una nota mental de lo que estás sintiendo.
- b) Elige un objeto; examínalo con mucho detenimiento, y luego escribe una descripción lo más detallada que puedas, incluyendo todo lo que se te ocurra: tamaño, forma, peso, textura, color, posibles usos, etc.
- c) Elige un objeto al azar, como un clip, y trata de enlistar 30 diferentes usos que se le pueden dar.
- d) Cuando sientas la necesidad, procede a darte 15 minutos antes de hacerte daño. Cuando hayan pasado los 15 minutos, continúa con otros 15 minutos, a ver si aguantas sin hacerte daño. Esto puede servir sobre todo durante la noche, donde no hay otra cosa que hacer que pensar en hacerse daño.

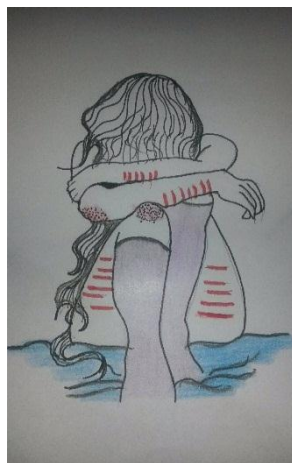


Fig. 24 Proceso terapéutico en los adolescentes.

¡Todas estas experiencias son normales y se espera que sean así!

Señales de alerta verbales...

Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida.

“no valgo para nada, porque nada tiene sentido en mi vida”

“Soy una carga para todo el mundo”

Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro.

“Las cosas nunca van a cambiar en mi vida”

“Mi caso no tiene solución, pues todo anda mal”

3.3 SOCIALIZACIÓN DE LA GUÍA INTEGRAL DE INTERVENCIÓN PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL CENTRO EDUCATIVO “LUISA DE JESÚS CORDERO”.

La socialización se llevó a cabo en la Unidad Educativa “Luisa de Jesús Cordero” con los miembros de la institución: docentes, estudiantes y quienes conforman el Departamento de Consejería Estudiantil (D.E.C.E.).

Se inició con una breve explicación sobre los objetivos generales planteados para la elaboración del estudio realizado: determinar la relación existente entre las conductas autolesivas en adolescentes y la ansiedad y depresión y elaborar una guía integral de intervención para conductas autolesivas en centros de educación.

A continuación se definió sobre las conductas autolesivas y la prevalencia en la unidad educativa “Luisa de Jesús Cordero”, con el propósito de poder dar a conocer la importancia de intervenir en casos que presenten esta problemática y así evitar consecuencias nocivas en las adolescentes.

Seguidamente, se expuso los resultados cualitativos en los cuales dimos a conocer las causas más representativas que influyen para la práctica de conductas autolesivas que son: la estructura familiar disfuncional, baja autoestima, imitación y/o moda y problemas académicos, predominando la disfuncionalidad familiar que abarca problemas de migración, divorcio, abandono de los padres, falta de preocupación de los mismos, problemas fraternos y económicos y maltrato intrafamiliar, generando inestabilidad emocional en las adolescentes.

Finalmente, se explicó que el objetivo fundamental de la guía: elaborar pautas significativas para la intervención en la práctica de conductas autolesivas en adolescentes, y a su vez sirviendo como guía de prevención de estas conductas que han generado dificultades físicas y emocionales.

Esta guía está conformada por cuatro partes fundamentales:

- a) **Recomendaciones para directivos y docentes:** con el objetivo de brindar pautas para el manejo de conductas autolesivas en las adolescentes de la

institución y que a su vez estas se sientan acogidas y respaldadas por los miembros de la institución.

- b) **Recomendaciones generales para padres:** ¡Qué hacer! ¡Qué no!: Su finalidad es proporcionar a los familiares información veraz y objetiva sobre las autolesiones y ayudarles a identificar las señales de alerta y enseñar distintas habilidades de afrontamiento de esta problemática.
- c) **Protocolo para el psicólogo clínico:** con el objetivo de intervenir y prevenir a su vez las conductas autolesivas por medio de técnicas psicológicas desde un enfoque cognitivo conductual, para la modificación de estas conductas.
- d) **Técnicas de autocontrol para las estudiantes:** cuyo objetivo es ofrecerles sugerencias de autocontrol para disminuir los pensamientos y emociones distorsionados que son causantes de la práctica de conductas autolesivas.

Las exposiciones se llevaron a cabo en los cursos de bachillerato, con una duración de 20 minutos aproximadamente en cada uno, en donde se socializó la guía dirigida para las estudiantes, para lo cual se utilizaron carteles con información que brinda la guía e imágenes relacionadas con las autolesiones. Durante este tiempo las estudiantes se mostraron interesadas por el tema, haciendo las respectivas preguntas y comentando sobre el tema (ver anexo 4).

Con respecto a las exposiciones realizadas con los directivos y docentes, esta tuvo una duración de 40 minutos, se expuso el tema que se investigó, los objetivos generales de nuestro estudio de investigación y el motivo por el cual se elaboró la guía de intervención en conductas autolesivas en adolescentes. Se explicó el manejo de dicha guía y su contenido (ver anexo 5).

