

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TEMA:

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

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

Autor

Bombón Tisalema Verónica Alexandra

Tutor

Ps.Cl. Jorge Cisneros Mg.

Ambato

2017

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Cisneros Bedón Jorge Luis con CI 180285802-5, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **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**, desarrollado por Bombón Tisalema Verónica Alexandra, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicóloga General , ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Ambato, 29 septiembre del 2017

Ps. Cl. Jorge Cisneros Mg.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Carrera de Ciencias Psicológicas, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Ambato, 25 de septiembre del 2017

Verónica Alexandra Bombón Tisalema

171953134-3

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **“LOS FACTORES EMOCINALES Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS; EL CUTTING EN LOS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JUAN BENIGNO VELA”, DE LA CIUDAD DE AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA**” previo a la obtención del Título de Psicóloga General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

Ps. Cl. Verónica Labre Mg.

.....

Ps. Verónica Olalla Mg.

.....

Ps. Cl. Renato Betancourt Mg.

Ambato, 29 de septiembre del 2017

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

Yo Verónica Alexandra Bombón Tisalema, declaro ser autor del Proyecto de Tesis titulado “Los factores emocionales y su influencia en las conductas autolesivas; el cutting en los estudiantes adolescentes de la unidad educativa Juan Benigno Vela”, de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua”, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”, 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, el 25 de septiembre de 2017, firmo conforme:

Autor: Verónica Alexandra Bombón Tisalema

Firma:

Número de Cédula: 171953134-3

Dirección: Ambato - Ecuador

Correo: vero87_bombon@hotmail.com

Teléfono:0992649522

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de tesis primero a Dios por brindarme sabiduría para emprender mis estudios, pero sobre por permitirme estar vivo, a mis padres Celio y Mónica también a mis hermanas Darling y Tiffany a mi abuelita Senaida por apoyarme siempre a pesar de mis errores nunca me dejan sola.

De forma especial quiero dedicar este proyecto a mis confidentes, amigos y grandes amores Martin Alejandro y Esteban Andrés por ser el impulso gigante a cumplir mis sueños y vencer todos los retos que juntos hemos pasado en este lapso de nuestras vidas, a mi esposo Andrés Arizo por ser mi apoyo incondicional en mi gran sueño. También dedico a mi Don Aroldo Márquez por ser el amigo y el padre que me inyecta esa fe de confianza propia que cuando uno tiene un sueño se lo puede lograr cuando se lo hace con amor.

AGRADECIMIENTO

A mi Dios por permitirme existir y todas las cosas que me ha brindado en mi vida. A mis padres Celio y Mónica, hermanas Darling y Tiffany por ser mi apoyo incondicional en mi vida y sobre todo por el gran sacrificio que ellos han hecho dándome la dicha de ir a la universidad.

De manera especial a mis hijos Martin y Esteban por la paciencia y la ayuda proporcionada en mi carrera estudiantil, siempre ellos con una sonrisa y un abrazo de vamos “MAMI TU PUEDES”.

A mi esposo Andrés Arizo por su apoyo incondicional a pesar de todos los problemas sigue siendo ese gran amor en cual confié mi vida y mis sueños.

INDICE DE CONTENIDOS

APROBACION DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN TRIBUNAL	iv
AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
INTRODUCCION	1
EL PROBLEMA	2

CAPITULO I

MARCO TEORICA

Factores Emocionales	5
Adolescencia.....	6
Estados de Ansiedad.....	6
Autoestima.....	7
Tranquilidad y Tension	9
Expresividad Emocional	12
Posicion Social.....	13
Actitud Extrovertido -Introvertido	13
Impulsividad	14
Autolesiones	14
Tipos de Autolesiones	20
Variables Sociodemograficas.....	21
Variables Caracterizales.....	22
Comportamiento Autodestructivo.....	22
Desafio a la Autoridad	24
Autolesiones ANS- IS.....	25

Modelo Autodestructivo	25
JUSTIFICACIÓN	26
OBJETIVOS.....	27
Objetivo General	27
Objetivo Especifico.....	27

CAPITULO II METODOLOGÍA

Diseño del trabajo	28
Método.....	28
Técnica.....	29
Área de estudio.....	29
Enfoque psicológico.....	30
Fundamentacion epistemológica.....	30
Poblacion y muestra	31
Instrumento de investigacion	32
Inventario de Depresion de Beck.....	32
Escala de Ansiedad de hamilton	28
Cuestionario de autolesiones	29
Procedimiento para obtencion y analisis de datos	30
Actividades.....	30

CAPITULO III ANÁLISIS DE RESULTADOS

Diagnóstico de la situacion actual.....	34
Verificacion de hipótesis	42

CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	59
Discusión.....	60

CAPITULO V

PROPUESTA

TEMA.....	65
JUSTIFICACION	65
OBJETIVOS.....	66
OBJETIVO GENERAL.....	66
OBJETIVO ESPECÍFICO	66
ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA PLANIFICACION PARA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA	67
ARGUMENTACION TEÓRICA	70
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1: poblacion y muestra	31
Tabla No 2: Nivel de Ansiedad.....	47
Tabla No 3: Niveles de Depresion	47
Tabla No 4:Tipos de Autolesiones	48
Tabla No 5: Frecuencias Observadas Depresion (Pregunta #1)	31
Tabla No 6: Frecuencias Esperadas Depresion (Pregunta #1).....	47
Tabla No 7: Calculo del Chi Depresión (Pregunta #1)	47
Tabla No 8: Frecuencias Observadas Ansiedad (Pregunta #1)	48
Tabla No 9: Frecuencia Esperadas Ansiedad (Pregunta #1).....	31
Tabla No 10: Calculo del Chi Ansiedad (Pregunta #1)	47
Tabla No 11: Frecuencia Observadas Depresión (Pregunta #2)	47
Tabla No 12: Frecuencia Esperadas Depresión (Pregunta #2).....	48
Tabla No 13: Calculo del Chi Depresion (Pregunta #2)	31
Tabla No 14: Frecuencia Observadas Ansiedad (Pregunta#2)	47
Tabla No 15: Frecuencias Esperadas Ansiedad (Pregunta #2)	47
Tabla No 16:Calculo del Chi cuadrado Ansiedad (Pregunta #2).....	48
Tabla No 17: Frecuencias Observadas Depresión (Pregunta #3)	31

