



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEPRESIÓN Y CONDUCTAS
AUTOLESIVAS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO
DE LA UNIDAD EDUCATIVA 5 DE AGOSTO DE ESMERALDAS”**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General
de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de
Investigación**

Autor:

Jennifer Cecilia Cervantes Chalá

Tutor:

Ps.Cl. Daniel Gil-Fortoul Bucheli

Ambato – Ecuador

2020



**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL; Y,
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Yo, Jennifer Cecilia Cervantes Chalá declaro ser autora del Trabajo de Titulación con el nombre “Estudio Comparativo de la Depresión y Conductas Autolesivas de los y las Adolescentes de Bachillerato de la Unidad Educativa 5 de Agosto de Esmeraldas”, como requisito para optar al grado de Psicólogo General y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los días del mes de Julio de 2020, firmo conforme:

Autor: Jennifer Cecilia Cervantes Chalá

Firma: 

Número de Cédula: 100207489-4

Dirección: Pichincha – Quito

Correo Electrónico: jennifercervantes@hotmail.com

Teléfono: 0998725152

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEPRESIÓN Y LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA 5 DE AGOSTO DE ESMERALDAS” presentado por Jennifer Cecilia Cervantes Chalá, para optar por el Título de Psicólogo General.

CERTIFICO

Que dicho trabajo de investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Ambato,de Julio del 2020

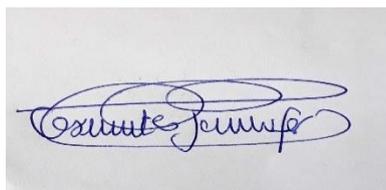


Ps.Cl. José Daniel Gil-Fortoul Bucheli

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requerimiento previo para la obtención del Título de Psicólogo General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor.

Ambato de Julio del 2020

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is cursive and appears to read 'Jennifer Cecilia Cervantes Chalá'.

Jennifer Cecilia Cervantes Chalá
1002074894

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Titulación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación “**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA 5 DE AGOSTO DE ESMERALDAS**” presentado por Jennifer Cecilia Cervantes Chalá, para optar por el Título Psicólogo General” previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del trabajo de titulación.

Ambato, de Julio del 2020

.....
Dra. Norma Dalinda Escobar Parra
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

.....
Dr. Fernando Renato Betancourt Ulloa
VOCAL

.....
Ps.Cl.Maria Augusta López Loyola
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por permitirme llegar a cumplir con mi meta, a mis padres en especial a mi madre ROSY, que siempre estuvo ahí con sus palabras de aliento, sigue adelante yo confié en ti tú has sido mi pilar más importante durante toda mi carrera con su amor entrega, paciencia, principios y valores que me han inculcado que eso me han permitido llegar a ser una profesional. A mi hermana Beky, mis sobrinos; Maya y Liam; a mi segunda madre Faby que han sido pacientes y con todo su amor me han demostrado que vale la pena perseguir nuestros sueños a pesar de los sacrificios.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, a mi padre Isafás a Pietro y la institución que me abrió sus puertas para poder culminar mi carrera, en especial a la Decana y Vicedecana de la facultad de Ciencias Humanas y de la Salud sede Ambato, palabras no se desanimen cuando se den cuenta a estarán terminando la carrera y así fue, a mis docentes y tutor que con sus conocimientos y guía permitieron culminar con éxito mis estudios.

CONTENIDO

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL; Y, PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE IMÁGENES	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
Contextualización	3
ANTECEDENTES	6
Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica	8
Fundamentaciones	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos:	10
DEPRESIÓN	11
Prevalencia	12
Factores de riesgo	13
Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.....	13
Criterios diagnósticos Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.....	14
F32: Episodio depresivo	15

F33: Trastorno depresivo recurrente:	16
Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, según el DSM-IV-TR	18
Presentación clínica de la Depresión Mayor	19
La depresión en la adolescencia	20
Síntomas presentes en la adolescencia	21
El diagnóstico en adolescentes	23
Factores protectores para adolescentes.....	24
Tratamiento.....	25
CONDUCTAS AUTOLESIVAS	27
Adolescencia.....	28
Prevalencia de la conducta autolítica vs la conducta autolesiva.....	29
Activadores de la conducta autolesivas sin intención suicida	31
Psicopatología de la conducta auto lesiva	33
Tipos de conductas auto lesivas.....	35
La prevención de la conducta suicida.....	37
CAPITULO II.....	40
METODOLOGÍA.....	40
Diseño del trabajo.....	40
Población	41
Instrumentos de investigación	42
Validación del cuestionario en la población investigada.....	43
Procedimientos para obtención y análisis de datos.....	45
Análisis de datos.....	45
Actividades	45
CAPITULO III.....	46
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	47
Depresión en adolescentes del bachillerato	47
Conducta Auto lesiva en adolescentes del bachillerato	48
ANÁLISIS COMPARATIVO.....	51
CAPÍTULO IV	53
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES	54
DISCUSIÓN.....	55
CAPITULO V.....	57
JUSTIFICACIÓN.....	58
OBJETIVO GENERAL	58

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA	59
ARGUMENTACIÓN TEÓRICA.....	59
DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA.....	61
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población estudiantil	41
Tabla 2 Análisis de Fiabilidad.....	43
Tabla 3 Procesamiento de los casos	44
Tabla 4 Estadísticos de fiabilidad.....	44
Tabla 5 Estadísticos de fiabilidad.....	45
Tabla 6 Niveles de Depresión de los adolescentes	47
Tabla 7 Sub dimensiones de conducta autolesiva	48
Tabla 8 Correlaciones de Pearson	49
Tabla 9 Prueba T de muestras independientes	50
Tabla 10 Sub dimensiones de conducta autolesiva	51
Tabla 11 Prueba T de muestras independientes	52
Tabla 12 Prueba T de muestras independientes	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Estudiantes 274	Error! Bookmark not defined.
Gráfico 2 Distribución de tipos de depresión	Error! Bookmark not defined.
Gráfico 3 Sub dimensiones de conducta autolesiva	Error! Bookmark not defined.
Gráfico 4 Sub dimensiones de conducta autolesiva	49

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 Estudiantes de 2do año de bachillerato informática de la unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas sección diurna.....	93
Imagen 2 Estudiantes de primer año de bachillerato contabilidad de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas sección Diurna.....	94
Imagen 3 Estudiantes de tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa 5 de agosto Esmeraldas sección diurna	95

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD CARRERA DE
MEDICINA

TEMA: “ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEPRESION Y LAS CONDUCTAS
AUTOLESIVAS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA
UNIDAD EDUCATIVA 5 DE AGOSTO DE ESMERALDAS”

AUTOR:

Jennifer Cecilia Cervantes Chalá

TUTOR:

Ps. Cl. Daniel Gil-Fortoul Bucheli

RESUMEN

La presencia de la depresión en la población adolescente es un fenómeno que se observa con mayor énfasis en este último tiempo con consecuencias graves dado los altos índices de suicidio, pero a la vez existe la presencia de otro trastorno como las conductas autolesivas sin intención suicida del cual aún no reportan datos de su incidencia en este grupo. El objetivo de la presente es determinar la relación entre la depresión y las conductas autolesivas en los y las adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa 5 de agosto.

La metodología empleada es cual cuantitativa ya se observa el comportamiento de las variables y se recoge información con instrumentos psicológicos para el caso test de Depresión de Beck y la Cédula de Autolesiones (CAL), la población está conformada por 139 hombres y 135 mujeres. El diseño de la investigación es de corte transversal, es un estudio comparativo en relación al género. Los resultados nos muestran que los niveles de depresión que prevalece en la población son Normal con 29,56%; seguida de la Leve con 24,82 %, y Moderada 22,63% finalmente, el nivel Intermitente tiene un 14,96%, Grave 6.56 % y Extrema 1,45%. Respecto a los resultados. Respecto a los resultados de la Cédula de Autolesiones (CAL) en las sub-dimensiones de encima de la piel el 69.35% en las mujeres y en los hombres 26.28%, la sub-dimensión por debajo de la piel prevalece en mujeres en un 2.55% versus los hombres 1.82%. En general el desarrollo de autolesión es mayor en mujeres con un 72%, mientras que en los hombres el 28%. La conclusión es que se ha determinado que existe una relación una relación entre la depresión y las conductas autolesivas de los y las estudiantes de bachillerato, donde la incidencia de la conducta autolesiva es mayor y mujeres versus hombres, en la incidencia es superficial para el 95,62% de la población.

Como una solución a la problemática identificada se propone el diseño de talleres psicoeducativos desde el enfoque cognitivo conductual para la prevención de la depresión.

PALABRAS CLAVES: adolescentes, conducta autolesiva sin intención suicida, depresión.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND HEALTH MEDICINE SCIENCE
CARRER EXECUTIVE

ABSTRACT

**THEME: “COMPARATIVE STUDY OF THE DEPRESSION AND SELF-INJURY
BEHAVIORS OF THE ADOLESCENTS OF BACHELOR AND EDUCATIONAL
INSTITUTION “5 OF AUGUST” OF ESMERALDAS”**

AUTHOR:

Jennifer Cecilia Cervantes Chalá

TUTOR:

Ps. Cl. Daniel Gil-Fortoul Bucheli

ABSTRACT

The presence of depression in the adolescent population is a phenomenon that is being observed with greater emphasis in recent times given the serious consequences such as the high rates of suicide registered. On the other hand, there is possible to analyze the presence of another disorder such as the unintentional, non-suicidal self-injurious behaviors of which no data on its incidence in the before mentioned group have yet been studied.

The objective of this study is to determine the relationship between depression and self-injurious behaviors in high school adolescents of the Educational Unit *5 de Agosto*, Esmeraldas.

The methodology used is quantitative: the behavior of the variables is already observed and information is collected with psychological instruments such as the *Beck Depression test case* and the *Self-Injury Certificate (CAL)*. The population is made up of 139 male and 135 female.

Rationale of this research is cross-sectional; it is a comparative study in relation to gender. The results show us levels of depression that prevail in the population are normal with 29.56%; followed by the mild one with 24.82, and the moderate 22.63. Eventually the Intermittent level of the analyzed disorder can be evaluated in 14.96%, the severe one 6.56% and extreme 1.45%. Regarding the results of the CAL in the sub-dimensions above the skin is 69.35% in women and 26.28% in men. The sub-dimension below the skin prevails in women by 2.55 % versus men 1.82%. In general terms, the development of self-harm is greater in women with 72%, while in men is 28%.

The conclusion is that it has been determined that there is a relationship between depression and self-injurious behaviors of high school students, where the incidence of self-injurious behavior is higher in women versus male. The incidence is superficial for

95.62% of the population. A proposed solution to the identified problem could be the implementation of psychoeducational workshops from the cognitive/behavioral approach for the prevention of depression.

KEY WORDS: adolescents, self-injurious behavior without suicidal intent, depression

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se considera a la depresión y las conductas autolesivas como problemas de salud mental a nivel mundial que empieza en edades tempranas, preocupan los altos índices de mortalidad en ellos; lamentablemente la depresión es una de las tres primeras causas de muerte a nivel mundial no distingue sexo, o raza, las investigaciones afirman que la tasas de suicidios son más letales en hombres que en mujeres, existen reportes y estudios realizados en la ciudad de México con la Cédula de Autolesiones (CAL) donde los resultados indican que las mujeres presentan más intentos auto líticos sin intención suicida así mismo en el Ecuador también se realizó un estudio con el mismo instrumento validado en el 2015 por Vílchez donde los datos arrojan los mismos resultados, es decir las mujeres tienen más intentos autolíticos sin intención suicida.

La presente investigación se realizó en la “Unidad Educativa 5 de agosto” en la ciudad de Esmeraldas con una población de 274 estudiantes, entre las edades de 14 a 18 años aproximadamente. Con este antecedente detallamos los capítulos a tratarse en la presente investigación.

En el Capítulo I.- Es el problema de investigación que permite describir las contextualizaciones, macro, micro y meso de la investigación, para así definir el planteamiento del problema, se especificaran antecedentes, fundamentaciones, la justificación, objetivos y el marco conceptual de las variables.

En el Capítulo II.- Se realizarán diferentes metodologías utilizadas, descripción de los instrumentos de aplicación como el test de depresión de Beck, cédula de evaluación de autolesiones y que procedimiento se efectuó para la obtención de análisis y datos.

En el Capítulo III.- Se encontrará el análisis de los resultados utilizados para la obtención de información, así como la validación de la hipótesis planteada.

En el Capítulo IV.- Se mencionan las conclusiones y recomendaciones respondiendo a los objetivos planteados en la investigación.

En el Capítulo V.- Se describe la estructura de la propuesta, etapas, actividades y metas a las cuales se desea llegar, así como el tiempo de aplicación y el procedimiento del trabajo.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Como planteamiento en la investigación se tiene como propósito realizar un estudio comparativo de la depresión y conductas autolesivas de los y las adolescentes de todo el bachillerato de la sección diurna de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas, considerando a la adolescencia como una etapa de desarrollo muy complejo y de transición de la niñez, adolescentes y adultos jóvenes, se puede identificar cambios físicos psicológicos y sociales, como es una etapa de muchas dudas e indecisión son muy vulnerables donde no saben cómo afrontar adecuadamente esos cambios; la depresión y las conductas autolesivas se han considerado en un problema de salud pública, que han venido tratando desde hace varios años de manera silenciosa y se ha majeadado como tabú en diferentes instituciones educativas del Ecuador.

Contextualización

Macro

(OMS, 2017) La Organización Mundial de la Salud en su artículo de SALUD MENTAL ESPAÑA muestra preocupación por los datos que arroja el informe recientemente publicado por la OMS “Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates”. Según este documento, en 2015 en España un total de 2.408.700 personas tuvieron depresión y ya afecta al 5,2% de la población, siendo así el cuarto país europeo con más casos. Esta cifra disminuye ligeramente en los trastornos de ansiedad, que afectan a 1.911.186 de personas en nuestro país, es decir, el 4,1% de la población. Según revela este documento, el número de personas que vive con depresión en el mundo, más de 300 millones (4,4% de la población) ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015, es un problema de salud

cuya prevalencia está creciendo considerablemente en los países de bajos ingresos y que es más común entre las mujeres (5,1%) que entre los hombres (3,6%).

De igual forma OMS (2017) refiere que los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes en 2015, con cerca de 67 000 muertes. Quienes presentan estas conductas más frecuentemente son los adolescentes de mayor edad, en especial en las jóvenes, en las que es la segunda causa de muerte. En Europa y Asia Sudoriental, esta es la primera o la segunda causa de muerte entre los adolescentes.

Meso

(OPS, 2019) La Organización Panamericana de la Salud refiere que la depresión es una enfermedad que induce ansiedad mental y afecta la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, en el peor de los casos puede provocar el suicidio. Las estimaciones de este organismo indican que 300 millones de personas viven con depresión en el planeta; afecta más a mujeres que a hombres, en mayor número a personas de 60 a 64 años de edad, y es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad.

(MINSALCHILE, 2018), refiere que la mitad de los problemas de Salud Mental empiezan a los 14 años, sin embargo, la mayoría de los casos no se detectan ni tratan. En este contexto, entre los problemas de salud que afectan a este grupo de la población, las autolesiones son una conducta que se dispara y ha aumentado en todo el mundo; las principales características clínicas asociadas a autolesiones en los adolescentes con mayor

frecuencia fueron: el nivel socioeconómico bajo, la violencia intrafamiliar, el antecedente de abuso sexual, los trastornos afectivos, de conducta y el abuso de sustancias.

En Chile las cifras no son tan optimistas: según datos del Ministerio de Salud Pública de Chile (Minsal), entre un 13% y un 23% de los adolescentes han reportado algún episodio de autoagresión. Además, el 70% de estas conductas se relaciona con cortes en el cuerpo.

Micro

(Pública, 2018) Ministerio de Salud Pública refiere que en el Ecuador la depresión afecta en mayor medida a las mujeres, de las atenciones ambulatorias que registran en el MSP, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres; los datos más recientes que se tienen corresponden al 2015. En ese año hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres, de acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015, en Ecuador ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión. Para prevenir y atender la depresión, en Ecuador, en el año 2014 se registraron 734 casos de muerte por lesiones autoinflingidas, estas muertes tienen múltiples causas, entre ellas la depresión.

En el Instituto de Neurociencias de la Junta Benéfica de Guayaquil, Jacqueline Lamboglia es médica jefa del área Vida, donde, en 2015, 55 pacientes obtuvieron tratamiento. De ellos, 35 llegaron con autolesiones. Las cifras son contundentes, de cada diez adolescentes que ingresan a este centro, cinco son por cutting una manera de autolesiones. Al cutting incurren jóvenes de entre 11 a 25 años, emocionalmente inestables e influenciados por amigos y compañeros de aulas. Entre las principales causas se encuentran: el abuso físico, psicológico, el acoso escolar, el divorcio, muerte de un ser querido y la falta de atención de los padres. (Lamboglia, 2016).

ANTECEDENTES

De las investigaciones relacionadas con las variables de estudio depresión y conductas autolesivas se encontrados temas de investigación con resultados importantes que deben ser mencionadas, a continuación, se detallan cuales están relacionados con este tema.