De esta manera, se concluyó la socialización de la Guía integral de intervención para conductas autolesivas en la Unidad Educativa “Luisa de Jesús Cordero”, con una buena acogida por parte de los miembros quienes conforman la institución, comprometiéndose con sus estudiantes a estar pendientes ante las necesidades que presentan al atravesar por un momento crítico.

3.4 CONCLUSIONES:

Con respecto al estudio cuantitativo se llegó a la conclusión que el factor predominante en la práctica de las conductas autolesivas es la depresión; y mediante las respectivas evaluaciones a las adolescentes, se determinó que el 92,6% de las alumnas de la institución estudiada, se han autolesionado al menos una vez en su vida, considerando que es un porcentaje alarmante ante la práctica de esta conducta.

De acuerdo al estudio cualitativo, se observó que los factores influyentes en las autolesiones son: estructura familiar disfuncional, baja autoestima, imitación y problemas académicos, predominando la estructura familiar disfuncional que abarca problemas de migración, divorcio, falta de preocupación de los padres, abandono de los padres, problemas fraternos, infidelidad entre padres, problemas económicos y maltrato intrafamiliar, causando inestabilidad en las relaciones interpersonales en las adolescentes.

Estas guías nos facilitarán en la intervención y prevención de conductas autolesivas observables en las estudiantes de la Unidad Educativa en la que hemos realizada dicho estudio, ya que hemos considerado necesario señalar pautas puntuales desarrolladas con un lenguaje apropiado y entendible para la población con la que trataremos. Estas guías están enfocadas directamente al entorno de cada adolescente, como es el entorno académico, entorno familiar, personal y psicológico, áreas fundamentales en el desarrollo de cada adolescente.

La guía se organizó de acuerdo a necesidades de los docentes de la institución, padres de familia, psicólogo clínico y para las estudiantes, de acuerdo a un enfoque cognitivo conductual, permitiéndonos modificar la conducta y manejar las emociones negativas presentes en las adolescentes, ofreciéndoles terapias y técnicas para regular las emociones y mejorar las habilidades y alternativas para reaccionar ante situaciones conflictivas.

3.4.1 CONCLUSIONES GENERALES

Al finalizar el presente estudio, se observó que las conductas autolesivas tienen escasos antecedentes debido a una irrelevante importancia en la antigua sociedad, pero en los últimos años se ha convertido en motivo de investigación para así poder entender sus causas y factores predisponentes especialmente en la adolescencia, debido a su alta vulnerabilidad. Las etapas del desarrollo físico y psicológico incluido las crisis emocionales por las que atraviesan las adolescentes son factores vulnerables para la práctica de conductas autolesivas.

Al realizar la presentación de resultados cuantitativos, se concluyó que en tal sentido existe correlación entre depresión positiva e ideación suicida con un 31,15%, es decir, este porcentaje se puede asumir que existe influencia del nivel de depresión sobre la ideación suicida.

Por su parte la depresión se correlaciona también con los planes de suicidio, se puede atribuir que la influencia de la depresión sobre la planificación del suicidio es del 35,56%. Se ha comprobado que el intento de suicidio está correlacionado con la depresión con una influencia del 27,9% en los intentos de suicidio.

El porcentaje de los casos de adolescentes que practican conductas autolesivas y que llegaron a desencadenar intento de suicidio en la institución Luisa de Jesús Cordero es menor por cuanto presenta una puntuación de 1,3.

Finalmente, los niveles de depresión tienen una correlación directa con las autolesiones, sin embargo, en este caso el nivel de predicción de las conductas autolesivas a partir de la depresión es menor que las anteriores puesto que se puede atribuir un 26,16% de responsabilidad de la depresión con la autolesión.

Con respecto a los resultados cualitativos consideramos que la estructura familiar disfuncional, es la causa más relevante para la práctica de las conductas autolesivas, esta categoría abarca problemas de migración, divorcio, falta de preocupación de los padres, abandono de los mismos, infidelidad, problemas fraternos, económicos y maltrato intrafamiliar.

La baja autoestima es la menos significativa para que se lleve a cabo una conducta autolesiva, la misma que engloba sobreprotección por parte de sus padres o cuidadores, la inconformidad física conformada por problemas de peso y acné características comunes en las adolescentes y finalmente el *bullying* siendo esta la causa frecuente en la institución estudiada.

Otros de los factores que se consideró relevante es la imitación influenciada por la moda, el ser aceptada en un grupo social y la curiosidad al sentir la necesidad de experimentar estas conductas. Concluyendo con estos factores, se encuentran los problemas académicos que están conformado por indisciplina escolar, bajo rendimiento académico y problemas entre compañeras.

La sistematización de las guías de intervención y prevención de conductas autolesivas, facilitarán la disminución de estas conductas en las adolescentes de la institución, pues consideramos que están elaboradas con pautas claras y precisas para la aplicación de esta guía.