Tabla No 18: Frecuencias Esperadas Depresión (Pregunta #3).....	47
Tabla No 19: Calculo del chi cuadrado Depresion (Pregunta #3)	47
Tabla No 20:Frecuencias Observadas Ansiedad (Pregunta #3).....	48
Tabla No 21: Frecuencias Esperadas Ansiedad (Pregunta #3)	31
Tabla No 22: Calculo del Chi cuadrado Ansiedad (Pregunta #3).....	47
Tabla No 23: Frecuencias Observadas Depresión (Pregunta #4)	47
Tabla No 24:Frecuencias Esperadas Depresión (Pregunta #4)	48
Tabla No 25: Calculo del Chi cuadrado Depresion (Pregunta #4)	31
Tabla No 26: Frecuencias Observadas Ansiedad (Pregunta #4).....	47
Tabla No 27: Frecuencias Esperadas Ansiedad (Pregunta #4)	47
Tabla No 28:Calculo del chi Cuadrado Ansiedad (Pregunta #4).....	48
Tabla No 29: Frecuencias Observadas Depresión (Pregunta #5)	31
Tabla No 30: Frecuencias Esperadas Depresión (Pregunta#5)	47
Tabla No 31: Calculo del Chi Depresión (Pregunta #5)	47

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Población y Muestra	34
Gráfico No 2:Niveles de Ansiedad	41
Gráfico No 3: Niveles de Depresión	42
GraficoNo 4: Autolesiones.....	31
GraficoNo 5: Chi cuadrado Depresión	47
GrafiicoNo 6: Chi cuadrado Ansiedad.....	47

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Plan Operativo.....	67
Cuadro No 2:Taller N1 Las emociones ligadas a las conductas.....	74
Cuadro No 3: Taller N2 Estrategias para prevenir las conductas autolesivas.....	78
CuadroNo 4: Taller N3 Creencias irracionales vs Pensamientos positivos	82

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

TEMA: “LOS FACTORES EMOCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS; EL CUTTING EN LOS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JUAN BENIGNO VELA DE LA CIUDAD DE AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA”.

AUTOR: Verónica Alexandra Bombón Tisalema

TUTOR: Ps. CI Jorge Cisneros Mg

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar si los factores emocionales causan autolesiones en los adolescentes y cómo este influye en las conductas disruptivas. La recolección de información se realizó por medio de instrumentos psicológicos como son: Cuestionario de Autolesiones, el cual permite medir el tipo de laceraciones; el Test de Depresión de Beck el cual evalúa la depresión y el Inventario de Ansiedad de Hamilton, que sirve para evaluar ansiedad. Después de recopilar la información, que las dos cuartas partes presentan ansiedad, una cuarta parte ansiedad menor y una octava parte una ansiedad mayor; también se realiza el análisis de la evaluación del test de Beck mencionando que las tres cuartas poseen una depresión mínima, una cuarta parte corresponde a depresión leve, una cuarta parte muestra una depresión moderada y una mínima parte depresión grave. En cuanto a las autolesiones se evidencia que en dos cuartas partes existe una autolesión, mientras que en las otras dos cuartas partes manifiestan que no existen autolesiones. Los resultados estadísticos proporcionan información que facilita la realización del cálculo y análisis del chi cuadrado, el mismo que demuestra que no existe correlación entre las variables. Por lo tanto, se plantea una propuesta enfocada a desarrollar talleres basados en el modelo A-B-C de Albert Ellis para mejorar los estados de ánimo y evitar las conductas autolesivas en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

PALABRAS CLAVES: FACTORES EMOCIONALES, CONDUCTAS AUTOLESIVAS, EMOCIÓN, ANSIEDAD, ESTADOS DE ÁNIMO.

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

THEME: "THE EMOTIONAL FACTORS AND THEIR INFLUENCE ON THE SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR; THE CUTTING IN THE ADOLESCENT STUDENTS OF THE EDUCATIONAL UNIT JUAN BENIGNO VELA OF AMBATO CITY PROVINCE OF TUNGURAHUA"

AUTHOR: Verónica Alexandra Bombón Tisalema

TUTOR: Ps.Cl. Jorge Cisneros Mg

ABSTRACT

The present research aims to evaluate if the emotional factors cause self-harm in adolescents and how it influences the disruptive behaviors. The collection of information was done through psychological instruments such as: Self-injury Questionnaire, which allows to measure the type of lacerations; the Beck Depression Test which evaluates depression and the Hamilton Anxiety Inventory, which serves to assess anxiety. After collecting the information, that two quarters present anxiety, one quarter anxiety less and one eighth part anxiety greater; the analysis of the Beck test is also performed, mentioning that three quarters have a minimum depression, one fourth corresponds to mild depression, one quarter shows moderate depression and a minimal part of severe depression. As for self-injury, it is evident that in two-quarters there is self-injury, while in the other two-quarters there is no self-harm. The statistical results provide information that facilitates the calculation and analysis of the chi square, which shows that there is no correlation between the variables. Therefore, a proposal focused on developing workshops based on the Albert Ellis A-B-C model to improve mood and prevent self-injurious behavior in the Juan Benigno Vela Educational Unit.

KEY WORDS: EMOTIONAL FACTORS, SELF- DESTRUCTIVE BEHAVIOR, EMOTION, ANXIETY, ANIMAL STATES.

INTRODUCCION

En el presente trabajo de investigación es abordado con el siguiente tema “Los factores emocionales y la influencia en las conductas autolesivas en los adolescentes”, ya que en la actualidad es una problemática silenciosa, lo cual ha llevado a diversas investigaciones para determinar sus causas y consecuencia que las ocasionan. Esta investigación tiene por prioridad ayudar a manejar las emociones y prevenir conductas autolesivas a futuro, para que estas no causen secuelas mortales en los adolescentes, por no ser debidamente tratadas a tiempo con los expertos correspondientes. La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I.- El Problema de investigación, permite a conocer el contexto donde se ubica dicha problemática, como también ayuda a la formulación y delimitación de la misma. Finalmente, se procede a la justificación y elaboración de los objetivos, que ayudan con las hipótesis planteadas para el trayecto de la investigación.

Capítulo II.- La metodología, utilizada ayuda a describir el enfoque y la modalidad que se utiliza en la investigación, así como describir la población con la que se trabaja y la operacionalización de variables, esto permite la recopilación de información necesaria que se utiliza en el trayecto de dicha investigación.

Capítulo III.- Cuenta con el análisis de los resultados que son reflejo de la aplicación de los reactivos psicológicos utilizados para la obtención de información, así como la validación de la hipótesis planteada.

Capítulo IV.- Presenta las conclusiones y recomendaciones a las cuales se llega después de haber culminado con el proceso investigativo.