(Bombón, 2017) refiere en su investigación cuya fundamentación epistemológica se basa en los factores emocionales y su influencia en las conductas autolesivas; el cutting en los estudiantes adolescentes en una unidad educativa Juan Benigno Vela Ambato , uno de los objetivos a estudiar los estados emocionales como los factores que influyen en las conductas autolesivas de los adolescentes donde concluyó que los factores que conllevan conductas autolesivas son la inseguridad y baja tolerancia, que conllevan a estados ansiosos a las adolescentes que generan problemas de autoestima, además de determinar que las causas psicológicas también fueron precisadas en el cuestionario con la utilización de baterías psicológicas, se puedo determinar que las causas psicológicas son los niveles moderados en ansiedad y depresión y estos pueden causan niveles de impulsividad que en los adolescentes al no poder controlar este estado.

Según (Kirchner, et al 2011) en su investigación sobre la “Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento” uno de los objetivos es analizar la presencia de conducta autolesiva y pensamiento suicida en población comunitaria adolescente, según sexo después de realizar la investigación concluyen que la prevalencia de la conducta autolesiva es del 11,4% y la del pensamiento suicida es del 12,5%, porcentajes que han sido similares en otros países, detallando que no existen diferencias en el sexo sin embargo con la edad sí.

(Ávila & Pachar, 2016) Se realizaron una investigación cuya fundamentación fue la Relación entre conductas auto lesivas, ansiedad y depresión adolescentes, guía enfocada desde el modelo Cognitivo Conductual en la ciudad de Cuenca, donde realizaron investigaciones y análisis de los estudiantes que presentaban esta problemática después de ello concluyeron que la estructura familiar disfuncional es la causa más relevante para la práctica de las conductas auto lesivas en las adolescentes.

(Ayón, 2019) En su investigación sobre la Resiliencia y conductas auto lesivas en adolescentes del nivel secundario en la institución educativa N°164 El Amauta-San Juan de Lurigancho Perú, donde se concluyó que durante el año escolar se presentaron conductas auto lesivas como lo son cortes de brazos, jalarse o arrancarse los cabellos asimismo de existir otro tipo de conductas como lo es ingerir borradores, la investigadora determino que si existe relación entre las dos variables estudiadas.

Según (Cabrera, 2019) en su trabajo de investigación sobre Rasgos de Personalidad y Conducta Autolesiva en Adolescentes del Centro de acogida Enríquez Gallo de la ciudad de Quito en el año 2018, donde la investigadora concluye que los rasgos de personalidad si están relacionados con las conductas autolesivas en los adolescentes como tal las dos variables estudiadas si tienen relación.

(Vilchez, 2016) En su trabajo de investigación de la Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5, en la Universidad de Cuenca, después de realizar toda la investigación determina que hay datos que indican que existen dos sub-dimensiones para darse la autolesión; la Autolesión por encima de la piel y la Autolesión por debajo de la piel. Donde concluye que si existen

diferencias de género entre hombres y mujeres tanto en el tipo de autolesión como en el nivel de la misma determinando que las mujeres se autolesionan más que los hombres.

(Jadan, 2017) en su trabajo investigado de la depresión en adolescentes de 14 a 16 años en el colegio 27 de febrero en la ciudad de Loja, la investigadora concluyó que la incidencia de los estados depresivos de los adolescentes empieza en la pubertad, causados por crisis y conflictos que generan que un 65.75% de los adolescentes presenten depresión, el tabaco y consumo de drogas son factores de riesgo que afectan a los adolescentes a sus 14 años.

Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica

Esta investigación se basará en una aportación teórica para las instituciones que presentan esta problemática, con el cual ellas tendrán una base para identificar conductas inadecuadas que presentan los adolescentes, así mismo permitirán mejorar y tener instrumentos adecuados para mejorar la calidad de vida de ellos.

Fundamentaciones

Fundamentación Epistemológica

El Estructuralismo propone observar como la sociedad se encuentra estructurada Claude Lévis-Strauss padre del estructuralismo refiere que para conocer una sociedad debemos fijarnos en las estructuras mentales de los individuos y en su pensamiento colectivo, esta se relaciona con la estructura que cada persona tiene en el cerebro con la sociedad donde se busca la relación sujeto-objeto-sujeto y los paradigmas de la enfermedad mental.

Fundamentación Psicológica

La corriente conductista presenta tres niveles de organización científica que se integran y retroalimentan recíprocamente, entre ellas están el conductismo, análisis experimental del comportamiento e ingeniería del comportamiento, de lo que podemos manifestar que los adolescentes deben contar con estrategias para promover un cambio en la adaptación de la vida mientras llegan a la madurez, conforme pasan sus etapas deben ir modificando los pensamientos inadecuados que se han desarrollado erradamente para buscar una adecuada estabilidad emocional.

Ellis (1955) es el predecesor de la Terapia racional emotiva conductual que la creó con la finalidad de modificar el comportamiento de los y las adolescentes, fundamentando a los procesos cognitivos impropios, como lo son pensamientos, sentimientos y conductas además de eliminar a las conductas negativas como la depresión y conductas autodestructivas en función de crear pensamientos positivos para canalizarlas.

JUSTIFICACIÓN

La importancia en los ámbitos de estudio de la psicología es abordar este tema para aportar al mejoramiento de las condiciones salud y la calidad de vida de los adolescentes, quienes deben tener una vida en armonía, estabilidad y seguridad. Por tanto, el enfoque asumido en esta investigación no solo profundiza en la problemática sino en la detección y prevención de la misma. Lo real es que un análisis como el planteado hace a quienes ejercerán la profesión mejores seres humanos. Es imperativo para la ciencia el estudio de la depresión y las conductas autolesivas ya que en las últimas décadas se ha visto el incremento abrumador de este tipo de conductas.

Originalidad del tema, es porque no existen investigaciones en la provincia donde las variables depresión y las conductas autolesivas se han realizado conjuntamente el campo

de investigación es muy importante porque se realizó en la región costa en una institución fiscal , además de ello se sugiere que existen estadísticas muy alarmantes donde los adolescentes sufren de depresión; se demuestra que es muy trascendental indagar las causas y efectos desde los núcleos más cercanos como es la familia ; realizando prevenciones desde edades tempranas, con acciones para que mejoren su autoestima , valoración y actitud ante la vida.

Es factible porque existen los recursos necesarios como la población, espacio, así como la accesibilidad a las fuentes bibliográficas que permiten profundizar, comprender y analizar la documentación teórica en la base científica, para poder llevar a cabo la línea de la investigación, es un tema que no es aislado ni desconectado de la realidad de la adolescencia en las localidades específicas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre la depresión y las conductas autolesivas de los y las adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los niveles de depresión existentes en los adolescentes de bachillerato.
2. Establecer las diferencias en conductas autolesivas de los y las estudiantes de bachillerato.
3. Diseñar una propuesta de intervención para la población adolescente y los problemas de depresión y conductas autolesivas.

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del humor que afecta a cerca de 300 millones de personas en el mundo según lo refiere la Organización Mundial de Salud (OMS), actualmente es considerado uno de los problemas de salud más importantes dado su nivel de afectación escolar, laboral y social; la consecuencia más grave de esta enfermedad es el suicidio, en el mundo alrededor de 800 000 personas han perdido la vida, la misma perturba a la población joven con afectaciones en la salud mental, física y psicológica. Son varias las barreras que impiden un abordaje adecuado de la enfermedad ya sea por la falta de tratamiento, número de especialistas capacitados, la estigmatización a las enfermedades mentales o la inadecuada valoración de la enfermedad. Para este organismo esta patología se caracteriza por expresión de tristeza, el menoscabo del placer en las actividades cotidianas, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones de sueño, apetito, deseo sexual, cansancio entre otros. (OMS, 2020)

En el Ecuador 2.088 personas presentaron el reporte de depresión para el año 2015, de estas el 64% son mujeres, el grupo etario de mayor prevalencia de episodios depresivos se encuentra entre los 15 a 59 años, que representa el 73,5%, el reporte de este año señala también que 807 hombres se suicidaron frente a 266 mujeres. Actualmente no se dispone de una estadística oficial en estos últimos años sin embargo los expertos en salud sostiene que esta cifra va en aumento. (INEC, 2015).

La designación de este trastorno viene de la mano de Blackmore Richard en 1725 quien sustituyó el término melancolía por el conocido hasta la actualidad, desde su origen esta concepción se relaciona con alteraciones en estado de humor. Fue a inicios del siglo XX donde el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM1) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS (CIE 6) utilizaron este término para englobar a los trastornos emocionales

descritos por Kraepelin 1904. Aportes más actuales son expuestos por Beck en 1972 quien concibe que las personas afectadas presentan expresiones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; lo que puede ocasionar distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información como la: sobre-generalizaciones, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva de la información y la personalización lo que causa una alteración en la percepción de la realidad. Otro aporte importante viene de Terapia Racional Emotiva (TRE) cuyo autor Ellis en 1987 puntualiza al respecto, que las personas depresivas enuncian dos aspectos cognitivos importantes a atender como las verbalizaciones absolutistas sobre sí mismas y de los otros a partir de creencias irracionales y rígidas; y los sesgos negativos en el procesamiento de la información una tendencia donde el sujeto destaca lo negativo y lo sobre generaliza causándole un malestar psicológico importante. (Gutiérrez, 2017).

Prevalencia

No existe una estadística en el país por grupo etarios para valorar la incidencia de este trastorno en los jóvenes, al respecto la OMS indica que para el grupo etario juvenil de desde los 15 a 59 años tiene una incidencia del 73,5%, el sexo que más se ve afectado es el femenino, un dato importante a destacar es que existe un aumento del 18% desde el 2005 al 2015. Su ocurrencia es más notaria en países como Brasil comparado con el resto de América Latina el Ecuador ocupa el undécimo lugar con el 4,6% de los casos. Una agravante en el país es la falta de apoyo e inversión en salud mental, falta de personal especializado, los costos del mismo ya que el 50% de las personas que sufren de este trastorno no reciben un tratamiento. La falta de planes y programa de intervención primaria en el manejo del mismo es otro agravante que incide en los casos de suicidio reportados en el país los cuales van en aumento (Metro, 2017).

Factores de riesgo

Los criterios sobre los factores de riesgo en esta condición clínica son múltiples: dentro de los estos se encuentran los personales, la edad con una prevalencia desde los 24 a 29 años, el padecimiento de enfermedades crónicas, el consumo de sustancias, el embarazo generalmente no deseado, la menopausia, los cuadros de ansiedad, el estrés crónico, los eventos vitales estresantes, la obesidad mórbida y los rasgos neuróticos de personalidad; sumándose también los factores familiares y sociales donde se destaca: el estado civil con una mayor afectación en las separaciones, divorcios y viudez; el padecimiento de enfermedades crónicas, las dificultades económicas personales y familiares, el fallecimiento de seres queridos, la violencia intrafamiliar, desempleo, educación, consumo de sustancias, la discriminación, estrés laboral, inestabilidad laboral, acoso laboral entre otros. La presentación del trastorno destaca los factores cognitivos: distorsiones cognitivas, esquemas negativos de pensamientos, pensamientos automáticos, creencias disfuncionales, reactividad cognitiva negativa y estilos rumiativos de respuestas. Y finalmente un grupo de sujetos también tiene a predisposición genética: herencia genética por trastorno depresivo mayor, antecedentes familiares de depresión y el polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina que trasgreden en su frecuencia. (MSP, 2017, pág. 19).

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

La Organización Mundial de la Salud establece una guía de criterios diagnósticos para los padecimientos en salud, su finalidad es acceder al reconocimiento metódico, investigativo, la interpretación y cotejo de los datos de mortalidad y morbilidad los cuales deben ser considerados por las diferentes naciones a lo largo de tiempo el Código Internacional de Enfermedades (CIE 10) contempla la descripción de enfermedades mentales.

Criterios diagnósticos Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

Los criterios diagnósticos considerados para los episodios depresivos describen una serie de criterios generales tales como:

- A. Duración de las menos dos semanas, no es atribuible al consumo de sustancias o trastorno mental orgánico y no cumple los criterios de hipomanía.

La presentación de al menos dos de los siguientes síntomas:

- B. Humor depresivo, observado durante la mayor parte del día, el cual persiste aproximadamente al menos dos semanas. Evidente merma en intereses que anteriormente eran placenteras. Demuestra depreciación de energía.

Uno o más de los siguientes síntomas debe estar presente, para que el total sea al menos de 4.

- C. Detrimento de la confianza en sí mismo, exacerbadas expresiones de reproches a sí mismo y sentimientos de culpa. Locución de pensamientos de muerte o de suicidio. Baja capacidad de concentrarse, indecisión y vacilaciones. La actividad psicomotriz puede ser agitada o retraída. Alteración en sueño, disminución o aumento del apetito. Adicionalmente otro aspecto a considerar es la *gravedad del episodio* que a consideración del CIE 10 describe en primera instancia un *Episodio depresivo leve*, el cual presenta criterios generales, es decir, dos síntomas del criterio B y uno o más del criterio C cuya suma de síntomas sea al menos cuatro, generalmente estos sujetos mantienen un ritmo normal en sus labores diarias. En un episodio depresivo moderado se cumplen los criterios generales, dos síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, la suma de estos síntomas puede ser un mínimo de seis en total. El individuo presenta problemas para seguir en sus actividades cotidianas. En el episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos) exhibe los criterios generales, tres síntomas

del criterio B y síntomas del criterio C el total aquí es un mínimo de ocho. Los sujetos que padecen este suceso tienen síntomas manifiestos de autoestima, culpa e inutilidad, hay ideación o acciones suicidas y se acompañan de síntomas somáticos. Finalmente, en el episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos) emerger con síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios, estupor grave. Se considera dos criterios: primero como ideas delirantes atípicas a la esquizofrenia. El contenido depresivo expresa sentimientos de culpa, abatimiento, ateísmo, ideas persecutorias; dos se observa estupor depresivo.

Este episodio suele acompañarse de síntomas somáticos tales como: marcada incapacidad para demostrar placer en actividades importantes del sujeto, carencia de respuestas emocionales frente situaciones que normalmente se expresan, cambios en ciclo del sueño, humor depresivo la mayor parte del tiempo, baja o poca actividad motora, pérdida de peso, apatía sexual. (MSP, 2017, pág. 34).

Respecto al episodio depresivo se describe la siguiente clasificación y categorización:

F32: Episodio depresivo: en este tipo de episodios desde el nivel leve a grave se exteriorizan síntomas como: quebranto en el estado de ánimo, baja energía concomitante al desarrollo de sus actividades, se presenta, anhedonia, agotamiento en la mayor parte de actividades que realiza, cambios en el sueño, cambios en el apetito. Disminuye su autoestima puede escucharse ideas de culpa, inutilidad. Asociado se observa los síntomas “somáticos” como el menoscabo del interés para casi todas las actividades, un despertar matutino antes de hora habitual, un decaimiento depresivo por las mañanas, un apreciable abatimiento psicomotor o agitación y una merma en el apetito, peso y la libido.

Este episodio depresivo contiene episodios únicos como: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva; esta se excluye al asociarse con: trastornos de la conducta en F91- (F92.0), trastornos de adaptación (F43.2) y trastorno depresivo recurrente (F33). A continuación, se describe su clasificación:

F32.0: Episodio depresivo leve: en este se aprecia dos o tres de los indicios antes explicados la mayoría de personas continúan sus diligencias.

F32.1: Episodio depresivo moderado: incluye cuatro o más de los síntomas ya mencionados el sujeto tiene dificultades para ejecutar sus actividades habituales

F32.2: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: aquí los síntomas son prominentes y angustiantes es marcada la baja autoestima, la culpa e inutilidad, la intención suicida se presenta desde las ideas hasta acciones suicidas, la cantidad de síntomas somáticos son frecuentes.

F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: los síntomas son similares al relatado en F32.2, aquí se evidencia la presencia de alucinaciones, delirios, retardo psicomotor, o falta de reacción exorbitantemente larga o profundo e impide realizar labores cotidianas lo que expone su vida ya sea por suicidio, deshidratación o inanición. Los deslumbramientos perceptivos no son congruentes con el ánimo. Aquí se incluyen episodios únicos depresión profunda con: síntomas psicóticos, depresión psicótica, psicosis depresiva, psicógena psicosis depresiva reactiva. (MSP, 2017, pág. 13)

F33: Trastorno depresivo recurrente: se distingue episodios repetidos de depresión, como los anteriormente detallados (F32), excluyendo episodios con elevación del estado de ánimo y manía. Existe una relación entre F33.2 y F33.3 en la depresión recurrente respecto a los criterios primarios: depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y

depresión endógena. Los primeros síntomas pueden suceder a cualquier edad ya sea en la infancia o la vejez. En sus inicios el episodio es agudo y capcioso, su duración varía de pocas semanas a meses; los episodios depresivos con manía no desaparecen y si son frecuentes se debe cambiar el diagnóstico al trastorno afectivo bipolar F31. Este tipo de trastorno engloba episodios recurrentes como: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva, trastorno depresivo estacional y se exceptúa al episodio recurrente depresivo breve F38.1.