La guía está conformada por recomendaciones para directivos y docentes la que consta de sugerencias para lidiar con esta problemática, dando a conocer también signos y síntomas relevantes que presentan las estudiantes en la práctica de conductas autolesivas.

Seguidamente encontraremos recomendaciones generales que hacer y qué no, dirigida para la familia de la adolescente con el objetivo de brindar pautas específicas para el reconocimiento de estas conductas y su adecuada intervención.

También se presenta un protocolo para el psicólogo clínico que consta de 10 a 13 sesiones enfocadas desde un modelo cognitivo conductual, en la cual hallaremos técnicas y estrategias para el afrontamientos de estas conductas presentes en las adolescentes, y finalmente técnicas de autocontrol para las estudiantes, las mismas que son fáciles de aplicar en los momentos perturbantes en los que se encuentran. Cada una de ellas servirá de apoyo en diferente campo de la adolescente para la disminución de esta conducta.

3.4.2 RECOMENDACIONES

1. Brindar información adecuada acerca de la autolesión a los directivos y miembros del departamento de consejería estudiantil, para una mejor detección de esta conducta e intervenir oportunamente.
2. Socializar la guía con el psicólogo de la institución ya que es la persona que se encargará de realizar la intervención con padres, docentes y estudiantes de la institución.
3. Aplicar la guía integral de intervención para conductas autolesivas a las estudiantes de la institución, de acuerdo a las sugerencias y pautas nombradas en la guía.
4. Realizar periódicamente técnicas o ejercicios de relajación a las estudiantes para disminuir los niveles de ansiedad.
5. Aplicar adecuadamente las estrategias de afrontamiento propuesta en la guía integral para la resolución de conflictos en las adolescentes.
6. Trabajar unificadamente con los padres en el proceso terapéutico dirigido por el psicólogo de la institución.
7. Es necesario que se exija mayor compromiso de los padres durante el proceso terapéutico que reciba su representada, para evitar recaídas y el resultado sea positivo.
8. Estar alerta tanto padres como docentes ante las señales o signos presentes en las adolescentes e intervenir lo más pronto posible.
9. Un adecuado compromiso y seguimiento a los casos que presenten autolesiones de parte de la institución.
10. Se recomienda a los miembros de la institución la elaboración de talleres quimestrales para padres e hijos con temas relacionados con las autolesiones, ansiedad y depresión.
11. Ampliar la investigación a otros centros de enseñanza para que se beneficien de una guía de intervención propuesta. Es necesario que se investiguen más casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acero Rodríguez, Paulo. (16 de mayo de 2015). *La autolesión: posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso*. Obtenido de http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf
- Alvarado, R., Castillo, M., Castillo, I., Rojas, G., Figueroa, E., & Florenzano, R. (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: MINSAL.
- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Canedo Magariños, C., Castro Bouzas, M., & Combarro Mato, J. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. España: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- Álvarez M., Atienza G., Ávila M., Canedo C., Castro M., Combarro J., (enero de 2013). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado05/evaluacion_AP.html
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Quinta Ed.)*. Virginia, Arlington: American Psychiatric Association.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA). (2008). *Autolesiones. Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría infantil de la AEP*. 206-215.
- Association, A. P. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 (5ta. edición ed.)*. Medica Panamericana.
- Campos C., Ramón. (2004). *Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. Prevención del suicidio en adolescentes*, 1-58.
- Castells Cuixart, P. (2005). *El adolescente ante la separación de los padres*. 1-6.

- Castro M., J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista Neuropsiquiátrica*, 4(77), 226-235.
- Díaz Rodríguez, A., González Sandoval, A., Minor Ferra, N., & Moreno Almazán, O. (diciembre de 2008). La conducta autodestructiva relacionada con los trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 46-63.
- Dumon, E., & Portzky, G. (2014). Guía de recursos de intervención en la prevención de suicidio en entornos escolares. Obtenido de <http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2015/01/Guia-de-recursos-de-intervencion-en-la-prevencion-de-suicidio-en-entornos-escolares.pdf>
- Employee Resource Systems, Inc.* (2014). Obtenido de "Autolesión": Una tendencia preocupante: <http://www.ers-eap.com/2FC0F6/assets/files/News/ERSPress%20Spanish%20Vol%2014-31.pdf>
- Faura J., Santos D. (noviembre de 2015). Guía autolesión. Obtenido de <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-entender-la-autolesion/quien-se-autolesiona/>
- Flores, J., Hernández, Y., (febrero de 2006). *Técnicas en el enfoque Gestalt según Claudio Naranjo*. Instituto Venezolano de la Gestalt. Obtenido de http://www.institutovenezolanodegestalt.com.ve/articulos_estudiantes/T%C9CNICAS%20CLAUDIO%20NARANJO%20por%20Jeisebel%20Flores%20y%20Yolanda%20Hernandez.pdf
- Frías Ibáñez, Á., Vázquez Costa, M., Del Real Peña, Á., Sánchez del Castillo, C., & Giné Servén, E. (2012). Conducta autolesivas en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*(103), 33-48.

