UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

TESINA

Previo a la obtención del Título de Especialista en Atención Primaria de la Salud

T E M A:

EL FENÓMENO CUTTING Y EL ESTADO PSICOEMOCIONAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA BARTOLOMÉ DE LAS CASAS. COMUNIDAD GRADAS, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERÍODO 2013

AUTORA
MD. DIANA GISSELA BUSTILLOS BARRAGÁN

GUARANDA, MARZO DE 2014

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
RESOLUCIÓN: CONESUP. RCA.S01-N.3508

T E M A:

EL FENÓMENO CUTTING Y EL ESTADO PSICOEMOCIONAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA BARTOLOMÉ DE LAS CASAS. COMUNIDAD GRADAS, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERÍODO 2013

AUTORA
MD. DIANA GISSELA BUSTILLOS BARRAGÁN

GUARANDA, MARZO DE 2014

CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESINA

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN DE APS

TEMA:

EL FENÓMENO CUTTING Y EL ESTADO PSICOEMOCIONAL EN LAS Y LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA BARTOLOMÉ DE LAS CASAS. COMUNIDAD GRADAS. CANTÓN GUARANDA. PROVINCIA BOLÍVAR. PERÍODO 2013

LA COMISIÓN CERTIFICA QUE:

Luego que el trabajo de investigación ha sido revisado, analizado y corregido, éste cumple la normativa exigida.

LA COMISIÓN

AUTORÍA NOTARIADA

Los contenidos, opiniones y comentarios, del presente trabajo de investigación, titulado: **EL FENÓMENO CUTTING Y EL ESTADO PSICOEMOCIONAL EN LAS Y LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA BARTOLOMÉ DE LAS CASAS. COMUNIDAD GRADAS. CANTÓN GUARANDA. PROVINCIA BOLÍVAR. PERÍODO 2013**, son de absoluta responsabilidad de la autora.

Guaranda, marzo de 2014

……,

C.C. 0201856127

2014-2-01-03-D000160

En la ciudad de Guaranda, capital de la provincia Bolívar, República del Ecuador, hoy día viernes siete de marzo del dos mil catorce, a las catorce horas cuarenta minutos, ante mi **ABOGADA ELIANA GONZÁLEZ RUIZ, NOTARIA PUBLICA TERCERA DEL CANTÓN GUARANDA**, comparece la señora DIANA GISSELA BUSTILLOS BARRAGAN, de estado civil casada, portadora de la cédula de ciudadanía número cero dos cero uno ocho cinco seis uno dos - siete, con el objeto de reconocer su firma y rúbrica puesta al pie en el presente documento QUE ANTECEDE. Al efecto juramentada que fue en legal y debida forma, previa la explicación de las penas de perjurio, de la gravedad del juramento y de la obligación que tiene de decir la verdad con claridad y exactitud dice: Que la firma y rúbrica puesta en el presente documento, la reconoce como suya propia, la misma que la utiliza en todos sus actos públicos y privados. La compareciente firma en presencia de la Abogada Eliana González Ruiz, Notaria Pública Tercera del cantón Guaranda en virtud de todo lo cual Doy Fe.

SRA. DIANA GISSELA BUSTILLOS BARRAGAN
C.C. 020185612-7

NOTARIA TERCERA

2

LA NOTARIA

NOTARIA TERCERA

DECLARACIÓN

YO, DIANA GISSELA BUSTILLOS BARRAGÁN, Autora, del tema de tesina **EL FENÓMENO CUTTING Y EL ESTADO PSICOEMOCIONAL EN LAS Y LOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA BARTOLOMÉ DE LAS CASAS. COMUNIDAD GRADAS. CANTÓN GUARANDA. PROVINCIA BOLÍVAR. PERÍODO 2013**, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; este documento no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluye han sido consultadas por el autor.

La Universidad Estatal de Bolívar puede hacer uso de los derechos de publicación correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

…..…….

C.C. N.° 0201856127

AUTORA

DEDICATORIA

A mi hija Rouse Anahí, mi querido esposo Pedro Pablo, por su apoyo incondicional y comprensión en esta etapa de mi vida, por el sacrificio del tiempo y momentos no compartidos en familia. A mi madre Rocío y padre Willian quienes son mi fortaleza y ejemplo y han sabido incentivar mi formación continua. A mis abuelos por ser las personas quienes me han alentado a continuar escalando y superar obstáculos con visión optimista.

Diana Gissela

AGRADECIMIENTO

Expreso un profundo agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, al Departamento de Posgrado quienes hicieron posible la participación en esta Especialidad de Atención Primaria de la Salud y en especial a la directora y a los insignes catedráticos quienes nos guiaron, además de transmitirnos sus conocimientos científicos en beneficio de nuestra formación académica.

De manera muy especial a nuestro querido maestro Dr. Roberto Espinoza, por toda su paciencia y guía, sin la cual no hubiera sido posible llevar a cabo el presente trabajo.

A la Directora, personal docente, estudiantes de la Escuela Bartolomé de Las Casas quienes permitieron desarrollar la presente investigación y proponer un cambio para la misma.

Diana Gissela

ÍNDICE GENERAL **PÁGINA**

Certificación de la comisión de revisión de tesina	1
Autoría Notariada	2
Declaración	3
Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
Índice General	6
Índice de Tablas	9
Índice de Figuras	10
Índice de Anexos	11
Resumen	12
Summary	14
Antecedentes	16
Introducción	18
Idea a Defender	20
Problematización	21
Árbol de Problemas	21
Descripción del Problema	22
Planteamiento del problema	22
Formulación	23
Subproblemas	23
Prognosis	24
Tema de Investigación	25
CAPÍTULO I	26
1.MARCO TEÓRICO	27
1.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	27
1.2FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA	28
1.3FUNDAMENTACIÓN LEGAL	30
1.3.1 Constitución Política Ecuador 2008	30

1.3.2 Ley Orgánica De Educación Superior 32
1.3.3 Reglamento de Vinculación con la Colectividad de la Universidad Estatal de Bolívar 36
1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 42
1.4.1 Referencial 42
1.4.1.1 Teorías de las autolesiones 42
1.4.1.2Teorías de las emociones 42
1.4.2Fundamentación Científica 44
1.4.2.1 El fenómeno cutting 44
1.4.2.1.1Definición 44
1.4.2.1.2 Epidemiología 44
1.4.2.1.3 Características Clínicas de las Autolesiones. 45
1.4.2.1.4 Clasificación de las formas de presentación clínica 47
1.4.2.1.5 Diagnóstico de Autolesiones 51
1.4.2.1.6 Conductas autolesivas *versus* intentos suicidas 52
14.2.2 El estado psicoemocional 54
1.4.2.2.1 La Adolescencia 54
1.4.2.2.2 Inteligencia Emocional 56
1.4.2.2.3 Autoestima. 58
1.4.2.2.4 Factores de Riesgo de Conducta Autolesiva en Adolescencia 59
1.4.2.2.5 Motivaciones para desarrollar conductas autolesivas 61
1.4.2.2.6 Factores protectores en la adolescencia. 65
1.4.2.2.7. ¿Cómo ayudar a los adolescentes en la escuela? 66
1.4.2.2.8 Evaluación Psicológica De Adolescentes 68
1.4.2.2.8 .1 El proceso de evaluación 69
1.4.2.2.8.2 Valoración Emocional 70
1.4.2.2.9 ¿Cuál es la terapia mas apropiada ante las conductas autolesivas? 70
1.4.3 Fundamento Conceptual 72
CAPÍTULO II 73

2 METODOLOGÍA 74
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 74
2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 74
2.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN 75
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 76
2.5 POBLACIÓN Y MUESTRA 77
2.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 77
2.7 IDEA A DEFENDER 77
CAPITULO III 78
3.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 79
3.3 ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN DIRECTA 88
3.4 COMPROBACIÓN DE IDEA A DEFENDER 89
3.5 CONCLUSIONES 89
3.6 RECOMENDACIONES 90
BIBLIOGRAFIA 91
CAPÍTULO IV 93
4.1 TEMA DE LA GUIA 94
4.2 PRESENTACIÓN 94
4.3 OBJETIVOS 95
4.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA GUÍA 96
4.5 CONTENIDO DE LA GUÍA 96
4.5.1 Bloque1: Diagnóstico de las autolesiones 96
4.5.2 Bloque 2 : Manejo de las autolesiones 103
4.6 OPERATIVIDAD Y CRONOGRAMA 107
ANEXOS 112

ÍNDICE DE TABLAS **PÁGINA**

TABLA N.° 1 ¿Usted vive con? 79

TABLA N.°2 ¿Usted prefiere conversar sus problemas a? 80

TABLA N.°3 Algunas personas al verse frente a problemas o que pertenecen a un grupo, club, pandilla pueden reaccionar realizándose cortes en su cuerpo. ¿conoce usted a alguien que se realice cortes en el cuerpo (brazos)? 81

TABLA N.°4 Cuando ha tenido algún problema, ¿ha pensado usted en realizarse cortes en el cuerpo (brazos)? 82

TABLA N.°5 ¿Se ha realizado alguna vez cortes en el cuerpo (brazos)? 83

TABLA N.° 6 ¿Conversa usted con sus estudiantes acerca de su relación con los familiares?: 84

TABLA N.° 7 ¿Alguno de sus estudiantes ha buscado en usted ayuda ante sus problemas? 85

TABLA N.° 8 ¿Conoce usted si alguno de sus estudiantes se realiza cortes en su cuerpo (brazos)? 86

TABLA N.° 9 Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI, ¿qué a hecho al respecto? 87

ÍNDICE DE FIGURAS **PÁGINA**

Figura 1 Árbol De Problemas 21

Figura 2 Formas de presentación clínica de autolesiones 50

Figura 3 Protocolo diagnóstico de autolesiones 51

Figura 4 Factores de riesgo de conducta autolesiva en adolescentes 60

Figura 5 Motivaciones para desarrollar conductas autolesivas 64

Figura 6.Buen profe es un buen explicador 68

Figura 7 ¿Usted vive con? 79

Figura 8¿Usted prefiere conversar sus problemas a? 80

Figura 9 Algunas personas al verse frente a problemas o que pertenecen a un grupo, club, pandilla pueden reaccionar realizándose cortes en su cuerpo. ¿conoce usted a alguien que se realice cortes en el cuerpo (brazos)? 81

Figura 10 Cuando ha tenido algún problema, ¿ha pensado usted en realizarse cortes en el cuerpo (brazos)? 82

Figura 11 ¿Se ha realizado alguna vez cortes en el cuerpo (brazos)? 83

Figura 12 ¿Conversa usted con sus estudiantes acerca de su relación con los familiares?: 84

Figura 13 ¿Alguno de sus estudiantes ha buscado en usted ayuda ante sus problemas? 85

Figura 14 ¿Conoce usted si alguno de sus estudiantes se realiza cortes en su cuerpo (brazos)? 86

Figura 15 Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI, ¿qué a hecho al respecto? 87

ÍNDICE DE ANEXOS **PÁGINA**

ENCUESTA DIRIGIDA A ESTUDIANTES 113
ENCUESTA DIRIGIDA A MAESTROS 115
FOTOGRAFÍAS 117

RESUMEN

Las conductas autolíticas se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el contexto mundial, al encontrarse dentro de las diez primeras causas de Morbi-Mortalidad, según (INEC, 2011) la muerte debida a lesiones autoinflingidas fue la décimo séptima causa de mortalidad general.

Existen varias teorías que sustentan este fenómeno: la teoría cognitivo-conductual según Favazza, define que estas conductas sirven para regular el afecto, reducir tensiones. En cuanto a las Teorías de las emociones la fenoménico-conductual de Heller considera la emoción como una conducta en respuesta a una situación.

Al ser este un fenómeno cada vez más común entre los adolescentes y jóvenes es importante poder reconocer clínicamente las auto-lesiones, se describen como cortes en uno mismo con un instrumento afilados como un cuchillo, una navaja, vidrios, que en la mayoría de casos se producen en los brazos, las piernas y el estómago. (Nock, 2010).

Para el diagnóstico de las autolesiones, es importante contar con el protocolo como el propuesto en la Revista Española de Pediatría 2008. Según la clasificación presentada por Simeon y Favazza y al analizar nuestro problema motivo de investigación, la descripción de conductas autolesivas impulsivas es la más se aproxima a esta realidad identificada. Además que de los modelos de motivaciones para realizarse autolesiones presentados, los mas concordantes en la búsqueda de base científica del grupo investigado son: el de regulación de los afectos En cuanto a la terapia, la cognitivo-conductual y la terapia conductual dialéctica han sido utilizadas en algunos estudios revisados.

***Materiales y métodos*:** Este trabajo es de carácter cuali-cuantitativo, de campo; en donde se utilizan la observación y la encuesta, además de instrumentos médicos como la historia clínica.

Conclusiones: Se identifica la injerencia del estado psicoemocional en el fenómeno cutting; siendo mas afectados 5 adolescentes quienes ya se han autolesionado, y 10 quienes han tenido este tipo de pensamientos además de tener otros factores que los ponen en riesgo de caer en estas conductas.

Palabras clave*: autoinflingidas, cognitivo-conductual, cognitivo-conductual, cutting*

SUMMARY

Autolytic behaviors have become a major public health problem in the global context, to be within the top ten causes of Morbidity and Mortality , by (INEC, 2011) death due to self-inflicted injury was the seventeenth cause overall mortality .

There are several theories behind this phenomenon: cognitive behavioral theory Favazza defines these behaviors serve to regulate affect , reduce tensions. As for the theories of emotions phenomenal behavioral Heller considers emotion as a behavior in response to a situation.

Since this is an increasingly common phenomenon among teens and young adults is clinically important to recognize the self- injury, described as cuts in oneself a sharp instrument like a knife , razor , glass , which in most cases occur in the arms , legs and stomach. (Nock , 2010).

For the diagnosis of self harm is important to have the protocol as proposed in the Spanish Journal of Pediatrics 2008. According to the classification by Simeon and Favazza and analyze our problem under investigation , the description of impulsive self-injurious behavior is the closest to reality is identified . In addition to the models presented motivations for self harm done , the most consistent finding in the scientific basis of the investigated group are: the regulation of affects Regarding therapy , cognitive behavioral and dialectical behavior therapy have been used in some studies reviewed.

Materials and methods: qualitative work is quantitative, field , where observation and survey are used , as well as medical instruments medical history .

Conclusions: psycho-emotional state interference in the cutting phenomenon is identified , being more affected 5 teens who already have harmed , and 10 who have

had these thoughts in addition to other factors that put them at risk of falling into these behaviors.

Keywords: *self-inflicted , cognitive-behavioral , cognitive-behavioral , cutting*

ANTECEDENTES

Según lo expresado por Villarroel (2013, la observación directa o indirecta de conductas autolesivas deliberadamente autoprovocadas por una persona con o sin patología mental diagnosticada, provoca gran impacto social, ya que la búsqueda de la sobrevivencia es un principio inherente tanto a los seres humanos como al resto de los animales. (Villarroel, 2013)

En la práctica médica, estas conductas constituyen un problema clínico cada vez más frecuente, aun mas si hablamos de las psicopatologías en los adolescentes de hoy quienes son impulsados de una forma particular de relación entre el cuerpo y una forma específica de obtención de placer, que deja de ser tal al buscar una ganancia, aun más allá del placer que transgrede los límites no sólo de la ley subjetiva, sino incluso del propio cuerpo hasta llevar la experiencia al campo del dolor y el sufrimiento.

Lo cual iría acorde con los resultados obtenidos en un estudio transversal, para determinar la prevalencia y los factores asociados con la presencia de un patrón de comportamiento de riesgo para la salud (PCRS) en adolescentes estudiantes de un colegio público de Cartagena (Colombia), en donde la edad promedio del grupo fue 14,8 años (DE=1,6), EL PCRS se presenta en uno de cada cinco estudiantes de esta institución y está asociado a síntomas depresivos con importancia clínica, sexo masculino y baja religiosidad. (Campo, 2008)

Las estadísticas muestran que la automutilación es más frecuente en mujeres. Un estudio llevado a cabo con 240 sujetos en la Universidad de Missouri puso de manifiesto que la edad de inicio de esta conducta fue a los 14 años y que, con el tiempo, aumenta en frecuencia e intensidad (p.e de cortes superficiales en la piel se pasa a cortes más profundos). El 70% lo consideran una adicción y la gran mayoría de participantes manifestaban no sentir apenas dolor. Por el contrario decían obtener

un alivio temporal de síntomas como pensamientos intrusivos, ansiedad y episodios de despersonalización. (García, 2005).

Finalmente en el contexto del área rural, no existen trabajos de investigación similar al presente, en los archivos Universidad Estatal de Bolívar.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de rápido crecimiento físico, psicológico y social, en la cual se debe enfrentar algunos riesgos, que pueden promover una adaptación o un desarrollo en la persona. Es así que en este transitar por una etapa de cambios frecuentes, juegan un importante papel la intervención de padres, maestros, amigos; e incluso de hábitos adquiridos como la práctica de deportes, actividades que aporten a la comunidad, las cuales pueden ser una fortaleza dentro la formación de la personalidad del adolescente.

Al ser el fenómeno cutting un problema encontrado entre los y las adolescentes de 10 a 14 años de la Escuela Bartolomé de las Casas de la Comunidad Gradas del cantón Guaranda de la Provincia Bolívar en el período 2013, es de gran interés de la autora analizar la relación entre este tipo de conducta auto lesiva y el estado psicoemocional de los adolescentes, al saber que sus acciones están destinadas a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte, aunque en la práctica clínica se encuentra que puede haber cierta ambivalencia al respecto, inconvenientes en donde los maestros han preferido ver el problema pero no intervenir en él.

Sin embargo al conocer el problema, es importante conocer cuáles son las motivaciones para realizar este tipo de conducta dentro de una gran variedad expresada en la literatura, que pueden ser de tipo regulador de emociones, o para ejercer influencia interpersonal, de castigo, o en búsqueda de sensaciones. Es positivo conocer que tan problemática realidad podría ser evitada, simplemente con factores que en algunos artículos se han denominado como protectores para los adolescentes, como la comunicación y apoyo familiar, de maestros, amigos, el realizar actividades ecológicas, deportivas, religiosas, comunitarias y por supuesto guarda una gran importancia la fortaleza de la personalidad, que de ser vulnerada esta última podría evocar en la influencia y adaptación de estereotipos foráneos, que sin

tener la información adecuada representarían riesgos para la integridad física y mental de los adolescentes.

Sin duda la falta de estos factores protectores pueden poner a los adolescentes a expensas de conductas de riesgo, dentro de ellas las autolesiones como expresión de su estado psicoemocional.

Para poder llevarse a cabo el trabajo se ha planteado objetivos generales y específicos, siendo el primero relacionar el fenómeno cutting y el estado psicoemocional, mediante la aplicación de técnicas de investigación; para el desarrollo de estrategias de mejoramiento de la salud psicoemocional de los y las adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. En el período 2013.

En cuanto a los objetivos específicos está identificar la injerencia del estado psicoemocional en el fenómeno cutting, mediante diálogo directo; para determinar el impacto en los y las adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. En el período 2013. Además de fundamentar teóricamente la relación entre estado psicoemocianal y el fenómeno cutting, mediante la búsqueda en libros e internet; para respaldar teóricamente la base del problema y sus implicaciones en los y las adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. En el período 2013. Lo que finalmente permitirá elaborar el proyecto de vinculación con la colectividad, con la participación activa de padres y maestros de la escuela; que permitan la resiliencia ante el cutting en los adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia bolívar. En el período 2013.