F33.0: Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente: los episodios de depresión son repetidos, el presente episodio es leve igual que en F32.0, no se incluye condiciones de manía

F33.1: Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente: el incidente es la repetición de depresión, y actualmente la gravedad es moderada, similar a F32.1, y sin antecedentes de manía.

F33.2: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos: incidentes repetidos de depresión, actualmente grave y sin síntomas psicóticos, igual a F32.2, y sin presencia de manía. Se incluye a la depresión endógena sin síntomas psicóticos, depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos, depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos, psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos.

F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos: la depresión se repite, suceso actual es grave y con síntomas psicóticos, similar a F32.3, y sin manía. se incluye a la depresión endógena con síntomas psicóticos, episodios recurrentes graves de: depresión profunda con síntomas psicóticos, depresión psicótica, psicosis depresiva psicógena, psicosis depresiva reactiva, psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos.

F33.4: Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión: la persona presenta dos o

más episodios depresivos referidos en F33.0-F33.3, sin síntomas depresivos desde hace varios meses. (MSP, 2017, pág. 29)

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, según el DSM-IV-TR

El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) constituye un manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, su elaboración procede de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), esta entidad genera las descripciones diagnósticas de los síntomas y criterios para los trastornos mentales. Los criterios a considerar para la *depresión mayor* se describen a continuación:

- a) Observe más de cinco síntomas durante al menos dos semanas que aparecen con un cambio respecto al funcionamiento anterior: 1. estado de ánimo depresivo o 2. pérdida de interés o placer. Se excluye los síntomas por condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones. 3. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, permanente todos los días donde la persona indica tristeza, un vacío personal, su apariencia demuestra llanto, en el caso de adolescentes existe un humor irritable 4. Se menciona importante baja en el interés o gusto en el desarrollo de actividades que realiza en diario vivir, es decir todos los días 5. Disminuye o aumenta el peso significativamente un 5% del peso normal en el periodo de un mes. 6. Se presenta insomnio o hipersomnia la mayor parte del tiempo. 7. Se evidencia de parte de terceros una agitación o baja psicomotriz casi toso los días de la semana 8. Paciente describe una fatiga o cansancio la mayor parte del tiempo. 9. Describe sentimientos de desvalorización, culpa inapropiada casi como un delirio, que se repite todos. 10. Describe una menor habilidad para pensar o concentrarse, también se refiere actitudes de indecisión la mayor parte del tiempo 11. Aparecen ideas recurrentes de muerte, puede expresar una ideación suicida repetida con o sin un plan

específico.

- b) Criterio indica exclusión para un episodio mixto.
- c) La presentación de los síntomas significa al paciente un malestar clínicamente significativo o menoscabo de las relaciones sociales, trabajo u otros entornos sociales.
- d) No existe una asociación con síntomas por efectos fisiológicos debido al consumo de sustancias como drogas, medicamentos o condición médica como el hipotiroidismo
- e) La condición no se asocia a la condición sintomatológica de un duelo.

En este manual los criterios de clasificación diagnóstica para la depresión con los mismo considerados por el CIE-10 para el Episodio Depresivo F32, leve F 32.0, moderado F32.1, grave sin síntomas psicóticos F32.2, grave con síntomas psicóticos F32.3, otros episodios depresivos F32.8, episodio depresivo sin especificación 32.9. De la misma forma se incluyen los trastornos depresivos recurrentes F33 episodio actual leve F33.0, moderado F33.1, grave sin síntomas psicóticos F33.2, grave con síntomas psicóticos F33.3, actualmente en remisión F33.4, otros trastornos depresivos recurrentes F33.8, trastornos depresivos recurrentes sin especificación (F33.9, anteriormente descritos en la presente investigación. (MINSAL, 2013, pág. 18)

Presentación clínica de la Depresión Mayor

Su inicio puede ocurrir en cualquier momento del ciclo vital aproximadamente entre los 18 y los 30 años, su curso es inestable, los síntomas pueden desplegarse en días o semanas. Al inicio puede presentarse una asociación con síntomas de ansiedad y semiótica depresiva leve puede durar semanas o meses antes de presentarse el episodio depresivo mayor. Generalmente un episodio sin tratamiento podría durar cuatro a mas meses, la mayoría de

personas aproximadamente el 60% que presentan un solo episodio pueden esperar un segundo, luego esta probabilidad aumenta al 70% si son tres episodios, al 90% si son cuatro y solo del 5 al 10% pueden presentar un episodio depresivo mayor único con síntomas de manía. La Distimia es una patología concomitante cuya duración es de aproximadamente dos años, pero con menor intensidad en los síntomas ya pueden presentarse tres o más síntomas la mayoría del tiempo, generalmente su inicio es la niñez, la adolescencia o adultez joven, el curso suele ser crónico. Los pacientes que suelen presentar un episodio depresivo mayor, tienen bajas probabilidades de recuperación en los inter episodios, la solución menciona la literatura es un tratamiento activo. Las diferencias biológicas son una de sus causas de su padecimiento, al igual que los sucesos significativos en la vida como eventos traumáticos. (MINSAL, 2013). Otros trastornos descritos por el DSM-IV-TR son el trastorno Bipolares tipo I si contiene una combinación de manía, hipomanía y depresivos; un tipo II con episodios depresivos y/o hipomaníacos; el trastorno ciclotímico y una categoría asociada con: el trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y el trastorno del estado de ánimo no especificado los cuales presentan criterios propios en su diagnóstico. (García, 2017, pág. 44).

La depresión en la adolescencia

La adolescencia es una etapa de profundos cambios ya sean por la condición física, donde se marca los cambios sexuales a nivel de características primarias y secundarias mediadas por los cambios hormonales, los cambios cognitivos, el pensamiento realiza una transición desde las operaciones concretas a la formales donde el pensamiento racional se afianza, al igual que la identidad sexual, la orientación vocacional y se determina el razonamiento moral; los cambios psicológicos enmarcados en las relaciones interpersonales,

la confrontación con los padres y la construcción de su identidad. Muchos de los síntomas descritos a continuación pueden padecerlos la mayoría de los chicos, sin embargo, los cambios descritos a continuación son evidentes para el conjunto de ellos y casi la mayor parte del tiempo presentan: mal humor, cometen actos en contra de otros y estos con frecuencia se asocia a problemas en la escuela, los docentes pueden tachar al joven de indisciplinado o problemático, la mayor parte del tiempo expresaran el sentirse incomprendido o demostraran su mal humor casi con cualquier adulto, el grupo de pares compensa estos sentimientos ya se asemejan en sus condiciones. (Jadán, 2017).

Otros especialistas detallan síntomas como: el aumento o bajada de peso, el hipo o hipersomnolia, baja en el rendimiento escolar, posibles dificultades en la atención y dificultad de concentración, una anergia en sus actividades, posible agitación motora, se observa la ausencia de motivación, estado de ánimo bajo, el joven puede demostrar baja autoestima, podría evitar actividades lúdicas, poca interacción social y familia, generalmente se puede observar un deseo de estar sólo, recurrencia de pensamientos de muerte. Por lo tanto, los espectros de estos síntomas son percibidos por el entorno familiar, sus amigos o maestros y se vuelven recurrentes en la intensidad y duración por lo que es pertinente mantener una atención de alerta para su diagnóstico y tratamiento (García, 2017) todas estas condiciones representan alarmas a la familia y sobre los cuales se sugiere estar alerta, algunos docentes en las escuelas suelen ser sistema de apoyo a los chicos y pueden también procurar el apoyo correspondiente.

Síntomas presentes en la adolescencia

Es preciso distinguir los síntomas depresivos que se presenta en un adolescente, a continuación se explican los siguientes: se debe observar la acentuación o declive del peso

corporal, se presenta una hipo o hipersomnolia la mayor parte del tiempo, generalmente puede existir una disminución en el aspecto académico con inconvenientes en la atención y la concentración, escasez de energía, la actividad motora es activa o se lentifica y puede oscilar en una u otra condición, se escucha que el paciente describe una ausencia de motivación, su estado de ánimo es melancólico, se vuelve apático a los aspectos lúdicos, la interacción social y familiar, se acentúa el deseo de permanecer sólo, puede existir ideas recurrentes de muerte o hablar al respecto, en algunos casos se alcanzan actos autodestructivos con o sin intención suicida que podrían ocasionar la muerte. (García, 2017, pág. 89).

La apreciación de otros autores al respecto es que los síntomas en adolescentes se caracterizan por el estado de ánimo triste, la presencia de irritabilidad con expresiones de enfado en actividades cotidianas, desborde de eventos que se precipitan por conductas descontroladas, la incapacidad para disfrutar de actividades que antes le eran agradables al paciente; eventos que persisten por lo menos dos semanas. Es necesario hacer hincapié en que la presentación de los síntomas no se asocia a pérdidas familiares, la presencia de enfermedades o el uso de drogas. Para el caso de la distimia, los síntomas son menos intensos pero prolongados de forma crónica en periodos de por lo menos un año. (Comeche Moreno & Vallejo Pareja, 2015).

Otro agravante a estas condiciones representa suele asociarse con las desilusiones afectivas típicas en esta edad, el deterioro en las relaciones interpersonales, el abandono de un progenitor, la frustración escolar, también se suma la condición social remarcada por el poseer o no dinero, la poca tolerancia a la frustración, el deseo de conseguir cosas de forma inmediata, la depreciación de valores como la honestidad, la cooperación, la solidaridad entre otros que marcan una empatía con otros y finalmente las condiciones sociales realizan un endiosamiento al hedonismo individualista centrado en la gratificación de su Yo de forma

inmediata vendiendo la satisfacción banal de aspectos comerciales como la moda, la música, la tecnología. (García, 2017, pág. 90). Del mismo modo aportan en los factores desencadenantes en la presentación del episodio depresivo tales como: una historia de baja estima en la infancia, un antecedente de abusos sexuales o maltrato físico, el provenir de una familia disfuncional, los rasgos de personalidad con alta sensibilidad interpersonal rígidos u obsesivos, antecedentes de sobreprotección paterno, patologías físicas severas, el divorcio de los progenitores, la migración, el traslado de residencia, el acoso y abuso escolar entre otros aspectos que desencadenan un episodio depresivo que depende también de las condiciones biológicas del sujeto (Jadán, 2017, pág. 15)

El diagnóstico en adolescentes

En el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo se debe indagar la presencia de otros trastorno como la ansiedad, la distimia, el trastorno disocial desafiante y opositor, el trastorno del desarrollo, abuso de sustancias, duelos patológicos, reacciones adaptativas, trastorno de estrés post traumático o circunstancias clínicas como: el hipotiroidismo, mononucleosis, anemia, cánceres, enfermedades autoinmunes, síndrome premenstrual y síndrome de fatiga crónica todos estos pueden presentar una sintomatología parecida a la depresión en el adolescente. Un aspecto a enfatizar son las patologías como: la anemia, la patología de Addison, el hipotiroidismo, el síndrome postcontusional, la epilepsia, la diabetes o el déficit vitamina B12; incluyendo a los medicamentos que generan síntomas parecidos como: el uso de glucocorticoides sistémicos, los anticonvulsivos, los neurolepticos, los estimulantes o los anticonceptivos orales y finalmente el consumo de drogas tales como el alcohol, la cocaína, las anfetaminas o el uso de marihuana. Todas estas condiciones deben ser descartadas por el especialista con el fin de proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado y un acompañamiento farmacológico y psicológico para

la remisión de los síntomas a largo plazo (MINSAL, 2013, pág. 45)

Factores protectores para adolescentes

Los factores protectores son barreras de contención que los actores sociales deben considerar para preservar la salud mental en adolescentes, desde la familia se encuentra la comunicación asertiva, mantener un adecuado clima familiar, la construcción de una autoestima sólida a lo largo del ciclo vital, el prestar atención a las irregularidades académicas, los aspectos sociales especialmente de sus pares, incitar la participación e integración familiar a través de la inclusión en la toma de decisiones, supervisar los hábitos de higiene, los tiempos de alimentación, las actividades de ocio y forma de organización académica y la actividad deportiva. Los padres o cuidadores son los potenciadores en la gestión de recursos personales como el carisma, las condiciones de una adecuada autoestima, las actitudes positivas frente a los problemas. Los progenitores deben procurar cuidar la calidad de amistades, el estatus entre pares vigilando que este sea positivo, que guarde el respeto a la autoridad y que mantenga valores como la cooperación, solidaridad; es decir, ser promotores de las sociedades que fomenten una cultura de convivencia en bien común. Los sistemas sociales conexos también juegan un papel importante al encaminar a las instituciones educativas, al barrio, las parroquias o las ciudades planes y programas con aspectos socioculturales que favorezcan la integración y aumente la resiliencia frente a los acontecimientos de fracaso o crisis sociales. Todos los esfuerzos cuentan a la hora de preservar la salud mental en los jóvenes ya que la depresión es uno de los trastornos con mayor incidencia en el mundo. (García, 2017, pág. 91). Muchas entidades privadas o públicas promociona programas en la prevención de la depresión por ejemplo el Programa de Crianza Positiva, Steady, Tepsi, Fortius, con un enfoque en la terapia cognitivo conductual, cuya finalidad es un entrenamiento en las habilidades sociales y de

afrontamiento; otras propuestas se enfocan en el fomento de actitudes positivas de los padres e hijos, la mejora en la comunicación, el manejo de reglas, la resolución de problemas, es decir, suscitan una mejora de las conductas familiares orientadas en su funcionamiento, sus límites, sus roles , es decir una mejora continua en el sistema familiar que a largo plazo constituye también el bienestar personal de sus miembros. (Arango Lasprilla & Romero García, 2018, pág. 122)

Tratamiento

El abordaje terapéutico implica un tratamiento multidisciplinario, uno de estos es el psiquiátrico para el caso de depresiones con manía suele utilizarse anti psicóticos como fenotiazinas, también utilizadas como estabilizador del estado de ánimo en trastornos bipolares y anti convulsionantes como carbamazepina, clonazepam y valproato en los grados graves y severos. En casos de Depresión Mayor con melancolía se utiliza venlafaxina, si la depresión tiene un componente ansioso, el tratamiento de elección sería la amitriptilina. Otro elemento en el tratamiento es psicoterapéutico lo que implica para el caso de adolescentes una serie de consideraciones como la tolerancia, empatía y la capacidad del profesional para generar rapport. Entre las terapias psicológicas aprobadas clínicamente con resultados positivos se encuentran: la Terapia cognitivo conductual, la cual busca analizar los pensamientos, creencias, interpretaciones y efectos perceptivos en los síntomas, los sentimientos o las dificultades del paciente, su objetivo es educar a la persona con el fin de que esta pueda identificar, monitorizar y contrarrestar el esquema cognitivo y largo plazo se genere una reinterpretación en relación a los síntomas. En el mismo esquema la Psicoterapia Interpersonal se enfoca en el manejo de las relaciones interpersonales al observar las dificultades que el sujeto tiene en su convivencia diaria y las posibles soluciones durante los episodios depresivos. Otra técnica del enfoque cognitivo es la Activación comportamental

se basa en un análisis de las conductas asociadas a los síntomas, la afectividad y las dificultades del sujeto. El objetivo de esta es promover conductas positivas, la planificación de diligencias y la construcción de metas productivas en las relaciones interpersonales. En el esquema de grupos se encuentra la Psicoterapia grupal con un fundamento psicoeducativo, la cual permite que el paciente aprenda técnicas y estrategias en la resolución de problemas asociados a su depresión, la finalidad es que el paciente aprenda a manejar sus habilidades sociales, gestione reflexiones negativas, agencie acciones placenteras y la relajación. (MSP, 2017, pág. 88).

Las propuestas de intervención de las terapias psicológicas que implican una reestructuración cognitiva promueven cambios tanto de las ideas sobre sí mismo o de otros, la activación de bienestar en el disfrute de actividades cotidianas, la capacidad de resolver problemas, el desarrollo de habilidades sociales, procesos de relajación, un control de conductas negativas; la duración puede ser de ocho a catorce sesiones, la evidencia teórica indica que los tratamientos farmacológicos más la psicoterapia tiene mejores resultados en la remisión de síntomas. (Arango Lasprilla & Romero García, 2018, p. 126) lo importante es que el paciente cuente con un diagnóstico adecuado, el apoyo de profesionales capacitados y un sistema social familiar de soporte ya que se requiere una continuidad en el mismo. Para el caso de adolescentes es importante que exista en el proceso terapéutico un acompañamiento familiar, escolar y de los especialistas considerando los aspectos de cambios psicológicos, biológicos y sociales de esta edad.

CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Las conductas auto lesivas o también llamadas autolesiones o automutilación, son conductas donde el sujeto busca un acto intencionado de herirse a sí mismo al dañarse con cortes en su cuerpo; este hecho es una consecuencia de un vacío que la persona percibe, existe la sensación de irrealidad, el suceso representa una expresión que ayuda que le permite experimentar otras sensaciones dada su incapacidad para expresarse verbalmente; este tipo acciones para el sujeto representa una forma de adaptación al contexto. Para el paciente significa “reducir el sentimiento de angustia, infligir autocastigo y/o ser una señal de la necesidad de ayuda para el desarrollo de una identidad y poder de adaptación dentro de los patrones sociales” (Del Rosario Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018, p. 201) al final la conducta termina en un refuerzo negativo que repite un protón de acontecimientos que al inicio son de menor escala y que con el paso del tiempo se intensifican.