Gabriel, M. (s.f.). *hospital San Juan Capestrano*. Obtenido de <http://www.sanjuancapestrano.com/comportamiento/automutilacion/sintomas-efectos>.

González F., C., Ramos L., L., Vignau B., L., & Ramírez V., C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar de resivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud mental*, 24(6), 1-25.

Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez, J., Robles, J., Santiago, P., Torras, A. (2014). Guía para familiares detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Obtenido de <http://www.infocoonline.es/pdf/Gu%C3%ADa.Suicidio.pdf>

Kazdin A., (2000). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Ed. El manual moderno. 33-43; 270.

Kirchner, T., Ferrer, L., & Forn, M. Z. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 226-235.

Leal Zavala, R., & Vásquez Rodríguez, L. (diciembre de 2012). *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: Prevalencia y factores asociados*. Obtenido de <http://alfepsi.org/attachments/article/188/Ideaci%C3%B3n%20suicida%20en%20adolescentes%20cajamarquinos.pdf>

Magnus Venas, O. (3 de julio de 2011). *Familias disfuncionales hacia una teología práctica de la familia*. Obtenido de http://oddmagnus.com/wp-content/uploads/Monograf%C3%ADa-sobre-familias-disfuncionales_Odd-Magnus.pdf

Martín, A., (1975). *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. 75-79

- Mediavilla, J., & Ágata, D. R. (junio de 2009). Autolesiones voluntarias en gente joven. *Royal College of Psychiatrists*, 1-3.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Obtenido de <http://www.nice.org.uk/guidance/cg133/chapter/Introduction>
- Roberto Méndez. (noviembre de 2013). *Medciencia*. Obtenido de <http://www.medciencia.com/category/salud/>
- Sánchez Sosa, J., Villarreal González, M., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención psicosocial*, 19(3), 279-287.
- Santacruz, S., Valiente, X., Loreto, Lazcano, P. *Introducción a la terapia gestalt*. Obtenido de <https://clasepatxi.files.wordpress.com/2011/02/introduccion-terapia-gestalt.pdf>
- Sastre Rus, M., & Campaña Castillo, F. (mayo de 2014). Contención mecánica: definición conceptual. *Scielo*, 8(1).
- Stuckler, D y cols. (2011). Guía sobre enfermedad mental y suicidio, de la federación mundial para la salud mental, Vol 378. Obtenido de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3624
- Ulloa Flores, R., Contreras Hernández, C., Paniagua Navarrete, K., & Gamaliel, F. (junio de 2013). Frecuencia de las autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 417-420.

Universidad Industrial de Santander. *Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida* (agosto de 2014). Obtenido de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

Velasco P., D. (agosto de 2014). Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados. *Asociación Mexicana de Tanatología*, 1-82.

Villaroel G., J., Jerez C., S., Montenegro M., A., Montes A., C., Igor M., M., & Silva E., H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: primera parte conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena neuro-psiquiátrica*, I(51), 1-45.

ANEXOS

ANEXO 1: TEST DE INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10.....	Estos altibajos son considerados normales.
11-16.....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20.....	Estados de depresión intermitentes.
21-30.....	Depresión moderada.
31-40.....	Depresión grave.
+ 40.....	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO 2: TEST DE INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANEXO 3: ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS
(EPCA)**

Ideación suicida

1.	¿Alguna vez has pensado en matarte?	0) no										O	
		1) sí										O	
2.	¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste estos pensamientos? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
3.	¿Cuántos años tenías la última vez? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
4.	¿Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
5.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
6.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
7.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
8.	¿Cuándo fue la última vez? Fecha	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									

		A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿cuál era la intensidad de esos pensamientos?		0 1 2 3 4
10.	Por término medio, en una escala de 0 a 4, ¿cómo de intensos fueron tus pensamientos?		0 1 2 3 4
11.	Cuando tuviste ese tipo de pensamientos, ¿en qué método pensaste?		<input type="radio"/> 1. Sobreingesta medicamentosa <input type="radio"/> 2. Drogas ilegales <input type="radio"/> 3. Medicación sin receta <input type="radio"/> 4. Veneno <input type="radio"/> 5. Armas de fuego <input type="radio"/> 6. Inmolación <input type="radio"/> 7. Ahorcamiento <input type="radio"/> 8. Objeto afiliado <input type="radio"/> 9. Gas del tubo de escape <input type="radio"/> 10. Otros gases <input type="radio"/> 11. Tren/Coche <input type="radio"/> 12. Saltar desde un lugar alto <input type="radio"/> 13. Ahogarse <input type="radio"/> 14. Asfixia <input type="radio"/> 15. Otras drogas con receta <input type="radio"/> 16. Otro _____ <input type="radio"/> 17. Varios Métodos <input type="radio"/> 18. No aplicable <input type="radio"/> 19. Desconocido