IDEA A DEFENDER

El estado psicoemocional influye en el fenómeno cutting de los y las adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. Período 2013.

PROBLEMATIZACIÓN

ÁRBOL DE PROBLEMAS

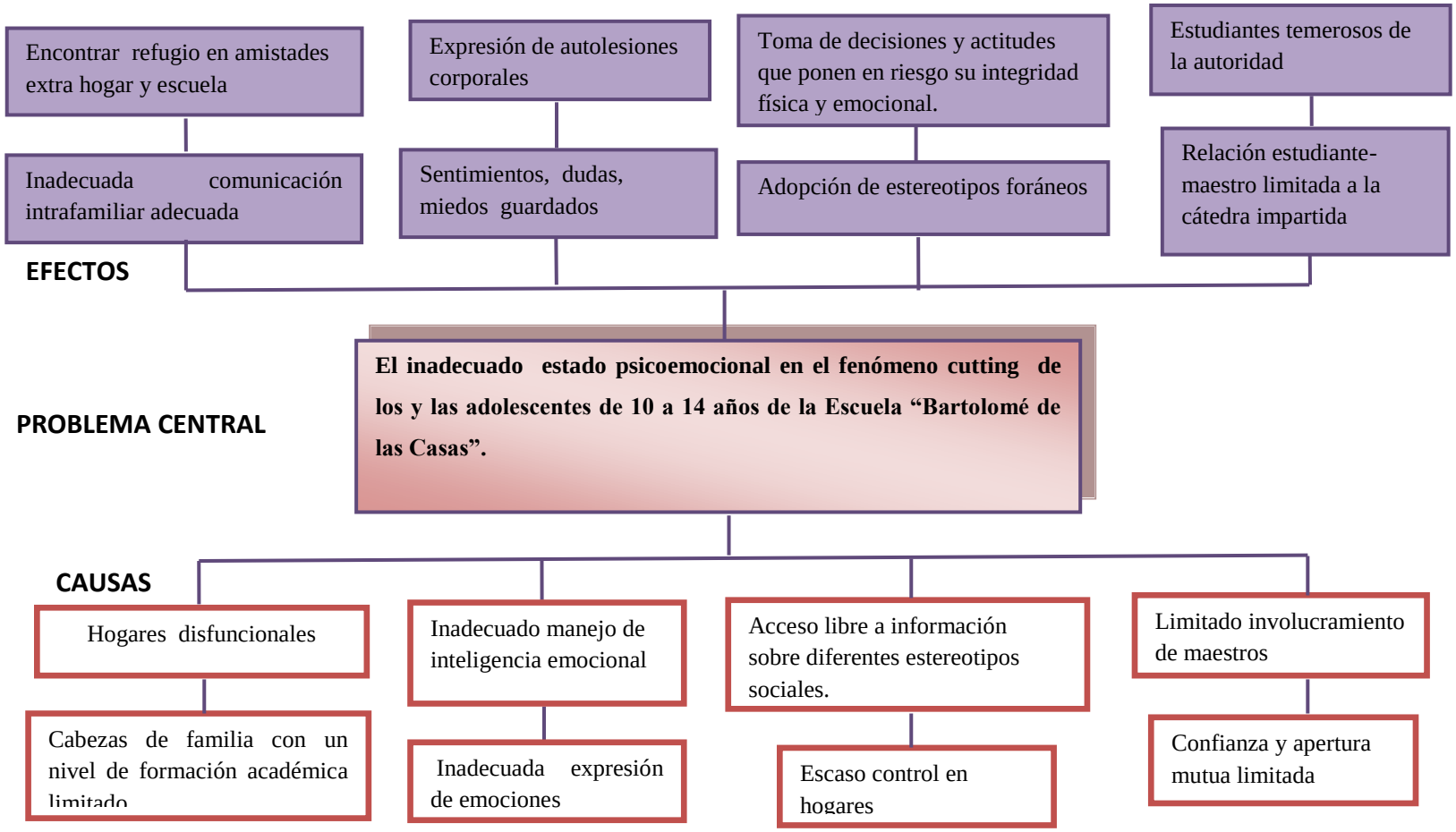


FIGURA 1: Árbol De Problemas
Fuente: Diana Bustillos
Elaborado por: Diana Bustillos

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- **Campo:** Ciencias de la Salud y del Ser Humano

- **Área:** Atención Primaria de la Salud

Formulación de interrogantes básicas

¿Cuál es la consecuencia del acceso libre a la información sobre diferentes estereotipos sociales?

¿Por qué es conveniente el manejo de la inteligencia emocional en los adolescentes?

¿Cómo infiere el hogar disfuncional, en el estado psicoemocional de los adolecentes?

¿Se deben involucrar los docentes en el manejo psicoemocional de los adolescentes?

¿Por qué se da la estigmatización de la sociedad a adolescentes involucrados en el fenómeno cutting?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las conductas autolíticas se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el contexto mundial, al encontrarse dentro de las diez primeras causas de Morbi-Mortalidad; lo cual puede ser un signo de que los jóvenes de nuestra sociedad actual miran al lesionarse o suicidarse como la única salida a sus problemas.

Desde mediados de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan; sin embargo, un escaso número de estudios se han llevado a cabo

hasta mediados de la década de los 90. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, 25.000 jóvenes son atendidos cada año en los servicios de urgencias por estas conductas (Hawton, 2000)

En (INEC, 2011) explica que la muerte debida a lesiones autoinflingidas fue la décimo séptima causa de mortalidad general.

Todo lo anteriormente expuesto guardaría mucha relación con el hecho de que adolescentes de la Escuela Bartolomé de Las Casas que probablemente, no tengan una comunicación intrafamiliar adecuada al ser parte de familias disfuncionales, encuentren refugio en amistades fuera de casa y escuela, además de no saber manejar ni expresar adecuadamente sus emociones, llegando a la realización de autolesiones como manifestación de sentimientos, miedos guardados. Todo ello es consecuencia del acceso libre a información sobre diferentes estereotipos, y adopción de los mismos, al existir un incipiente control en el hogar, las dudas de los y las adolescentes no pueden ser resueltas, y más aún con el deficiente involucramiento del maestro en la estabilidad psicoemocional de los adolescentes.

FORMULACIÓN

¿Cómo influye el estado psicoemocional en el fenómeno cutting de los y las adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. Periodo enero - julio 2013**?**

SUBPROBLEMAS

¿Cómo se relaciona el acceso libre de adolescentes a información sobre diferentes estereotipos sociales en la toma de decisiones y actitudes que ponen en riesgo su integridad física y emocional, con el fin probable de encajar dentro de un grupo cumpliendo sus características?

¿Cuál es el riesgo de ser parte de hogares disfuncionales, para que ante la adversidad los adolescentes busquen guía en personas de iguales condiciones de madurez psicológica y criterio no formado?

¿Cómo interviene la autolimitación en comunicación y confianza con maestros, en la solución adecuada de dudas, miedos por temor a las represalias?

PROGNOSIS

¿Cuál será el impacto de la investigación del fenómeno de cutting en los adolescentes de 10 a 14 años de la Escuela Bartolomé de las Casas de la Comunidad Gradas?

¿Cómo ayudará en la solución del problema identificado, la aplicación de la Guía de Resiliencia, AL CUTTING CÓRTALO DE RAÍZ?

TEMA DE INVESTIGACIÓN

"EL FENÓMENO CUTTING Y EL ESTADO PSICOEMOCIONAL EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA BARTOLOMÉ DE LAS CASAS. COMUNIDAD GRADAS. CANTÓN GUARANDA. PROVINCIA BOLÍVAR. PERÍODO 2013"

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

En el año 2006 salta la alarma en los medios de comunicación de masas sobre la base de publicaciones llevadas a cabo por el gobierno Británico y que hablan, haciendo referencia a la conducta autolesiva corporal en jóvenes, del incremento considerable de este tipo de acciones entre los jóvenes hasta el punto de llegar a ser considerada una *epidemia silenciosa* que afecta a uno de cada 15 adolescentes de entre 12 y 25 años en el Reino Unido.

Según los resultados del principal informe, el *Truth Hurts* cada año más de 24000 jóvenes son ingresados en hospitales como consecuencia de acciones autolesivas, aunque los propios autores del informe reconocen que las cifras no son del todo fiables porque la mayor parte de estos jóvenes no acuden a los hospitales. El *Truth Hurts* concluía que una de las cosas que la autolesión ofrece a los jóvenes es el sentimiento de control de algo en su vida y que temen perderlo si revelan su secreto. No obstante, el informe *Truth Hurts* no surgía de la nada, desde finales de los noventa y como consecuencia de la salida del armario de personajes famosos que confiesan autolesionarse o haberse autolesionado, empiezan a emerger sobre todo en Estado Unidos, Reino Unido y Canadá estudios y programas que abordan la cuestión de la autolesión corporal en jóvenes. (Axiela, 2007).

Al respecto de esto, en nuestro país Ecuador se considera que las estadísticas de casos de autolesiones son subestimadas ya que no concurren a consultar a las unidades de salud por estas causas, y los escasos datos con los que se cuenta son considerados como intentos autolíticos.

1.2 **FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA**

"Adolescencia es un MUNDO" dice la Lic. Josefina Dartiguelongue, "y el mundo adolescente es el mundo inestable, exultante, doloroso y aletargado, de la alborada de la identidad. De la instalación en el cosmos. De la conciencia del deseo. Del saber, que sabe que ignora, y del buscar la diferencia, que puede ser paso o abismo.

De la danza conflictiva entre Eros y Thánatos. Del dolor y la tensión del desequilibrio entre ambos y de la herida y el anhelo de creatividad y reconocimiento. Del ser lugar del encarnizamiento de los modelos estructurales, que impulsan por un lado a crecer y por otro lado no dan oportunidades educativas, que estimulan a la excelencia, y no permiten salidas laborales, que alaban la eficacia y generan jóvenes escépticos en situación de encrucijada, que exigen responsabilidad y bloquean la esperanza. Adolescencia es un MUNDO... " (Dartiguelongue, 2002).

Las emociones son lo más humano que hay y lo que nos distingue de las súper máquinas actuales que hasta tienen la capacidad de pensar. Pero al mismo tiempo es necesario escucharlas, comprenderlas, asimilarlas y sacarlas a la luz para que se curen como heridas que se cicatrizan con la luz del sol y el aire. Mientras permanezcan ocultas siguen doliendo. Esta es una de las razones por las cuales de producen las autolesiones.

Las autolesiones no es algo que se haga de un modo totalmente impulsivo, sino que es algo que se produce para aliviar el dolor del alma. Cuando no hago más que guardar y ocultar todo lo que siento en mi interior, llega un punto en que me duele tanto anímicamente que el dolor físico y el cambiar la atención en algo real es como que libera el dolor interno que puedo llegar a sentir.

Por ese motivo mientras no se aprenda a comunicar sentimientos a otra persona a sacar lo que llevo dentro aún a riesgo de ser rechazado, hasta que no venza la

vergüenza de mi mismo y tolere mis falles y tolere emociones que puede que no sean las más acertadas pero que son las mías después de todo, las autolesiones y las adicciones continúan sin freno, puesto que no puedo eliminar el síntoma sin curar el mal.

1.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

1.3.1 Constitución Política Ecuador 2008

Sección cuarta Cultura y ciencia

Art. 25.- Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales.

Sección primera Educación

Art. 350.- El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo.

Art. 351.- El sistema de educación superior estará articulado al sistema nacional de educación y al Plan Nacional de Desarrollo; la ley establecerá los mecanismos de coordinación del sistema de educación superior con la Función Ejecutiva. Este sistema se regirá por los principios de autonomía responsable, cogobierno, igualdad de oportunidades, calidad, pertinencia, integralidad, autodeterminación para la producción del pensamiento y conocimiento, en el marco del diálogo de saberes, pensamiento universal y producción científica tecnológica global.
Politécnicas autonomía académica, administrativa, financiera y orgánica, acorde con los objetivos del régimen de desarrollo y los principios establecidos en la Constitución.

Se reconoce a las universidades y escuelas politécnicas el derecho a la autonomía, ejercida y comprendida de manera solidaria y responsable.

Dicha autonomía garantiza el ejercicio de la libertad académica y el derecho a la búsqueda de la verdad, sin restricciones; el gobierno y gestión de sí mismas, en consonancia con los principios de alternancia, transparencia y los derechos políticos; y la producción de ciencia, tecnología, cultura y arte.

Sus recintos son inviolables, no podrán ser allanados sino en los casos y términos en que pueda serlo el domicilio de una persona. La garantía del orden interno será competencia y responsabilidad de sus autoridades.

Cuando se necesite el resguardo de la fuerza pública, la máxima autoridad de la entidad solicitará la asistencia pertinente.

La autonomía no exime a las instituciones del sistema de ser fiscalizadas, de la responsabilidad social, rendición de cuentas y participación en la planificación nacional.

La Función Ejecutiva no podrá privar de sus rentas o asignaciones presupuestarias, o retardar las transferencias a ninguna institución del sistema, ni clausurarlas o reorganizarlas de forma total o parcial.

Sección octava
Ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales

Art. 385.- El sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, en el marco del respeto al ambiente, la naturaleza, la vida, las culturas y la soberanía, tendrá como finalidad:

1. Generar, adaptar y difundir conocimientos científicos y tecnológicos.

Art. 386.- El sistema comprenderá programas, políticas, recursos, acciones, e incorporará a instituciones del Estado, universidades y escuelas politécnicas,

institutos de investigación públicos y particulares, empresas públicas y privadas, organismos no gubernamentales y personas naturales o jurídicas, en tanto realizan actividades de investigación, desarrollo tecnológico, innovación y aquellas ligadas a los saberes ancestrales.

El Estado, a través del organismo competente, coordinará el sistema, establecerá los objetivos y políticas, de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo, con la participación de los actores que lo conforman. (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008)

1.3.2 Ley Orgánica De Educación Superior

Capítulo 2 Fines De La Educación Superior

Art. 5.- Derechos de las y los estudiantes.- Son derechos de las y los estudiantes los siguientes:

g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación del conocimiento:

Art. 6.- Derechos de los profesores o profesoras e investigadores o investigadoras.- Son derechos de los profesores o profesoras e investigadores o investigadoras de conformidad con la Constitución y esta Ley los siguientes:

g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación del conocimiento; y,

Art. 8.- Serán Fines de la Educación Superior.- La educación superior tendrá los siguientes fines:

a) Aportar al desarrollo del pensamiento universal, al despliegue de la producción científica y a la promoción de las transferencias e innovaciones tecnológicas:

c) Contribuir al conocimiento. preservación y enriquecimiento de los saberes ancestrales y de la cultura nacional;

h) Contribuir en el desarrollo local y nacional de manera permanente, a través del trabajo comunitario o extensión universitaria.

Art. 11.- Responsabilidad del Estado Central.- El Estado Central deberá proveer los medios y recursos únicamente para las instituciones públicas que conforman el Sistema de Educación Superior, así como también, el brindar las garantías para que las todas las instituciones del aludido Sistema cumplan con:

d) Promover y propiciar políticas que permitan la integración y promoción de la diversidad cultural del país:

Capítulo 3 Principios del sistema de educación superior

Art. 12.- Principios del Sistema.- El Sistema de Educación Superior se regirá por los principios de autonomía responsable, cogobierno. igualdad de oportunidades. calidad, pertinencia, integralidad y autodeterminación para la producción del pensamiento y conocimiento en el marco del diálogo de saberes, pensamiento universal y producción científica tecnológica global. Estos principios rigen de manera integral a las instituciones. actores, procesos, normas, recursos, y demás componentes del sistema, en los términos que establece esta Ley.

Art. 13.- Funciones del Sistema de Educación Superior.- Son funciones del Sistema de Educación Superior:

a) Garantizar el derecho a la educación superior mediante la docencia, la investigación y su vinculación con la sociedad, y asegurar crecientes niveles de calidad. excelencia académica y pertinencia:

b) Promover la creación, desarrollo, transmisión y difusión de la ciencia, la técnica, la tecnología y la cultura;

b) Formar académicos, científicos y profesionales responsables, éticos y solidarios, comprometidos con la sociedad, debidamente preparados para que sean capaces de generar y aplicar sus conocimientos y métodos científicos, así como la creación y promoción cultural y artística:

k) Promover mecanismos asociativos con otras instituciones de educación superior, así como con unidades académicas de otros países, para el estudio. análisis,

investigación y planteamiento de soluciones de problemas nacionales, regionales, continentales y mundiales:

n) Garantizar la producción de pensamiento y conocimiento articulado con el pensamiento universal.

Capítulo 2 Patrimonio Y Financiamiento De Las Instituciones De Educación Superior

Art. 24.- Distribución de los recursos.- Los recursos destinados anualmente por parte del Estado a favor de las universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores públicos y particulares que reciban rentas y asignaciones del Estado, se distribuirán con base a criterios de calidad, eficiencia, equidad, justicia y excelencia académica, que entre otros parámetros prevalecerán los siguientes:

a) Número de estudiantes y costo por carrera y nivel:

b) Número, dedicación, título y experiencia docente en función de las evaluaciones pertinentes:

c) Clasificación académica y tipología de instituciones. carreras y programas:

d) Eficiencia en docencia e investigación y relación con el desarrollo nacional y regional;

e) Eficiencia terminal: y, 0 Eficiencia administrativa. Los porcentajes correspondientes a cada parámetro de distribución se establecerán en el respectivo reglamento, y tendrán en cuenta: los lincamientos del Plan Nacional de Desarrollo, un sistema de incentivos orientados a la excelencia académica, el mejoramiento de la formación de las plantas de profesores e investigadores, el tipo de carrera. el fomento a la investigación, la innovación *y* el desarrollo tecnológico. Se considerará como parámetro adicional, la vinculación de su oferta al desarrollo nacional o regional, a la creación de sinergias, asociaciones y/o fusiones con otras instituciones de educación superior de su región, y a la promoción de potencialidades territoriales. Para la distribución de los recursos, la Secretaría Nacional de Educación Superior. Ciencia.

Tecnología e Innovación. elaborará el informe respetivo que establezca la fórmula de distribución de los recursos, para aprobación del Consejo de Educación Superior. Una vez aprobada dicha fórmula, la Secretaría Nacional de Educación Superior. Ciencia. Tecnología e Innovación, distribuirá dichos recursos. Las instituciones de educación superior que se crearen o que fueran incorporadas a la distribución de fondos por mandato de la Ley. recibirán la parte proporcional de los incrementos de las respectivas rentas, desde el año siguiente a su creación o incorporación.

Capítulo 2 De La Garantía De La Igualdad De Oportunidades

Art. 87.- Requisitos previos a la obtención del título.- Como requisito previo a la obtención del título, los y las estudiantes deberán acreditar servicios a la comunidad mediante prácticas o pasantías pre profesionales. debidamente monitoreadas. en los campos de su especialidad, de conformidad con los lineamientos generales definidos por el Consejo de Educación Superior. Dichas actividades se realizarán en coordinación con organizaciones comunitarias, empresas e instituciones públicas y privadas relacionadas con la respectiva especialidad.