El criterio de Kerr et al. (2010) sobre conducta autolesiva o NSSI – (Non Suicidal Self Injury en inglés) es la “conducta intencional y autodirigida, que causa destrucción inmediata de tejidos corporales, manifestados por: cortes, skin carving, quemaduras o golpes y que se han asociado con una amplia variedad de problemas tanto psiquiátricos como somáticos”. Aporte de Nock y Prinstein (2006) significa un “acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras, mutilación u otros métodos traumáticos”, todas las conductas descritas no contienen la sobre ingestión de fármacos o envenenamiento con intención de autoeliminación. Finalmente, el aporte de Según Walsh (2006) quien considera que son “lesiones autorrealizadas, de baja letalidad o poco daño corporal intencional, de carácter socialmente inaceptable, llevadas a cabo para reducir la angustia psicológica” citados por (Mas Delblanch, 2019).

En la presente investigación se considera que este tipo de conductas indican una intención clara de daño para sí mismo a través de cortes, quemaduras, golpes o cualquier otro método traumático cuyo fin es una compensación al sufrimiento psicológicos que el joven experimenta, en ocasiones estas expresiones también pueden ser una forma de comunicar los deseos o necesidades que no alcanza explicar de forma verbal. Una observación importante en este tipo de hechos es que el paciente no tiene una intención de daño auto lítico, las mismas no son consecuencia del uso de drogas, no se asocian a otros trastornos mentales, sin embargo, dado su incidencia en la población juvenil estas destacan en su presencia ya que no son socialmente aceptables en el entorno.

Adolescencia

Esta etapa en el ciclo vital marca uno de los cambios más dramáticos en los seres humanos dada la complejidad que conlleva: los cambios físicos, psicológicos, sociales. El término adolescencia deriva del latín *adolescere*, que expresa un cambio respecto a *crecer*, *madurar*. A finales de siglo XX se emplea el término en la psicología evolutiva con el fin de separarlo de otros procesos del ciclo vital como la infancia y la adultez. Su conversión emerge al final de niñez entre los 11-12 años y culmina alrededor de a los 18-20 años. En esta etapa hay que diferenciar la pubertad que marca los cambios sexuales primarios y secundarios que permiten alcanzar la madurez sexual. La adolescencia en cambio es una construcción social que involucra aspectos sociales y culturales, los cuales de acuerdo al contexto van a determinar que el sujeto de acuerdo a su sexo asuma una serie de roles y funciones específicas que le permiten su adaptación al entorno social. Los cambios psicológicos están marcados por la construcción de una identidad la cual se edifica sobre la base de un autoconcepto, auto identificación, autonomía afectiva, la construcción de valores éticos y morales. Al final de esta etapa el sujeto accede a la adultez juvenil donde busca

consolidar su formación académica, personal y social que luego le permitan una independencia de sus progenitores. (Moreno Fernández, 2015).

Los estudios y aportes de las neurociencias explican que el cerebro de los adolescentes sufre una serie de cambios a nivel de las funciones ejecutivas por lo que los aspectos como la atención selectiva, la toma de decisiones, la inhibición de respuestas trabaja de forma diferente en comparación con el discernimiento adulto, dando como resultado cambios en el procesamiento de la información. De otro lado las conductas impulsivas y de confrontación en contra de la autoridad, la exploración de conductas de riesgo o sensaciones atípicas son asumidas casi sin un razonamiento lógico por un joven y tienen relación con una falta de madurez a nivel de la corteza pre-frontal. El sistema emocional tampoco alcanza un nivel de madurez adecuado ya que la actividad de la amígdala es superior en paralelo al lóbulo frontal. Por lo expuesto, alcanzar la madurez no solo depende de un funcionamiento adecuado de estas estructuras cerebrales sino también se acompañan de una serie de interacciones con el ambiente donde la familia, los grupos de pares, la escuela, la época, y las condiciones del entorno coadyuvan a que el chico logre la construcción de su identidad y el marco de referencia que tomara en la adultez. (Moreno Fernández, 2015)

Prevalencia de la conducta autolítica vs la conducta autolesiva

La mayoría de las investigaciones presentan una prevalencia de la conducta auto lítica al respecto autores como Pandolfo et al. (2011), indica que en “menores de 15 años, entorno y métodos...son desencadenados por conflictos interpersonales (57 %), pérdidas afectivas (17 %), maltrato (11 %), ingesta de fármacos (78 %); con un 18 % planeados en vivienda (77 %) y alto riesgo vital (10 %)”. El aporte de Ballesteros et al. (2010), menciona que las “representaciones sociales del suicidio en la juventud se agruparon en torno a las

perturbaciones psíquicas, el drama existencial y los dilemas vitales de los jóvenes”. Adicionalmente se considera los fenómenos sociales en entorno escolares, como lo explica Vianchá, Bahamón y Alarcón (2013), “el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato”; en concordancia también lo expone Villa-Manzano et al. (2009), “condiciones como el tabaquismo, la baja autoestima, la depresión y la ansiedad” citado por (Toro Tobar, Vianchá Pinzón, & Martínez Baquero, 2018). Por lo expuesto, se observa que en este tipo de conducta existen varios elementos que incitan su incidencia marcada para el sexo masculino, una condición socioeconómica baja, los problemas familiares, las patologías mentales y el consumo de drogas.

Con respecto a la estadística de conductas autolesivas una investigación realizada en España indica que en la atención clínica sin intención suicida mencionan a un 30,01% al 40,01% por hospitalización psiquiátrica, en relación a los casos atendidos; su prevalencia en la población adolescente es del 13,01% al 29,02% de quienes ejecutaron este tipo de actos, además menciona que su inicio está entre los jóvenes de 10 a 15 años, el sexo con una mayor incidencia en mujeres. Para el 2015 se reporta que 32,2% cometió lesiones graves, 55,60% autolesiones en una muestra de 1864 jóvenes, la misma muestra menciona que el 48,01% se muere y para este grupo poblacional es un comportamiento normal y aceptable. Esta misma situación se observa en el estudio realizado en México en escolares donde se descarta síntomas distintivos como “cortarse la piel con objetos filosos, quemarse la piel con un cigarro, introducirse una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel, no dejando que una herida se cure y/o intoxicarse con veneno, gas u otra sustancia” (Del Rosario Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018) no hay reporte específico de esta conducta en la población juvenil en el país, ya que la mayor parte de datos son considerados para las conductas auto líticas cuyos pacientes son abordados por en tratamiento psiquiátricos y son las emergencias con mayor incidencia.

Activadores de la conducta autolesivas sin intención suicida

Los aspectos que pueden incidir en este tipo de conductas tienen varias teorías al respecto una de estas es biológica, según la cual una rebaja en el nivel de serotonina incide en la regulación de la impulsividad y la agresión, al reducirse la producción de este neurotransmisor se promueven comportamientos impulsivos contra sí mismo. Otro criterio al respecto son los opioides responsables de la supresión del dolor y reguladores de las emociones, bajo este criterio los chicos al autolesionarse consiguen cierto nivel de placer que alivia su malestar psicológico, pero que a la vez ofrece un placer analgésico, al repetirse este proceso la persona continuará manteniendo la conducta ya que al sentir dolor o malestar psicológicos la auto lección proporciona sentimientos positivos, al final cada vez que siente disgustos terminan realizando la conducta autolesiva, que a largo plazo es adictiva con consecuencias letales a largo plazo. Las evidencias indican, que los estudios realizados en animales que se encuentran privados de relaciones sociales, se vuelven más susceptibles al impulso de este tipo de conductas. El aporte de autores como Isacson G, Rich CL. (2001) indica que el 99, 01% de los sujetos que se autolesionan presentan otro tipo de patologías como la presencia de “depresión, desorden de la personalidad, síndrome de estrés posttraumático, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo, trastorno de despersonalización, ansiedad y pánico” (Del Rosario Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018). La condición biológica puede ser uno de los factores predisponentes para el apareamiento de esta condición; es importante determinar la incidencia genética de padres a hijos, sin embargo, la condición de vida, el aprendizaje de las respuestas de interacción social y el entrenamiento en respuestas asertivas pueden ayudar a mantener un equilibrio en las respuestas de un adolescente y la familia es un soporte

fundamental para la construcción de su personalidad, las exceptivas de vida y esquema de valores.

Otro factor que suma la aparición de esta condición, son los factores psicológicos, un estudio realizado en jóvenes con esta condición referían que los cortes les permiten calmar sus tensiones, la acción también proporciona alivio a nivel mental y a la par revelan que la falta de control en sus frustraciones se canaliza con el daño a sí mismos. Otro aporte investigativo determina que los jóvenes en esta condición carecen de adecuados recursos cognitivos a la hora de resolver conflictos ya que se observa una autovaloración negativa, baja autoestima y evitación para resolver problemas. Con la misma finalidad otro estudio que correlaciona la alexitimia (personas con dificultades para la regulación e identificación emocional) con la conducta en mención determino una alta preponderancia en su presentación considerando las dificultades al describir y comunicar sus sentimientos. Otro estudio en sujetos con trastornos de la conducta alimentaria indica que un 35,01% - 80,01 % también desarrollaran esta conducta. De igual forma los conflictos de la infancia como: abuso físico, sexual, abandono emocional se corresponden al comportamiento auto lesivo (Del Rosario Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018). Las evidencias anteriormente expuesta indican que las condiciones de vulnerabilidad psicológica proveen la presentación de estas conductas auto lesivas, las cuales son una respuesta al dolor psicológico que percibe el sujeto, para este, representan una forma de apaciguar la emoción en el acto auto lesivo; si se considera que la persona tiene dificultades cognitivas para resolver conflictos y pocas estrategias de comunicación, es probable que el hecho incite un escape a esta frustración y al repetir el patrón se convierten en una conducta adictiva que menoscaba sus estrategias de afrontamiento.

El factor social de la misma manera contribuye a la presentación de esta conducta, afectando principalmente a los jóvenes más sensibles, poco expresivo, ensimismados en su mundo interior, con pocas habilidades sociales, con un abajo nivel de comunicación con otros, que a lo largo del tiempo son blanco fácil al ataque de otros, marginados, rechazados y discriminados. Un aporte investigativo indica que entre la población juvenil la formación de grupos de auto lesionadores son una fuente para atraer a otros en su iniciación, el efecto de la pertenecía, cohesión y aceptación aumenta la ocurrencia de la conducta, que se mantenga o que persista en el tiempo; se observa que la incidencia es mayor en mujeres con el 64% debido a la consideración de genero de fragilidad y emotividad versus los hombres quienes demuestran socialmente sus frustraciones a través de una agresión directa a otros, robando o mintiendo, todas estos comportamientos son socialmente aprobados. (Del Rosario Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018).

Psicopatología de la conducta auto lesiva

La presencia de esta conducta no debe asociarse a la presentación de trastornos mentales, es pertinente considerase como parte de un transdiagnóstico, en los pacientes suelen ser concomitantes las patologías de alimentación, consumo de drogas, depresión, ansiedad entre otras. La propuesta de algunos autores es categorizar al grupo de personas que ejecutan la conducta con los siguientes criterios: a) individuos con pocos síntomas clínicos cuyo nivel de ejecución es ocasional; b) sujetos que inician esta conducta desde jóvenes, con actos como golpearse, pellizcarse o morderse y que sean recursivos, c) observar síntomas de significancia clínica y ansiedad sumado a arrancarse el pelo, arañarse, cortarse o quemarse cuya motivación puede ser tanto interna como externa, d) los pacientes con síntomas psiquiátricos que básicamente se cortan bajo una motivación intrapersonal pero con un reporte de menor nivel de impulsividad.

Los estudios también reportan la asociación de factores de personalidad vinculados a esta condición: dificultad en la regulación emocional, acompañada de una carga de apreciaciones negativas, donde la respuesta de auto lesión es una compensación a la tolerancia de estos estados negativos, una marcada expresión de auto desprecio vinculada a una condición de autocastigo, la impulsividad es otro aspecto ya que la persona siente una incapacidad de resistirse a los estados negativos. La mayor parte de la literatura vincula esta conducta al trastorno límite de la personalidad ya que los criterios diagnósticos demuestran una correlación del 53% en adolescentes y el 78% para pacientes con diagnóstico del trastorno límite de la personalidad y la conducta auto lesiva, la sugerencia en el diagnóstico es un tratamiento diferenciado.

Otro aporte investigativo menciona que la correspondencia entre la conducta auto lesiva y el suicidio tiene una posibilidad del suceso en tres veces su nivel de ocurrencia, en sujetos con una frecuencia de más de veinte episodios, una historia prolongada de su frecuencia, el uso de varios métodos, la ausencia de dolor y el rápido alivio emocional lo que amplía el riesgo de la conducta suicida. La recomendación es mantener una alerta en la presencia de estos indicadores ya que con su prolongación en el tiempo aumenta el riesgo de muerte. Un aprendizaje por modelamiento de esta conducta está asociado a la observación de la misma en otros como compañeros de clase, programas de televisión o el internet lo que presume un riesgo en adolescentes, los estudios revelan que existe un creciente número de chicos que utilizan formas gráficas y verbales para exponer actos referentes a esta conducta, las conjeturas para explicarlos van desde la necesidad de encontrar información, reducir su aislamiento, concebirse como un acto normal, la aceptación en el grupo de pares y la estigmatización a un grupo reducido. Todo lo expuesto nos brinda información útil para atender estas conductas de riesgo tanto a educadores, padres de familia y jóvenes, el riesgo

es latente si las condiciones de resiliencia en las familias no son eficientes. (Vega & et al, 2018).

Tipos de conductas auto lesivas

No existe un solo consenso único sobre la tipología de estas conductas, al respecto son varios los criterios teóricos; una consideración es que este tipo de conductas tiene una intención sedante para el sujeto, ya que al efectuarla percibe una sensación de tranquilidad física, es una especie de ritual que ofrece una limpieza de las emociones escondidas dentro de sí mismo y la otra comunicativa que se explica ya que el acto representa una expresión de sus necesidades y deseos, representa a la vez un autocastigo por cometer errores o pueden representar una forma de auxilio para los que están cerca (Conterio K, 1999). Otro aporte menciona que los tipos de conducta pueden variar desde: humillarse, repudiarse constantemente, autocriticarse sin mesura, expresar ideas negativas sobre sí, autolesionarse, provocarse auto un perjuicio, impedirse realizar cosas placenteras, la automutilación o intentos de muerte. Todas estas acciones se encaminan en generarse un daño para sí. (Grube, 2004).

Otra consideración en esta tipificación son: a) *autolesiones culturalmente sancionadas y lesiones rituales*; este tipo de contusiones son producto de una creencia colectiva según la cual se reprocha o advierte de alguna amenaza al colectivo, incluye actos como tatuajes, perforaciones, los cambios corporales se incluyen también; b) *autolesión patológica que obedecen al grado de degradación o su patrón de comportamiento*, con tres subcategorías: la autolesión mayor: “enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne que implican una pérdida específica del tejido corporal”, es posible que se asocie al uso de drogas o como consecuencia de un evento psicótico. La *estereotípica* contiene actos monótonos y repetitivos: “extracción de dientes, presionarse los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación”

es típico de personas con retraso mental. Y la *autolesión* es superficial/moderada, representa actos de baja mortalidad y limitadas a lesiones superficiales a nivel de piel, son repetitivos, o eventuales e incluye: cortarse y quemarse, un tipo *compulsivo* incluye “arrancarse el cabello, jalarse la piel y rascarse”. También suelen ser episódicas con sucesos como “cortarse la piel y quemarse”. La frecuencia de repetición de este tipo de conductas no está marcada por un número determinado, sin embargo, los actos cuya frecuencia intensidad y duración de prolonga en el tiempo requieren de atención profesional. (Favazza , 1996), citado por (Del Rosario Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018).

El presente trabajo investigativo considera los criterios emitidos por el DSM V para conducta auto lesiva no suicida o trastorno de autolesión no suicida cuyos criterios se expone a continuación:

- a) El individuo en el último año, durante al menos 5 días, se ha auto infligido de manera intencional, daño en superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado, moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), con la expectativa que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado.
- b) El individuo realiza la autolesión con una o más de las siguientes expectativas: 1. Obtener alivio de sentimientos negativos o estado cognitivo. 2. Resolver una dificultad interpersonal. 3. Inducir un estado de sentimiento positivo.
- c) La lesión intencional está asociada con al menos dos de los siguientes: 1. Dificultades interpersonales, pensamientos o sentimientos negativos como depresión, ansiedad, tensión, enojo, estrés generalizado o autocrítica, que ocurran en el período inmediatamente antes del acto de autolesión. 2. Antes de incurrir en el acto, se presenta un período de preocupación sobre la conducta a realizar que es difícil de resistir. 3. Piensa en autolesión frecuentemente, aunque no vaya a realizar el acto.