12.	¿Por qué crees que pensaste en matarte?	
13.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida pensaste en matarte para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4
14.	¿En qué medida pensaste en suicidarte para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
15.	¿En qué medida pensaste en suicidarte para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
16.	¿En qué medida pensaste en suicidarte para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
17.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4
18.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
19.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
20.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
21.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
22.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
23.	¿Durante qué porcentaje de tiempo (%) tomaste drogas o alcohol cuando tuviste este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
24.	Cuando tuviste pensamientos de suicidio, ¿cuánto tiempo solían durar?	1. 0 segundos										<input type="radio"/>	
		2. 1-60 segundos											<input type="radio"/>
		3. 2-15 minutos											<input type="radio"/>
		4. 16-60 minutos											<input type="radio"/>
		5. menos de un día											<input type="radio"/>
		6. 1-2 días											<input type="radio"/>
		7. más de dos días o											<input type="radio"/>
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)											<input type="radio"/>
		88. no aplicable											<input type="radio"/>
		99. desconocido											<input type="radio"/>
25.	Antes de que tuvieras este tipo de pensamientos, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían pensado en matarse?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
26.	Desde la primera vez que pensaste en suicidarte, ¿cuántos amigos tuyos han pensado en matarse?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
27.	Antes de que pensaras en el suicidio, ¿en qué medida el hecho de que tus amigos pensarán en matarse influyó en tus pensamientos de suicidio?				0	1	2	3	4				
28.	Desde que empezaste a tener pensamientos de suicidio, ¿en qué medida el hecho de que tus amigos pensarán en matarse influyó en tus pensamientos de suicidio?				0	1	2	3	4				
29.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas pensamientos de suicidio en el futuro?				0	1	2	3	4				

Planes de suicidio

30.	¿Alguna vez has hecho un plan para suicidarte? pensado en matarte?	0) no	<input type="radio"/>
		1) sí	<input type="radio"/>
31.	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste uno de estos planes? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
32.	¿Cuántos años tenías la última vez? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
33.	¿Cuántas veces en tu vida has hecho este tipo de planes? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
34.	¿Cuántas veces fueron en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
35.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
36.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
37.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿hasta qué punto consideraste en serio llevar a cabo tu plan?	0 1 2 3 4	
38.	Por término medio, en una escala de 0 a 4, ¿hasta qué punto consideraste en serio llevar a cabo tu plan?	0 1 2 3 4	
39.	¿Qué método planeaste utilizar?	1. Sobreingesta medicamentosa	<input type="radio"/>
		2. Drogas ilegales	<input type="radio"/>
		3. Medicación sin receta	<input type="radio"/>

		4. Veneno	<input type="radio"/>
		5. Armas de fuego	<input type="radio"/>
		6. Inmolación	<input type="radio"/>
		7. Ahorcamiento	<input type="radio"/>
		8. Objeto afilado	<input type="radio"/>
		9. Gas del tubo de escape	<input type="radio"/>
		10. Otros gases	<input type="radio"/>
		11. Tren/Coche	<input type="radio"/>
		12. Saltar desde un lugar alto	<input type="radio"/>
		13. Ahogarse	<input type="radio"/>
		14. Asfixia	<input type="radio"/>
		15. Otras drogras con receta	<input type="radio"/>
		16. Otro _____	<input type="radio"/>
		17. Varios Métodos	<input type="radio"/>
		88. No aplicable	<input type="radio"/>
		99. Desconocido	<input type="radio"/>
40.	¿Por qué piensas que haces planes de suicidio?		
41.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	0 1 2 3 4	
42.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4	
43.	¿En qué medida lo hiciste para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4	
44.	¿En qué medida lo hiciste para evadir algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4	
45.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia	0 1 2 3 4	

	te llevaron a hacer planes de suicidio?		
46.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	
47.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	
48.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	
49.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	
50.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	
51.	¿Durante cuánto tiempo (%) tomaste drogas o alcohol cuando planeaste suicidarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
52.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en el plan antes de decidir seguir adelante con tu vida o llevarlo a cabo?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-60 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días o 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
53.	Antes de que hicieras un plan de suicidio, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

54.	Desde la primera vez que planeaste suicidarte, ¿cuántos amigos tuyos han hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
55.	Antes de que hicieras un plan de suicidio, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hicieran planes de suicidio?	0 1 2 3 4
56.	Desde la primera vez que planeaste suicidarte, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hayan hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4

Gestos suicidas

57.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que planees tu suicidio en el futuro?	0 1 2 3 4
-----	---	-----------

58.	Alguna vez ha hecho algo para que alguien creyera que tú querías matarte cuando realmente no tenías intención de hacerlo?	0) no	<input type="radio"/>
		1) sí	<input type="radio"/>

Sólo rellenar si **NO** ha habido intención suicida y solo querían que alguien CREYESE que querían intentar suicidarse.

Llamaremos a este tipo de actos **"gesto suicida"**.