Art. 88.- Servicios a la comunidad.- Para cumplir con la obligatoriedad de los servicios a la comunidad se propenderá beneficiar a sectores rurales y marginados de la población, si la naturaleza de la carrera lo permite, o a prestar servicios en centros de atención gratuita.

Título VI Pertinencia Capítulo I Del Principio De Pertinencia

Art. 107.- Principio de pertinencia.- El principio de pertinencia consiste en que la educación superior responda a las expectativas y necesidades de la sociedad, a la planificación nacional, y al régimen de desarrollo, a la prospectiva de desarrollo científico, humanístico y tecnológico mundial, y a la diversidad cultural. Para ello. las instituciones de educación superior articularán su oferta docente, de investigación y actividades de vinculación con la sociedad, a la demanda académica, a las

necesidades de desarrollo local, regional y nacional, a la innovación y diversificación de profesiones y grados académicos, a las tendencias del mercado ocupacional local, regional y nacional, a las tendencias demográficas locales, provinciales y regionales: a la vinculación con la estructura productiva actual y potencial de la provincia y la región, y a las políticas nacionales de ciencia y tecnología.

Título IX Instituciones Y Organismos Del Sistema De Educación Superior Capítulo 1 De Las Instituciones De Educación Superior

Art. 160.- Fines de las Universidades y Escuelas Politécnicas.- Corresponde a las universidades y escuelas politécnicas producir propuestas y planteamientos para buscar la solución de los problemas del país: propiciar el diálogo entre las culturas nacionales y de éstas con la cultura universal: la difusión y el fortalecimiento de sus valores en la sociedad ecuatoriana: la formación profesional, técnica y científica de sus estudiantes. profesores o profesoras e investigadores o investigadoras. contribuyendo al logro de una sociedad más justa, equitativa y solidaria, en colaboración con los organismos del Estado y la sociedad. (LEY ORGANICA DE EDUCACION SUPERIOR, 2010)

1.3.3 Reglamento de Vinculación con la Colectividad de la Universidad Estatal de Bolívar

Capítulo I

De la naturaleza, fines, objetivos y funciones.

Artículo 1. De conformidad con el Articulo 75 del Estatuto de la Universidad Estatal de Bolívar, se crea la Dirección de Vinculación con la Colectividad.

Artículo 2. El organismo ejecutor de las decisiones de la Comisión de Vinculación con la Colectividad es el Departamento de Vinculación con la colectividad que depende del Rectorado. **DE LOS OBJETIVOS**. **Artículo 3**. Son objetivos del Departamento de Vinculación con la Colectividad:

a) Fortalecer procesos de Vinculación con la Colectividad, de carácter formativo y generativo, tendientes a lograr los objetivos propuestos por la Universidad Estatal de Bolívar.

b) Propiciar la participación activa de los diferentes estamentos universitarios, definiendo responsabilidades y compromisos, en proyectos de vinculación con la colectividad.

c) Contribuir a la solución de problemas y al desarrollo de la sociedad mediante la planificación, ejecución y evaluación de actividades de Vinculación con sectores productivos, emprendedores de empresas, y público en general.

d) Relacionar al Departamento de Vinculación con la Colectividad, con otros organismos afines pertenecientes a instituciones nacionales e internacionales.

e) Fortalecer el prestigio y liderazgo institucional, al interno y externo de la Universidad Estatal de Bolívar, a nivel provincial, nacional e internacional.

DE LA NATURALEZA DE LA FUNCIONES

Artículo 4. El Departamento de Vinculación con la Colectividad será el encargado de planificar, ejecutar y evaluar las actividades de vinculación con la colectividad, como un núcleo central de la Red de las facultades de la universidad, a través de alianzas estratégicas, acuerdos, convenios y programas con gobiernos locales, organismos no gubernamentales; promoviendo una mejor relación con el medio externo, interviniendo positivamente en la búsqueda de soluciones, brindando apoyo y respuesta a las necesidades para el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de vida.

DE LAS FUNCIONES

Artículo 5. Son funciones del Departamento de Vinculación con la Colectividad:

a) La Planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas, proyectos y diversas actividades universitarias de vinculación con la colectividad.

b) La coordinación de convenios con organismos públicos y/o privados nacionales y/o internacionales, estipulados por la Universidad Estatal de Bolívar, para la ejecución de los mismos por el Departamento de Vinculación con la Colectividad.

c) La socialización de los resultados de los Proyectos de Vinculación con la Colectividad, ejecutados por la Universidad.

NIVEL OPERATIVO

Artículo 12. El **NIVEL OPERATIVO,** El Departamento de Vinculación con la Comunidad de la Universidad Estatal de Bolívar dependerá jerárquicamente del rectorado, coordinará sus actividades con las Facultades, Escuelas, Institutos, Departamentos y/o unidades académicas, de producción, administrativas y otros Programas de vinculación con la colectividad que hayan sido creados por resolución del H. Consejo Universitario, los que se regirán por su Reglamento Específico. **Articulo 13.** Para el desarrollo óptimo del Departamento de Vinculación con la Colectividad, se cuenta con una **secretaria titular** y un profesional que cumple las actividades de **Coordinación** entre los organismos internos y externos de la Universidad. **Articulo 14.** Son **funciones de la Secretaria del Departamento de Vinculación** con la Colectividad:

a) Actuar en las sesiones del Departamento.

b) Elaborar las actas de las sesiones del Departamento.

c) Llevar el archivo de las actas, resoluciones y demás documentos concernientes al Departamento.

d) Receptar y revisar los documentos habilitantes previo a las sesiones del Departamento;

e) Mantener actualizada la legislación inherente a los organismos de control empresarial e institucional.

f) Los demás que le fueren asignados por el Director y que sean indispensables para el mejor desempeño de sus obligaciones.

CAPÍTULO III

DE LOS RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Del Personal Académico:

Artículo 16. Según el artículo 100 del Estatuto, el personal académico de la Universidad Estatal de Bolívar, el ejercicio de la cátedra podrá combinar con la investigación, gestión institucional y actividades de vinculación con la colectividad.

Artículo 17. El Personal Académico, ejercerá funciones en coordinación con el Departamento de Vinculación con la Colectividad, Facultades, Escuelas, Institutos, Departamentos de Investigación, Asociaciones, y otros estamentos universitarios ya sea como:

a) Docente responsable del Proyecto

b) Facilitador, Instructor y Capacitador de las actividades de vinculación.

c) Mediante Asesoría y/o Estudio,

d) A través de la investigación, y su socialización

e) Delegado y/o Coordinador del Programa al interior del Departamento.

De los estudiantes:

Artículo 18. Los estudiantes de la Universidad Estatal de Bolívar, quienes se encuentren legalmente matriculados en cursos regulares de estudios de pregrado y postgrado en cualquiera de las modalidades existentes**.** En el Art. 116 del Estatuto de la UEB" De conformidad con los lineamientos generales definidos por el CONESUP, antes de registrar en el respectivo ministerio o colegio profesional su titulo, deberá acreditar servicios a la comunidad y prácticas o pasantías pre – profesionales en los campos de su especialidad, de acuerdo al reglamento respectivo".

Artículo 19. En el caso de la participación Estudiantil, extenderá una certificación de Acreditación, previo a la evaluación individual del Proyecto respecto de las actividades desarrolladas, por el organismo responsable.

De los participantes:

Artículo 20. Se consideran miembros participantes aquellas personas que cumplan con los requisitos de inscripción y/o matriculación, y ser admitido. Asistir el 70% de

las horas programadas, según los casos establecidos en los diferentes eventos de vinculación.

Artículo 21. Los participantes tendrán derecho de obtener la certificación respectiva, que acredite su participación como asistente y/o de aprobación, en las actividades realizadas una vez que ha cumplido con los requisitos establecidos.

CAPÍTULO IV
DE LOS RECURSOS FINANCIEROS
AUTOGESTIÓN Y CONVENIOS.

Artículo 22. La Universidad Estatal de Bolívar, destinará mediante una partida presupuestaria, los recursos financieros necesarios para el desarrollo de los diferentes Proyectos de vinculación con la colectividad, conforme al Plan Operativo Anual, presentado para el efecto, de acuerdo a las disponibilidades económicas institucionales y aprobadas por el Honorable Consejo Universitario.

Artículo 23. El Departamento de Vinculación con la Colectividad de la UEB, promoverá y ejecutará actividades que le permitan obtener recursos adicionales propios de autogestión, que servirán en el futuro para financiar actividades de índole solidaria, a través del Trabajo Comunitario. Para lo cual se presentará el respectivo proyecto y se pedirá la autorización al señor Rector de la UEB.

Artículo 24. Dentro del presupuesto de los eventos se hará constar los rubros referentes al pago por los diferentes Proyectos de Vinculación que generen recursos económicos serán determinadas previa evaluación del rectorado, en concordancia con el presupuesto presentado para la ejecución de las actividades.

Artículo 25. Los rubros cancelados por los participantes en los diferentes eventos de vinculación, serán receptados por la Unidad de Recaudación.

CAPÍTULO V

DE LOS CONVENIOS Articulo 26. La Universidad Estatal de Bolívar, a través del Departamento de Vinculación con la Colectividad, promoverá el establecimiento de

Convenios con organismos públicos, privados, ONGs, nacionales o internacionales que faciliten la ejecución de sus actividades.

CAPÍTULO VI

DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS PROVENIENTES DE LAS ACTIVIDADES DE VINCULACIÓN Articulo 27. Todos los ingresos provenientes de las actividades de los Proyectos de Vinculación, serán destinados para fines operativos del Departamento, para lo cual el H. Consejo Universitario podrá autorizar la creación de los fondos rotativos que considere necesarios. (Reglamento de Vinculación con la Colectividad, 2009)

1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.4.1 Referencial

1.4.1.1 Teorías de las autolesiones

Dentro de la teoría cognitivo-conductual, Favazza define estas conductas autodestructivas como una forma de afrontamiento que sirve para regular el afecto, reducir tensiones o acabar con un episodio disociativo.

Favazza ha elaborado la llamada «Hipótesis del escape» para tratar de explicar algunas conductas como las autodestructivas, los atracones de comida, el consumo de tóxicos y los intentos de suicidio «en cortocircuito». Según este autor, estas personas encuentran muy aversiva la conciencia de sí mismas y buscan escapar de ella. Estas conductas responderían a un deseo de escapar a la autoconciencia. Durante esos episodios se produce un salto o estrechamiento cognitivo: se focaliza la atención solo en las sensaciones corporales inmediatas, no dejando así espacio en el campo de la conciencia para pensamientos intrusivos, sentimientos de culpa. El modelo tiene particular importancia puesto que en él se basa el único tratamiento específico que existe para estas conductas: el programa SAFE, que se aplica en Berwyn, Illinois. También han demostrado su eficacia en la reducción de este tipo de conductas autolesivas la terapia dialéctico-conductual de Marsha Linehan, Terapia focalizada en la transferencia (llevada a cabo en la Universidad de Cornell, liderada
por Otto Kernberg) y la terapia que Bateman y Fonagy llevan a cabo en el Hospital de Día de Halliwick (Reino Unido). (García, 2005)

1.4.1.2 Teorías de las emociones

La teoría fenoménico-conductual de Heller considera la emoción como una conducta en respuesta a una situación. En su obra «Teoría de los sentimientos», distingue entre el fondo y la figura de las emociones. Según él, el centro de la conciencia puede ocuparlo el sentimiento en sí o el objeto de dicha emoción. El sentimiento puede estar

en primer plano (según esta terminología, sería la figura) o mantenerse como fondo del objeto. Por el contrario, cuando el sentimiento aparece como figura, los objetos de los sentimientos objeto de amor, de miedo son relegados al fondo. Así, los sentimientos adquieren presencia y toman cuerpo, hasta el punto que se autoimponen como realidad psicológica y son corporalmente sentidos. De acuerdo con esta teoría, en las personas alexitímicas, los sentimientos permanecen en el fondo, aparecen en el foco de la conciencia con menos frecuencia que en otras personas que no presentan este rasgo. (García, 2005)

Jean-Paul Sartre considera las emociones como conductas. Según la teoría esbozada en «Bosquejo de una teoría de las emociones» se recurre a la emoción para disminuir, sustituir o rechazar una conducta que no se quiere o no se puede realizar. En este sentido, la emoción reemplaza a una conducta. Ambas son intentos de solucionar un problema. Mediante la emoción se intenta transformar el mundo. Cuando los medios disponibles son imposibles, la conciencia intenta transformar la situación. Sartre define la emoción como «una brusca caída de la conciencia en lo mágico». (García, 2005).

1.4.2 Fundamentación Científica

1.4.2.1 El fenómeno cutting

1.4.2.1.1 Definición

Al hablar del fenómeno cutting es importante dar la definición del mismo ante el que la literatura anglosajona se refiere como conductas no suicidas deliberadamente provocadas en el propio cuerpo así "deliberate self harm", "self destructive behaviors" y "autoinjurious behaviors". La denominación propuesta para el manual DSM-V es "non suicidal self injurious" (NSSI). (Villarroel, 2013)

Una conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte. (Nock, 2010)

Dentro de esta clase general, la mayoría de investigadores y estudiosos establecen una distinción clara entre las conductas, en las que lesiones corporales es la finalidad prevista del comportamiento de uno (es decir, directamente las conductas autolesivas) y los de que se trata de una consecuencia no intencionada (es decir comportamientos directamente perjudiciales o de riesgo). (Nock, 2010)

En este caso en particular de acuerdo a la realidad del problema de investigación nos referiremos con mayor ímpetu a las conductas autolesivas.

1.4.2.1.2 Epidemiología

Muchos de los datos se han obtenido en los servicios de urgencias de diversos hospitales, pero se cree que estos no son buenos estimadores del número real de

adolescentes que realizan este tipo de conductas, ya que muchos de ellos no acuden a un servicio de urgencias. ("Protocolo de Autolesiones", 2008)

Dentro de las conductas autolesivas existen estudios clínicos y poblacionales que ubican la edad de comienzo entre los 11 y 15 años. (Whitlock, 2007)

Mientras que en estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los adolescentes ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida. (Whitlock, 2007)

El mayor estudio poblacional publicado reporta conductas autolesivas repetidas (4 o más veces al año) en el 4% de la población adolescente. (Whitlock, 2007)

En Ecuador las estadíticas que disponemos son en cuanto a mortalidad general por lesiones autoinflingidas en el 2011, estando ubicada como causa número 17 con una tasa de 6.02 por 100000 habitantes, en hombres la tasa es de 8.66 por 100000 habitantes, mientras que en mujeres 3.43 por 100000 habitantes. (INEC, 2011)

1.4.2.1.3 Características Clínicas de las Autolesiones.

Las auto-lesiones se describe a través de prácticamente todos los estudios, como cortes en uno mismo con un instrumento afilados como un cuchillo, una navaja, vidrios, que en la mayoría de casos se producen en los brazos, las piernas y el estómago. (Nock, 2010)

Se reporta también el uso de múltiples métodos de auto- lesiones como rayar o raspar la piel hasta que sangra, quemar la piel, y la inserción de objetos debajo de la superficie de la piel, que en algunos casos, dichos objetos se dejaron allí y en última

instancia han tenido que ser extraídos a través de intervenciones quirúrgicas.[9] (Shiels MK, 2009)

Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades. (Villarroel, 2013)

Las diferentes características de autolesiones como veremos más adelante obedecen a una clasificación de acuerdo a la causalidad, motivaciones para realizarse las mismas.

La consecuencia negativa más evidente de la auto-lesión es el daño físico que conlleva; sin embargo, paradójicamente, la mayoría de auto- causantes dicen sentir poco o ningún dolor durante episodios de este comportamiento (Favazza 1996, Nock y Prinstein 2004).

Esto es sorprendente, ya que causarse cortes, quemaduras o dañar de otro modo el propio cuerpo parece ser un muy dolorosa evento, sin embargo, esta disminución de sensibilidad al dolor se ha confirmado en múltiples estudios caso - control en los que en relación con controles sin autolesiones, los que tienen un historial de autolesiones presentan menos sensibilidad al dolor y los umbrales más altos para varios tipos de dolor (por ejemplo, presión, térmica) (Bohus et al. 2000, Kemperman et. Al 1997, Russ et al. 1999). (Nock, 2010)

Cuando las auto-lesiones son en la cara, los ojos, el cuello en el región yugular, los senos o genitales, por ejemplo, puede ser clínicamente indicativo de mayor perturbación psicológica que cuando las lesiones son infligidas en otros lugares. (Whitlock, Self-Injurious Behavior in Adolescents, 2010)

1.4.2.1.4 Clasificación de las formas de presentación clínica

Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza en 1995:

1.4.2.1.4 .1. Conductas autolesivas mayores:

Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75% ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico[19]. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, transexualismo y trastornos de personalidad severos.

1.4.2.1.4 .2. Conductas autolesivas estereotipadas:

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

1.4.2.1.4 3. Conductas autolesivas compulsivas:

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis.

1.4.2.1.4. 4. Conductas autolesivas impulsivas:

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonía, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión.

En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo. Es más común en mujeres, comienza en la pre adolescencia, pero también puede observarse en el período de latencia y en preescolares.

Persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este tipo de autoagresiones se asocia a trastornos de personalidad del Cluster B, a trastorno por estrés postraumático, a trastornos disociativos y a trastornos de la conducta alimentaria. (Villarroel, 2013).

Según esta clasificación presentada por Simeon y Favazza y al analizar nuestro problema motivo de investigación, la descripción de conductas autolesivas impulsivas es la más se aproxima a esta realidad identificada.

A continuación consta un organizador gráfico acerca de esta clasificación clínica de las autolesiones en la Figura 2.

Según (Whitlock, Self-Injurious Behavior in Adolescents, 2010), Las autolesiones pueden descomponerse en 3 categorías: 1. Psicológica, la autolesión alivia la angustia y para que al adolescente se le preste atención y para conseguir un tipo de energía que involucra lo social y lo biológico; 2.- Social involucra lo intrapersonal es la regulación emocional mientras q la interpersonal es adaptarse al medio; 3.- Biológico en donde cabe la regulación endógena de opioides, los mismos que pueden estar disminuidos por antecedentes de la infancia de abuso sexual, trastornos de alimentación, estrés postraumático, abuso de sustancias, personalidad con conductas de riesgos, depresión, ansiedad. Sin embargo el 44 % de personas que se auto lesionan no se ha visto con morbilidad clínica.