Capítulo V.- Describe la propuesta estructurada, con un plan operativo en la que son referidas las etapas, actividades y metas a las cuales se desea llegar, así como el tiempo de aplicación y el procedimiento del trabajo. En la parte final del

proyecto se encuentra las fuentes bibliográficas utilizadas, como son libros, revistas científicas y anexos que evidencian el proceso de la investigación

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Los factores emocionales pueden influir en las conductas autolesivas como el cutting en los estudiantes adolescentes en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

Los adolescentes que incurren en las conductas autolesivas, aseguran que experimentan placer, y mencionan que el autolesionarse es una manera de manejar sus emociones, ya que esto les proporciona consuelo. Los adolescentes que se autolesionan en ocasiones presentan ira y también llegan tener alteración de sus estados de ánimo y esto no les permite controlar adecuadamente sus emociones, también sienten miedo por lastimar a otras personas, el sujeto poco a poco resiste el dolor y cada vez aumenta su tolerancia, de tal manera que su lesión posterior debe ser más severa para tener el efecto de alivio, con esto aparece lo que podemos llamar una nueva adicción de autolesión (Mazon, 2015).

La intensidad con la que las personas viven su propia conducta autolesiva no está directamente relacionada con la crueldad o la gravedad de la lesión. Las conductas autolesivas se han convertido en un problema de salud pública en los adolescentes, ya que existen diversos factores que están asociados con este tipo de conductas como el abuso de sustancias; otros factores es la presencia de ansiedad y depresivos, violencia familiar y escolar, abuso sexual entre otros. Podemos llamar conductas deliberadas a las que están destinadas a producir daño físico en su cuerpo sin ocasionar la muerte, un factor asociado con el comportamiento suicida (Mayer, 2016).

Estudios anglosajones determinaron por medio de datos estadísticos al realizar las entrevistas practicadas a 500 estudiantes universitarios, que el 12% de ellos se habría autolesionado alguna vez. En una muestra de 440 alumnos de bachillerato el 14% se autolesionaba por lo menos una vez. Otros dos estudios muestran que los adolescentes están en riesgo de autolesionarse pues uno de los

resultados es que el 18% presentan intencionalidad, el otro dato reporto que el 15% lo hacen. Para (Marin, 2013) los datos e investigaciones se mantienen con mucha cautela, debido a la información otorgada con el fin de verificar la exactitud de los mismos; las posibles conclusiones del estudio realizado a 424 adolescentes escolares reportaron que el 15% presentaban autolesión; el The Massachusetts Department of Education reporto que el 19% de estudiantes de muestra 34 presentan autolesiones intencionales, por lo menos por una ocasión durante los 12 meses; otro estudio se realiza a delincuentes de origen latino concluyó que el 43% de las 141 mujeres muestran una automutilación de manera física como conductas autodestructivas.

Las conductas autolesivas son definidas como una agresión física hacia sí mismos, pero sin la predisposición de acabar con su vida, los jóvenes que las practican suelen decir que sienten un alivio emocional ocasionado por sus dificultades, iniciando una amenaza a su integridad y salud. Existe pocos estudios realizados acerca de las conductas autolesivas y la información literaria existente es mínima y más cuando se buscan las causas que las desencadenan. Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013) no existen estudios epidemiológicos sobre el tema, a pesar de ser una problemática que se encuentra en expansión entre los jóvenes sin admitir que existe datos de que por lo menos algún miembro de la familia se autolesiona de alguna forma, es decir, mediante cortaduras, quemaduras, etc. La falta de conocimiento sobre el tema hace suponer los adolescentes mantienen su silencio por el miedo, la venganza, la desesperación, ansiedad que pueden sentir y cuando el resultado se expone a vista de los familiares y amigos de forma accidental, los mismos no buscan un tratamiento psicológico y ocultan el problema quedándose en silencio (Santos, 2012).

Factores Emocionales y Adolescencia

Los jóvenes experimentan cambios en su estructura corporal y su funcionamiento fisiológico, psicológico y social; son entre los 10 y 20 años, a esta etapa se la conoce como adolescencia. El adolescente emocionalmente puede

percibirse frágil y es ahí donde fácilmente comienzan a aparecer desequilibrios emocionales de distintos tipos, siendo los más frecuentes y relevantes los trastornos de salud mental, dentro de ellos se menciona la dificultad de los estados de ánimo como la ansiedad y la depresión. Un estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), ejecutado en Lima y Callao en el año 2002, obtuvo una prevalencia de incidente depresivo en adolescentes de 8.6% (Luza, 2015)

La adolescencia es un período de desarrollo del ser humano en el cual él individuo alcanza una madurez biológica y psicológica, pues adquiere un criterio emocional y social con respecto a su entorno. En esta etapa, el sujeto puede asumir responsabilidades sociales y conductuales propias de un grupo que lo rodea o al cual se siente pertenecido, esta percepción incluye niveles de tipo cognitivo, conductual y social. Se menciona que durante la adolescencia temprana existe menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y disminución del rendimiento escolar y el humor se vuelve inestable.

En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y dedican más tiempo a sus pares y amigos y al final de la adolescencia se retoma la relación con la familia y ahora es capaz de apreciar sus consejos y valores. Algunos dudan aún en aceptar responsabilidades, tienen dificultad para conseguir independencia económica y continúan dependiendo de su familia (Hidalgo, 2014).

Es necesario mencionar como dato curioso que a finales del siglo XIX los trabajos investigativos de Platón y Aristóteles, que luego al ser asumidos por Freud y Gessell, fueron quienes determinaron que todos los cambios psicológicos presentados en esta etapa son de vital importancia, así como a las transformaciones de personalidad que, a partir de los sucesos ocurridos en la infancia, pueden o no generar dificultades de interacción en la búsqueda de su identidad.

Pérez (2015) menciona que para conseguir un óptimo nivel de bienestar personal, la educación escolar es el medio para edificar uno de sus elementos como

es la personalidad de los adolescentes y desarrollar al máximo sus capacidades y conformar su propia identidad, así configurar su comprensión de realidad completando la dimensión cognoscitiva, afectiva y axiológica. (p. 5)

En determinadas etapas de la adolescencia existen acontecimientos claves para el crecimiento emocional del individuo que experimentan grandes cambios, producto de su desarrollo; la preocupación e interés por su aspecto, la madurez sexual, la búsqueda de la identidad, la rebeldía en contra de ciertos adultos, los intereses competitivos, son algunos determinantes que generan una gran ambivalencia emocional; podemos decir además que se estructura en cinco dimensiones: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencias sociales y competencias para la vida y el bienestar.