59.	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste algo así? (<i>edad</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
60.	¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste? (<i>edad</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
61.	¿Cuántas veces en tu vida has hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
62.	¿Cuántos fueron el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

63.	¿Cuántos fueron el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
64.	¿Cuántos fueron la semana pasada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
65.	¿Qué hiciste?	
66.	¿Por qué crees que lo hiciste?	
67.	En una escala de 0 a 4, cuando hiciste un gesto suicida, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	0 1 2 3 4
68.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
69.	En qué medida lo hiciste para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
70.	¿En qué medida lo hiciste para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
71.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
72.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
73.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
74.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
75.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4

76.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4								
77.	¿Durante qué porcentaje de tiempo tomaste drogas o alcohol cuando hiciste un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9								
78.	Durante cuánto tiempo pensaste en hacer un gesto suicida antes de hacerlo?	1. 0 segundos	O							
		2. 1-60 segundos	O							
		3. 2-15 minutos	O							
		4. 16-60 minutos	O							
		5. menos de un día	O							
		6. 1-2 días	O							
		7. más de dos días o	O							
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O							
		88. no aplicable	O							
		99. desconocido	O							
79.	Antes de que hicieras un gesto suicida, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9								
80.	Desde la primera vez que hiciste un gesto suicida, ¿cuántos amigos tuyos han hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9								
81.	Antes de que hicieras un gesto suicida, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hubieran hecho un gesto suicida? (escala 0a4)	0 1 2 3 4								
82.	Desde la primea vez que hiciste un gesto suicida, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hicieran un gesto suicida?	0 1 2 3 4								
83.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a hacer un gesto suicida en el futuro?	0 1 2 3 4								

Intento de suicidio

84.	Has hecho alguna vez un intento de suicidio en el que tuvieras alguna intención de morir?	0) no		O		
		1) sí		O		
Llamaremos a este tipo de actos "intentos de suicidio".						
85.	Cuántos años tenías la primera vez que intentaste matarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
86.	¿Cuándo fue el intento más reciente?	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
			A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
			A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
87.	¿Cuántos días han pasado desde entonces?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9				
	No aplicable	O	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
	Desconocido	O	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
88.	¿Cuántos intentos de suicidio has	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9				

	hecho en tu vida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
89.	¿Cuántos intentos fueron el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
90.	¿Cuántos intentos fueron en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
91.	¿Cuántos intentos fueron la semana pasada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
92.	Qué método utilizaste en tu último intento?	1. Sobreingesta medicamentosa	<input type="radio"/>
		2. Drogas ilegales	<input type="radio"/>
		3. Medicación sin receta	<input type="radio"/>
		4. Veneno	<input type="radio"/>
		5. Armas de fuego	<input type="radio"/>
		6. Inmolación	<input type="radio"/>
		7. Ahorcamiento	<input type="radio"/>
		8. Objeto afilado	<input type="radio"/>
		9. Gas del tubo de escape	<input type="radio"/>
		10. Otros gases	<input type="radio"/>
		11. Tren/Coche	<input type="radio"/>
		12. Saltar desde un lugar alto	<input type="radio"/>
		13. Ahogarse	<input type="radio"/>
		14. Asfixia	<input type="radio"/>
		15. Otras drogas con receta	<input type="radio"/>
		16. Otro _____	<input type="radio"/>
		17. Varios Métodos	<input type="radio"/>
	88. No aplicable	<input type="radio"/>	

		99. Desconocido	<input type="radio"/>
93.	¿Cuáles fueron las circunstancias que contribuyeron a tu intento de suicidio más reciente? (máximo 2 opciones)	1. Pérdida de trabajo/estrés laboral/fracaso académico	<input type="radio"/>
		2. Discusiones con familiares o amigos	<input type="radio"/>
		3. Discusión con esposa o pareja	<input type="radio"/>
		4. Problemas financieros	<input type="radio"/>
		5. Desalojo, embargo	<input type="radio"/>
		6. Problemas de salud	<input type="radio"/>
		7. Muerte de otra persona	<input type="radio"/>
		8. Síntomas psiquiátricos	<input type="radio"/>
		9. Acontecimiento humillante	<input type="radio"/>
		10. Otro: _____	<input type="radio"/>
		11. Se niega a contestar	<input type="radio"/>
		88. no aplicable	<input type="radio"/>
	99. desconocido	<input type="radio"/>	
94.	¿Qué clase de lesiones sufriste como consecuencia del intento?		
En relación al intento de suicidio más letal:			