- d) El comportamiento no está sancionado socialmente (por ejemplo, tatuaje, ritual religioso o cultural) y no se limita a una costra o morder uñas. E. El comportamiento o sus consecuencias causa distrés o interferencia clínicamente significativa en áreas interpersonales, académicas u otras áreas importantes.
- e) El comportamiento no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación por sustancias. En pacientes con desorden del neurodesarrollo, este comportamiento no hace parte de patrón de movimientos estereotipados. El comportamiento no se explica mejor por otro desorden mental o condición médica. (2019, pág. 2019).

Un elemento característico de la conducta auto lesiva es que la intensión de daño a sí mismo es un recurso que el sujeto utiliza como un mecanismo de compensación para aliviar un malestar psicológico de vacío, se convierte para este en un sedante, al repetirse esta conducta siente alivio, algunos autores consideran que la conducta también puede ser una expresión comunicativa para expresar sus emociones o deseos a las personas a su alrededor, es importante para el diagnóstico adecuado realizar un estudio psicológico completo, la aplicación de reactivos psicológicos que permitan un abordaje terapéutico adecuado de acuerdo a los síntomas identificados en el paciente.

La prevención de la conducta suicida

Actualmente los criterios diagnósticos del DSM V nos permiten un mejor criterio diagnosis en las conductas auto lesivas, la literatura científica indica que las terapias cognitivo conductuales brindan un mejor resultado en la remisión de síntomas, una de estas es la propuesta por D´Zurrilla y Goldfried en la decada del 70 con la Terapia en la Solución de Problemas puesto que los pacientes presentan una marcada dificultad en la confrontación

de problemas, el entrenamiento en habilidades le permiten al sujeto construir respuestas adaptativas frente a los problemas y una mejor adaptación a su entorno. Otra terapia de uso es la Terapia Dialéctica del comportamiento de Linehan expuesta en 1993 su fundamento es la ayuda en el manejo de la conducta, fue creada para tratar los síntomas del trastorno límite de personalidad, su finalidad es permitir que el paciente se acepte a sí mismo y a la vez pueda generar cambios funcionales en su entorno, lo que motiva al paciente a desarrollar herramientas cognitivas que le facilitan afrontar sus emociones y su adaptación al entorno social. Estas estrategias suelen apoyarse de otras como la terapia familiar en un esfuerzo de garantizar un tratamiento integral. (Garza-Laguera & González, 2016).

Otro aporte investigativo fue realizado en Boyacá, en una población de adolescentes entre 14 a 18 años, de una unidad Educativa, cuyo objetivo fue implantar un programa de prevención basado en estrategias de autocontrol y resolución de problemas para prevenir la presentación de este tipo de conductas. La primera fase del estudio incluyó un diagnóstico a la población sobre la presencia de síntomas de la conducta, el manejo de habilidades sociales y de control, entrevista clínicas, y reactivos psicológicos; luego de una identificación de los afectados, paso seguido a la etapa de planificación de técnicas en la resolución de conflictos y el manejo de autocontrol frente la conducta auto lesiva. El abordaje tiene su base en el modelo cognitivo-conductual.

Las fases de este abordaje fueron: a) sesión uno: una propuesta de intervención psicoeducativa a los estudiantes identificados, b) sesión dos se genera un entrenamiento y orientación hacia el problema es decir identificar las posibles causas que proyectan la conducta, c) sesión tres los chicos realizan una identificación de los problemas, d) sesión cuatro con la ayuda del terapeuta se busca la generación de resoluciones alternativas al

problemas, e) sesión cinco se establece una toma de decisiones, f) sesión seis de práctica el entrenamiento y se verifican los logros alcanzados en problemas de su cotidianidad. Aquí el énfasis está en aplicar las técnicas de teoría cibernética de control cognitivo y autocontrol (Ejecución, autoobservación, autoevaluación y auto-reforzamiento), g) sesión siete es una sesión de asimilación de los conocimientos h) la sesión ocho es una etapa para ensayos y la prevención de posibles recaídas y h) la sesión nueve es una sesión de evaluación de registros y tareas y un manteniendo de las técnicas aprendidas y finalmente en la sesión diez se establece un cierre, donde se busca afianzar el apoyo familiar, las estrategias en la solución de conflictos el autocontrol y la autoestima. (Toro Tobar, Vianchá Pinzón, & Martínez Baquero, 2018).

CAPITULO II

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

La depresión es un trastorno recurrente a lo largo del tiempo, el cual menoscaba el desempeño de una persona en lo social, familiar y laboral. La conducta autolesiva es una condición que autoagresión que no implica una ideación suicida, las cuales se demuestran a través de cortes, quemaduras golpes entre otras, es un acto que compensa un dolor psicológico.

La metodología aplicada en la presente investigación es cualitativa ya que busca explorar la condición de las variables a través de reactivos psicológicos que para el presente caso es la Escala de depresión de Beck y Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida basada en el DSM - 5, el estudio es de corte trasversal, el método aplicado es un estudio comparativo a partir del género, en primera instancia se determina los niveles de depresión presentes en los adolescentes objeto de estudio, y a la vez se indaga sobre el tipo de conductas autolesivas que éstos practican. En el análisis de las variables se utiliza el método cualitativo al describir la condición pragmática de las variables, la investigación es de campo porque recoge la información directa de los sujetos en el lugar en el que se encuentran, es bibliográfica porque para su indagación se nutre de fuentes primarias y secundarias. El procesamiento de los datos es psicométrico y se describen con la estadística inferencia para la interpretación de los resultados, que para el presente caso nos permite comparar la incidencia de las variables por género.

Área de estudio: psicología clínica

Campo: psicología

Área: Clínica

Delimitación Espacial: Unidad Educativa 5 de agosto

Provincia: Esmeraldas

Cantón: Esmeraldas

Delimitación temporal: 2019-2020

Población

La población total de la investigación son 274 estudiantes de los cuales 139 son hombres y 135 mujeres en las que se aplicaron los instrumentos psicológicos en el año 2020.

Población estudiantil

Colegio	Hombres	Mujeres	Total
Fiscal	139	135	274
Total	139	135	274

Tabla 1 Población estudiantil

Fuente: Investigación

Elaborado por: la Investigadora

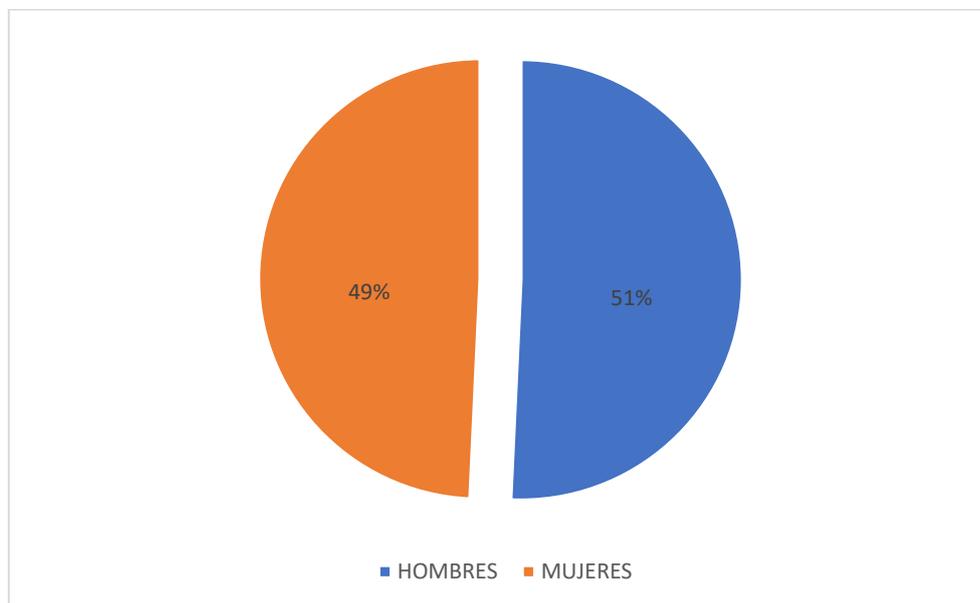


Gráfico 1 Población estudiantil 274

Fuente: Investigación

Elaborado por: la Investigadora

Instrumentos de investigación

Escala de depresión de Beck, creado por Aron Beck en 1996, ha sido ampliamente utilizada en el diagnóstico de los síntomas depresivos, el coeficiente alfa de Cronbach de la escala corresponde al 0,91 es decir, con un alto grado confiabilidad, la misma mide depresión en adolescentes, es un instrumento de auto aplicación el cual consta de 21 ítem, se puede aplicar de forma individual o colectiva, en 15 minutos aproximadamente, la edad de aplicación es a partir de los 13 años hasta adultos, se considera la sintomatología presentada en las dos últimas semanas. La fiabilidad en sus índices psicométricos demuestra una consistencia interna adecuada (alfa de Crombach 0.76-0.95) por lo mismo en la escala esta oscila alrededor de $r = 0.8$. La confiabilidad también es alta con el 0,83. La validez en comparación con otras escalas similares psiquiátricas es de entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6). La validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: Sensibilidad del 100 %, Especificidad del 99 %, Valor predictivo positivo 0.72, y Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

Para establecer la corrección de escala cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y luego se suma directamente la puntuación de cada ítem, al final se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos.

La Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida ha sido utilizada en investigaciones con adolescentes en la ciudad de México González en el 2003, la presente tiene su fundamento en los criterios característicos del DSM-5 (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.” [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, sin

intención suicida], consta de 12 ítems y presenta una escala de respuesta tipo Likert, cuyos valores oscilan en 1 (nunca) y 5 (siempre). La fiabilidad de la escala para el alfa de Cronbach es de $\alpha=.84$. Se asumen dos sub escalas una de autolesión por debajo de la piel con un alfa de $\alpha=.78$ y para otra de autolesión por encima de la piel, $\alpha=.76$, por lo que la fiabilidad en este caso es moderada. Para la presente exploración se considera la validación en la población ecuatoriana de Vilchez Jose realizada en el 2017 su proceso de validación indica que el índice de adecuación muestral es de $KMO=.874$, y el de esfericidad de Bartlett, $c2(66) =4216.36$, $p<.001$, es decir que son criterios admisibles para consentir un análisis factorial. Para la indagación de las sub dimensiones tenemos que la varianza explica el 25,21% en dimensión Autolesión por debajo de la piel y la varianza de la segunda dimensión es 22,25% para la Autolesión por encima de la piel. La varianza total para las dos dimensiones es de 47.46%.

Respecto a la fiabilidad del cuestionario se indica que el Alfa Cronbach es de $\alpha=.84$. Para las sub-dimensiones de Autolesión por debajo de la piel, $\alpha=.78$, y de Autolesión por encima de la piel, $\alpha=.76$, la fiabilidad es moderada. Entendiéndose que es una escala fiable. El nivel de significancia en conductas autolesivas $t(239, 557) =9.11$, $p<.001$, para la condición de género es mayor nivel de conductas autolesivas en hombres ($M=17.03$, $DS=5.78$) con respecto a las mujeres ($M=16.91$, $DS=6.04$).

Validación del cuestionario en la población investiga

Alfa de Cronbach	N de elementos
.812	12

Tabla 2 Análisis de Fiabilidad

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

En esta investigación, se evaluó la fiabilidad global del cuestionario de la Cédula de Evaluación de Autolesiones. Considerando sus 12 elementos, el Alfa de Cronbach obtenido es de 0,812, lo cual representa un grado de confiabilidad adecuada, tal como se aprecia en la tabla 2.

		N	%
Casos	Válidos	274	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	274	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 3 Procesamiento de los casos
Elaborado por: El Investigador
Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Alfa de Cronbach	N de elementos
,674	5

Item3 Item4 Item6 Item7 Item9 Item10 Item11

Tabla 4 Estadísticos de fiabilidad
Elaborado por: El Investigador
Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

En esta investigación, se evaluó la fiabilidad de la dimensión por debajo de la piel del cuestionario de la Cédula de Evaluación de Autolesiones. Considerando sus 5 elementos, el Alfa de Cronbach obtenido es de 0,67, lo cual representa un grado de confiabilidad adecuada, tal como se aprecia en la tabla 4.

		N	%
Casos	Válidos	273	99,6
	Excluidos	1	,4
	Total	274	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,767	7

Tabla 5 Estadísticas de fiabilidad

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

En esta investigación, se evaluó la fiabilidad de la dimensión por encima de la piel del cuestionario de la Cédula de Evaluación de Autolesiones. Considerando sus 7 elementos, el Alfa de Cronbach obtenido es de 0,767, lo cual representa un grado de confiabilidad adecuada, tal como se aprecia en la tabla 5.

Procedimientos para obtención y análisis de datos

- 1) traslado a la institución
- 2) entrega de oficios
- 3) aceptación de la institución
- 4) definición de fecha para toma de instrumentos
- 5) aplicación de instrumentos psicológicos
- 6) tabulación y análisis de resultados

Análisis de datos

Se realizó la investigación por medio del Comparación de medias, Prueba T para muestras independientes y análisis de alfa de Cronbach para confirmar la consistencia interna de la investigación para toda la población.

Actividades

En primera instancia se procedió a acudir a la institución educativa, donde se solicitó autorización para hablar con las autoridades competentes como el Rector y Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), durante la entrevista realizada se observa la necesidad de generar la investigación, luego de la aprobación y consentimiento de las autoridades se

dejó los oficios, para posteriormente definir la fecha y el horario de aplicación de reactivos psicológicos a los estudiantes del bachillerato cuya gestión se realizó con el profesor tutor y los inspectores del centro educativo en las fechas establecidas se ejecutó la actividad para aplicar los reactivos psicológicos a los adolescentes, ese proceso nos tomó alrededor de una semana. Al final del trabajo realizado se agradece la colaboración de las autoridades y se compromete la entrega de los resultados cuando se finalice el proceso de investigación.

En el proceso de tabulación se califica cada una de las escalas aplicadas a cada variable, luego se plasman cuadros generales en Excel que luego son trasladados al programa SPSS para la elaboración de cuadros estadísticos y pruebas estadísticas que permitan el análisis de los datos.

CAPITULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Depresión en adolescentes del bachillerato

Alternativa	Hombre	Mujer	Porcentaje
Normal	46	35	29,56%
Leve depresión	33	35	24,82%
Intermitente	20	21	14,96%
Moderada	28	34	22,63%
Grave	5	13	6,56%
Extrema	1	3	1,45%
Total	139	135	100%

Tabla 6 Niveles de Depresión de los adolescentes

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Escala de depresión de Beck

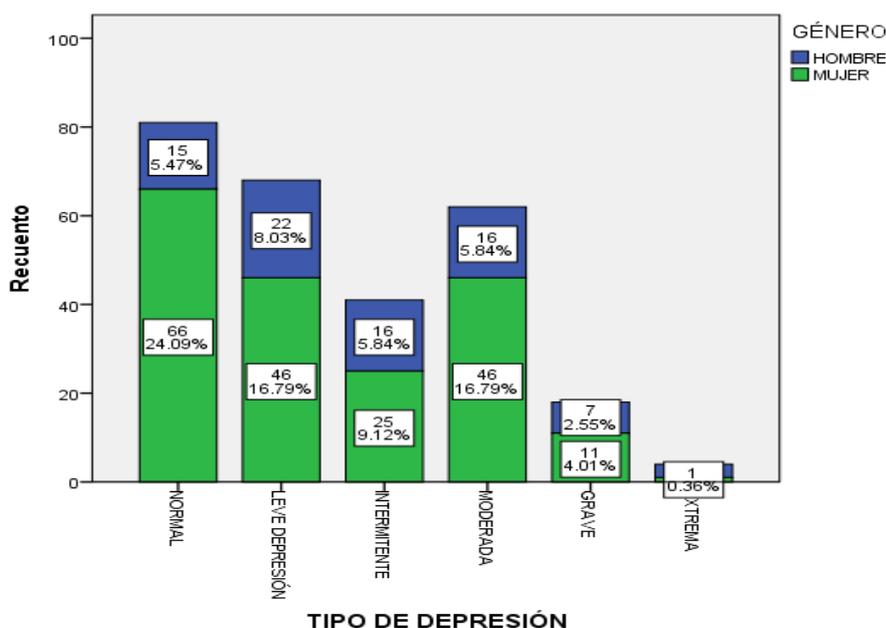


Gráfico 2 Distribución de tipos de depresión

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Escala de depresión de Beck

Análisis e interpretación

Como se visualiza el tipo de depresión que prevalece es normal; seguida de la leve y moderada; finalmente, intermitente, grave y extrema en ese orden. En relación con el género la prevalencia de depresión está en las mujeres en un 72%, mientras que en los hombres el 28%.