Estados de ansiedad.

Durante el siglo XX, la psicología estuvo sometida bajo la corriente de los conductistas, consideraban que los estados interiores y subjetivos de la mente como la percepción, los recuerdos y las emociones no eran un tema de estudio apropiado para la psicología y se apartaban de investigaciones de la época. La perspectiva de la psicología conductual, representada por los precursores Watson y Skinner estudiaron a la emoción desde los aspectos observables, definiendo un papel fundamental y desencadenante de las emociones. Partiendo de esta visión, las emociones son determinadas también por los factores ambientales. Nieto (como citó en Nuñez, 2017) señala que las emociones son procesos fisiológicos rápidos que se producen en el sistema límbico del cerebro que actúan antes que la parte racional del mismo, por esta razón las emociones son estímulos que en ocasiones se producen y no son razonados. El sistema límbico puede ser mencionado como la parte emocional del cerebro, y se encuentra alojado profundamente dentro de los hemisferios cerebrales teniendo como responsabilidad primordial la regulación de nuestras emociones e impulsos. (p.23) El sistema límbico contiene el hipocampo, donde se produce el aprendizaje emocional y también donde se almacenan los

recuerdos emocionales, donde la amígdala es considerada como el centro del control.

Otro factor emocional que interviene o altera las conductas de los adolescentes es su autoestima, que es la cualidad representada por el afecto que se tiene hacia uno mismo en mayor o menor grado. Para (Jerez, 2014) la autoestima es la idea que tienen cada uno sobre el valor personal y de cómo se sienten por sí mismos. Si la persona posee una buena autoestima, se tratará con respeto, atenderá sus necesidades y defenderá sus derechos.

Si el adolescente tiene una baja autoestima, se humillará, pondrá las necesidades de los demás antes de las tuyas o en diversas ocasiones pensará que no tiene nada que ofrecer. Otro elemento importante de la autoestima es la autoaceptación que permite el auto reconocimiento de forma positiva y negativa, los puntos fuertes y débiles de forma personal y lo acepta como un todo describiendo al ser humano como único y valioso.

El ambiente es otro de los factores que modifican las emociones en el adolescente, para ellos, los criterios más importantes y aceptados por el mismo provienen en gran parte de la opinión de sus amigos o grupo social al que pertenecen. También es fácil que los adolescentes que se están formando en valores y creencias, construyan su propia imagen a partir de lo que dicen los individuos a su alrededor de ellos, donde las críticas puede venir de sí mismo y de otros. Cuando el adolescente se hace una “crítica interior” y es negativa, puede dañar su autoestima, en tanto que, si la crítica o el análisis personal es en un plano positivo, probablemente tendrá una autoestima sana. Un adolescente con una autoestima alta es capaz de enfrentar sus problemas y fracasos, mientras por lo contrario si su nivel de autoestimas es bajo, no podrá superar los obstáculos sin poder valorarse y peor confiar en sí mismo impidiéndole explorar nuevas posibilidades.

Avila (2014) menciona que Aarón Beck propone que los trastornos emocionales como la ansiedad pueden causar distorsiones en el procesamiento de

la información, este procesamiento cognitivo inexacto lleva provocar síntomas afectivos y conductuales. La ansiedad es la reacción más habitual que se presenta sin causa aparente, más indefinida y menos focalizada que los miedos y las fobias.

Existe una ansiedad considerada como sana y que nos ayuda a preservar la vida y protege la obtención de nuestras aspiraciones. Las emociones nos ponen alerta y atentos a posibles complicaciones. Podemos decir que la ansiedad es como una situación desagradable y molesta que se manifiesta externamente mediante diversos síntomas y signos, pero que pueden ir de una respuesta normal hasta llegar a un punto de exageración.

Diversos son los criterios que nos acogemos frente a un escenario de pánico o nerviosismo extremo. Varios factores son influyentes frente a una respuesta de pánico. Según Barlow el miedo es un sobresalto primitivo en respuesta a un peligro presente, que es caracterizado por una intensa activación y las tendencias a la acción. Por lo contrario, tenemos a la ansiedad como una emoción orientada hacia el futuro, que tiene por característica las percepciones de incontrollabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o a la propia respuesta afectiva ante tales sucesos.

En diversos casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés fluctuantes de la vida cotidiana. Naturalmente se habla de ansiedad y de angustia como términos semejantes, realmente no lo son, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones corporales que acompañan a la ansiedad (Ávila, 2014).

Para (Andrade, 2017) tiene como concepto a la ansiedad a una de las principales problemáticas en la psicología cognitiva, es necesario un pleno entendimiento de ésta. La ansiedad es un sistema complejo de respuesta frente a la amenaza percibida que activa y anticipa sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas a los intereses vitales del adolescente. El modelo cognitivo de

la ansiedad como lo afirmaron Beck & Clark, se produce debido a los pensamientos o valoraciones que los adolescentes realizan acerca de situaciones estresantes, de este modo se da un sentimiento de inadecuación que parece difícil de controlar debido a la fuerza con la que se da la activación y respuesta fisiológica.

La ansiedad puede ser multifacética y puede conllevar a diversos elementos de origen fisiológico, conductual, cognitivo y afectivo del funcionamiento humano, de modo que si una persona se encuentra en alguna situación de amenaza o de peligro, se activan ciertas respuestas defensivas, que preparan al cuerpo para huir o afrontar tal situación, por ejemplo, un adolescente que presente sintomatología de ansiedad fóbica, percibirá síntomas como palpitaciones fuertes y aceleradas o una hipervigilancia del estímulo fóbico.

Por otra parte, las respuestas de abandono o búsqueda de seguridad establecen que el componente conductual de un individuo intentará alejarse del estímulo, mientras que la apreciación de nuestro estado interno de ansiedad constituye el componente cognitivo, se puede decir que es la manera en la que el sujeto procesa el hecho que está viviendo y la conciencia de la reacción propia hacia él. Por otra parte, el componente afectivo, es una de la experiencia subjetiva del individuo causada por la activación cognitiva y fisiológica. La ansiedad desde la perspectiva cognitiva se basa en el concepto de vulnerabilidad esto fue definido por Beck, Emery y Greenberg como la percepción de ser un sujeto indefenso o proclive a peligros internos y externos de los que carece de control, y esto es provocado por esquemas cognitivos disfuncionales. De tal manera, el sufrimiento del sujeto se produce por la visión que este posee de sí mismo (Andrade, 2017).