95.	¿Cuándo ocurrió?	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
96.	¿Qué clase de lesiones sufriste como consecuencia del intento?			
97.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en el suicidio antes del intento?	1. 0 segundos	<input type="radio"/>	
		2. 1-60 segundos	<input type="radio"/>	
		3. 2-15 minutos	<input type="radio"/>	
		4. 16-60 minutos	<input type="radio"/>	
		5. menos de un día	<input type="radio"/>	
		6. 1-2 días	<input type="radio"/>	
		7. más de dos días o	<input type="radio"/>	
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	<input type="radio"/>	
		88. no aplicable	<input type="radio"/>	
		99. desconocido	<input type="radio"/>	
98.	¿Por qué crees que intentaste suicidarte?			
99.	En una escala de 0 a 4, cuando intentaste suicidarte, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de	0 1 2 3 4		

	tus sentimientos negativos?	
100.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
101.	¿En qué medida lo hiciste para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
102.	¿En qué medida lo hiciste para evadir algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
103.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
104.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
105.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
106.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
107.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
108.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
109.	En una escala de 0 a 4, ¿cuánto dolor estabas experimentando cuando hiciste el intento de suicidio?	0 1 2 3 4
110.	¿Durante qué porcentaje de tiempo estuviste tomando drogas o alcohol cuando intentaste suicidarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
111.	Antes del primer intento de suicidio, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían intentado suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
112.	Desde que intentaste suicidarte por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos han intentado suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

113.	Antes del primer intento de suicidio, ¿en qué medida el hecho de que alguno de tus amigos intentara suicidarte te influyó? (Escala 0 a 4).	0 1 2 3 4
114.	Desde que intentaste suicidarte por primera vez, ¿en qué medida el hecho de que alguno de tus amigos intentara suicidarte te influyó? (Escala 0 a 4).	0 1 2 3 4
115.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4

Pensamientos relacionados con las autolesiones

116.	¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)	0) no	0
		1) sí	0
Llamaremos a este tipo de actos "autolesiones".			
117.	¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
118.	¿Cuántos años tenías la última vez? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
119.	Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
120.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
121.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
122.	¿Cuántas veces en la semana	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

	pasada?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
123.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿qué intensidad tenían tus pensamientos de hacerte daño?				0	1	2	3	4		
124.	Por término medio, ¿qué intensidad tenían estos pensamientos?				0	1	2	3	4		
125.	¿Por qué crees que tienes este tipo de pensamientos?										
126.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida tenías estos pensamientos para deshacerte de sentimientos negativos?				0	1	2	3	4		
127.	¿En qué medida los tenías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?				0	1	2	3	4		
128.	¿En qué medida los tenías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?				0	1	2	3	4		
129.	¿En qué medida tenías estos pensamientos para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?				0	1	2	3	4		
130.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener este tipo de pensamientos?				0	1	2	3	4		
131.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?				0	1	2	3	4		
132.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?				0	1	2	3	4		
133.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener estos pensamientos?				0	1	2	3	4		
134.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener estos pensamientos?				0	1	2	3	4		

135.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																				
136.	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																				
137.	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿cuánto tiempo solían durar?	<table border="1"> <tr><td>1. 0 segundos</td><td>0</td></tr> <tr><td>2. 1-60 segundos</td><td>0</td></tr> <tr><td>3. 2-15 minutos</td><td>0</td></tr> <tr><td>4. 16-60 minutos</td><td>0</td></tr> <tr><td>5. menos de un día</td><td>0</td></tr> <tr><td>6. 1-2 días</td><td>0</td></tr> <tr><td>7. más de dos días o</td><td>0</td></tr> <tr><td>8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)</td><td>0</td></tr> <tr><td>88. no aplicable</td><td>0</td></tr> <tr><td>99. desconocido</td><td>0</td></tr> </table>	1. 0 segundos	0	2. 1-60 segundos	0	3. 2-15 minutos	0	4. 16-60 minutos	0	5. menos de un día	0	6. 1-2 días	0	7. más de dos días o	0	8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	0	88. no aplicable	0	99. desconocido	0
1. 0 segundos	0																					
2. 1-60 segundos	0																					
3. 2-15 minutos	0																					
4. 16-60 minutos	0																					
5. menos de un día	0																					
6. 1-2 días	0																					
7. más de dos días o	0																					
8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	0																					
88. no aplicable	0																					
99. desconocido	0																					
138.	Antes de que pensaras en hacerte daño por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían tenido este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																				
139.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿cuántos de tus amigos han pensado en hacerse daño?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																				
140.	Antes de que tuvieras estos pensamientos, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño? (Escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4																				
141.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿en qué medida influyó el ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño?	0 1 2 3 4																				
142.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas este tipo	0 1 2 3 4																				