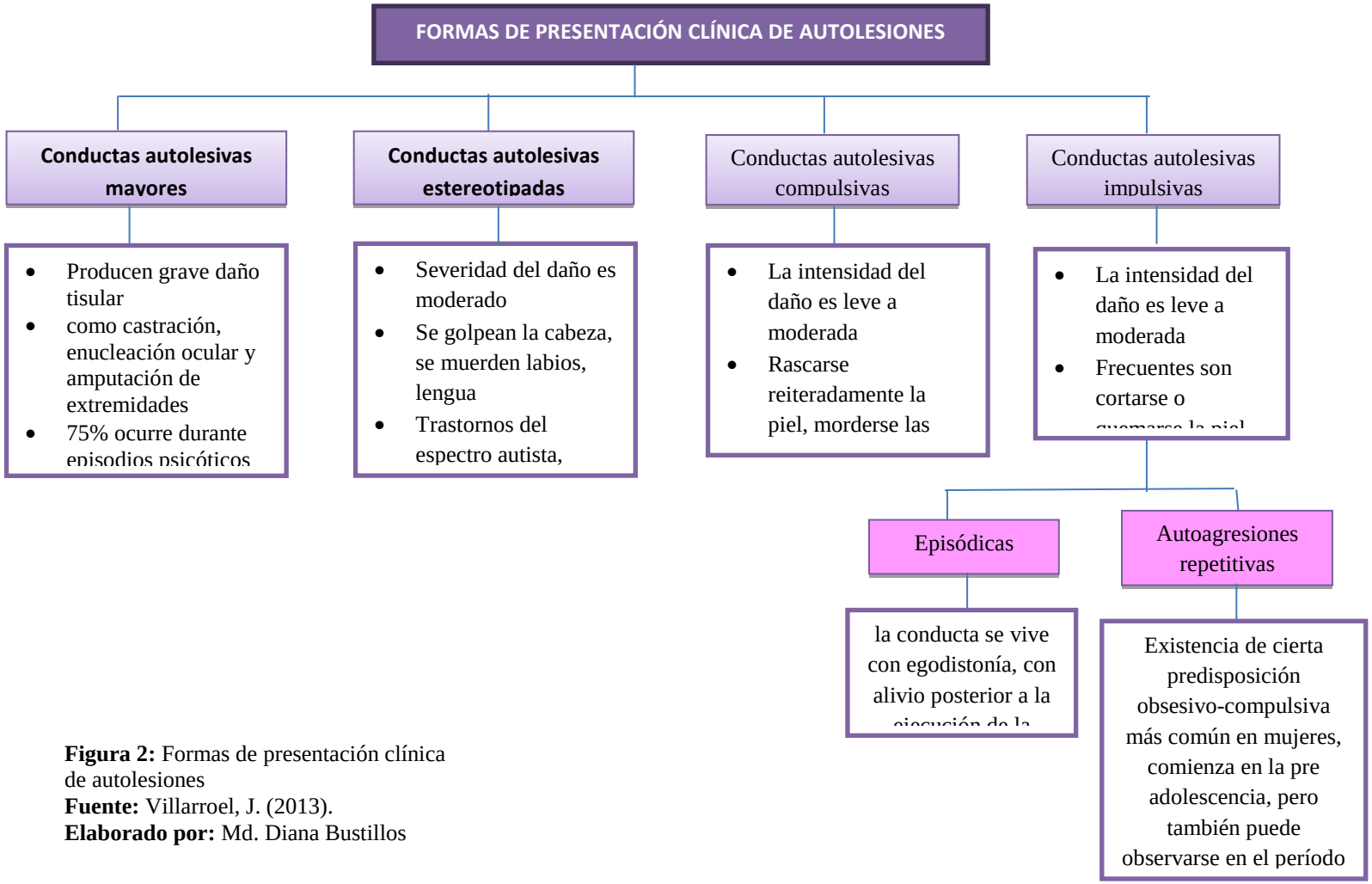


Figura 2: Formas de presentación clínica de autolesiones
Fuente: Villarroel, J. (2013).
Elaborado por: Md. Diana Bustillos

1.4.2.1.5 Diagnóstico de Autolesiones

Al estar al tanto sobre el fundamento científico de las autolesiones y su clasificación, es importante tomar en cuenta para la actividad en APS, contar con un protocolo que permita el diagnóstico de las autolesiones, como el propuesto en la Revista Española de Pediatría 2008, que se encuentra a continuación. ("Protocolo de Autolesiones", 2008)

	Protocolo diagnóstico de autolesiones
A.Recogida de HistoriaClínica	1. **Acontecimiento que ha provocado este comportamiento**
	Qué acontecimientos han precipitado esta conducta?
	Qué motivodtenia el paciente paraautolesionarse?
	En qué cinrcunstancias se ha producido esta conducta?
	Ha existido unapreparación especifica de la conducta autolesiva(carta dedespedida)?
	Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento?
	En caso de ingesta de sustancias: qué grado de letalidad tenian las mismas?
	Existen síntomas de depresión previosa la conducta autolesiva?
	Existe algún signo que indique uso/abuso dealcohol?
	2. **Historia médica y psiquiátrica**
	Ha existido alguna conducta autolesiva previa?
	Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? De qué tipo?, cómo fué tratado?
	Existen antecedentes familiaresde depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidiooalcoholismo?
	Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta?
	3. Circunstancias sociales
	El paciente vive solo?
	El paciente esta trabajando en la actualidad?
	Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente antelos hechos
	Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompanarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva
	Hay alguna evidencia de abuso físico, psiquico o sexual?
B. Examen del estado mental	Considerar laapariencia física del paciente,especialmente simuestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión, o descuidoenel cuidado personal
	Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen valoraciones en el estado deánimo durante el dia
	Existen alteraciones en el patrón normal del sueno?
	Existen alteraciones en el apetito o pérdidad de peso?
	Existen ideas nihilistas? Hay alguna otrapersona que forma parte de las mismas?
	Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida
	Es el paciente permisista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas?
	Existe algún otro trastornoo síntomapsiquiátricopresente?
C.Formulación diagnóstica	Qué motivos explican el comportamiento autolesivo?
	Diagnóstico psiquiátrico si existe
	Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente.
	Áreas problemáticas en la esfera persona/socialenlas que elpacientenecesita ayuda
	Objetivos terapéuticos.

Figura 3. Protocolo diagnóstico de autolesiones
Fuente: Protocolo de Autolesiones, 2008

1.4.2.1.6 Conductas autolesivas *versus* intentos suicidas

Es imprescindible ante el análisis dela presente problemática realizar una diferenciación de dos temas comúnmente confundidos y relacionados por error.

Las conductas autolesivas sin fines suicidas pueden parecer similares clínicamente a los intentos genuinos por morir, en la medida que implican agresión directa a sí mismo y en que están presentes en una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, a diferencia de los intentos suicidas, el impacto de estas conductas es inmediato y de corta duración, y la conducta puede ser repetida muchas veces hasta obtener el efecto deseado.

La conducta no es vislumbrada como una forma de terminar con la vida, ni de "realizar una pausa y desaparecer", sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, para luego continuar con los objetivos trazados para la propia biografía. (Villarroel, 2013)

Hay que tener presente que se en el caso de las autolesiones presentados por este grupo de adolescentes investigado es un tipo de expresión corporal de sentimientos reprimidos.

Teóricamente, las conductas autolesivas pueden diferenciarse de los intentos suicidas en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad. El intento suicida tiene como intención terminar con la vida, a diferencia de las conductas autolesivas que pueden tener motivaciones como las anteriormente descritas. Las conductas autolesivas tienden a presentarse repetitivamente, a diferencia de los intentos suicidas que son ocasionales. Las conductas autolesivas tienden a usar métodos de daño de baja letalidad, en comparación con la mayor letalidad del intento por morir. (Villarroel, 2013).

Sin embargo no implica una situación de descuido por el personal que trabajaa nivel comunitario ya que generalmente las autolesiones son heridas no tratadas, ni limpiadas adecuadamente y por tanto posibles causa de infecciones que podrían terminar en un fin no planificado por quien se autolesiona.

Pese a las claras diferencias teóricas descritas, en la práctica clínica se observa que estas conductas pueden presentarse conjuntamente en sujetos vulnerables. En personas con historia de conductas autolesivas, se encuentra que el 33 a 37% de los adolescentes también reporta al menos un intento suicida durante el último año.

Existe suficiente evidencia para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado. (Villarroel, 2013)

Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de 9 años después de haber cometido un acto de autoinjuria, el 5% de los autoagresores habrá consumado suicidio. El mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros 6 meses luego de una autoagresión[1].

Hawton calcula que, durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor que en la población general. Aunque las autolesiones predicen intentos suicidas futuros, los intentos suicidas no predicen futuras autolesiones. (Villarroel, 2013)

Por todo lo expuesto en el artículo de Villarroel, es de gran importancia que esta información sea socializada a unidades de atención comunitaria, maestros y familiares de personas que se autolesionan, ya que son un grupo de riesgo que sin duda necesita apoyo psicológico para que un inicio de autolesiones no termine en suicidio.

1.4.2.2 **El estado psicoemocional**

La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo del individuo, supone un proceso gradual de maduración que conduce al acceso a la edad adulta. El adolescente o joven debe dar respuesta a cuestiones tan importantes como su propia identidad, su imagen corporal y su madurez sexual, la relación con sus padres, con sus iguales y sus relaciones afectivas.

Las relaciones sociales y afectivas que establece le permiten ensayar a través de las identificaciones que realiza cuáles son sus nuevas capacidades, las expectativas que tiene sobre sí mismo y contribuyen a la elaboración de su identidad adulta. (Sánchez, 2006)

1.4.2.2.1 La Adolescencia

"Adolescencia en términos históricos es una noción relativamente reciente. Actualmente debemos concebirla como una categoría evolutiva con derecho propio y atravesada por dinamismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un momento de pasaje entre los dos grandes momentos de la infancia y la adultez". "El siglo XXI encuentra entonces a los llamados adolescentes cómodamente instalados allí desde los 8-9 años y hasta prácticamente el final de la década de los 20 años, fenómeno determinado por factores tales como: la revolución científico-tercnológica, la llamada "condición posmoderna", la globalización del mercado y los mass media, la crisis de las funciones protectoras del Estado nación y de sus instituciones y los cambios en la familia y la subjetividad" (Dartiguelongue, 2002)

La OMS (1990) operacionalmente lo ha definido como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años y que se divide en "adolescencia temprana" de

10 a 14 años y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años; otros autores, clasifican a la adolescencia en temprana (10 a 13 años), intermedia (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) relacionando estas etapas a los distintos estadíos de maduración sexual. (MSP, 2007)

La adolescencia, aun siendo socialmente condicionada, también es evolutiva. Es un tiempo de cambios, de modificación de forma de ser y actuar, de incertidumbres sobre el mundo y sobre el lugar de uno en el mundo. Una etapa de riesgo, vulnerabilidad, que puede tener dos caminos y desenlaces el de aquellos que pueden recibir información, guía y aplicarla y el que no tiene ninguna de las dos.

Por último, un ciclo vital supone transiciones, fronteras que hay que pasar para constatar que uno ha abandonado la etapa anterior y que está situado en la siguiente. De hecho, a pesar de lo afirmado anteriormente, la adolescencia (aunque no tuviera ese nombre) existía en la mayoría de culturas, pero era un rito de paso, un conjunto de prácticas breves que permitían al niño o niña abandonar el mundo infantil y pasar a ser considerado como integrante del mundo adulto. Al haberse convertido en una etapa, en un tiempo largo, los propios chicos y chicas adolescentes han inventado ritos de paso, especialmente para certificar que ya no es un niño y que ya es adolescente. Por ejemplo: probar a fumar porros es, en estos momentos, una práctica que confirma que ya se es adolescente. Salir de una determinada manera pro la noche o los fines de semana puede significar en determinados grupos una forma de haber dejado la adolescencia y estar en la juventud. (Artiaga, 2010)

Tenemos, por lo tanto, una primera idea para retener: estamos hablando de una etapa vital, de cierta duración, que es obligatorio vivir, con tareas no muy definidas, en las que se da una cierta satisfacción adolescente y una cierta confusión adulta, y que se entremezcla con cambios evolutivos significativos. (Artiaga, 2010)

1.4.2.2.2 Intelige ncia Emocional

Apoyado en las investigaciones científicas Daniel Goleman, nos explica que la inteligencia es algo más que una noción restringida, que no tiene en cuenta el amplia gama de habilidades y destrezas que son más decisivas para la vida que el coeficiente intelectual (CI), coeficiente con el cual genéticamente uno nace y que a pesar de la educación o experiencia no se lo puede cambiar, y que contrasta con la posibilidad de adquisición y desarrollo de habilidades como autocontrol, perseverancia, entusiasmo, automotivación que serían la oportunidad de sacar un mejor rendimiento al potencial intelectual que nos haya tocado a cada uno. E incluso ciertos dominios en que habilidades de autorregulación emocional y empatía son más decisivas que las competencias estrictamente cognitivas.

La vida está sembrada de altibajos, pero nosotros debemos aprender a mantener el equilibrio, en donde juegan gran importancia la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, la perseverancia ante la frustración, el controlar impulsos, regular nuestro estado de ánimo, evitar que la angustia interfiera en nuestras facultades racionales, además de la capacidad de confiar en los demás. Se puede hablar entonces de la existencia de un estado interior que obliga a detenerse, prestar atención y tomar conciencia de la proximidad del peligro.

A parte de desarrollar dichas habilidades, es de gran importancia el dominio de las mismas, es decir la competencia emocional, que se vea reflejada en el ámbito profesional. El ser capaces de identificar pistas no verbales que indican lo que está sintiendo otra persona, analizar lo que genera tensión y sobre todo lo que motiva a lograr un mejor desempeño, saber escuchar y hablar para contribuir a la solución de conflictos en lugar de generarlos, saber negociar para alcanzar soluciones satisfactorias.

Es así que Goleman menciona dos de las inteligencias expuestas por Gardner: inteligencia intrapersonal e interpersonal, que abarcan un sinnúmero de competencias:

La inteligencia intrapersonal compuesta por una serie de competencias que nos permiten relacionamos con nosotros mismos. Esta inteligencia comprende tres componentes cuando se aplica en el trabajo y en educación:
-Conciencia en uno mismo: es la capacidad de reconocer y entender en uno mismo las propias fortalezas, debilidades.

-Autorregulación ó control de sí mismo: es la habilidad de controlar nuestras propias emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo, de responsabilizarse de los propios actos, de pensar antes de actuar y de evitar los juicios prematuros.

-Automotivación: es la habilidad de estar en un estado de continua búsqueda y persistencia en la consecución de los objetivos, haciendo frente a los problemas y encontrando soluciones.

La inteligencia interpersonal: ésta inteligencia también está compuesta por otras competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con los demás:

-Empatía: es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales.
-Habilidades sociales: es el talento en el manejo de las relaciones con los demás, en saber persuadir e influenciar a los demás.

Cabe recalcar que junto a la inteligencia emocional son muchos factores que intervienen como salud, educación de la familia en que nacimos, temperamento de

cada persona, ciertas tendencias arraigadas que inciden en las reacciones; ya que las habilidades como conciencia social y gestión de relaciones, son necesarias pero no suficientes.

Todo se involucra constantemente es por ello que desde varios ámbitos podemos ejemplificar esta realidad: las personas que manejan consciente y sosegadamente su vida afectiva gozan de mejor salud, los deportistas quienes han entrenado muchas horas de su vida para una competencia pero que cuyo triunfo dependerá de su estabilidad emocional, mental en ese momento. En las relaciones de pareja que en lugar de evitar agrandar más una discusión iniciada seguramente por alguien agobiado por el trabajo y preocupaciones, se evada ese momento hasta que todo esté más calmado. El estudiante de escuela cuyo CI es muy alto, pero que mantiene un rendimiento escolar deplorable, cuando en su hogar hay problemas. Se podría concluir con que el futuro de nadie, está escrito, uno es el encargado de construirlo; y un paso para hacerlo bien, es fomentando, alimentando la inteligencia emocional, para que esta sea la que nos permita alcanzar todos los objetivos propuestos y no el obstáculo para lograrlo. La forma de diferenciar entre personas igualmente inteligentes, a quienes son mas capaces de liderazgo no es el CI sino la IE.

1.4.2.2.3 Autoestima.

La autoestima es, al fin y al cabo, una faceta de la personalidad: la actitud valorativa que una persona tiene hacia sí mismo, o el componente afectivo de la actitud hacia uno mismo, que puede ser básicamente de aprecio y respeto o de menosprecio y rechazo, favorable o desfavorable (Rosenberg, 1965). Expresa los aspectos valorativos de la identidad personal, siendo recogidos los aspectos perceptivos del sí mismo en el constructo cercano de "autoconcepto".

Es muy clara, por demostrada, la asociación entre autoestima y trastornos afectivos. De hecho, la autoestima es, al mismo tiempo, un síntoma de depresión y un factor de

vulnerabilidad para el desarrollo de Depresión Mayor (Ormel, Oldehinkel y Vollebergh, 2004; Talbot, Harris y French, 2009), y lo es en todas las franjas de edad adulta (Orth, Robins, Trzesniewski, Maers y Schimitt, 2009).

Por otra parte, si bien la baja autoestima se asocia a psicopatología, la alta autoestima es considerada un factor de protección frente a ella. (Ramos, 2012)

1.4.2.2.4 Factores De Riesgo De Conducta Autolesiva En Adolescencia

En cuanto a los factores predisponentes se señalan; el haber sufrido abuso sexual o físico (o más frecuentemente violencia verbal continua, negligencia o falta de cuidados apropiados) y la incapacidad para tolerar y expresar sentimientos o alexitimia. (García, 2005)

Son factores de riesgo pertenecer al género femenino, ser adolescente, de bajo nivel socioeconómico, con orientación homosexual o bisexual y presentar el antecedente de haberse criado en un ambiente familiar adverso (violencia intrafamiliar, abuso separaciones, madre muy joven, escaso nivel educacional). (Villarroel, 2013)

	FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA AUTOLESIVA EN ADOLECENCIA
Características personales	1. **Capacidad de solución de problemas**: si ésta es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas (Sadowski and Kelly, 1993) 2. **Impulsividad: la** mayoría de consultas autolesivas tienen un alto componente impulsivo(Hawton et al. 1982). 3. **Desesperanza**: síntoma relacionando directamente con ideación y comportamiento suicida (Garrision et al 1991) 4. **Ira y hospitalidad:** diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan (Simonds, Mc Mahon and Armstrong. 1991)
Trastornos Psiquiátricos	1. **Trastornos depresivos:** directamente relacionados con conductas autolesivas 67% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo(Kerfoot et al 1996) 2. **Abuso de sustancias:** el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse(Kerfoot et al 1988) 3. **Trastorno de conducta:** adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial (Kerfoot et al1988)
Características familiares	**1.** El 50 % de los adolescentes que se autolesionan viven solos con uno de sus padres (Hollis 1996) **2.** Los **problemas de convivencia** entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes (Hollis 1996) **3.** La **falta de calidez** en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 anos y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio.
Los medios de comunicación	1. Un estudio llevado a cabo por Phillips en 1974 mostró que cuanta **más publicidad** se le dé un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el período posterior al primero 2. La publicación en diversos **periódicos** de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el período posterior a la publicación (Hawton y Williams, 2001) 3. **La emisión de una serie de televisión** basado en un caso de suicidio ("Muerte de un estudiante") en EEUU en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de las misma. 4. Martín (1996) investigó la influencia que la **emisión de programas** de televisión tenía en adolescentes de 14 anos sanos, y obtuvo los siguientes resultados: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de conductas autolesivas.

Figura 4. Factores de riesgo de conducta autolesiva en adolescentes
Fuente: Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Villarroel 2013

1.4.2.2.5 Motivaciones para desarrollar conductas autolesivas

Klonsky resume los principales modelos biopsicosociales propuestos por otros autores:

1.4.2.2.5 .1. Modelo de la regulación de los afectos:

Sugiere que la autoinjuria es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos. Desde las perspectivas sistémica y cognitiva, se postula que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional. Sujetos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas autolesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables.