Por tanto, la ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación, así como un preámbulo para la confrontación de situaciones percibidas como un riesgo; Escoda (2015) afirma que la ansiedad es una expresión del miedo, resultado de la percepción de un peligro por parte del sujeto reacciones ante la ansiedad se caracterizan por alteraciones fisiológicas, cognitivas y motoras. (p.05)

Tranquilidad y tensión.

Para (Rogriguez, 2015) menciona, los adolescentes pueden experimentar en ciertas etapas de su desarrollo, cambios en sus estados emocionales, evidenciándose algunos temores hacia objetos o contextos determinados y específicos que le ocasionan gran tensión y preocupación que le dificulta un accionar saludable en su interacción social dentro de su entorno. (p.205)

La tensión emocional, ocasionada por estos temores y miedos, dificultan la relación social ocasionando preocupaciones y alterando la tranquilidad emocional del adolescente. Dentro de algunos de los motivos que generan estos estados se pueden hallar la ejecución de trabajos escolares, peligros de orden físico en el ambiente, situación económica y familiar difícil, malas calificaciones y problemas escolares en general.

Esta falta de tranquilidad ocasiona que los adolescentes cambien sus conductas mismas que van asociadas a estados ansiosos donde la ira hace presa de ellos al no poder enfrentar situaciones conflictivas, como por ejemplo cuando por alguna razón son objeto de burlas, o son tratados injustamente, o verse despojado de sus pertenencias por algún castigo etc. Esto altera su sentido de pertenencia al entorno distorsionando sus pensamientos en relación con sus hogares y más cuando existe dentro de su familia, situaciones de tensión y baja tolerancia a la frustración. Los disgustos ocasionados por este sentimiento de frustración modifican además el ambiente en cual se desarrollan, el cual se convierte en poco saludable al igual que sus conductas autolesivas cuando deciden practicarlas como un medio de escapa a estas situaciones de tensión que afectan su tranquilidad (Rogriguez, 2015).

Expresividad emocional

Martinez(como se cito en Souza, 2015) menciona que la motivación y la expresión emocional se han descrito como uno d los logros más grandes de la historia del pensamiento humano, pero al mismo tiempo se puede considerar como

uno de los posibles desastres de la historia del pensamiento humano. En su búsqueda de explicación interna, apoyada en el falso sentido de causa asociada a los sentimentalismos se ha oscurecido los antecedentes ambientales que habrían conducido a un análisis más efectivo.

Podemos decir que las emociones se pueden evidenciar como el proceso complejo lleno de componentes cognitivos, biológicos y conductuales, que posee cada individuo en función de diversos acontecimientos, con los cuales desencadena en reacciones bioquímicas, llegando a preparar al organismo en un estado conocido llamado como urgencia para la acción. Las emociones se pueden crear en base a un resultado de una necesidad que no se ha cumplido frente a una amenaza presente o a una pérdida, que ha producido o que a futuro podría producir. Se habla de necesidades psicológicas aquellas que se relacionan entre sí mismas para entender el mundo y su funcionamiento, se puede decir que pueden ser la necesidad de explorar, aprender, pero sobre todo la necesidad de crear, necesidad de relacionarse con otros individuos (Jerez, 2014).

Posición Social

La posición social se refiere a la percepción personal que cada individuo tiene, en relación a su rol dentro de un contexto humano que le permite la interacción con sus pares y tener conciencia de ello, las personas utilizan su expresión física y verbal para establecer la comunicación como herramienta de esta interacción en comunidad, donde las emociones son puestas de manifiesto mediante las conductas explícitas. (Bericat, 2012) nos menciona que la realidad social puede ser siempre y cuando por un lado cultura, comunicación y conciencia, al mismo tiempo puede ser por otro lado, estructura, energía y actividad. Con esto podemos explicar que las emociones son parte constitutiva de los fenómenos sociales. Debido a su naturaleza informativa que expresa, por otro lado, las emociones son uno de los tres componentes fundamentales de la dimensión intercomunicativa de la sociabilidad (cogniciones, valores y emociones). Debido a la naturaleza energética y motivacional, las emociones son determinantes de voluntad individual, uno de los

tres componentes de la dimensión interactiva de la sociabilidad (energía natural, poder social y voluntad individual). Esto demanda el desarrollo de una subdisciplina sociológica que estudie las complejas estructuras y procesos emocionales existentes en el contexto de la vida social.

La humanidad tiene como experiencia común la sociabilidad y esta es una característica propia de los grupos sociales, que involucra la participación la unidad y la convivencia, marcada por la agrupación en comunidades y asociaciones incluida la familia como concepto de unión filial como célula básica de sociedad humana y que determina el rol protagónico de cada individuo dentro de un contexto específico y determinado.

Actitud Extrovertido -Introvertido en los adolescentes.

Las personas por nuestra naturaleza tendemos hacia la participación activa o el estar solos, esto tiene que ver con cuán extrovertido e introvertido se es, pues debemos cambiar y actuar según el momento y esto lo podemos hacer de forma optimista, lo que nos convierte en personas introvertidas o extrovertidas sin ser calificados como individuos tranquilos o excitados. (Lopez, 2012) menciona que las personas extrovertidas acuden a los demás en busca de estimulación y aliento de sus amigos o grupo social, se catalogan como fuente de orientación, inspiración y energía que ayudan a mantener alta su autoestima y las reaniman con su presencia. Por otro lado los jóvenes introvertidos optan por utilizar sus propios pensamientos como recurso, su principal fuente de inspiración y estimulación con los demás. A diferencia de los extrovertidos, los introvertidos sienten una gran serenidad y comodidad manteniéndose alejados de las fuentes externas y son propensos a seguir los impulsos ocasionados en su interior.

En la adolescencia el acto de infringirse daño está encaminado a aliviar la sensación de soledad que puede ser ocasionada por nuestra conducta introvertida, pues desde este enfoque el dolor físico, alivia el dolor emocional, sin embargo en las personas extrovertidas también puede suceder este problema ya que esta

extroversión puede funcionar además como un mecanismo de defensa o pantalla ocultando su verdadero estado interno.

Impulsividad

Estudios realizados mencionan que los adolescentes que practican autolesiones, la impulsividad se puede presentar con un alto grado, con respecto a los jóvenes que no se autolesionan. Diversos estudios señalan que la impulsividad en los adolescentes se puede manifestar con mayor grado en los que practican autolesiones en relación a los que no se autolesionan. Una alta impulsividad actúa como un antecedente de autolesiones en aquellos sujetos que presentan una ideación suicida. Las frustraciones nacen de la discrepancia entre lo que el sujeto había deseado y lo que ha obtenido. Esta diferencia podría ser atribuida a una característica interna y estable como una debilidad del propio individuo con sensación de culpa. (Díaz, 2014).