Conducta Auto lesiva en adolescentes del bachillerato

Alternativa	Hombre	Mujer	Porcentaje
Encima de la piel	137	125	95,62%
Debajo de la piel	2	10	4,38%
Total	139	135	100%

Tabla 7 Sub dimensiones de conducta autolesiva

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

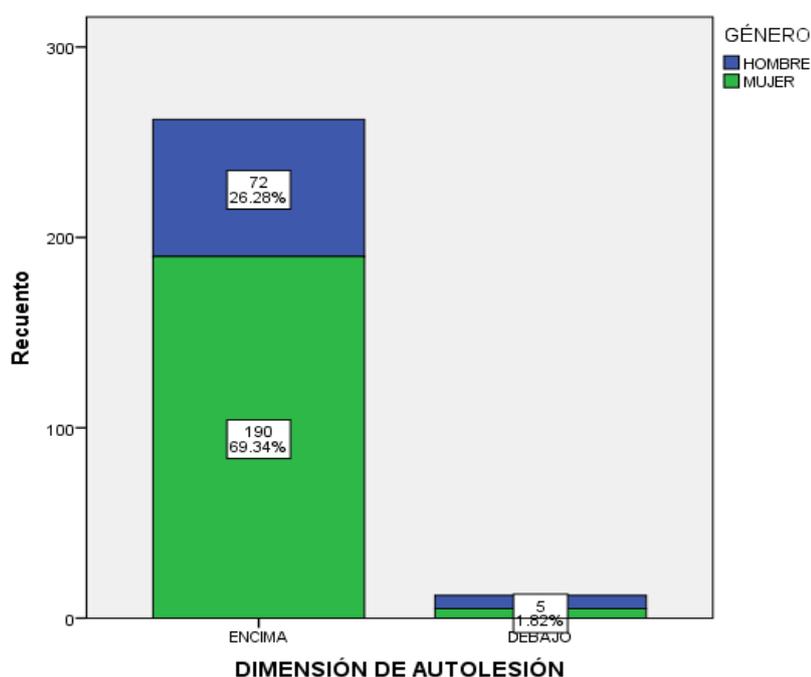


Gráfico 3 Sub dimensiones de conducta autolesiva

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Análisis e interpretación

Al analizar la conducta auto lesiva se tiene que prevalecer el tipo de lesión por encima de la piel y en mujeres en un 69.34%; así mismo en relación con la lesión por debajo de la piel prevalece en mujeres en un 2.55%; en general el desarrollo de autolesión es mayor en mujeres que en hombres 57% y 29% respectivamente.

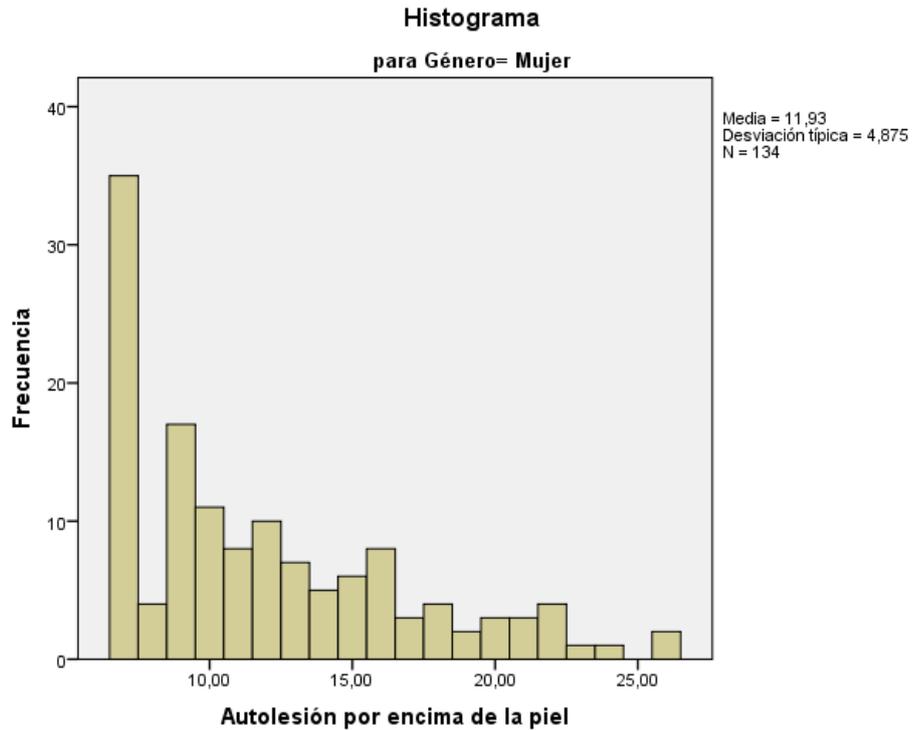


Gráfico 4 Sub dimensiones de conducta autolesiva
Elaborado por: El Investigador
Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Análisis e Interpretación de resultados

El histograma expresa los niveles de autolesión por encima de la piel para mujeres. En una distribución de puntajes que comprende valores desde 5 hasta 35 se observa una distribución asimétrica cargada hacia los niveles más bajos de la variable en estudio.

ANÁLISIS RELACIONAL

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Niveles de Depresión	Hombre	139	14,6906	8,68186	,73639
	Mujer	135	17,2741	9,75478	,83956

Tabla 8 Correlaciones de Pearson

Estadísticos de grupo

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias
--	--	-------------------------------------

	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,843	,359	- 2,317	272	,021	-2,58343	1,11485	- 4,77826	- -,38860
Niveles de Depresión No se han asumido varianzas iguales			- 2,313	266,392	,021	-2,58343	1,11675	- 4,78220	- -,38466

Tabla 9 Prueba T de muestras independientes

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Análisis e Interpretación de Resultados

Mediante una Prueba T para la igualdad de medias se examinó las diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a los niveles de depresión. Los hombres (N = 139) obtuvieron una media de 14,69 con una desviación típica de 8,68, mientras que las mujeres (N= 135) obtuvieron una media de 17,27 con una desviación típica de 9,75. Asumiendo varianzas iguales, se observa con una significación asintótica bilateral de $p=0.021$ que esta diferencia es estadísticamente significativa. Es decir, con un 2% de error, es posible asumir que las mujeres sufren de depresión más que los hombres en la población.

Correlaciones

		Autolesión por debajo de la piel	Autolesión por encima de la piel	Niveles de Depresión
Autolesión por debajo de la piel	Correlación de Pearson	1	,529**	,444**

	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	274	273	274
Autolesión por encima de la piel	Correlación de Pearson	,529**	1	,349**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	273	273	273
	Correlación de Pearson	,444**	,349**	1
Niveles de Depresión	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	274	273	274

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 10 Sub dimensiones de conducta autolesiva

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Análisis e Interpretación de Resultados

Mediante el coeficiente de Correlación de Pearson se examinó el grado de asociación entre las variables en estudio. En el caso de las variables Autolesión por debajo de la piel y autolesión por encima de la piel, se reporta un Alfa de 0.529, lo cual implica una correlación positiva moderada. Del mismo modo, para la variable Autolesión por debajo de la piel y Depresión se reporta un Alfa de 0.444, lo cual indica también una correlación positiva moderada. A su vez, la variable Depresión muestra una relación positiva moderada con Autolesión por encima de la piel, con un Alfa de 0.349. Todas estas correlaciones son positivas con un valor de 0.001 en significancia asintótica bilateral.

ANÁLISIS COMPARATIVO

PRUEBA T DE MUESTRAS INDEPENDIENTES

Estadísticos de grupo

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Autolesión por debajo de la piel	Hombre	139	6,3022	1,95476	,16580
	Mujer	135	7,2370	2,92240	,25152

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
	F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia

									Inferior	Superior
Autolesión por debajo de la piel	Se han asumido varianzas iguales	18,661	,000	-3,121	272	,002	-,93488	,29957	-1,52465	-,34511
	No se han asumido varianzas iguales			-3,103	233,032	,002	-,93488	,30125	-1,52840	-,34136

Tabla 11 Prueba T de muestras independientes

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Análisis e Interpretación de resultados

Mediante una Prueba T para Muestras Independientes se examinó las diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a autolesión por debajo de la piel. Los hombres (N = 139) obtuvieron una media de 6,30 con una desviación típica de 1,95, mientras que las mujeres (N= 135) obtuvieron una media de 7,23 con una desviación típica de 2,92. Asumiendo varianzas iguales, se observa con una significación asintótica bilateral de $p=0.002$ que esta diferencia es estadísticamente significativa. Es decir, con un 2% de error, es posible asumir que las mujeres se autolesionan por debajo de la piel más que los hombres en la población estudiada.

Estadísticos de grupo

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Autolesión por encima de la piel	Hombre	139	10,3525	3,82756	,32465
	Mujer	134	11,9254	4,87533	,42116

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Autolesión por	Se han asumido varianzas iguales	9,756	,002	-2,971	271	,003	-1,57286	,52945	-2,61522	-,53049

encima de la piel			-	252,197	,003	-1,57286	,53177	-	-,52558
No se han asumido varianzas iguales		2,958						2,62013	

Tabla 12 Prueba T de muestras independientes

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida

Análisis e Interpretación de Resultados

Mediante una Prueba T para Muestras Independientes se examinó las diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a autolesión por encima de la piel. Los hombres (N = 139) obtuvieron una media de 10,35 con una desviación típica de 3,82, mientras que las mujeres (N= 135) obtuvieron una media de 11,92 con una desviación típica de 4,87. Asumiendo varianzas iguales, se observa con una significación asintótica bilateral de $p=0.003$ que esta diferencia es estadísticamente significativa. Es decir, con un 3% de error, es posible asumir que las mujeres se autolesionan por encima de la piel más que los hombres en la población estudiada

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se ha determinado que existe una relación una relación entre la depresión y las conductas autolesivas de los y las estudiantes de bachillerato, donde la incidencia de la conducta autolesiva es mayor y mujeres versus hombres, en la incidencia es superficial para el 95,62% de la población.
- Se identifica los niveles de depresión existentes en los adolescentes siendo, 29% de la población no presenta depresión, el 24% tiene depresión leve, así mismo 14% depresión intermitente, el 22 % moderada, el 6 % depresión grave y el 1. % de la población depresión extrema.
- Las diferencias respecto al género en las conductas autolesivas, es que para las dos su-dimensiones por encima de la piel con un porcentaje de 69.35%, en las mujeres; así mismo en relación con la lesión por debajo de la piel prevalece en mujeres en un 2.55%; en general el desarrollo de autolesión es mayor en mujeres que en hombres 57% y 29% respectivamente.
- Se propone generar una propuesta sobre talleres psicoeducativos con la metodología de Aaron Beck, para la prevención de la depresión en los estudiantes de la unidad educativa 5 de agosto de esmeraldas.

RECOMENDACIONES

- Realizar el abordaje con los adolescentes, padres de familia y docentes de la institución para que tengan conocimiento de la problemática, identificando pautas de prevención que pueda brindar ayuda al adolescente.

- Desarrollar talleres de prevención de la depresión para la comunidad educativa, para que los adolescentes sean capaces de afrontar los problemas tolerando frustraciones y emociones.
- Se recomienda trabajar en talleres de psicoeducación de la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck, que permite modificar conductas de los adolescentes que se han creado de forma errónea.

DISCUSIÓN

Al realizar la aplicación del instrumento psicológico Test de Depresión de Beck para determinar depresión y el cuestionario Cédula de Evaluación de Autolesiones que identifica conductas autolesivas, se obtienen resultados para aplicar Comparación de medias, Prueba T para muestras independientes, donde se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, determinando así que la depresión sí influye en las conductas autolesivas de los adolescentes de la Unidad Educativa 5 de agosto de la ciudad de Esmeraldas.

En relación a la investigación realizada se determinó que existen otros estudios con el mismo contexto es así que hablará de la investigación realizada por Kirchner, et al (2011) en su investigación sobre la “Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento” donde concluyen que la prevalencia de conducta autolesiva es del 11,4% y la del pensamiento suicida del 12,5%, porcentajes acordes con los encontrados en otros países no se han hallado diferencias de sexo, pero sí un incremento con la edad.

En el presente estudio se encontró que las mujeres presentan una de conducta autolesiva en un 69% versus los hombres 29% y por lo que los estudios respecto a la intención suicida en relación género son iguales.

Vílchez (2016) en su trabajo investigación sobre la Validación en Población Ecuatoriana

de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5, en la Universidad de Cuenca, donde los datos arrojan que existen dos sub dimensiones de la autolesión: Autolesión por encima de la piel y Autolesión por debajo de la piel. Existen igualmente diferencias de género entre hombres y mujeres tanto en el tipo de autolesión como en el nivel de la misma. En el presente estudio se sustenta la hipótesis alterna donde la depresión si influye en las conductas autolesivas de los adolescentes tomando en cuenta que los resultados obtenidos confirman que en las dos dimensiones de autolesiones la población de estudio refiere autolesionarse, y es así que las mujeres son las que se autolesionan más refiriéndose en la dimensión por encima de la piel más que los hombres, con los siguientes resultados En el caso de las variables Autolesión por debajo de la piel y autolesión por encima de la piel, se reporta un Alfa de 0.529, lo cual implica una correlación positiva moderada. Del mismo modo, para la variable Autolesión por debajo de la piel y Depresión se reporta un Alfa de 0.444, lo cual indica también una correlación positiva moderada; así mismo la incidencia de las sub dimensiones en la incidencia es superficial para el 95,62% de la población por lo que se destaca la conducta autolesiva en mujeres.

Así mismo, en la investigación realizada por Jadan (2017) en el tema de la depresión en adolescentes de 14 a 16 años en el colegio 27 de febrero en la ciudad de Loja concluyo que la incidencia de los estados depresión en adolescentes inicia en la pubertad generados por crisis, conflictos y su mayoría por la parte social en el que los resultados son prevalencia de depresión de 65.75% y los factores de riesgo son el tabaco con el inicio a los 14 años y el consumo de drogas a los 16%. En la presente investigación en cambio el 24% de la población presenta depresión leve, así mismo 14% depresión intermitente, 22 % depresión moderada, el 6% depresión grave y el 1% de la población depresión extrema.

CAPITULO V

TALLERES PSICOEDUCATIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD

EDUCATIVA 5 DE AGOSTO DE ESMERALDAS

JUSTIFICACIÓN

Al concluir con la investigación se ha podido determinar que existe una relación entre la depresión y las conductas autolesivas en los y las adolescentes de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas, por ello es de gran importancia la presente propuesta, basándose en un taller psicoeducativo para la prevención de la depresión de estos individuos; pues las personas de esta edad son vulnerables ante estos trastornos, muchos de ellos padecen de depresión y las manifestaciones pueden ser mediante las autolesiones físicas con el objetivo de regular sus emociones por medio del dolor.

Es original porque no se han realizado estudios en la provincia de Esmeraldas, en el cantón de Esmeraldas en instituciones fiscales, principalmente en la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas donde las variables de investigación han sido estudiadas. Además, resulta factible porque se ha basado en principios y conocimientos científicos, sabiendo que los talleres en los trastornos depresivos han dado eficacia sobre todo desde un enfoque cognitivo conductual.

Así mismo los beneficiarios para el plan psicoterapéutico son los estudiantes de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas, los padres de familia y docentes; pues se pretende que gracias a la intervención se pueda disminuir niveles de depresión y mejorar la calidad de vida de estos individuos.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar talleres psicoeducativos para la prevención de la depresión en los y las adolescentes de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar técnicas basadas en el modelo cognitivo-conductual de Aaron Beck para prevenir la depresión.
2. Establecer actividades para los talleres preventivos que beneficien a la comunidad educativa.

ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

Para la sustentación teórica del trabajo investigativo se ha tomado antecedentes en estudios científicos en cuanto al modelo cognitivo-conductual en edad de adolescentes, un apartado que es de gran importancia para generar mayor conocimiento en las personas.

(Labrador) Aaron Beck es el creador de la terapia cognitiva, donde su enfoque fue el de reducir el malestar que presente el individuo, mediante la identificación y modificación de las cogniciones distorsionadas presentadas por sí mismo, el presente y futuro por medio de terapias.

Antón, García, y García (2016) en su estudio sobre la intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía; se da a luz resultados afirmativos, consiguiendo los objetivos previstos; en donde ha existido una reducción de los síntomas depresivos, y por consiguiente un mejoramiento en el estado de ánimo de la paciente, con la adecuada intervención se logró reducir síntomas.

Así mismo Hernández, et al. (2017) en su investigación sobre la intervención cognitivo conductual de trastorno depresivo debido a un traumatismo de estructuras múltiples de rodilla, la intervención que se efectuó fue con el fin de disminuir emociones como la ira

y trsiteza a diario, problemas del sueño, fatiga; gracias a los resultados de las intervenciones se pudo lograr identificar que ha existido una disminución de la sintomatología depresiva.

Por otro lado, Navarro (2018) en su estudio de caso sobre la intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor; tras analizar los resultados se llega a la conclusión de que existió una dismunución de la gravedad de los síntomas de insatisfacción, odio a sí mismo, sentimientos de culpa, aislamiento social, pérdida de apetito, cansancio y dificultades con el sueño.

La psicoeducación como un método de intervención terapéutico en el que proporciona a los individuos información específica sobre el trastorno de la depresión, debido a que se manifiesta por un proceso en el que el terapeuta o profesional de la salud especifica la información científica actual e importante para las observaciones, además este modelo se plantea una forma de dar soluciones a los sucesos que convergen la depresión como tal (Cuevas y Moreno, 2017).

DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA

FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
LOGÍSTICA	Planificación de actividades para el correcto uso del espacio y tiempo, y materiales que se va a utilizar donde brindaran charlas Bienvenida a los estudiantes Diseño de los talleres propuestos.	Establecer con el departamento de consejería estudiantil (DECE) de la comunidad educativa el cronograma para desarrollar los talleres en los días previstos.	Humano Tecnológico Inmobiliario Bibliográfico Económico	1 hora	Investigadora
SOCIALIZACIÓN	Conocimiento a la comunidad educativa y estudiantil el tema a tratar Manejar el rapport entre los estudiantes y el terapeuta. Autorización informada, firmada por los padres de familia	Promover la socialización de los talleres para lograr concientización en los estudiantes. Planificar estrategias psicológicas acordes a las sesiones de trabajo.	Humano Tecnológico Inmobiliario Bibliográfico Económico	1 hora	Investigadora
EJECUCION	Talleres psicoeducativos basados en el enfoque cognitivo-conductual. Taller 1 Taller 2 Taller 3 Taller 4 Reconocimiento de emociones y conductas de los estudiantes Cierre, retroalimentación de temas planteados y despedida	Aplicar las estrategias cognitivas conductuales para el manejo de la depresión. Lograr el encuadre con la población Identificar aspectos importantes sobre el tema tratado Identificar las emociones y conductas. Establecer compromisos en base a lo aprendido	Humano Tecnológico Inmobiliario Bibliográfico Económico	2semanas	Investigadora

FINALIZACIÓN	Socialización del tema y resultados obtenidos	Verificación de los objetivos planteados	Humano	40minutos	Investigadora
---------------------	---	--	--------	-----------	---------------

Elaborado por: Investigadora

Fuente: Investigación de campo

Taller I					
Tema: Socialización de los estudiantes en talleres psicoeducativos					
Objetivo: Lograr el encuadre con la población.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Dinámica de Escudo de cualidades	Dinámica de Grupal	Empatizar con las personas y mantener el rapport con ellas	30minutos	La investigadora
Fase II – Introducción	Establecimiento de agenda de taller	- Plenaria - Exposición	Socializar la agenda	10minutos	La investigadora
Fase III – Procedimiento	Aspectos importantes del taller psicoeducativo	- Expositivo	-Socializar la información con el grupo	60 minutos	La investigadora
Fase VI – Cierre	Conversatorio Tareas a realizar Dinámica	-Retroalimentación Tarea Generar distensión en los estudiantes	Fomentar el desarrollo de habilidades personales Reforzar conocimientos Dinámica de distensión	30 minutos 5minutos 10 minutos	La investigadora

Elaborado por: Investigadora

Fuente: Investigación de campo

TEMA: Socialización de los estudiantes en talleres psicoeducativos

OBJETIVO: Lograr el encuadre con la población.

INTRODUCCIÓN

Para dar apertura al taller es imprescindible empezar con un saludo y bienvenida cordial a los asistentes, se pretende establecer empatía y rapport, creando un ambiente agradable de armonía con el fin de preparar a los integrantes para la dinámica que se realizará posteriormente. Es fundamental la presentación de quién va a impartir el taller, así como la descripción de la temática en general a tratar. Se dará a conocer a los estudiantes mediante diapositivas, la investigación realizada y sus respectivos resultados. Se indicará a las personas los objetivos del programa para mejorar el grado de la variable que poseen, de esta manera, justificando el motivo de los talleres. Es fundamental que los participantes conozcan las expectativas que buscan obtener con las actividades destinadas, la información será impartida en un total de 15 minutos.

Técnica: Dinámica Grupal

Tema: “El escudo de Cualidades”

Objetivo: Integración y cohesión grupal, se pretende analizar el comportamiento de los asistentes a la hora de trabajar en equipo, y a la vez, reconocer cualidades en ellos mismos.

Tiempo de Duración: 30 minutos

Materiales: Cartulina con plantilla de escudo Marcadores, Revistas Tijeras Pegamento

Procedimiento:

En primera instancia el investigador deberá solicitar a los participantes numerarse del uno al cinco, de esta manera se formaran grupos de cinco. Una vez que se

encuentren formados los equipos, la investigadora entregará a cada uno la cartulina con la plantilla, marcadores, las revistas, tijeras y pegamento.

Cuando cada grupo tengan sus materiales listos, se les indicará a los estudiantes que deberán decorar su propio escudo de armas, para ello representarán únicamente aspectos positivos que mejor definan la personalidad de los integrantes y que consideren como más fundamental. Las cualidades pueden representarse a través de dibujos, figuras, recortes de revista o cualquier símbolo que los participantes escojan. Como requisito el escudo debe estar dividido como mínimo en dos partes y, máximo en cuatro.

Al finalizar la decoración se le pedirá a cada equipo que se presenten y expongan su escudo ante los demás y explicarán las cualidades que hay reflejadas en el mismo, así como a quienes pertenecen. El investigador formulará una serie de preguntas abiertas para que los estudiantes reflexionen en grupo y en voz alta sobre la actividad, ¿Qué características positivas tiene un escudo? ¿Qué relación guarda con la actividad? ¿Te ha costado mucho encontrar cualidades positivas sobre ti? ¿Cuál crees tú que es la cualidad que más se ha repetido entre todos? Se colgarán todos los escudos en la pared a lo largo de los talleres, esto servirá como recordatorio ante determinadas actitudes.

Esta actividad permite trabajar el autoconocimiento de cada individuo, además que exige creatividad a la hora de decorar cada escudo. Ayuda a que los asistentes se conozcan mejor y promueve la integración grupal. Con esto se pretende crear un clima agradable de trabajo y disminuir la tensión entre la población.

MEDIO

Mediante una exposición el investigador dará a conocer de qué trata el trabajo como talleres psicoeducativos, de inicio dando un concepto claro de lo que es un taller de ese tipo, considerando que es una reunión grupal de personas que deben cumplir un pequeño número de actividades, cual comprenderán de tareas, pequeños grupos y sobre todo existirá aprendizaje práctico acorde a los objetivos que se proponen desde el inicio del taller. Por otra parte, se lograr el compromiso por parte de los estudiantes, en asistir y cumplir en totalidad el taller ya que es de beneficio para cada uno de ellos.

En todo el proceso de los talleres planteados el psicólogo trabajara con empatía y utilizara como método de aprendizaje de manera deductiva en donde se presentarán conceptos básicos o definiciones claras la cual ayudara a extraer conclusiones y consecuencias que brindara un mejor análisis de casos particulares, todo esto será de ayuda para que las personas que integran no sientan cansancio ni previo desinterés de lo expuesto.

Los estudiantes generaran alternativas propias en base a los talleres psicoeducativos, con la finalidad de cumplir con el objetivo planteado de inicio.

CIERRE

Para finalizar el taller se realizará un conversatorio como proceso de retroalimentación donde cada expresara sobre el tema expuesto y a la vez mencionar aspectos positivos o negativos que puede tener estos talleres, luego a todos los asistentes para la constancia de los conocimientos adquiridos, una vez establecido esto se les solicitará que escriban en una hoja todo acerca de los talleres psicoeducativos, y propósitos de cada encuentro, se establecerá compromisos y se enviará una tarea la cual consta en traer una idea principal sobre el tema tratado para socializarlo con el grupo.

Finalmente se realizará una dinámica de distensión.

Tema de la dinámica: Caras serias

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a adolescentes

Desarrollo de la dinámica: los estudiantes deben formarse en dos filas con el mismo número de miembros, mirándose uno al otro, todos deben poner cara seria al inicio de la actividad, pero son libres de realizar cualquier gesto incluso compartir alguna broma.

El objetivo es conseguir que un estudiante de la fila contraria se ría, generando informalidad y diversión.

Taller II					
Tema: Explicación del trastorno depresivo					
Objetivo: Identificar aspectos importantes sobre el tema tratado					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Integración del grupo	Dinámica de Grupal “Limitaciones personales”	Fusionar de grupo	15 minutos	La investigadora
Fase II – Introducción	Establecimiento de agenda de taller	- Plenaria - Exposición	Socializar la agenda	10 minutos	La investigadora
Fase III – Procedimiento	Introducción: acerca del tema la depresión	Exposición informativa	Implantar conocimientos concisos de la depresión, conceptos, tipos, causas, síntomas, etc.	3 horas	La investigadora
Fase VI – Cierre	Conversatorio Tarea a realizar Dinámica de distinción	Retroalimentación Tarea Dinámica “temores y esperanzas”	Intercambiar de ideas propias sobre el tema tratado la depresión Reforzar conocimientos del tratado propuesto Generar distinción entre los estudiantes	30 minutos	La investigadora

Elaborado por: Investigadora

Fuente: Investigación de campo

TEMA: Explicación del tema la depresión

OBJETIVO: Identificar aspectos importantes sobre el tema tratado

INTRODUCCIÓN

Para dar inicio al taller se recibe a todos los participantes, agradeciendo su asistencia y se procede a socializar la tarea del taller anterior, permitiendo un integrante dar a conocer sus puntos de vista en base al tema tratado que así cada persona compare cualidades nuevas que han descubierto en ellos mismos. Una vez culminado la actividad, se procederá con una dinámica grupal.

Técnica: Dinámica Grupal

Tema: “Limitaciones Personales”

Objetivo: Se busca mejorar la cohesión grupal y conocer diferentes perspectivas y estrategias acerca de las limitaciones personales.

Tiempo de Duración: 15 minutos

Materiales: Papel Bolígrafo

Procedimiento:

El investigador comenzará solicitando a los participantes que escriban en una hoja una limitación o punto débil que le causa la mayor cantidad de dificultad en su vida. No se pondrá nombre a ese papel, después de haber transcurrido 15 minutos se retira todos los escritos.

Seguido de esto se distribuyen las hojas aleatoriamente, de manera que cada sujeto, haya recibido una.

Finalmente se pedirá en orden a cada estudiante que vaya leyendo los puntos débiles que aparecen en su papel como si fueran suyos. A la vez que los dice, comenta que herramientas puede usar para mejorarlos o corregirlos.

Al finalizar esta dinámica se ofrecerán puntos de vista nuevos acerca de dificultades que nos afectan de manera individual, también se reparará que todos poseemos dificultades o defectos en nuestra vida diaria, pero depende de la perspectiva que se tenga acerca de ellos.

MEDIO

Mediante una clase expositiva el investigador dará a conocer una breve introducción sobre el tema a tratar, la socialización con los estudiantes tendrá una duración de 60 min, durante el proceso de exposición se utilizará empatía con el fin de que las personas que integran la sesión no presenten desanimo ni cansancio alguno.

Se hablará de aspectos importantes, de inicio un concepto claro y conciso de la depresión, causas, tipos, síntomas y posibles actividades para dar solución a este tipo de problemática, a su vez solicitando que los integrantes se comprometan

CIERRE

Para finalizar el taller se realizará un conversatorio como proceso de retroalimentación donde cada expresara sobre el tema expuesto y a la vez mencionar aspectos positivos o negativos que puede tener estos talleres, luego a todos los asistentes para la constancia de los conocimientos adquiridos, una vez establecido esto se les solicitará que escriban en una hoja todo acerca de los talleres psicoeducativos, y propósitos de cada encuentro, se establecerá compromisos y se enviará una tarea la cual consta en traer una idea principal sobre el tema tratado para socializarlo con el grupo.

Finalmente se realizará una dinámica de distensión

Tema de la dinámica: Temores y esperanza

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano, hoja, esfero

Participantes: Dirigido solo a adolescentes

Desarrollo de la dinámica: cada estudiante debe escribir en una hoja acerca de sus miedos y esperanzas en relación a algo que haya vivido, la facilitadora invitará a los estudiantes a mencionar lo que han escrito.; la facilitadora en ese momento empieza a notar en la pizarra lo que dicen los estudiantes, una vez terminado se empieza a marcar con un visto las emociones y se abre un debate sobre ello.

Taller III

Tema: Reconocimientos de emociones y conductas de los estudiantes

Objetivo: Identificar emociones y conductas de los estudiantes

Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Saludo	Plenaria	Agradecimiento de la participación.	5 minutos	La investigadora
Fase II – Introducción	-Dinámica -Revisión de tareas	Dinámica “en maniquí”	Observar las emociones	20 minutos	La investigadora
Fase III – Procedimiento	Exposición Estrategias para evitar pensamientos negativos	Exposición informativa Técnica de distracción	Reconocer las emociones y conductas de los estudiantes Enseñar a los participantes a utilizar mentalmente actividades para evitar tener pensamientos negativos.	3 horas	La investigadora
Fase VI – Cierre	Conversatorio Tarea a realizar	Feedback Tarea	Intercambiar ideas propias sobre el tema tratado Evitar tener emociones y conductas negativas	30 minutos	La investigadora

Elaborado por: Investigadora

Fuente: Investigación de campo

TEMA: Reconocer las emociones y conductas de los estudiantes

OBJETIVO: Identificar que emociones y conductas tienen los estudiantes

INTRODUCCIÓN

En esta fase el psicólogo brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Después realizará una dinámica y comenzará con el desarrollo de la nueva técnica

Tema: Dinámica Grupal

Tiempo: 20 min

Materiales: Prendas de vestir e implementos de los estudiantes

Tema: “El maniquí”

Durante la explicación de los diferentes talleres, se enfatizó la importancia que generan las dinámicas grupales ya que a más de ser un distractor y liberador de tensiones, proporciona un clima más ameno para la realización del taller, en esta ocasión la dinámica a utilizar se llama el maniquí a más de ser sencilla, muestra los niveles de competencias, habilidades que muchas veces pasan desapercibidas como por ejemplo el pensamiento estratégico, rasgos de personalidad, identificación de quien toma la posta o líder, manejo de grupos, etc. Los pasos a desarrollar son los siguientes:

Se divide al grupo en dos partes iguales, esta vez se deja que los grupos se integren por afinidad se les dará la premisa de que cada grupo debe elegir a un representante que sea el maniquí. Una vez escogido el maniquí, un integrante del grupo contrario lo coloca en la posición que desee, cabe recalcar que en esa posición permanecerá por el resto de la dinámica.

Después que se ubican los maniqués, el moderador da la orden de que cada grupo debe poner la mayor cantidad de prendas y accesorios acomodados en su maniquí correspondiente por un tiempo estimado de diez minutos, sin mover al maniquí de la posición inicial; y transcurrido el tiempo los concursantes se alejarán de los maniqués y el moderador contará las prendas y accesorios una a una.

El grupo que tenga más prendas y accesorios es el ganador y se le dará un premio adicional al grupo que logre acomodar todo lo que utilizaron en su respectivo lugar. Al final se evaluará las emociones del grupo ganador y las estrategias utilizadas que les dieron el triunfo, de la misma manera se hablará con el grupo perdedor para que determinen cuáles

fueron sus falencias dentro de la competencia, a la final les pediremos que mencionen si existió uno o más líderes dentro de su equipo y quienes fueron, a más de sus características.

MEDIO

Mediante una clase expositiva el investigador dará a conocer una breve introducción sobre el tema a tratar, la socialización con los estudiantes tendrá una duración de 60 min, durante el proceso de exposición se utilizará empatía con el fin de que las personas que integran la sesión no presenten desanimo ni cansancio alguno.

Se hablará de aspectos importantes, de inicio un concepto claro y conciso de las emociones, tipos y posibles actividades para dar cambio a las emociones negativas.

CIERRE

Para finalizar el taller se realizará un conversatorio como proceso de retroalimentación donde cada uno expresará sobre el tema expuesto y a la vez mencionar aspectos positivos o negativos que puede tener estos talleres, luego a todos los asistentes para la constancia de los conocimientos adquiridos y se enviará una tarea la cual consta en traer una actividad para evitar tener emociones y conductas negativas.

Finalmente se realizará una dinámica de reflexión grupal y creatividad colectiva.

Tema de la dinámica: Describamos un paisaje

Tiempo de duración: 15 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a adolescentes

Desarrollo de la dinámica: los estudiantes se colocan en círculo, al empezar una persona da tres características básicas de un paisaje que va a imaginarse, el siguiente deberá realizar lo mismo, pero en este caso repitiendo lo que ha mencionado el primero y así sucesivamente con el resto de los estudiantes, esta actividad fomenta la creatividad.

Dinámica: Describamos un paisaje

Tiempo de duración: 15 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a adolescentes

Desarrollo de la dinámica: los estudiantes se colocan en círculo, al empezar una persona da tres características básicas de un paisaje que va a imaginarse, el siguiente deberá realizar lo mismo, pero en este caso repitiendo lo que ha mencionado el primero y así sucesivamente con el resto de los estudiantes, esta actividad fomenta la creatividad.