1.4.2.2.5 .2. Modelo de la disociación:

Comprende la autoinjuria como una respuesta a la aparición de estados de disociación, de despersonalización y/o desrealización. Gunderson plantea que algunos sujetos temperamentalmente vulnerables pueden precipitarse en estados de disociación cuando se alejan de un objeto amado; este estado displacentero puede gatillar una conducta lesiva con el objetivo de recontactarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados.

1.4.2.2.5 .3. Modelo de conducta suicida alternativa:

La conducta autolesiva aparecería como un mecanismo adaptativo de resistirse al deseo genuino de quitarse la vida. Producirse una lesión cutánea sería una forma alternativa de expresar pensamientos y sentimientos autodestructivos, sin el riesgo directo de morir.

1.4.2.2.5.4. Modelo de influencia interpersonal:

La conducta autolesiva sería usada para influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas. Autolesionarse debería ser comprendido como una voz de alarma, un medio para evitar el abandono o un intento por ser valorado.

1.4.2.2.5.5. Modelo de los límites interpersonales:

Sostiene que el sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad integrado vivencia una dolorosa dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos. Dañarse la piel como órgano que separa físicamente al individuo de su entorno y los otros, le permitiría distinguir concretamente su identidad física para afirmar su autonomía.

1.4.2.2.5.6. Modelo del castigo:

Marsha Linehan plantea que los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos. La autolesión es vivida egosintónicamente, constituyéndose en una conducta de autocontrol dirigida a incentivar y mantener comportamientos deseables colectivamente.

1.4.2.2.5 .7.- Modelo de búsqueda de sensaciones:

Comprende la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse contactado con la vida. Se plantea que biológicamente tendrían un estado hipohedónico basal que los impulsaría a la búsqueda activa de sensaciones límites placenteras y a la vez dolorosas. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño a sí mismo. (Villarroel, 2013)

De los modelos de motivaciones para presentar autolesiones presentados los mas concordantes en la búsqueda de base científica del grupo investigado son: el de regulación de los afectos ya que es evidente que este grupo de adolescentes las realizan como regulación de afectos negativos que probablemente no han aprendido a controlar, y encuentran en las autolesiones una forma de expresión de ellos, y el de influencia interpersonal ya que muchos de los adolescentes las realizan para obtener mayor comprensión de sus formas de pensar, y por ende mayor atención de sus familiares, personas cercanas, aún a costa de ocasionar preocupación en los demás.

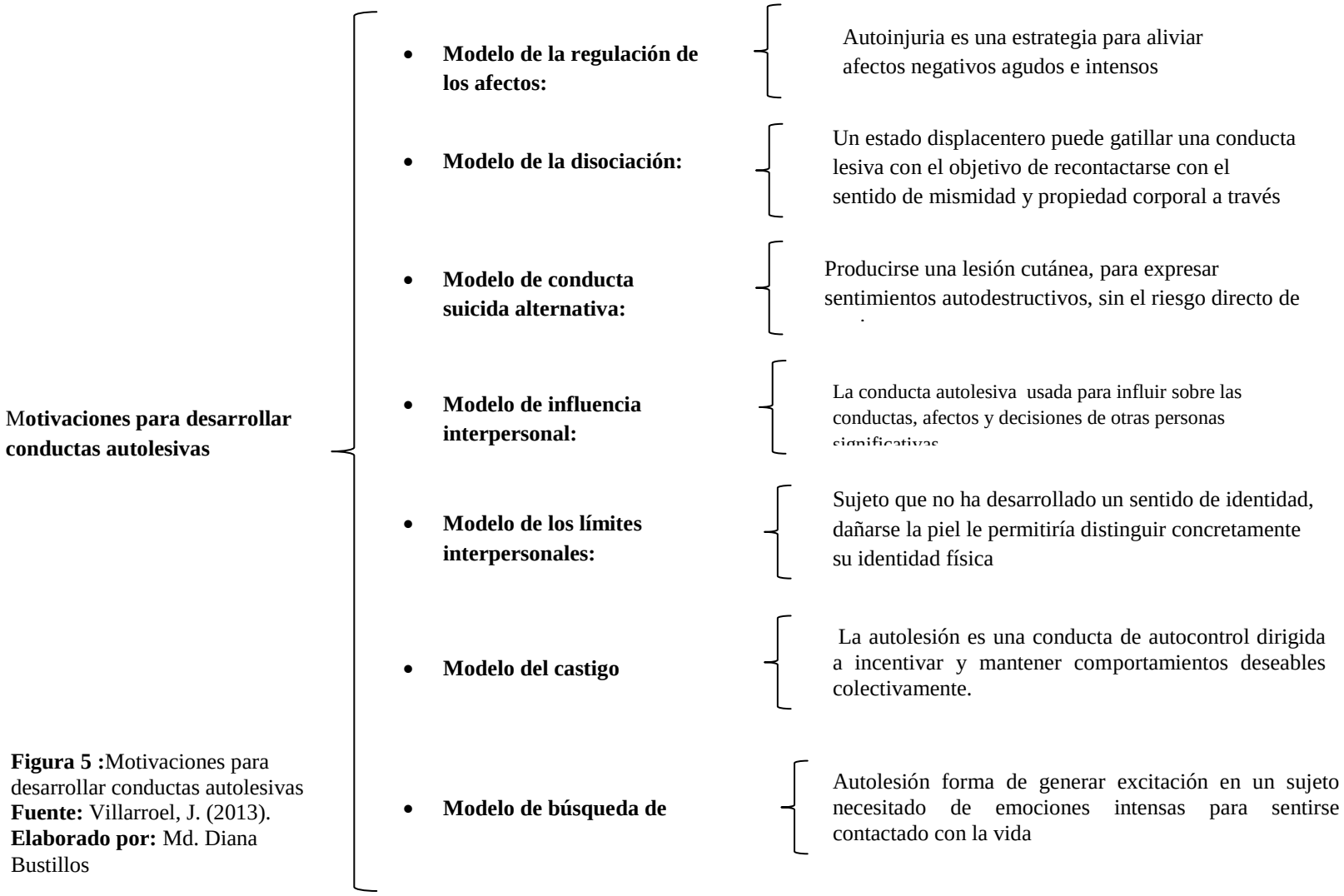


Figura 5 : Motivaciones para desarrollar conductas autolesivas
Fuente: Villarroel, J. (2013).
Elaborado por: Md. Diana Bustillos

1.4.2.2.6 Factores protectores en la adolescencia.

En la actualidad el nuevo modelo de salud que aún se encuentra en implementación en nuestro país, se basa en la medicina preventiva enfocada a la precaución y manejo de factores modificables en pro del bienestar de los individuos, en este caso es significativo mencionar qué factores son considerados de protección en este grupo vulnerable.

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir
la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Donas Burak plantea que existen dos tipos de *factores protectores*: *de amplio espectro*, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y *factores protectores específicos* a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los *factores de amplio espectro*, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como *factores protectores específicos*, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

Donas Burak considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser

multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud de los adolescentes y debe existir una amplia participación de padres y profesores. (Páramo, 2011)

1.4.2.2.7. ¿Cómo ayudar a los adolescentes en la escuela?

En el proceso de educación y desarrollo de los adolescentes, es de gran importancia para ellos tener el contacto, guía por parte de los maestros de las instituciones educativas.

Un tutor o tutora de adolescentes es un profesional de la escuela que tiene como encargo ocuparse de manera singularizada de un grupo de alumnos. Eso significa que tiene una preocupación personalizada de cada uno de ellos (para él, o ella, diferente de la de otros; preocupación por su situación puntual y por su itinerario). A la vez, significa que cada uno de sus estudiantes le tiene como referencia personal. Sabe que de entrada tiene el encargo de ocuparse de él o ella, que puede recurrir a él y que tendrá que discutir, planificar, pactar con él o ella qué hace con su vida escolar.

No puede haber estudiantado sin tutor. No puede haber profesorado sin saber quién se ocupa del estudiante que en un determinado momento le preocupa. Aunque sea complejo hacerlo, no es imposible. Aunque parezca que se trata de una actividad escolar mas, es una de las claves del funcionamiento de la escuela.

Una propuesta de tutoría que acompaña sólo es posible, por supuesto, si es número de estudiantes de los que somos responsables de manera intensiva es reducido (nunca los treinta estudiantes de una clase). Por eso, una de las formas razonables de organización de la tutoría es que el estudiantado de una clase comparta más de un tutor (lo que en la literatura pedagógica suele designarse como tutoría compartida).

Se trata, en definitiva, de conseguir que cada tutor sea responsable como máximo de una quincena de estudiantes.

Por lo antes escrito, no significa que el tutor deba ocuparse de la totalidad de la vida de los adolescentes. No se puede empezar por transmitir al estudiantado que no queremos saber nada de muchas cosas de su vida. Es difícil que se construya una relación de confianza con el establecimiento de barreras previas. Serán ellos y ellas quienes establecerán los límites sobre en qué parte y en qué momento de sus vidas nos dejan entrar para influir, ayudarles o ayudarles a buscar ayuda.

No se construye con una hora aislada de tutoría, ni con citas de despacho. La organización es clave pedagógica de los horarios, de integración de materias en áreas de conocimiento, el trabajo de proyectos, el aprendizaje cooperativo; no son solo algunas de las herramientas para conseguir una buena escuela adolescente. Son algunas de las claves estructurales para generar presencia que facilite la construcción de relaciones que permitan el establecimiento de la confianza y del acompañamiento. Se trata de hacer posible el estar presentes en bastantes momentos y en diferentes situaciones. De ninguna manera se puede tratar de de la relación en una simple hora de aprendizaje de una asignatura. Es así que para tan importante tarea se requiere de un buen profesor, como detalla el siguiente cuadro: (Artiaga, 2010)

EL BUEN PROFE ES UN BUEN "EXPLICADOR"

GENERA INTERÉS Y ATENCIÓN	Sabe atraer la atención de los alumnos para que no se distraigan Te hace tener interés por la materia
TIENE HABILIDADES	Sabe curiosidades sobre la asignatura Ensena con trucos para no aburrir a la clase. Hace esquemas en la pizarra. Repite tantas veces como haga falta. Si no le entiendes te explica de otra manera. Hace salir a los alumnos a la pizarra. Pone ejemplos de la realidad. Hace buenos resúmenes
CUESTIÓN DELENGUAJE Y COMUNICACIÓN	Te lo dice claro, no se enrolla. No repite lo mismo que el libro. No es un palo. Es agradable de escuchar.
ES PROFESIONAL	Cuando pone ejercicios los corrige y sabe los que ha hecho en las clases anteriores. Prepara las Clases Se interesa en las clases, vez que pone interés de su parte. Si debe quedarse un hora para ensenar se queda. Se divierte explicando.
HACE DISFRUTAR	Hace que las clases sean divertidas Ensena de forma que los alumnos disfruten.
CLARO Y COHERENTE	Si no lo entiendes te lo explica de otra manera. Sabe resolver las dudas que le preguntas. Sabe explicar y razonar con coherencia.
SE EXPLICA	Entiendes lo que dice. Cuando sales de clase tienes una idea de lo que ha dicho.

Figura 6. Buen profe es un buen explicador
Fuente: Educar en la Adolescencia Artiaga, 2010

1.4.2.2.8 Evaluación Psicológica De Adolescentes

Evaluación psicológica es la disciplina de la psicología que estudia científicamente el comportamiento de un sujeto con el fin de describir, clasifica, predecir, explicar o controlar la conducta. A diferencia de la psicología en general, ésta se centra en un sujeto como ente individual y no busca leyes generales. Su objetivo es verificar si los principios generales que la psicología establece en sus especialidades se manifiestan en un individuo. Esto se realiza a través de una toma de decisiones en el que se

emplean una serie de dispositivos, como los test (según señalan Anastasi y Urbina -1998- son la medida objetiva y estándar de una muestra de comportamiento) y otras técnicas de medida, para evaluar los aspectos positivos y las patológicos.

Asimismo, ayudan a formular un diagnóstico, en el que se reflejan la comorbilidad, el grado de desarrollo adaptativo del niño y sus puntos fuertes y débiles.
La evaluación psicológica tiene cuatro pilares básicos:

1. Pruebas con referencia a la norma
2. Entrevistas
3. Observación
4. Evaluación informal

Que se complementan entre sí, y forman una base sólida para la toma de decisiones acerca de los niños. Sin embargo en esta evaluación siempre hay que tener presente el proceso de desarrollo del niño, tanto si se trata de una evaluación formal como informal.

1.4.2.2.8 .1 El proceso de evaluación

El proceso de evaluación nunca debe enfocarse de manera exclusiva en una puntuación de prueba o en número. La evaluación psicológica implica mucho mas que la mera obtención de los resultados de las pruebas. Cada niño tiene un variedad de capacidades que puede evaluarse tanto por medios cualitativos como cuantitativos. La meta es valorar las capacidades y las limitaciones del niño: por lo tanto, no debe centrarse únicamente en las debilidades. La evaluación implica el desarrollo de las preguntas del test, la elección de lo materiales, la administración, la interpretación de los resultados y por último la formulación del caso y las recomendaciones.
Según Sattler, los principios fundamentales para el uso de las pruebas clínicas psicoeducativas son los siguientes:

- Las pruebas son muestra de conducta

- Las pruebas no revelan de manera directa los rasgos, y capacidades, pero pueden permitir que se hagan inferencias acerca de la persona evaluada
- Las pruebas deben tener una adecuada confiabilidad y validez.
- Las puntuaciones de la prueba y otras ejecuciones pueden verse afectadas por estado temporales de fatiga, ansiedad, estrés o daño cerebral.
- Los resultados deben interpretarse a la luz de los antecedentes culturales del niño, de la lengua materna y cualquier otra condición limitante.
- Los resultado también dependen de la cooperación y motivación del evaluado
- Las pruebas que intentan medir la misma capacidad pueden producir diferentes puntuaciones.
- Los resultados deben interpretarse en relación con otros datos conductuales y con la información de la historia clínica, nunca de un modo aislado.

1.4.2.2.8.2 Valoración Emocional

Los niños y adolescentes al igual que lo adultos sufren con las exigencias, las tensiones y los conflictos de la vida diaria, Por ello, es importante tener en cuenta aspectos en toda la evaluación psicológica. Para valorar el aspecto emocional, además de la entrevista con el niño/ adolescente, de la información que aportan la familia, profesores, etcétera y de la observación que realiza el evaluador, existen una serie de escalas:

CDS, escala de depresión para niños (Lang et al):

-se aplica entre 8 a 16 años

- se obtiene dos dimensiones: total depresivo, total positivo

CAS, cuestionario de ansiedad infantil

- Edad de aplicación: 6 a 8 años (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 2010)

1.4.2.2.9 ¿Cuál es la terapia mas apropiada ante las conductas autolesivas?

Aunque los especialistas en tratamiento NSSI puede ofrecer consejos basados en la experiencia, pocos estudios que realmente ponen a prueba estrategias de tratamiento

se han llevado a cabo. En una revisión sistemática de 23 ensayos controlados aleatorios relacionada con autolesión (Reino Unido- que incluye NSSI y suicidio relacionado conl trastornos del comportamiento), concluyó que el enfoque más prometedor es incluir la terapia de resolución de problemas, provisión de contacto del servicio de emergencia con terapia psicológica a largo plazo además de terapia y depósito flupentixol (para las personas con repetir la experiencia de auto-lesiones a repetición). Sin embargo, que el conocimiento actual es insuficientes y más pruebas son muy necesarias.

En una revisión sistemática de Estrategias de tratamiento NSSI-específicos, Mueh-lenkamp concluye que utilizando terapia cognitivo-conductual en gran medida (CBT) puede resultar más eficaz en el tratamiento de NSSI, debido al tiempo-afrontamiento limitado y estructurado.

La terapia conductual dialéctica como la candidato mas prometedora sugiere que, aunque ambos pueden ser eficaces bajo las condiciones de tratamiento adecuadas, ninguno de ellos ha surgido como eficaz en el estudio limitado. Aunque la terapia dialéctico usada con éxito significativo tiene límite en pacientes con trastornos de personalidad asociado con el suicidio y así como NSSI. (Whitlock, Self-Injurious Behavior in Adolescents, 2010)

1.4.3 Fundamento Conceptual:

Alexitimia.- trastorno de la función afectiva y cognoscitiva que abarca diversas entidades diagnósticas. Es común en trastornos psicosomáticos, trastornos adictivos y estrés postraumático. La principal manifestación es la dificultad para describir o reconocer las emociones propias, con una vida de fantasía limitada y restricción general en la vida afectiva. (American Psychiatric Press, 1996)

Cutting.-denominado también como autolesiones, conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte. (Nock, 2010)

Egosintonía.- literalmente, conformidad de una actividad mental con el yo; se opone a la egodistonía. La actividad mental así calificada está bajo el control del yo y conforme a sus metas. Diccionario Akal de Psicología. 2004

Egodistonía.- literalmente, califica una actividad una actividad mental en oposición con el yo. Se opone punto por punto al término egosintonía, en las diferentes acepciones del concepto del yo.

Resiliencia.- capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Diccionario Real Academia española

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de carácter cuali-cuantitativo.

Cualitativo porque es menester hacer interpretación de aquellos resultados obtenidos de las opiniones de los encuestados y además cuantitativo porque se obtuvo resultados de encuestas hechas a los partícipes de la investigación.

Se llevó a cabo mediante una investigación de campo, en el lugar donde se desarrolla el ´proceso educativo de los adolescentes, ya que se requiere mediante el proyecto de vinculación con la comunidad " Al cutting córtalo de raíz" dar solución a este problema identificado en la escuela Bartolomé de las Casas de la Comunidad Gradas.

2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

2.2.1 Por el propósito

Aplicada.- porque se enfoca en resolver problemas que se presentaron en el proceso educativo, en beneficio de una población escolar específica. Empieza de forma cualitativa por cuanto está encaminada a explicar la influencia del estado psicoemocional de los adolescentes en la problemática del cutting.

2.2.2 Por el nivel de estudio

Explicativa.- ya que se guió a la explicación de la hipótesis presentada y de acción porque con las estrategias aplicadas se lograron cambios en la práctica explicativa reflexiva.

2.2.3 Modalidad de la investigación.

2.2.4 Por el lugar

Investigación de campo.- porque se realizó en el lugar específico de la investigación, en este caso, en la escuela Bartolomé de las Casas, que está ubicada en la Comunidad Gradas de la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar.

2.2.5 Por el origen

Bibliográfica.- porque para establecer la fundamentación científica se sustentó en la recolección de documentos disponibles en revistas on line.

2.2.6 Por la dimensión temporal

Transversal.- es una investigación transversal porque se dedicó un lapso de tiempo para estudiar a los adolescentes del séptimo año de la escuela objeto de estudio.

2.2.7 Por el tiempo de ocurrencia en que se realiza la investigación.

Prospectivo.- porque tiene como estrategia de cambio del problema, fenómeno de cutting y el estado psicoemocional de los adolescentes, para promover la resiliencia de los afectados mediante la aplicación del proyecto de vinculación con la comunidad.

Retrospectiva.- porque se realiza una revisión de las historias clínicas levantadas a cada estudiante, que reposan en el Subcentro de Salud de Vinchoa.