La impulsividad como un problema de conducta incrementa la frecuencia en la autolesión, es importante que por tanto no se evalúen únicamente los problemas afectivos sino la forma en como los jóvenes buscan la interacción y la confrontación de sus problemas de tipo socioeconómico, violencia intrafamiliar e incluso el abuso de sustancias. (Ulloa, 2013)

Autolesiones en los Adolescentes.

La autolesión puede ser encontrada en varias culturas en el Ecuador algunas de ellas en la Amazonia como la Shuar, como un propósito reconocido y aprobado socialmente ser aceptados dentro de sus tribus. Un claro ejemplo es la práctica de tatuajes, los ritos de sanación del espíritu y cuerpo, la perforación de diversas partes del cuerpo humano, etc.

Avila (como se citó en Jimeno, 2014) menciona que las culturas africanas como las de Hamar y Turkana tienen como objetivo exhibir las cicatrices como una

manera decorativa de su cuerpo, esta práctica es con el afán de complacer y alegrar a los espíritus ancestrales de cada tribu, este ritual lo realizan para complacer a sus dioses y ayudar a los miembros de sus tribus y puedan alcanzar sus necesidades espirituales como de sanidad. Por otra parte, en lo religioso como el islam y los judíos practican la auto flagelación como una forma o manera de identificación, la creencia de esta es que la circuncidando a los bebés es un mandato divino según sus textos bíblicos. En nuestro país como la cultura Shuar los jóvenes son obligados a realizarse automutilación con el afán que estos pueden tener un nuevo rol social para obtener un estatus dentro de su tribu. (p.65)

Por otro lado, en la cultura occidental la autolesión se considera como un síntoma de patología y un indicador de trastornos psiquiátricos. En la actualidad, se conoce muy poco sobre la autolesión en poblaciones no clínicas o sin un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Uno de los pioneros de la investigación en autolesiones es Karl Menninger, un psiquiatra que en 1935 desarrolló un documento que más tarde, en 1938, se convirtió en el libro “Man against himself”. El utilizó el término “suicidio focal”, porque este síntoma era considerado como un indicador de importancia en personas con deseos de matarse, pero esta nomenclatura, originó confusiones y malos entendidos ya que las conductas autolesivas, no se consideran como un intento de suicidio, sino más bien en mecanismo para autoaliviarse. Sin embargo, debe ser reconocido por su mención en la que manifiesta que la autolesión debe ser estudiada como un problema clínico separado, pues según él, las conductas autolesivas son consideradas como estrategias, o como una compulsión que mantiene la ansiedad de los auto lesionadores en un nivel manejable y que logra prevenir que los recuerdos dolorosos salgan a la superficie o aparezcan. (Favazza, 2013) denominó Síndrome de Autolesión Deliberada, a la práctica a los sujetos con mayor frecuencia e intensidad que lo realizaban, además menciona que estas conductas que no buscan la muerte no son que una respuesta a la falta de regulación emocional y que puede tener un tinte patológico; estas conductas adquirieron la categoría inconsciente de un síntoma peligroso que puede tener un curso crónico tanto en intensidad como en frecuencia, en los sujetos que practican las conductas autolesivas en donde estas causan afección en su funcionamiento personal,

académico y laboral, y pueden llegar a transformarse en seres humanos menos productivos, afectando sus relaciones interpersonales.

En cuanto al proceso comunicativo, las conductas autolesivas, permiten a los sujetos comunicar su estado emocional y expresar sus necesidades y deseos no satisfechos, además de percibirlos, como un autocastigo por no poseer las características que le volverían un ser humano aceptado y valorado por los demás. Las autolesiones pueden ser infringidas en cualquier parte del cuerpo, pero en su mayoría ocurre en los brazos, las muñecas y las piernas. Otras partes del cuerpo que lleguen a autolesionarse pueden ser; el pecho, el abdomen, los muslos y los genitales y pueden variar desde heridas superficiales, hasta aquellas que dejan cicatrices perennes por cortes o quemaduras (Ávila, 2016).

Muchas de las personas con estas conductas, inician esta práctica en partes del cuerpo que no se exhiben públicamente por la vergüenza y el estigma social, pero posteriormente las conductas toman fuerza e importancia y el autolesionador, encuentra que no controla el impulso de dañarse a sí mismo y se hace heridas en lugares más expuestos. Además, suele producirse una escaldada también en el grado de dolor, por lo que hay una transición del cortarse al quemarse, necesitando un estímulo más oloroso para lograr el mismo alivio, la misma sensación de gratificación y el estado de relajación.

Además, es importante diferenciar la autolesión directa e indirecta; la primera que sucede en un lapso breve de tiempo y con conciencia de sus efectos, es decir está presente la intención deliberada de querer herirse. La autolesión indirecta ocurre en período extenso de tiempo, sin conciencia de los efectos de este comportamiento, en las que no hay una intención consciente de querer auto lesionarse. Las autolesiones además pueden pertenecer a dos grandes grupos categoriales. La primera se refiere a las autolesiones culturalmente sancionadas que incluye rituales y prácticas y autolesión patológica-perversa que abarca rituales que se relación con las tradiciones, símbolos y creencias de una sociedad con un propósito elemental: corregir o prevenir una condición inestable que amenaza la

comunidad como, por ejemplo, dioses molestos, espíritus tribales y ancestros, conflictos entre la anima y el animus, conflictos intergeneracionales, clases o tribus como las principales razones. Estas actividades son pasajeras y a menudo de importancia mínima como por ejemplo los piercings para el uso de joyería o adornos (Avila, 2016),

En las autolesiones patológicas-perversas se reconocen como elementos importantes el nivel de daño al tejido y los desencadenantes y mantenedores de estas conductas. Pueden llegar a ser muy severas como la automutilación o fenómeno conocido como enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne llamado también autocanibalismo (Casillas, 2015). Estas conductas suelen ser desordenadas y resultan en una destrucción seria y significativa del tejido corporal, las más graves están directamente relacionadas con episodios psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión. Otras conductas autolesivas incluyen, extracción de dientes, presión en los ojos, golpes continuos de cabeza, morderse o dislocarse una articulación, mismas que sin tener un claro significado simbólico, contenido racional o afecto asociado específicos, producen una sensación de bienestar y no generar reacciones como vergüenza y culpa (Casillas, 2015).