Autolesiones

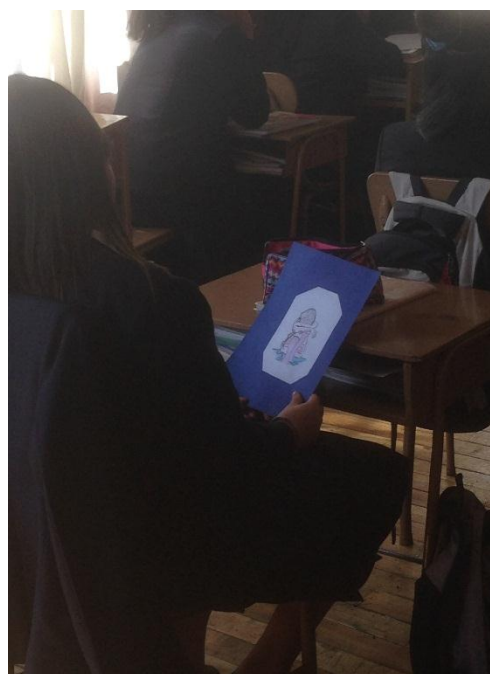
143.	¿Alguna vez te has autolesionado?	0) no											0								
		1) sí											0								
144.	¿Cuántos años tenías la primera vez? (<i>edad</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
145.	¿Cuántos años tenías la última vez?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
146.	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
147.	¿Cuántas veces en el último año?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
148.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
149.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
150.	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado? (<i>Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacerte cortes 2. Golpearte a propósito 3. Arrancarte el pelo 4. Hacerte un tatuaje a ti mismo 5. Hurgar en una herida 6. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente) 7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel 	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										

	8. Morderte (ej. Morderte los labios) 9. Pelizarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre 10. Hacerte arañazos 11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre. 12. Otro (especificar): _____ 88. No aplicable 99. Desconocido	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
151.	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	0) no	<input type="radio"/>
		1) sí	<input type="radio"/>
		88) no aplicable	<input type="radio"/>
		99) desconocido	<input type="radio"/>
152.	¿Por qué crees que te haces daño?		
153.	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4	
154.	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4	
155.	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4	
156.	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	0 1 2 3 4	
157.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4	
158.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a	0 1 2 3 4	

	autolesionarte?													
159.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4												
160.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4												
161.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4												
162.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4												
163.	¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9												
164.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	<table border="1"> <tr> <td>1. 0 segundos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2. 1-60 segundos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. 2-15 minutos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4. 16-60 minutos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5. menos de un día</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6. 1-2 días</td> <td>0</td> </tr> </table>	1. 0 segundos	0	2. 1-60 segundos	0	3. 2-15 minutos	0	4. 16-60 minutos	0	5. menos de un día	0	6. 1-2 días	0
1. 0 segundos	0													
2. 1-60 segundos	0													
3. 2-15 minutos	0													
4. 16-60 minutos	0													
5. menos de un día	0													
6. 1-2 días	0													

		7. más de dos días o	O
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O
		88. no aplicable	O
		99. desconocido	O
165.	Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
166.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
167.	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4	
168.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4	
169.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4	

ANEXO 4: SOCIALIZACIÓN CON LAS ALUMNAS DE LA INSTITUCIÓN



ANEXO 5: SOCIALIZACIÓN CON DIRECTIVOS Y DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN



ANEXO 6: CON SENTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN



Cuenca, 4 de noviembre de 2015

Hna. Laura Vivar

Rectora de la Colegio Luisa de Jesús Cordero.

Presente.

De nuestras consideraciones:

María Esther Ávila y María Cecilia Pachar, estudiantes de la carrera de psicología clínica de la Universidad del Azuay, solicito a usted de la manera más comedida nos permita realizar nuestro Proyecto de Investigación de Titulación con el tema "Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo cognitivo conductual" en la Unidad Educativa Luisa de Jesús Cordero, en el que realizaremos entrevistas individuales, aplicación de test, análisis de casos y propuestas de guías de intervención psicológica que servirán de apoyo tanto para padres, estudiantes y docentes de la institución.

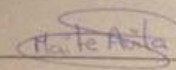
Le agradecemos de antemano por su valiosa colaboración.

Atentamente:

FIRMA



María Cecilia Pachar.

María Esther Ávila

ANEXOS 7: CONSETIMIENTO ESTUDIANTIL

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Liz Quila.....estudiante de la Unidad Educativa Luisa de Jesús Cordero, he comprendido las explicaciones acerca de las entrevistas psicológicas realizadas, aplicación de test y análisis de casos y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo del proyecto de investigación para la Unidad de Titulación de las estudiantes de la Universidad del Azuay. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en las actividades realizadas y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto de investigación.

En Cuenca....., a de noviembre de 2015.

Firmado:

Liz Quila

ANEXO 8: CERTIFICADO DE LA SOCIALIZACIÓN DE LA GUÍA



UNIDAD EDUCATIVA "LUISA DE JESUS CORDERO"
DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTEL

CERTIFICADO

Yo, LORENA BARROS ESPINOZA, Coordinadora del Departamento de Consejería Estudiantil, a petición verbal certifico que:

Las estudiantes MARIA CECILIA PACHAR Y MARIA ESTHER AVILA, quienes realizaron la tesis sobre la "RELACION ENTRE CONDUCTAS AUTOLESIVAS, ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES, UNA GUIA ENFOCADA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL" el día lunes 14 de marzo a partir de las 9h00 hasta las 10h30 procedieron a socializar a las estudiantes y al personal docente de la Institución, la guía Integral de Intervención para conductas autolesivas en centros educacionales.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad,

Atentamente


Lorena Barros Espinoza
COORDINADORA DEL D.E.C.E.
CONSEJERIA ESTUDIANTEL

Cuenca, 14 de marzo de 2016