2.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1 **Histórico-lógico:** permite determinar las tendencias históricas del campo y objeto de investigación, además del proceso investigativo.

2.3.2 **Análisis-síntesis:** permitió indagar durante toda la investigación en la documentación existente acerca del tema, además de ayudar a establecer la estrategia para aportar a la solución del problema de la investigación.

2.3.3 **Holístico-dialéctico:** presente en el desarrollo de las estrategias de cambio.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó la técnica de la observación, encuesta.

2.4.1Encuesta.- Las encuestas se aplicarán a los docentes de la escuela, estudiantes de 10 a14 años de la Escuela Bartolomé de las Casas, con un cuestionario de preguntas para su tabulación. (Ver Anexo)

2.4.2Observación Directa- se observará el accionar de los adolescentes, y su relación con los compañeros.

2.4.3 **Instrumento.-** el cuestionario en el caso de los estudiantes consta de cinco preguntas y con un promedio de dos a cinco ítems, en el caso de los profesores el cuestionario consta de cuatro preguntas y con un promedio de dos a cuatro ítems, las preguntas de tipo politómicas, valiéndose de las dos variables de investigación. El instrumento desarrollado, el cuestionario de la encuesta consta en anexos.

2.4.3.1 Instrumentos Médicos

2.4.3.1.1 Historia clínica.- se llena los formularios de atención al adolescente, se realiza examen médico general, en donde se evidencia autolesiones recientes y cicatrices de antiguas lesiones.

2.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo está formado por 39 adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas., de comunidad Gradas, de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar. También se aplicará la encuesta a los 5 maestros de la escuela.

Debido a que el universo es pequeño, el trabajo se llevará a cabo con toda la población.

2.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realiza la tabulación de la información obtenida mediante el cuestionario aplicado a estudiantes y maestros, la misma que se será ingresada a la hoja de cálculo de Excel para su ordenamiento, cálculo de resultados y representación gráfica de los mismos.

2.7 IDEA A DEFENDER

El estado psicoemocional influye en el fenómeno cutting de los y las adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. Periodo 2013.

Lo cual podrá ser evidenciado luego de la aplicación de la encuesta y tabulación de resultados, en donde se valora si los adolescentes son parte de familias desestructuradas, o están en contacto en su medio con adolescentes que ya experimentaron el fenómeno del cutting, además de valorar si los maestros participan activamente en la problemática.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 ENCUESTA APLICADA A ESTUDIANTES

TABLA N.° 1

¿Usted vive con?

Opciones	fa	fr
Papá y mamá	23	59
Solo papá	2	5
Solo mamá	7	18
Abuelos	5	13
Otros	2	5
Total	39	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del séptimo año de básica de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

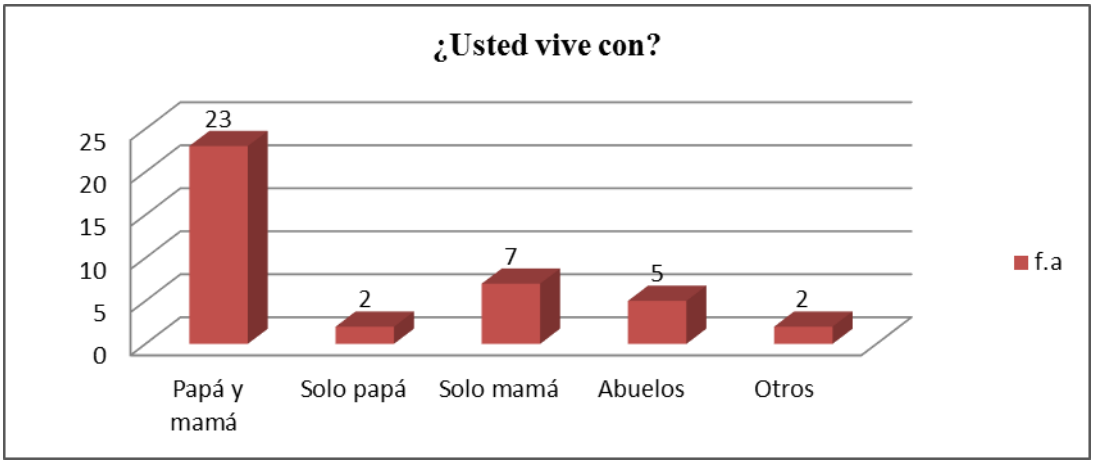


Figura 7
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de10a14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se puede observar que la mayoría de estudiantes vive con su padre y su madre, sin embargo un número significativo de adolescentes son parte de una familia desestructurada, lo cual puede relacionarse como causal de la problemática investigada.

TABLA N.°2

¿Usted prefiere conversar sus problemas a?

Opciones	fa	fr
Familia	13	33
Amigos	17	43
Profesores	1	3
A nadie	8	21
Total	39	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del séptimo año de básica de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

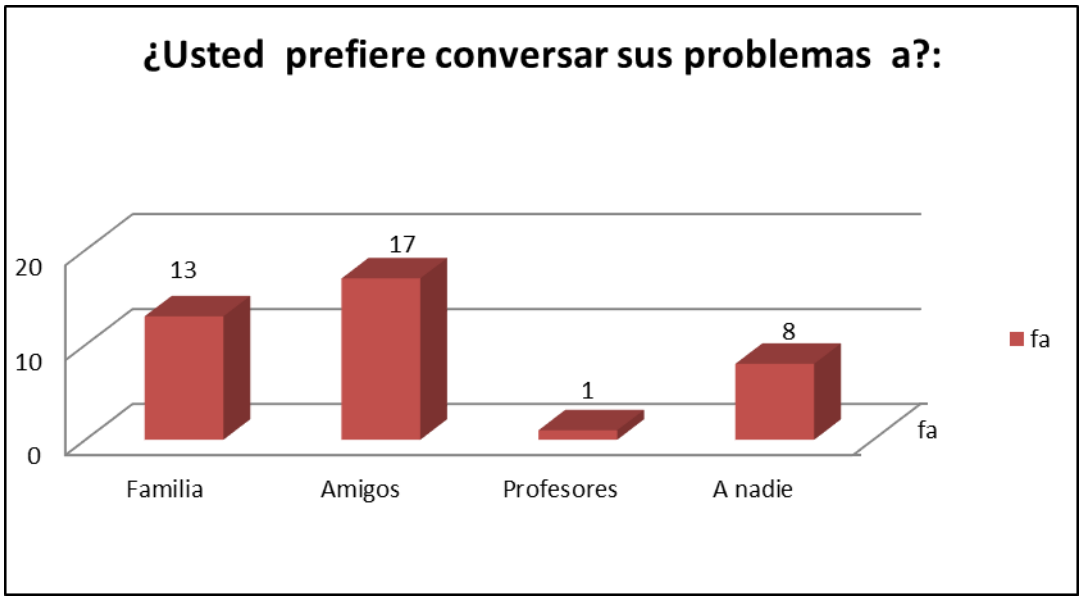


Figura N.°8
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de10a14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Podemos observar que la mayoría de adolescentes prefiere conversar sus problemas con personas extra hogar, dentro de ellos la mayoría a amigos, e incluso algunos prefieren no hablar acerca de sus problemas con nadie, siendo este otro factor influyente en el fenómeno del cutting.

TABLA N.°3

Algunas personas al verse frente a problemas o que pertenecen a un grupo, club, pandilla pueden reaccionar realizándose cortes en su cuerpo. ¿conoce usted a alguien que se realice cortes en el cuerpo (brazos)?

Opciones	f.a	f.r
SI	25	64
NO	14	36
Total	39	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del séptimo año de básica de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

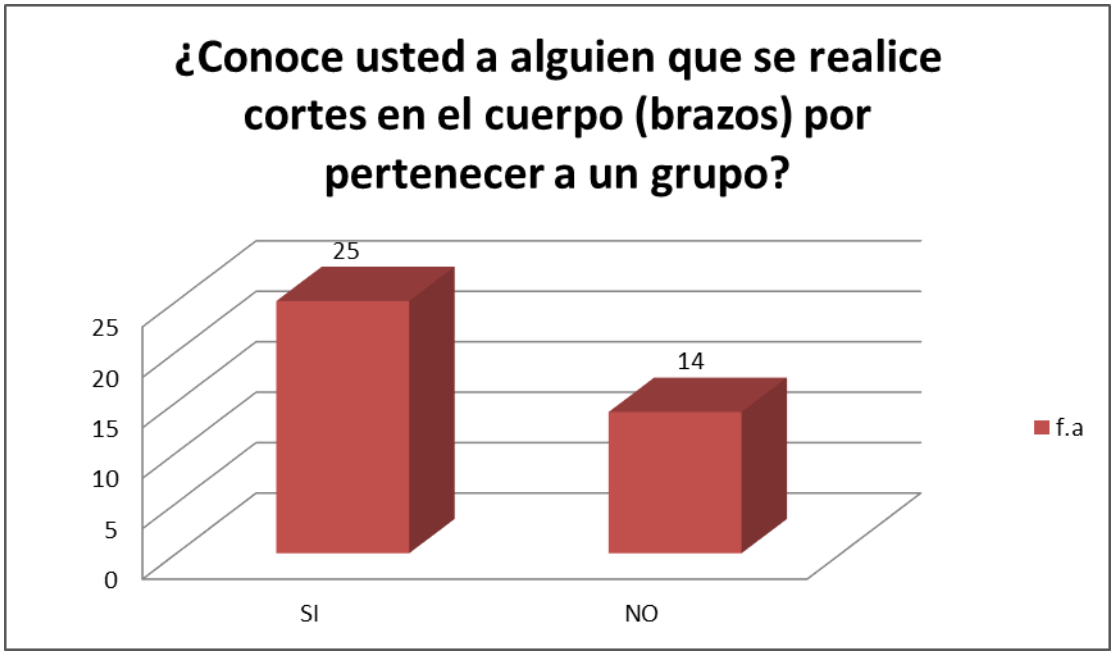


Figura N.°9
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de10a14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- podemos evidenciar que el mayor número de adolescentes conoce a alguna persona de su entorno que se realiza autolesiones, siendo este otro factor identificado como influyente para el problema identificado.

TABLA N.°4

Cuando ha tenido algún problema, ¿ha pensado usted en realizarse cortes en el cuerpo (brazos)?

Opciones	f.a	f.r
SI	10	26
NO	29	74
Total	39	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes a los estudiantes de10 a 14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

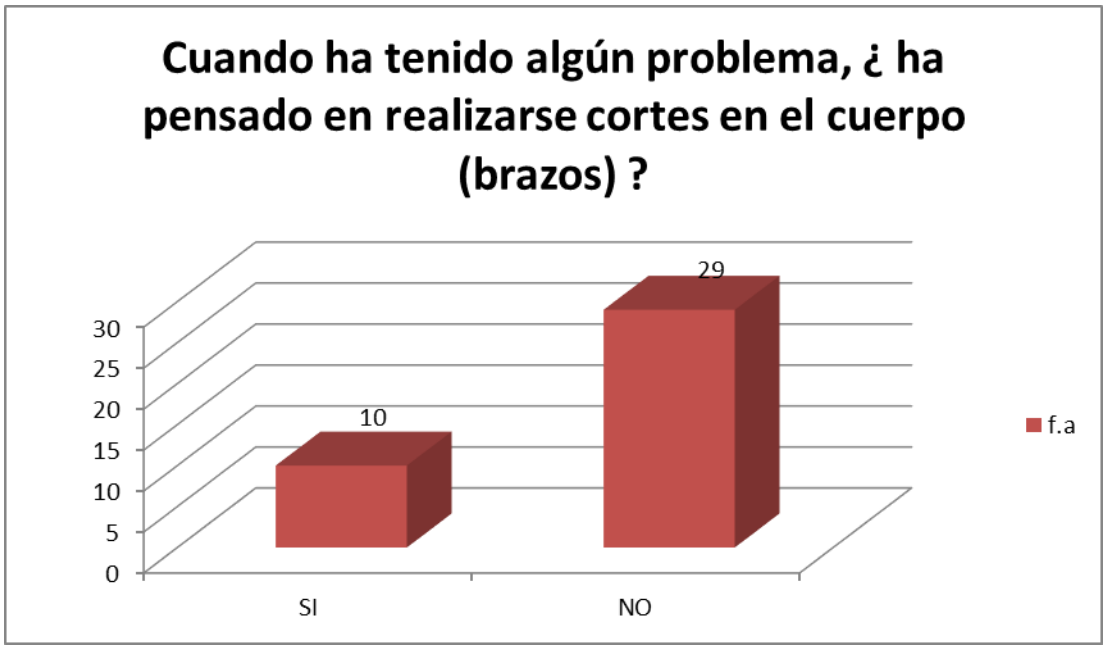


Figura N.° 10
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de10 a 14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- podemos evidenciar que el mayor número de adolescentes no ha pensado en realizarse autolesiones cuando ha tenido algún problema, pero 10 de ellos si han tenido estos pensamientos.

TABLA N.°5

¿Se ha realizado alguna vez cortes en el cuerpo (brazos)?

Opciones	f.a	f.r
SI	5	13
NO	34	87
Total	39	100

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del a los estudiantes de 10 a 14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

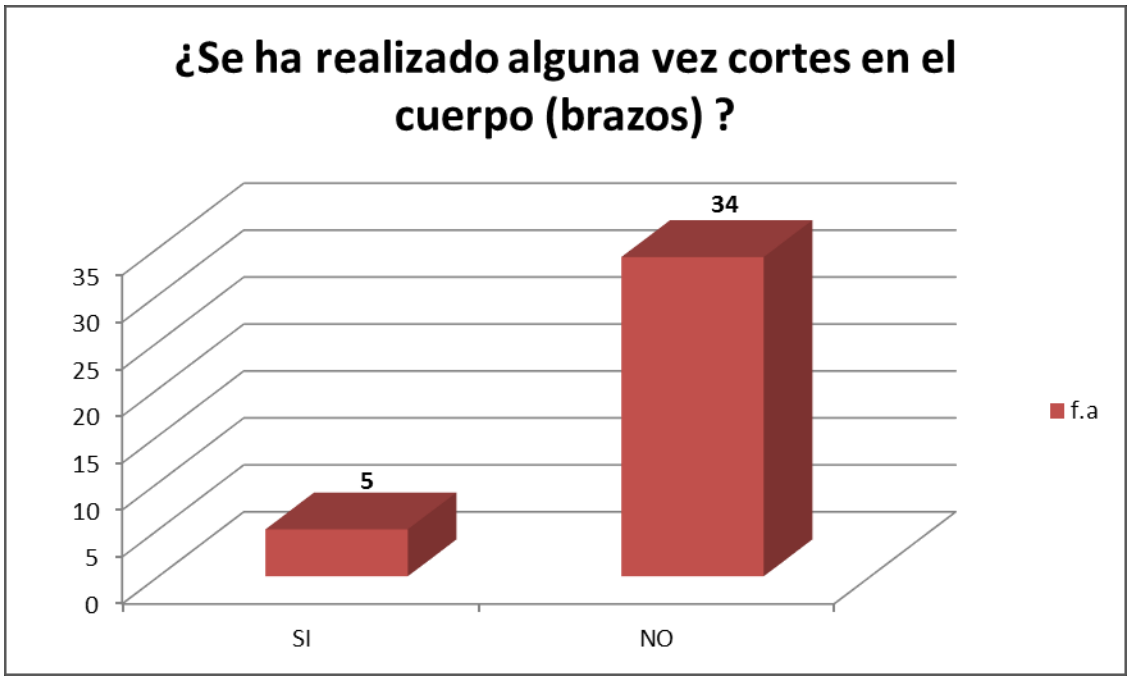


Figura N.° 11
Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes de10 a 14años de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- podemos evidenciar que 5 adolescente ya se han autolesionado hasta el momento, en relación a los 10 adolescentes que ya han tenido pensamientos de este tipo de eventos.

3.2 ENCUESTA APLICADA A MAESTROS

TABLA N.° 6

1. ¿Conversa usted con sus estudiantes acerca de su relación con los familiares?:

Opciones	f.a	f.r
Con todos	0	0
Solo con pocos	3	60
Con nadie	1	20
No hay tiempo	1	20
Total	5	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

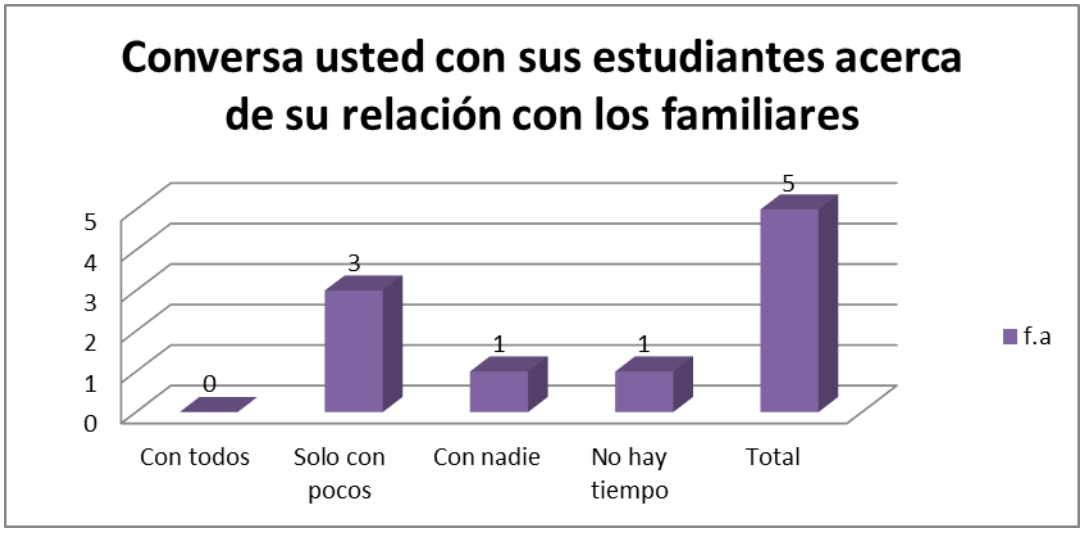


Figura N.°12
Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- según estos datos podemos evidenciar que los 3maestros conversan con pocos estudiantes de su relación con los familiares, mientras que los otros 2 no lo hacen, lo que sería concordante con la problemática encontrada.

TABLA N.° 7

¿Alguno de sus estudiantes ha buscado en usted ayuda ante sus problemas?