Y, por último, las autolesiones superficiales-moderadas tienen relación con acciones episódicas o repetitivas de baja mortalidad y con daño superficial en el tejido corporal, es decir comportamientos como cortarse y quemarse. En esta clase de conductas autolesivas, el significado simbólico es claro y requiere con frecuencia el uso de implementos como fósforos o navajas y se llevan a cabo de manera secuencial, estos comportamientos pueden ser categorizados en el subtipo compulsivo, ocurren por repetidas ocasiones en un día y son repetidos en forma de ritual; dentro de este grupo de autolesiones se incluyen: arrancarse el cabello, los pelos de la nariz, las cejas, las pestañas, pelos de la barba, el vello púbico y otros pelos del cuerpo; morderse las uñas, jalarse la piel y rascarse, por lo que este tipo de autolesión compulsiva puede ser asociado con la tricotilomanía (Palacios, 2014).

Cada persona, tiene un motivo personal que lo lleva a autolesionarse como, por ejemplo: liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad e influenciar en otros, percepciones negativas, sexualidad, euforia, descarga de rabia y alivio de alienación. También puede ser un signo de problemas mentales que hacen que a las personas les cueste controlar los impulsos o asuman riesgos innecesarios. Entre los antecedentes se puede citar que también puede deberse a experiencias traumáticas como abuso, violencia doméstica o catástrofes, en cuyo caso las conductas autolesivas pueden sentirse como una forma de despertar de la sensación de anestesia e imperturbabilidad consecuente al trauma.

Previo al acto de autolesión, se producen pensamientos y emociones negativas como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada o autocrítica. El impulso de autolesión se produce por un deseo de aliviar ese pensamiento negativo o en diversos casos una dificultad interpersonal y este puede llegar a provocar un estado emocional positivo.

Dentro del DSM-V, en el capítulo de afecciones, que requieren de más estudio, define la autolesión no suicida como una conducta por medio de la que el individuo se inflige intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, ésta debe realizarse con expectativas de aliviar un sentimiento emocional negativo o estado cognitivo negativo, o para resolver una dificultad interpersonal, o; para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2013).

En el proyecto del DSM-V, se considera la historia personal de autolesiones, como uno de los criterios diagnósticos del eje 5, a considerarse como un síntoma que pueda guiar en la toma de decisiones hacia un diagnóstico diferencial, podemos considerar de manera primordial tres aspectos dentro de las cadenas de perturbaciones que pueden llegar a conducir a autolesiones. Para (Favazza, 2013) existe la consideración de una clasificación en las formas de presentación clínica de las autolesiones: Conductas autolesivas mayores son de manera frecuente que

llegan a producir mayor daño, como la castración y amputación de extremidades superiores e inferiores. Su aparición es inesperada, impulsiva y cruel. Llega a ocurrir durante episodios psicóticos, generalmente en personas con esquizofrenia, en los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico. Puede aparecer en los individuos con trastornos anímicos graves y trastornos de personalidad severos.

Conductas autolesivas estereotipadas se puede observar este tipo de conductas con mayor frecuencia en los individuos con trastornos autistas, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. El individuo se causa daño en su cabeza repetitivamente, se muerden los labios, lengua, mejillas y manos, también llegan a rasguñarse la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. Por lo general, la magnitud del daño es moderado y poseen una frecuencia repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

Conductas autolesivas compulsivas comprendemos como conductas repetitivas como rascarse repetidamente la piel produciéndose heridas, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, en ciertas ocasiones experimentada como actos automáticos, en ciertas ocasiones se puede observar estos casos en sujetos con delirio de parasitosis (Avila, 2016).

Conductas autolesivas impulsivas se determina a la existencia de cierta inclinación obsesivo-compulsivo. Esta conducta puede darse diariamente sin un claro evento precipitante externo o interno, y se puede presentar con un patrón compulsivo-adictivo. Esto es más común en mujeres, inician la preadolescencia, además se puede observar en el período de latencia y en preescolares. Esto persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este prototipo de autolesiones se asocia a trastornos de personalidad, a trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos y trastornos de la conducta alimentaria: lo más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, y también introducirse objetos punzantes.

Tipos de Autolesiones.

Dentro de la practica adolescente se pueden observar comportamientos que generan conductas autolesiva si se hallan o no bajo efecto de sustancias o solo de origen emocional, dentro de las cuales podemos mencionar las autolesiones no suicidas. La autolesión no suicida llega a ser una patológica por la falta de regulación emocional y baja intolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados. Aproximadamente el 90% de los pacientes que practican autolesiones no suicidas disminuyen los síntomas de ansiedad con mucha frecuencia un ejemplo puede ser el hacer estallar un globo. En diversas circunstancias se puede generar diversos sentimientos que puedan forzar a conductas autolesivas en ciertos periodos de aflicción, soledad, despersonalización, inseguridad, estado de ánimo depresivo, pensamientos acelerados, alucinaciones. (Favazza, 2013).

Además, es importante considerar que este tipo de autolesiones llega a ser como el tratar de llamar la atención hacia otras personas, muy similar a una amenaza que puede llegar a ser un escape ante ciertos ambientes sociales que pueden ser percibidos como intolerables. Cuando referimos a las autolesiones de tipo no suicida, en donde existen trastornos psiquiátricos, están involucradas las por, intoxicación por drogas o alcohol trastornos de identidad e integración corporal y son autolesión mayor, estereotipada, compulsiva e impulsiva.

(Castro, 2014) menciona que existe un modelo de funcion primiraia de autolesiones no suicidad, eliminacion o escape de los estados afectivos o adversos esto puede ser sobre todo cuando se tiene una sobrecarga de ansiedad o estados de animo como tristeza profunda o tambien como un episodio de ira incontroladao, tambien con el sentirse un objeto de vurlas o de acoso. Paradogicamente la función de la autolesión no suicida como un refuerzo negativo automático se puede decir que puede generar diversos sentimientos un claro ejemplo podemos decir las personas que presentan anhedonia o apatía. Las autolesiones no suicidas en ciertas

ocasiones llegan a ser un refuerzo social cuando es utilizada con una señal de auxilio, y en ciertos casos como una llamada de atención en el cual el ambiente en el que se rodean pueda proporcionar ayuda en silencio. Una utilidad primordial de las autolesiones no suicidas puede ser el refuerzo social y esto permitirá eliminar situaciones sociales dolorosas, sin embargo, se vuelve dudoso en casos de acoso escolar o bullying. Es claro, entonces, que las conductas autolesivas están muy lejos de ser consideradas un constructo psicopatológico homogéneo en su terminología y conceptualización.