Taller IV					
Tema: Cierre, retroalimentación de los temas planteados y despedida					
Objetivo: Establecer compromisos en base a los nuevos aprendizajes obtenidos en los talleres					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Saludo hacia los estudiantes Dinámica	Dinámica de Grupal “El baile de la silla”	Fusionar de grupo	10 minutos	La investigadora
Fase II – Introducción	Revisión de tareas Establecimiento de agenda de taller	Plenaria	Socializar la agenda	10 minutos	La investigadora
Fase III – Procedimiento	Evaluación de conocimientos Establecimientos de compromisos	Solución de problemas	Establecer compromisos en base a los nuevos aprendizajes obtenidos en los talleres	30 minutos	La investigadora
Fase VI – Cierre	Dinámica de cooperación Tarea y compromiso Agradecimiento y despedida	Dinámica: cosas en común Ensayo conductual	Establecer cosas en común con el fin de integrar al grupo Tareas y compromisos	30 minutos	La investigadora

Elaborado por: Investigadora

Fuente: Investigación de campo

TEMA: Cierre, Retroalimentación de los temas planteados y despedida

OBJETIVO: Establecer compromisos en base a los nuevos aprendizajes obtenidos en los talleres

INTRODUCCIÓN

En esta fase se brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Durante la revisión, se utilizará la técnica de solución de problemas el cual cada vez que una persona integrante del grupo sienta una emoción negativa se le ayudará a generar una solución ante la situación que esté pasando, junto al refuerzo directo, que se lo hará de manera verbal creando un ambiente ameno mediante algo por haber realizado su tarea expresando frases como: muy bien, excelente. Después realizar una dinámica.

Técnica: Dinámica Grupal

Duración: 20 min

Tema: “El baile de la silla”

En cada inicio se busca dejar de lado las tensiones y permitir que los participantes del taller se sienten completamente activos y listos para hacer de este taller algo interactivo, es por eso que las dinámicas se ven enfocadas a la búsqueda del trabajo individual y en equipo mediante la aplicación de estrategias siempre centradas en buscar la solución a la premisa planteada, es por eso que la dinámica de la silla debe seguir los siguientes pasos:

- Se colocan diez sillas a lo largo del pasillo.
- Posteriormente se les pide a los participantes que formen un círculo, alrededor de las sillas ya antes colocadas.

- El moderador brindara la premisa de que sonara una canción y deben empezar a bailar en círculo, tal como en el baile de la silla.
- Pero cuando el moderador pare la música todos deben estar sentados sobre las diez sillas ayudándose uno al otro.
- Una vez que hayan logrado entrar todos dentro de las diez sillas se retirara una.
- Y se repetirá el proceso anterior.
- Al final cuando queden dos sillas y los participantes formen estrategias para alanzar, logrado o no se dará por terminado el juego.
- Para culminar se dará la inferencia de que quizá, al principio parecía complicado y un tanto imposible, pero que a través de observar detenidamente el problema se ve más pequeño y formulando las estrategias necesarias tuvo una solución.

MEDIO

Para iniciar el taller final, se empieza saludando a los presentes y agradeciendo su asistencia al programa. Se prosigue preguntando a los asistentes cuales fueron algunas expectativas alcanzadas con el mismo y si estas cambiaron a lo largo del programa. Se realiza una retroalimentación acerca de todos los temas expuestos a lo largo de cada taller, con la ayuda de diapositivas y se pregunta a cada individuo la técnica aprendida de la que más se ha beneficiado. Finalmente se pretende responder algunas últimas dudas y se continúa con la siguiente actividad.

CIERRE

Con el fin de dar por clausurados estos talleres y asegurarse que las técnicas adquiridas puedan ser aplicadas empíricamente, es fundamental que los asistentes se comprometan a su utilización, el mismo que será reflejado de modo objetivo y tangible. Es por esto que se debe

elaborar un contrato que cuente con una cláusula para que el estudiante en momentos críticos, usará lo aprendido para desarrollar su resiliencia y resolver de manera adaptativa las diferentes situaciones que le representen dificultad. En caso de necesitar ayuda recordando, acudirá a una persona de su entera confianza, de manera que sepa asistirlo. Este contrato contará con la firma del sujeto que se compromete y de la persona que aceptará ayudarlo, el mismo contará con:

- Lugar y fecha
- Nombres, apellidos de quién se compromete
- Ayuda que promete utilizar para disminuir los niveles de depresión
- Nombres, apellidos
- Firma de ambas partes
- Cláusula que emita un tipo de amonestación al individuo en caso de no seguir lo estipulado.
- Finalmente, se le solicitará al individuo guardarlo en un lugar donde siempre podrá tener acceso al mismo.

Finalmente se realizará una dinámica de cooperación

Tema de la dinámica: Cosas en común

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a adolescentes

Desarrollo de la dinámica: los estudiantes formarán grupos de 5 a 6 personas, donde deberán crear una lista de diez cosas que compartan sus compañeros, para evitar ir a lo más fácil queda prohibido mencionar partes del cuerpo, cuando todos hayan finalizado deberán

mencionar en voz alta y un estudiante voluntario anotara en la pizarra, de esta manera se puede observar claramente que cosas han tenido en común todos los compañeros, con ello se podrá abordar actividades en el futuro con intereses compartidos.

Finalmente se extenderá un agradecimiento a los estudiantes por haber colaborado y haber sido partícipes de los talleres encaminados a promover la salud mental en ellos.

BIBLIOGRAFIA

- Antón Menárguez, V., García Marín, P., & García Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 45-52. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-IntervencionCognitivoconductualEnUnCasoDeDepresion-5288640.pdf
- Arango Lasprilla, J., & Romero García, I. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. Mexico: Manual Moderno. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://elibro.net/es/ereader/uti/39799?page=122>.
- Ávila, M., & Pachar, M. (2016). Obtenido de <https://www.google.com/search?ei=sqzpxo-BIvCUwbkPuvSb8Aw&q=%E2%80%9CRelaci%C3%B3n+entre+conductas+autolesivas%2C+ansiedad+y+depresi%C3%B3n+en+adolescentes%2C+gu%C3%ADa+enfocada+desde+el+modelo+cognitivo+conductual%E2%80%9D+%28tesis+de+pregrado%29+Recuper>
- Ayón, H. (29 de Enero de 2019). Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Resiliencia+y+conductas+autolesivas+en+adolescentes+del+nivel+secundario+en+la+instituci%C3%B3n+educativa+N%C2%BA164+El+Amauta+-+San+Juan+de+Lurigancho%2C+2018.&oq=resiliencia+&aqs=chrome.0.69i5912j69i57j0i5.3749j0j8&source>
- Bombón, V. (29 de septiembre de 2017). Obtenido de repositorio Universidad Tecnológica Indoamerica : <http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/567>
- Bombon, V. (29 de septiembre de 2017). *LOS FACTORES EMOCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS { tesis de grado universidad tecnologica indoamerica* . Obtenido de <http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/567>
- Bombon, V. (2017). *Los Factores Emocionales y su Influencia en las Conductas Autolesivas; El Cutting en los Estudiantes de la Unidad Educativa “Juan Benigno Vela de la Ciudad de Ambato Provincia de Tungurahua [tesis de grado, Universidad Tecnológica Indoamerica]* . Repositorio Institucional . Obtenido de <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/567/1/BOMBON%20TISALEM%20VERONICA%20ALEXANDRA.PDF>
- Bombon, V. (2017). *Los factores emocionales y su influencia en las conductas Autolesivas; el cutting en los estudiantes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela de la Ciudad de Ambato Provincia de Tungurahua [tesis de grado, Universidad Tecnológica Indoamerica]*. Repositorio Institucional, Ambato. Obtenido de

[http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/567/1/BOMBON%20TISALEM
A%20VERONICA%20ALEXANDRA.PDF](http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/567/1/BOMBON%20TISALEM%20VERONICA%20ALEXANDRA.PDF)

Cabrera, A. (Mayo de 2019). *Repositorio Universidad Tecnológica Indoamérica*. Obtenido de

[http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1268/1/PROYECTO%20DE%20
INVESTIGACION%20AMILCA%20CABRERA.pdf](http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1268/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20AMILCA%20CABRERA.pdf)

Comeche Moreno, M., & Vallejo Pareja, M. (2015). *Manual de terapia de conducta en la infancia* (2da ed.). Madrid: Dykinson. Recuperado el 27 de abril de 2020, de

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. (2015). *Manual de terapia de conducta en la infancia* (2a. ed.). Dykinson.

<https://elibro.net/es/ereader/utcotopaxi/56777?page=6>

Conterio K, L. W. (1999). *The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries*.

Recuperado el 27 de abril de 2020, de Conterio K, Lader W, Bloom JK. *Bodily*

Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries:

[Hypehttp://books.google.com.mx/books?id=DjR-nFMwz8gC](http://books.google.com.mx/books?id=DjR-nFMwz8gC)

Cuevas, J., & Moreno, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el

cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3).

doi:10.1016/j.reu.2017.06.003

Del Rosario Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M., & Figueroa Varela, M. (2018).

Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en

adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 201. doi:15613127

Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture*

and psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Recuperado el 28 de

abril de 2020, de <http://books.google.com.mx/books?id=BwQT9fdZNdgC>

García, A. (2017). La depresión en adolescentes. *Documentos Universidad Complutense*

de Madrid, <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>. Recuperado el 26

de abril de 2020, de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

Garza-Laguera, A., & González, C. (9 de julio de 2016). Terapia Breve en un caso de

autolesión no suicida. *Revista Psicología Científica.com*. Recuperado el 29 de abril

de 2020, de [https://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-](https://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida/)

[no-suicida/](https://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida/)

Grube, M. (2004). Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and

self-injurious behaviour at the time of admission? *Psychopathology*, 37(1):41-9.

doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000077019>

Gutiérrez, D. (2017). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos*. tesis, Bogota.

Recuperado el 23 de abril de 2020, de

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18022/Trabajo%20de%20grado%20David%20Garc%EDa%20Neme%20FINAL%20corregido.pdf;jsessionid=7A64E0725C42213061B8AE28FA4DEA8C?sequence=1>

Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., & Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1). doi:<http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>

INEC. (12 de abril de 2015). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Recuperado el abril23 de 2020, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>

Jadan, C. (07 de Noviembre de 2017). Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>

Jadán, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*. tesis, Loja. Recuperado el 25 de abril de 2020, de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Conducta+autolesiva+e+ideaci%C3%B3n+suicida+en+estudiantes+de+Ense%C3%B1anza+Secundaria+Obligatoria+Diferencias+de+g%C3%A9nero+y+relaci%C3%B3n+con+estrategias+de+enfrentamiento&oq=Conducta+autolesiva+e+ideaci%C3%B3n+suicida+>

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Conducta+autolesiva+e+ideaci%C3%B3n+suicida+en+estudiantes+de+Ense%C3%B1anza+Secundaria+Obligatoria+Diferencias+de+g%C3%A9nero+y+relaci%C3%B3n+con+estrategias+de+enfrentamiento&oq=Conducta+autolesiva+e+ideaci%C3%B3n+suicida+>

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Conducta+autolesiva+e+ideaci%C3%B3n+suicida+en+estudiantes+de+Ense%C3%B1anza+Secundaria+Obligatoria+Diferencias+de+g%C3%A9nero+y+relaci%C3%B3n+con+estrategias+de+enfrentamiento&oq=Conducta+autolesiva+e+ideaci%C3%B3n+suicida+>

Labrador, F. (s.f.). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Ediciones Piramide .

Lamboglia, J. (25 de Febrero de 2016). *Organismo alerta sobre autolesiones juveniles EL UNIVERSO*.

- Mas Delblanch, M. (2 de julio de 2019). *Instituto de Superior de Estudios Psicológicos*. Recuperado el 27 de abril de 2020, de ISEP: <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/autolesiones-no-suicidas/>
- Metro. (23 de febrero de 2017). Ecuador en el puesto 11 de depresión en América Latina. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 13 de abril de 2020, de <https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2017/02/23/ecuador-puesto-11-depresion-america-latina.html>
- MINSAL. (febrero de 2013). *Ministerio de Salud Chile*. Recuperado el 26 de abril de 2020, de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- MINSALCHILE. (10 de OCTUBRE de 2018). Obtenido de MINISTERIO DE SALUD DE CHILE: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=autolesiones%25ministerio+salud+chile+#>
- Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona: UOC. Recuperado el abril 28 de 2020, de <https://elibro.net/es/ereader/uti/113757?page=10>
- MSP. (diciembre de 2017). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 22 de abril de 2020, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf
- MSP. (17 de marzo de 2017). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 23 de abril de 2020, de file:///C:/Users/Acer-PC/Desktop/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf
- Navarro, M. (2018). *Intervencion cognitivo conductual de una apciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. Universidad del Norte. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>
- OMS. (2017). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (30 de enero de 2020). *Organizacion Mundial de Salud*. Recuperado el 15 de abril de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS. (2019). Obtenido de Organizacion Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- pachar, v. a. (14 de agosto de 2016). Obtenido de <http://www.uti.edu.ec>
- Pública, M. d. (07 de Abril de 2018). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

- Sarmiento, P., & et al. (Septiembre-Octubre de 2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *ADOLESCERE, Volumen VII* (3), 65 e6. Recuperado el 29 de abril de 2020, de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num3-2019/65.e1%20Articulo%20especial%20Conducta%20autolesiva%20no%20suicida%20en%20adolescentes.pdf>
- Toro Tobar, R., Vianchá Pinzón, M., & Martínez Baquero, L. (2018). *Conducta suicida en Boyaca: factores psicosociales y prevención*. Boyaca: Universidad de Boyaca. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://elibro.net/es/ereader/uti/129083?page=33>.
- Vega, D., & et al. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actaspsiquiatria.com*, 147, 151, 152. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf>
- Vilchez, J. L. (20 de Febrero de 2016). Obtenido de [https://www.google.com/search?ei=47LpXtKCCLyrwbkP9fGU6Ag&q=cedula+atolesiones+ecuador+&oq=cedula+atolesiones+ecuador+&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIFCCEQoAE6BQgAELEDOgIIADoFCAAQgWE6BAgAEEM6BwgAELEDEEM6BAgAEAo6BAgAEA06CAgAEAgQDRAeOgcIABCDARBDogwIABCxAxBDEEYQ-QE6Bg](https://www.google.com/search?ei=47LpXtKCCLyrwbkP9fGU6Ag&q=cedula+at+olesiones+ecuador+&oq=cedula+atolesiones+ecuador+&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIFCCEQoAE6BQgAELEDOgIIADoFCAAQgWE6BAgAEEM6BwgAELEDEEM6BAgAEAo6BAgAEA06CAgAEAgQDRAeOgcIABCDARBDogwIABCxAxBDEEYQ-QE6Bg)

ANEXOS

Nota

El oficio de la institución donde se da la aprobación para la aplicación de los instrumentos psicológicos a un no me pueden enviar desde la ciudad de Esmeraldas, para la presentación de los anillados ya estará el documento.



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Estudio comparativo de la Depresión y Conductas Autolíticas de los y las adolescentes de bachillerato de la unidad educativa 5 de agosto Esmeraldas
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Test de Depresión de Beck

OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre la depresión y las conductas autolíticas de los y las adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa 5 Agosto

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Identificar los niveles de depresión existentes en los adolescentes de bachillerato
- 2 Establecer las diferencias en conductas autolíticas de los y las adolescentes de bachillerato
- 3 Diseñar una propuesta de intervención para la población adolescente y los problemas de depresión y conductas autolíticas

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento

SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Ana Carolina Márquez Altamirano
 PROFESION: Psicología Clínica
 OCUPACION: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR: [Firma manuscrita]

FECHA: _____



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Estudio Comparativo de la Depresión y las Conductas Autolesivas de los y las adolescentes de bachillerato de la unidad educativa 5 agosto Esmeraldas
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Cuclita: Evaluación de Autolesiones

OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre la depresión y las conductas autolesivas de los y las adolescentes de bachillerato de la unidad educativa 5 agosto Esmeraldas

- OBJETIVOS ESPECIFICOS:
- 1 Identificar los niveles de depresión existentes en los adolescentes de bachillerato
 - 2 Establecer las diferencias en conductas autolesivas de los y las adolescentes de bachillerato
 - 3 Diseñar una propuesta de intervención para la población adolescente y los problemas de depresión y conductas autolesivas

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE Ana Carolina Márquez Stamirano
 PROFESION Psicóloga Clínica
 OCUPACION Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

FECHA: _____

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

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

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

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

Anexos

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE AUTOLES

Sexo: Hombre Mujer

¿Alguna vez tú mismo te has hecho daño intencionalmente hasta provocar sangrado o dolor de la siguiente manera?:

Tacha con una X la respuesta más cercana a tu realidad				
1. Cortándote la piel				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
2. Frotándote la piel con un objeto				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
3. Introduciéndote un objeto debajo de las uñas				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
4. Pellizcándote la piel				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
5. Utilizando un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
6. Rascándote las cicatrices				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
7. Tirando de la piel que se descama después de una quemadura				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
8. Quemándote la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
9. Arrancándote el pelo, las pestañas o cejas (no por razones estéticas o cosméticas)				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
10. Arrancándote las uñas				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
11. Mordiéndote a ti mismo				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
12. Pegándote en partes del cuerpo, como en la cabeza, o dándote golpes a ti mismo				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Nota: Cuestionario tomado de Albores-Gallo et al (2014).

Imagen 1 Estudiantes de 2do año de bachillerato informática de la unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas sección diurna



Imagen 2 Estudiantes de primer año de bachillerato contabilidad de la Unidad Educativa 5 de agosto de Esmeraldas sección Diurna



Imagen 3 Estudiantes de tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa 5 de agosto Esmeraldas sección diurna