Opciones	f.a	f.r
SI	3	60
NO	2	40
Total	5	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

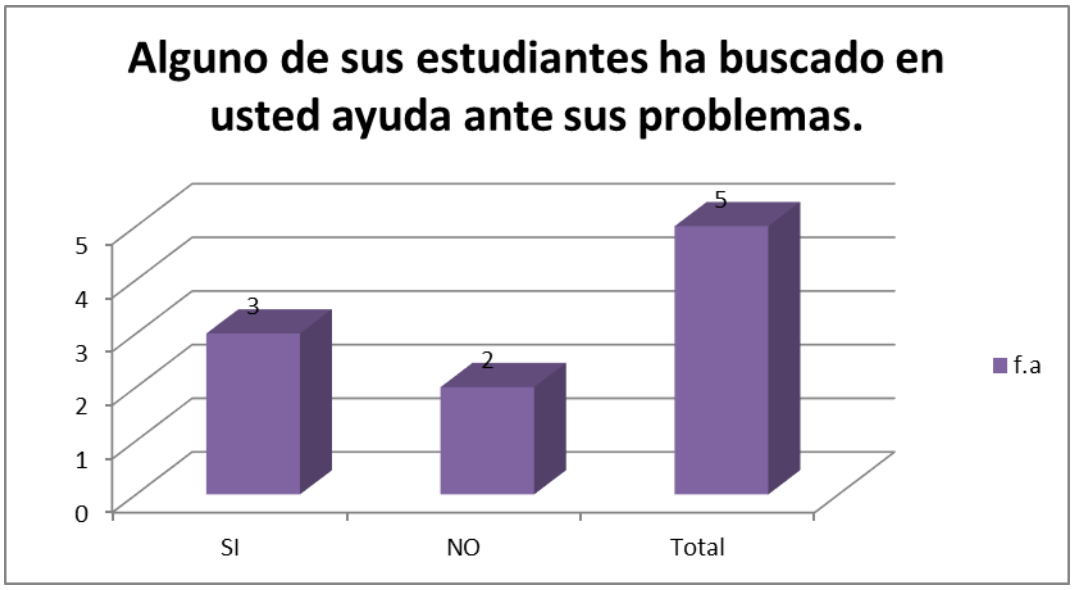


Figura N.°13
Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- según estos datos podemos evidenciar que los 3maestros mencionan que sus estudiantes buscan su apoyo ante problemas, mientras que 2 mencionan que no lo hacen, lo cual podría indicar falta de comunicación y confianza con los adolescentes.

TABLA N.° 8

1. ¿Conoce usted si alguno de sus estudiantes se realiza cortes en su cuerpo (brazos)?

Opciones	f.a	f.r
SI	4	80
NO	1	20
Total	5	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

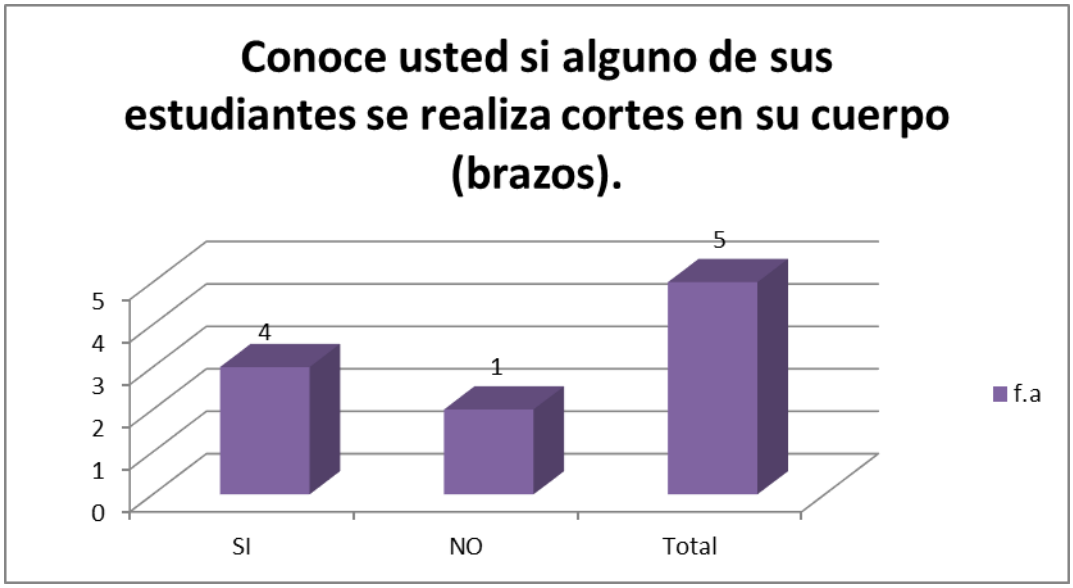


Figura N.°14
Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- según estos datos podemos evidenciar que 4 maestros saben que existe en su institución adolescentes que se autolesionan, por lo que es relevante analizar si han tomado alguna medida ante esta problemática.

TABLA N.° 9

1. Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI, ¿qué a hecho al respecto?

Opciones	f.a	f.r
Conversar con el estudiante	1	25
Conversar con la familia	0	0
No es algo importante	1	25
No a dicho nada para no alarmar	2	50
Total	4	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Bustillos

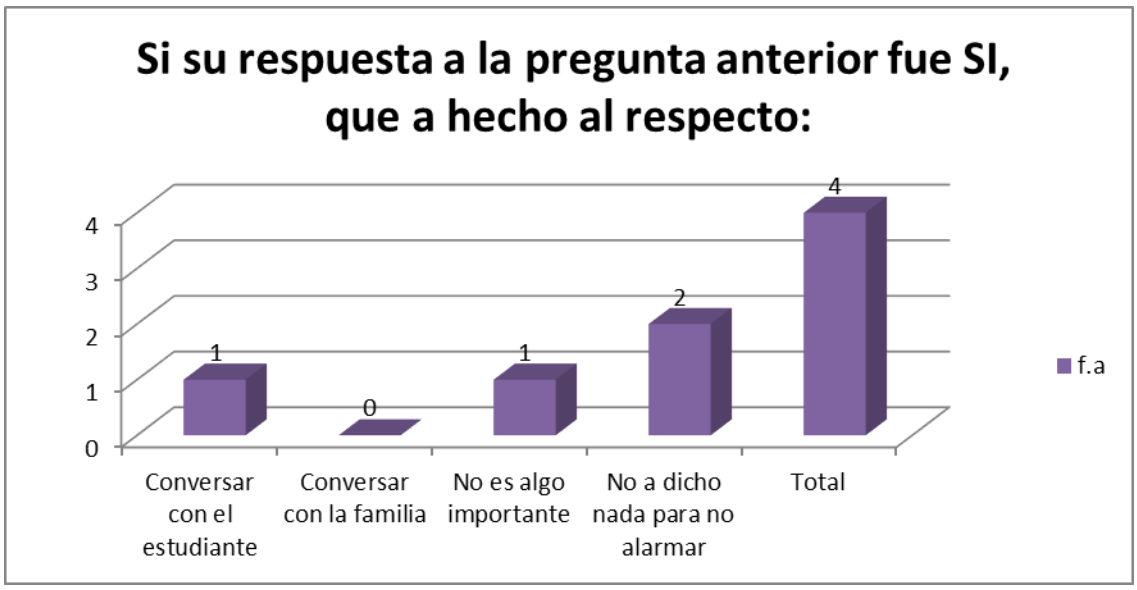


Figura N.°15
Fuente: Encuesta aplicada a los maestros de la Escuela Bartolomé de Las Casas.
Elaborado por: Diana Gissela Bustillos Barragán

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.- según estos datos podemos evidenciar que 1 maestro conversó del tema con el adolescente, mientras que los otros 3 no lo han hecho por no alarmar o porque no consideran al problema como importante, lo cual es un factor contribuyente para que esta problemática incremente, de no darse una atención adecuada al mismo.

3.3 ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN DIRECTA

Se observa directamente a los adolescentes en las visitas realizadas a la institución, en donde se ve que existe un grupo de ellos que frecuentemente comparten tiempo de receso, es evidente el uso de ropa con colores, corte de cabello, accesorios característicos de estereotipos (emo); quienes se comunican poco con los demás compañeros y cuando lo hace es de forma imponente. Cuando sus compañeros los ubican como un grupo que se autolesiona, reaccionan con negándolo y con enojo. Sin embargo se muestran colaboradores con el grupo de salud al momento de dialogar, curar y realizar indicaciones sobre sus heridas en antebrazos, lo que nos deja una puerta abierta hacia el trabajo de apoyo con este grupo vulnerable.

3.4 COMPROBACIÓN DE IDEA A DEFENDER

Luego de los datos estadístico analizados, se comprueba la idea defender, porque pudimos identificar factores que influyen en el estado psicoemocional de los adolescentes teniendo algunos directos, dentro de los cuales podemos mencionar que hay un porcentaje que son parte de una familia desestructurada, además que cuando ellos presentan problemas prefieren conversar sus problemas con personas extra hogar, la mayoría a amigos, e incluso algunos prefieren no hablar acerca de sus problemas con nadie; la mayoría de adolecentes han tenido contacto con alguna persona de su entorno que se realiza autolesiones, pero pese a ello aún el mayor número de adolescentes no ha pensado en realizarse autolesiones cuando ha tenido algún problema, excepto 10 de ellos que si han tenido estos pensamientos, y 5 adolescente ya se han autolesionado hasta el momento.

Otro factor importante es la falta de comunicación y confianza con los maestros ya que no todos dedican tiempo para dialogar con los adolescentes sobre sus problemas, y por tanto no a todos los buscan como guía ante circunstancias adversas, además que ante la realización de autolesiones, aunque ha sido conocido casi por todos los maestros ninguno ha buscado ayuda adecuada ante tal circunstancia. Es por todas estas circunstancias que se evidencia esta problemática en el grupo de adolescentes.

3.5 CONCLUSIONES

Luego de la aplicación de cuestionarios y observación, se establece la relación del estado psicoemocional actual de los adolescentes de la Escuela Bartolomé de las Casas con el fenómeno del cutting identificado, lo que permite el desarrollo de la guía práctica y el proyecto de vinculación con la comunidad que permitirán mejorar el estado psicoemocional de los adolescentes y superar la problemática que atraviesan.

Se identifica la injerencia del estado psicoemocional en el fenómeno cutting; siendo mas afectados 5 adolescentes quienes ya se han autolesionado, y 10 quienes han tenido este tipo de pensamientos además de tener otros factores que los ponen en riesgo de caer en estas conductas.

Se realiza la fundamentación teórica de la relación entre estado psicoemocional y el fenómeno cutting, mediante la búsqueda en libros e internet; lo que respalda teóricamente la base del problema y sus implicaciones en los y las adolescentes en estudio de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. En el período 2013.

Se elabora y presenta el proyecto de vinculación con la colectividad, para la participación activa de padres y maestros de la escuela; que permitan la resiliencia ante el cutting en los adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las Casas. Comunidad Gradas. Cantón Guaranda. Provincia Bolívar. En el período 2013.

3.6 RECOMENDACIONES

Mantener el monitoreo del grupo de adolescentes por parte de maestros, personal de subcentro de salud, lo cual permitirá obtener resultados a largo plazo que brindará a los adolescentes tener una resiliencia verdadera y posibilidades de superación.

Aplicación de proyecto de vinculación con la comunidad, tras la aprobación y dotación del presupuesto necesarios para llevarse a cabo todas las actividades.

BIBLIOGRAFIA

f_1. Libros

American Psychiatric Press. (1996). *Glosario de psiquiatría.* España: Díaz de Santos.

Artiaga, J. (2010). *Educar en la Adolescencia.* Barcelona: GRAHO.

Axiela, e. a. (2007). *Desvelando el Cuerpo, Perspectivas desde las ciencias Sociales y Humanas.* España: Alta Fulla.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescnete.* Madrid: Panamericana.

f_2. Web

Constitución de la República del Ecuador. Ecuador. (2008). Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo

Adolescencia y Salud Integral. Ecuador. MSP. (2007). Disponible en: www.salud.gob.ec

Ley Orgánica de Educacion Superior. Ecuador. (2010): editora nacional. Disponible en:

Reglamento de Vinculación con la Colectividad. (2009). Guaranda- Ecuador. Disponible en: www.ueb.edu.ec

f_3. Revistas científicas

"Protocolo de Autolesiones". (2008). Revista española de Pediatría .

Campo, A. (2008). Comportamiento de riesgo pra la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. Salud Uninorte .

Dartiguelongue, J. (2002). La Adolescencia como tiempo. FADA (Federación Argentina de Adolescencia); .

García, R. (2005). El crepúsculo de la Mente. Revista de la aociación Española de Neuropsiquiatría

Hawton, K. a. (2000). The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide.

INEC. (2011). Anuario de Estadísticas vitales. Ecuador.

Nock, M. (2010). Self-injury. annu. revista chilena Psychology , 341.

Páramo, M. (2011). Factorres de Riesgo y Facores de Protección en la Adolescencia. Revista de Terapia Psicológica .

Ramos, J. (2012). Autoestima y trastornos de la personalidad de lo Lineal a lo Complejo. Revista Clínica y Salud .

Sánchez, S. B. (2006). una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes en un centro de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría .

Shiels MK, e. a. (2009). Self-embedding behavior: a picture is worth a thousanda words. Toronto -Canadá.

Villarroel, J. (2013). conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte:conceptualización y diagnóstico. Chile.

Whitlock, J. (2010). Self-Injurious Behavior in Adolescents.

Whitlock, J. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult populatin. Archives Pediatric Adolecent Medic .

CAPÍTULO IV

4.1 TEMA DE LA GUIA

Al Cutting Córtalo De Raíz

4.2 PRESENTACIÓN

La Guía didáctica, está enfocada a la concienciación con adolescentes, padres de familia, maestros, sobre la importancia de intervenir de manera pertinente en adolescentes que presenten el fenómeno del cutting, lo que permitirá su resiliencia y el beneficio de poder continuar sus planes de vida.

Al ser las conductas autolíticas uno de los principales problemas de salud pública en el contexto mundial, y encontrarse dentro de las diez primeras causas de Morbi-Mortalidad; lo cual puede ser un signo de que los jóvenes de nuestra sociedad actual miran al lesionarse o suicidarse como la única salida a sus problemas.

Desde mediados de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan; sin embargo, un escaso número de estudios se han llevado a cabo hasta mediados de la década de los 90. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, 25.000 jóvenes son atendidos cada año en los servicios de urgencias por estas conductas (Hawton, 2000)

En (INEC, 2011) explica que la muerte debida a lesiones autoinflingidas fué la décimo séptima causa de mortalidad general.

Todo lo anteriormente expuesto guardaría mucha relación con el hecho de que adolescentes de la Escuela Bartolomé de Las Casas en un porcentaje considerable presentan varios factores de riesgo como ser parte de hogar desestructurados, no tienen la suficiente confianza en sus familiares ni maestros para compartir su problemas, además que ya se hallan en contacto con personas que se han autolesionado, y no saben manejar ni expresar adecuadamente sus emociones, han llegado a la realización de autolesiones como manifestación de sentimientos, miedos

guardados. Todo ello es consecuencia del acceso libre a información sobre diferentes estereotipos, y adopción de los mismos, al existir un incipiente control en el hogar, las dudas de los y las adolescentes no pueden ser resueltas, y más aún con el deficiente involucramiento del maestro en la estabilidad psicoemocional de los adolescentes.

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 Objetivo general :

Brindar la capacitación y apoyo psicológico a adolescentes quienes atraviesan el fenómeno del cutting, para lograr su estabilidad psicoemocional, dirigida a adolescentes, maestros y familia de la Escuela Bartolomé de las Casas

4.3.2 Objetivos Específicos

- Concienciar junto a padres de familia de adolescentes sobre importancia de su relación familiar, mediante el diálogo y asesoría adecuada; para conseguir una adecuada comunicación intrafamiliar.
- Educar a los adolescentes acerca de la importancia de la inteligencia emocional, mediante intervenciones educativas, para fomentar la superación adecuada de conflictos.
- Sensibilizar acerca de información adquirida libremente sobre diferentes estereotipos sociales, mediante el fortalecimiento de la cultura autóctona; para evitar el compromiso del bienestar físico y emocional.
- Desarrollar estrategias educativas para el involucramiento de maestros en la salud psicoemocional de los y las adolescentes, mediante discusión en una mesa redonda; para lograr una relación comunicativa y fiable con los estudiantes

4.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA GUÍA

Teorías de las autolesiones

Dentro de la teoría cognitivo-conductual, Favazza define estas conductas autodestructivas como una forma de afrontamiento que sirve para regular el afecto, reducir tensiones o acabar con un episodio disociativo.

Favazza ha elaborado la llamada «Hipótesis del escape» para tratar de explicar algunas conductas como las autodestructivas, los atracones de comida, el consumo de tóxicos y los intentos de suicidio «en cortocircuito». Según este autor, estas personas encuentran muy aversiva la conciencia de sí mismas y buscan escapar de ella. Estas conductas responderían a un deseo de escapar a la autoconciencia. Durante esos episodios se produce un salto o estrechamiento cognitivo: se focaliza la atención solo en las sensaciones corporales inmediatas, no dejando así espacio en el campo de la conciencia para pensamientos intrusivos, sentimientos de culpa. El modelo tiene particular importancia puesto que en él se basa el único tratamiento específico que existe para estas conductas: el programa SAFE, que se aplica en Berwyn, Illinois. También han demostrado su eficacia en la reducción de este tipo de conductas autolesivas la terapia dialéctico-conductual de Marsha Linehan, Terapia focalizada en la transferencia (llevada a cabo en la Universidad de Cornell, liderada
por Otto Kernberg) y la terapia que Bateman y Fonagy llevan a cabo en el Hospital de Día de Halliwick (Reino Unido). (García, 2005)

4.5 CONTENIDO DE LA GUÍA

4.5.1 Bloque1: Diagnóstico de las autolesiones

4.5.1.1. Características Clínicas de las Autolesiones.

Las auto-lesiones se describe a través de prácticamente todos los estudios, como cortes en uno mismo con un instrumento afilados como un cuchillo, una navaja,

vidrios, que en la mayoría de casos se producen en los brazos, las piernas y el estómago. (Nock, 2010)

Se reporta también el uso de múltiples métodos de auto- lesiones como rayar o raspar la piel hasta que sangra, quemar la piel, y la inserción de objetos debajo de la superficie de la piel, que en algunos casos, dichos objetos se dejaron allí y en última instancia han tenido que ser extraídos a través de intervenciones quirúrgicas.[9] (Shiels MK, 2009)

Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades. (Villarroel, 2013)

Las diferentes características de autolesiones como veremos más adelante obedecen a una clasificación de acuerdo a la causalidad, motivaciones para realizarse las mismas.

La consecuencia negativa más evidente de la auto-lesión es el daño físico que conlleva; sin embargo, paradójicamente, la mayoría de auto- causantes dicen sentir poco o ningún dolor durante episodios de este comportamiento (Favazza 1996, Nock y Prinstein 2004). Esto es sorprendente, ya que causarse cortes, quemaduras o dañar de otro modo el propio cuerpo parece ser un muy dolorosa evento, sin embargo, esta disminución de sensibilidad al dolor se ha confirmado en múltiples estudios caso - control en los que en relación con controles sin autolesiones, los que tienen un historial de autolesiones presentan menos sensibilidad al dolor y los umbrales más altos para varios tipos de dolor (por ejemplo, presión, térmica) (Bohus et al. 2000, Kemperman et. Al 1997, Russ et al. 1999). (Nock, 2010)

Cuando las auto-lesiones son en la cara, los ojos, el cuello en el región yugular, los senos o genitales, por ejemplo, puede ser clínicamente indicativo de mayor

perturbación psicológica que cuando las lesiones son infligidas en otros lugares. (Whitlock, Self-Injurious Behavior in Adolescents, 2010)

4.5.1.2. Clasificación de las formas de presentación clínica

Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza en 1995:

4.5.1.2. 1. Conductas autolesivas mayores:
Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75% ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico[19]. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, transexualismo y trastornos de personalidad severos.

4.5.1.2.2. Conductas autolesivas estereotipadas:
Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

4.5.1.2. 3. Conductas autolesivas compulsivas:
Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis.

4.5.1.2. 4. Conductas autolesivas impulsivas:

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonía, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión.

En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo. Es más común en mujeres, comienza en la pre adolescencia, pero también puede observarse en el período de latencia y en preescolares. Persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este tipo de autoagresiones se asocia a trastornos de personalidad del Cluster B, a trastorno por estrés postraumático, a trastornos disociativos y a trastornos de la conducta alimentaria. (Villarroel, 2013).

Según esta clasificación presentada por Simeon y Favazza y al analizar nuestro problema motivo de investigación, la descripción de conductas autolesivas impulsivas es la más se aproxima a esta realidad identificada.

Según (Whitlock, Self-Injurious Behavior in Adolescents, 2010), Las autolesiones pueden descomponerse en 3 categorías: 1. Psicológica, la autolesión alivia la angustia y para que al adolescente se le preste atención y para conseguir un tipo de energía que involucra lo social y lo biológico; 2.- Social involucra lo intrapersonal es la regulación emocional mientras q la interpersonal es adaptarse al medio; 3.- Biológico en donde cabe la regulación endógena de opioides, los mismos que pueden estar disminuidos por antecedentes de la infancia de abuso sexual, trastornos de alimentación, estrés postraumático, abuso de sustancias, personalidad con conductas de riesgos, depresión, ansiedad. Sin embargo el 44 % de personas que se auto lesionan no se ha visto con morbilidad clínica.

4.5.1.3. Complicaciones de las autolesiones

Riesgo inmediato de infección: las heridas abiertas deben ser evaluados para descartar infección, incluso en los casos en que las heridas se curan, además es importante la asesoría sobre el cuidado de las heridas. Lo que es particularmente importante, ya que un sinnúmero de personas con NSSI indica que infligen heridas de la gravedad no deseado. En general, la frecuencia de NSSI en combinación con el número de métodos utilizados y la probabilidad de que los métodos utilizada provocará daños graves en los tejidos

Es decir, el corte, la quema, la rotura del hueso, es directa y positivamente correlacionada con riesgo de otros resultados adversos, comportamientos tales como relacionados con el suicidio y malestar psicológico global. Existe alta probabilidad de casos de gravedad cuando ha habido lesiones en los últimos 6 meses, el uso de múltiples formas de provocarse daño tisular, requieren una valoración exhaustiva en quienes si la ayuda terapéutica es inadecuada necesitarán derivación a especialidad. (Whitlock, 2010)

4.5.1.4. Evaluación Psicológica De Adolescentes

Evaluación psicológica es la disciplina de la psicología que estudia científicamente el comportamiento de un sujeto con el fin de describir, clasifica, predecir, explicar o controlar la conducta. A diferencia de la psicología en general, ésta se centra en un sujeto como ente individual y no busca leyes generales. Su objetivo es verificar si los principios generales que la psicología establece en sus especialidades se manifiestan en un individuo. Esto se realiza a través de una toma de decisiones en el que se emplean una serie de dispositivos, como los test (según señalan Anastasi y Urbina -1998- son la medida objetiva y estándar de una muestra de comportamiento) y otras técnicas de medida, para evaluar los aspectos positivos y las patológicos.

Asimismo, ayudan a formular un diagnóstico, en el que se reflejan la comorbilidad, el grado de desarrollo adaptativo del niño y sus puntos fuertes y débiles.
La evaluación psicológica tiene cuatro pilares básicos:

5. Pruebas con referencia a la norma
6. Entrevistas
7. Observación
8. Evaluación informal

Que se complementan entre sí, y forman una base sólida para la toma de decisiones acerca de los niños. Sin embargo en esta evaluación siempre hay que tener presente el proceso de desarrollo del niño, tanto si se trata de una evaluación formal como informal.

a. El proceso de evaluación

El proceso de evaluación nunca debe enfocarse de manera exclusiva en una puntuación de prueba o en número. La evaluación psicológica implica mucho mas que la mera obtención de los resultados de las pruebas. Cada niño tiene un variedad

de capacidades que puede evaluarse tanto por medios cualitativos como cuantitativos. La meta es valorar las capacidades y las limitaciones del niño: por lo tanto, no debe centrarse únicamente en las debilidades. La evaluación implica el desarrollo de las preguntas del test, la elección de lo materiales, la administración, la interpretación de los resultados y por último la formulación del caso y las recomendaciones.

Según Sattler, los principios fundamentales para el uso de las pruebas clínicas psicoeducativas son los siguientes:

- Las pruebas son muestra de conducta
- Las pruebas no revelan de manera directa los rasgos, y capacidades, pero pueden permitir que se hagan inferencias acerca de la persona evaluada
- Las pruebas deben tener una adecuada confiabilidad y validez.
- Las puntuaciones de la prueba y otras ejecuciones pueden verse afectadas por estado temporales de fatiga, ansiedad, estrés o daño cerebral.
- Los resultados deben interpretarse a la luz de los antecedentes culturales del niño, de la lengua materna y cualquier otra condición limitante.
- Los resultado también dependen de la cooperación y motivación del evaluado
- Las pruebas que intentan medir la misma capacidad pueden producir diferentes puntuaciones.
- Los resultados deben interpretarse en relación con otros datos conductuales y con la información de la historia clínica, nunca de un modo aislado.

4.5.1.5. Valoración Emocional

Los niños y adolescentes al igual que lo adultos sufren con las exigencias, las tensiones y los conflictos de la vida diaria, Por ello, es importante tener en cuenta aspectos en toda la evaluación psicológica. Para valorar el aspecto emocional, además de la entrevista con el niño/ adolescente, de la información que aportan la familia, profesores, etcétera y de la observación que realiza el evaluador, existen una serie de escalas:

CDS, escala de depresión para niños (Lang et al):

-se aplica entre 8 a 16 años

- se obtiene dos dimensiones: total depresivo, total positivo

CAS, cuestionario de ansiedad infantil

- Edad de aplicación: 6 a 8 años (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 2010)

4.5.2 Bloque 2 : Manejo de las autolesiones

4.5.2.1 ¿Cuál es la terapia más apropiada ante las conductas autolesivas?

Aunque los especialistas en tratamiento NSSI puede ofrecer consejos basados en la experiencia, pocos estudios que realmente ponen a prueba estrategias de tratamiento se han llevado a cabo. En una revisión sistemática de 23 ensayos controlados aleatorios relacionada con autolesión (Reino Unido- que incluye NSSI y suicidio relacionado con trastornos del comportamiento), concluyó que el enfoque más prometedor es incluir la terapia de resolución de problemas, provisión de contacto del servicio de emergencia con terapia psicológica a largo plazo además de terapia y depósito flupentixol (para las personas con repetir la experiencia de auto-lesiones a repetición). Sin embargo, que el conocimiento actual es insuficientes y más pruebas son muy necesarias.

En una revisión sistemática de Estrategias de tratamiento NSSI-específicos, Muehlenkamp concluye que enfoques utilizando terapia cognitivo-conductual en gran medida (CBT) puede resultar eficaz en el tratamiento de NSSI, debido al tiempo-afrontamiento limitado y estructurado.

La terapia conductual dialéctica como la candidato mas prometedora sugiere que, aunque ambos pueden ser eficaces bajo las condiciones de tratamiento adecuadas, ninguno de ellos ha surgido como eficaz en el estudio limitado. Aunque la terapia

dialéctico usada con éxito significativo tiene límite en pacientes con trastornos de personalidad asociado con el suicidio y así como NSSI. (Whitlock, Self-Injurious Behavior in Adolescents, 2010)

4.5.2.2 Medidas en unidades educativas : ¿Cómo ayudar a los adolescentes en la escuela?

En el proceso de educación y desarrollo de los adolescentes, es de gran importancia para ellos tener el contacto, guía por parte de los maestros de las instituciones educativas.

Un tutor o tutora de adolescentes es un profesional de la escuela que tiene como encargo ocuparse de manera singularizada de un grupo de alumnos. Eso significa que tiene una preocupación personalizada de cada uno de ellos (para él, o ella, diferente de la de otros; preocupación por su situación puntual y por su itinerario). A la vez, significa que cada uno de sus estudiantes le tiene como referencia personal. Sabe que de entrada tiene el encargo de ocuparse de él o ella, que puede recurrir a él y que tendrá que discutir, planificar, pactar con él o ella qué hace con su vida escolar.

No puede haber estudiantado sin tutor. No puede haber profesorado sin saber quién se ocupa del estudiante que en un determinado momento le preocupa. Aunque sea complejo hacerlo, no es imposible. Aunque parezca que se trata de una actividad escolar mas, es una de las claves del funcionamiento de la escuela.

Una propuesta de tutoría que acompaña sólo es posible, por supuesto, si es número de estudiantes de los que somos responsables de manera intensiva es reducido (nunca los treinta estudiantes de una clase). Por eso, una de las formas razonables de organización de la tutoría es que el estudiantado de una clase comparta más de un tutor (lo que en la literatura pedagógica suele designarse como tutoría compartida).

Se trata, en definitiva, de conseguir que cada tutor sea responsable como máximo de una quincena de estudiantes.

Por lo antes escrito, no significa que el tutor deba ocuparse de la totalidad de la vida de los adolescentes. No se puede empezar por transmitir al estudiantado que no queremos saber nada de muchas cosas de su vida. Es difícil que se construya una relación de confianza con el establecimiento de barreras previas. Serán ellos y ellas quienes establecerán los límites sobre en qué parte y en qué momento de sus vidas nos dejan entrar para influir, ayudarles o ayudarles a buscar ayuda.

No se construye con una hora aislada de tutoría, ni con citas de despacho. La organización es clave pedagógica de los horarios, de integración de materias en áreas de conocimiento, el trabajo de proyectos, el aprendizaje cooperativo; no son solo algunas de las herramientas para conseguir una buena escuela adolescente. Son algunas de las claves estructurales para generar presencia que facilite la construcción de relaciones que permitan el establecimiento de la confianza y del acompañamiento. Se trata de hacer posible el estar presentes en bastantes momentos y en diferentes situaciones. De ninguna manera se puede tratar de la relación en una simple hora de aprendizaje de una asignatura. Es así que para tan importante tarea se requiere de un buen profesor, como detalla el siguiente cuadro: (Artiaga, 2010).

EL BUEN PROFE ES UN BUEN "EXPLICADOR"

GENERA INTERÉS Y ATENCIÓN	Sabe atraer la atención de los alumnos para que no se distraigan Te hace tener interés por la materia
TIENE HABILIDADES	Sabe curiosidades sobre la asignatura Ensena con trucos para no aburrir a la clase. Hace esquemas en la pizarra. Repite tantas veces como haga falta. Si no le entiendes te explica de otra manera. Hace salir a los alumnos a la pizarra. Pone ejemplos de la realidad. Hace buenos resúmenes
CUESTIÓN DELENGUAJE Y COMUNICACIÓN	Te lo dice claro, no se enrolla. No repite lo mismo que el libro. No es un palo. Es agradable de escuchar.
ES PROFESIONAL	Cuando pone ejercicios los corrige y sabe los que ha hecho en las clases anteriores. Prepara las Clases Se interesa en las clases, vez que pone interés de su parte. Si debe quedarse un hora para ensenar se queda. Se divierte explicando.
HACE DISFRUTAR	Hace que las clases sean divertidas Ensena de forma que los alumnos disfruten.
CLARO Y COHERENTE	Si no lo entiendes te lo explica de otra manera. Sabe resolver las dudas que le preguntas. Sabe explicar y razonar con coherencia.
SE EXPLICA	Entiendes lo que dice. Cuando sales de clase tienes una idea de lo que ha dicho.

Figura N° 4. Buen profe es un buen explicador
Fuente: Educar en la Adolescencia Artiaga, 2010

4.6 OPERATIVIDAD Y CRONOGRAMA					
OBJETIVOS/ ACTIVIDADES Y SUBACTIVIDADES	**TIEMPO ESTIMADO**			**RESPONSABLES**	**BENEFICIARIOS**
	DESDE	**HASTA**	**NO DE HORAS**		
OBJETIVO 1: Concienciar junto a padres de familia de adolescentes sobre importancia de su relación familiar, mediante el diálogo y asesoría adecuada; para conseguir una adecuada comunicación intrafamiliar					Padres de familia y adolescentes
Actividad 1.1 Trabajar con la Directiva y elaborar una acta de responsabilidad entre participantes del proyecto	17/11/13.	17/11/13.	4 horas.	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda. Maestros Padres de familia Personal SCSVinchoa	
Actividad 1.2 Mesa redonda con los Familiares **Subactividad 1.2.1** Terapia psicológica.	18/11/2013	18/11/2013	8 horas	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda Psicólogo externo	

OBJETIVO 2. Educar a los adolescentes acerca de la importancia de la inteligencia emocional, mediante intervenciones educativas, para fomentar la superación adecuada de conflictos.					Adolescentes
Actividad 2.1 Presentación del proyecto de vinculación. **Subactividad 2.1.1** Representar en colage plan de vida por cada estudiante. (en casa)	05/10/13. 15 /11/13 16 /11/13	05/10/13 15/11/13 16 /11/13	3 horas 3 horas cada día (8h)	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda Maestros Padres de Familia	
Actividad 2.2 Visitas domiciliarias a los Adolescentes en riesgo .	10/12/13 11/12/13 12/12/13 13/12/13	10/12/13 11/12/13 12/12/13 13/12/13	6horas cada día (36h)	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda Personal SCS Vinchoa	

	14/12/13 15/12/13	14/12/13 15/12/13			
Actividad 2.3 Organización y presentación de Casa Abierta: inteligencia emocional.	08/01/14	23/01/14	8 horas cada día (126 horas)	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda. Maestros Padres de familia	
OBJETIVO 3 Sensibilizar acerca de información adquirida libremente sobre diferentes estereotipos sociales, mediante el fortalecimiento de la cultura autóctona; para evitar el compromiso del bienestar físico y emocional.					Adolescentes y comunidad

Actividad 3.1 Socialización de fenómeno cutting a los adolescentes de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Rumiñahui. **Subactividad 3.1.1** Terapia Psicológica: análisis de plan de vida	2/01/14 3/01/14 4/01/14 6/01/14	2/01/14 3/01/14 4/01/14 6/01/14	8 horas cada día (24hras) 2 horas	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda Maestros Psicólogo externo	
OBJETIVO 4 Desarrollar estrategias educativas para el involucramiento de maestros en la salud psicoemocional de los y las adolescentes, mediante discusión en una mesa redonda; para lograr una relación comunicativa y fiable con los estudiantes					Adolescentes, maestros, comunidad en general.

Actividad 4.1 Talleres prácticos para los profesores.	21/11/13	22/11/2013	8 horas cada día (16 horas)	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda	
Actividad 4.2 Convivencia Espiritual de los maestros y Adolescentes que forman parte del proyecto.	7/12/13	8/12/13	48 horas.	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda Maestros	
Subactividad 4.2.1 Actividades de Recreación.(mini campeonato, bailo terapia(todos los días 2 horas), concursos de juegos populares.	15/11/2013 17/11/13. 18/11/13 21/11/13 29/11/13 6/12/13 7/12/13 13/12/13	15/12/13.	2 horas c/día (18 horas).	Md. Bustillos Diana Grupo APS Guaranda Maestros	
TOTAL			280		

ANEXOS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

ENCUESTA DIRIGIDA A ESTUDIANTES

I. OBJETIVO

Estimados estudiantes la presente encuesta tiene por finalidad recabar información relevante acerca de los problemas psicológicos y emocionales que pueden padecer los adolescentes, lo cual nos llevaría a esclarecer si es la causa para realizarse autolesiones, cortes en su cuerpo.

II. INSTRUCCIONES

Por favor responda una x en la respuesta que usted considere es cierta.

III. CUESTIONARIO

1. **Usted vive con:**
   a. Papá y mamá ( )
   b. Solo papá ( )
   c. Solo mamá ( )
   d. Abuelos ( )
   e. Otros ( )

2. **Usted prefiere conversar sus problemas con:**
   a. Familia ( )
   b. Amigos ( )
   c. Profesores ( )
   d. A nadie ( )

3. **Algunas personas al verse frente a problemas o que pertenecen a un grupo, club, pandilla pueden reaccionar realizándose cortes en su cuerpo. ¿Conoce usted a alguien que se realice cortes en el cuerpo (brazos)?**

   SI ( )
   NO ( )

4. **Cuando ha tenido algún problema ha pensado usted en realizarse cortes en el cuerpo (brazos)**

   SI ( )
   NO ( )

5. **Se ha realizado alguna vez cortes en el cuerpo (brazos).**

   SI ( )
   NO ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

ENCUESTA DIRIGIDA A MAESTROS

IV. OBJETIVO

Estimados maestros la presente encuesta tiene por finalidad recabar información relevante acerca de los problemas psicológicos y emocionales que pueden padecer los adolescentes, lo cual nos llevaría a esclarecer si es la causa para realizarse autolesiones, cortes en su cuerpo.

V. INSTRUCCIONES

Por favor responda una x en la respuesta que usted considere es cierta.

VI. CUESTIONARIO

1. **Conversa usted con sus estudiantes acerca de su relación con los familiares:**
   a. Con todos ( )
   b. Solo con pocos ( )
   c. Con nadie ( )
   d. No hay tiempo ( )

2. **Alguno de sus estudiantes ha buscado en usted ayuda ante sus problemas.**
   a. SI ( )
   b. NO ( )

3. Conoce usted si alguno de sus estudiantes se realiza cortes en su cuerpo (brazos).

a. SI ( )
b. NO ( )

4. Si su respuesta a la pregunta anterior fue SI, que a hecho al respecto:

a. Conversar con el estudiante ( )

b. Conversar con la familia ( )

c. no es algo importante ( )

d. No a dicho nada para no alarmar ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FOTOGRAFIAS



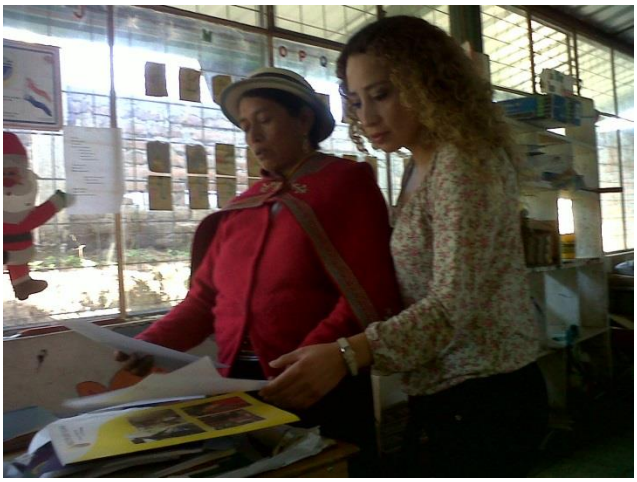
21 de marzo de 2013: actividades con estudiantes de la Escuela Bartolomé de las Casas e inicio de controles médicos con personal de SCS Vinchoa.



7 de mayo de 2013: identificación De lesiones en control médico a estudiantes.



5 de noviembre de 2013: socialización para aplicación de encuestas con la directora de la Escuela Bartolomé de las Casas







5 de noviembre de 2013: socialización para aplicación de encuestas con estudiantes y maestros de la escuela Bartolomé de las Casas.