La etiopatogenia de la conducta autolesiva, se resume a continuación en las investigaciones basadas en los factores de riesgo ya sean de tipo sociodemográficas como la edad y sexo entre; otras de tipo caracterízales como los rasgos de personalidad y autoestima, también las de tipo psicopatológicas como el uso de drogas, sintomatología depresiva y psicopatología alimentaria; incluidas las psicosociales e interpersonales.

Variables Sociodemográficas

Mazon (como se citó en Kirchner, 2015), en su investigación menciona que: Con respecto a la edad de los adolescentes con autolesiones, los estudios transversales con muestras comunitarias señalan que se produce un fenómeno de la u invertida, observándose un pico en su prevalencia (12-16%) en torno a la adolescencia media, el cual es precedido de un aumento gradual desde la adolescencia temprana (11-13 años). Cabe indicar que este incremento progresivo hasta la adolescencia media, solo se observa en mujeres, mientras que, en los hombres, la prevalencia de conductas autolesivas se mantiene relativamente estable. En cuanto al sexo de los adolescentes que se autolesionan, existe un relativo consenso entre los datos clínicos y comunitarias cuando se habla de conductas autolesivas, la frecuencia se da más en el sexo femenino que en el masculino, llegando a determinar una probabilidad de 2,0-3,0. En cuanto al genero la incidencia es mayor en las mujeres que en los varones, a esto se suma la sintomatología depresiva, problemas emocionales y de autoestima. En conclusión, el perfil medio

de adolescentes que se autolesionan, es una mujer de entre 14-16 años que se realiza cortes en muñecas y en antebrazos (Mazon, 2015).

Variables Caracterízales

Los rasgos de personalidad que pueden estar involucrados dentro de las conductas autolesiva, las dimensiones como la disregulación emocional y la impulsividad se ha considerado lo más relevante en anteriores estudios. Diversos autores han mencionado que la disregulación emocional, tiene como papel principal los déficits en la reactividad y autorregulación emocional. Nock y Mende realizaron diversos estudios en la inducción de estrés en laboratorio pudiendo observar que ciertos adolescentes que realizan conductas autolesivas presentan una mayor conductancia dérmica y una menor secreción e cortisol durante la ejecución en comparación con los que no cometen autolesiones. Otras fuentes de investigación han mencionado la baja autoestima y el estilo cognitivo negativo, en los adolescentes que se autolesionan se presentan con una autoimagen negativa sobre los acontecimientos negativos de sus vidas (McMahon, 2012).

Es decir, las variables sociodemográficas y caracterízales, obtienen una función muy relevante como factores de vulnerabilidad potenciales para la producción y el mantenimiento de las conductas autolesivas, el mismo modo que una alta disregulación emocional e impulsividad son características específicas de los adolescentes que se autolesionan y lo practican como recurso de autocomplacencia.

Comportamiento Autodestructivo Indirecto

El uso de sustancias o drogas ha sido una de las variables más estudiadas en adolescentes que se autolesionan, y sobre esta situación numerosos estudios retrospectivos comunitarios señalan que el consumo de tóxicos tiene una mayor prevalencia en este grupo. Agudelo(como citó Toprak, 2017).

Mazón (como se citó en Kirchner,2015) menciona que las características psicopatológicas que se han estudiado es el ánimo deprimido en su punto de vista dimensional (humor depresivo e ideación suicida) y categorial (depresión mayor). Respecto a los pensamientos suicidad, distintos estudios retrospectivos comunitarios indican que dos tercios de los adolescentes que se autolesionan, presentan en alguna ocasión, dicha ideación siendo la probabilidad diez veces mayor que entre aquellos sujetos no autolesivos. (p.10)

Ávila (como se citó en Madge, 2016) menciona que la ideación suicida constituye un precipitante de la conducta autolesiva en aquellos adolescentes con alta impulsividad o abusos sexuales En lo que se refiere, al humor depresivo, las investigaciones previas han encontrado mayor sintomatología en adolescentes que posteriormente se autolesionan, Dos tercios de los adolescentes con autolesiones presentan un episodio depresivo mayor en relación a sujetos “sanos” o con trastorno mental sin autolesiones. Dichos estudios han llevado a considerar el ánimo deprimido como un factor predisponente y mantenedor de la conducta autolesiva. (p.21)

Camarillo (como se citó en Peebles, 2015) refiere a la psicopatología alimentaria en los adolescentes que se autolesionan, numerosas investigaciones retrospectivas comunitarias indican que esta psicopatología tiene una mayor frecuencia entre aquellas adolescentes que se autolesionan Los adolescentes que se autolesionan, presentan una imagen corporal más negativa en comparación a los adolescentes “sanos”. A nivel de conductas, los comportamientos bulímicos son los más prevalentes en mujeres que se autolesionan, considerando la alta impulsividad identificada en este grupo. (p. 86)

Se puede concluir entonces, que los adolescentes que presentan conductas autolesivas, presentan una mayor y más duradera sintomatología depresiva, actuando este factor como un factor predisponente y mantenedor de la conducta autolesiva. La ideación suicida se considera como de las variables desencadenantes de actos autolesivos, además presentan una mayor psicopatología alimentaria,

principalmente de naturaleza bulímica y el consumo de alcohol, también se considera un factor prevalente en estos sujetos.

Desafío a la autoridad

Muñis (como se citó en Lisa y Sim, 2014) menciona que la presencia de conflictos interpersonales, ya sea en el subsistema escolar o familiar, ha despertado el interés en diversas investigaciones previas. Respecto a conflictos interpersonales en el subsistema escolar, numerosas investigaciones retrospectivas, señalan que existe un clima de mayor emoción expresada en familias de los sujetos que se autolesionan. Se han encontrado también variables caracterízales como una alta desregulación emocional. (p.55)

Mayorga (como se citó en Landstedt y Gillander, 2015) cita aún no existen conclusiones para delimitar el papel etiopatogénico de la conflictividad familiar. En cuanto al conflicto con el grupo de iguales, la modalidad más extensamente analizada ha sido el acoso escolar o también llamado bullying. En algunos estudios se menciona u los adolescentes que recurren a la autolesión están asociados a experiencias previas de acoso escolar. (p.107)

Ulloa (como se citó en Cerutti, 2013) menciona que, diversos estudios han centrado su investigación en la posible presencia de abusos sexuales en aquellos adolescentes que se autolesionan. Sobre este interrogante, numerosos estudios retrospectivos comunitarios señalan que su prevalencia es mayor en comparación con sujetos sin esta situación en sus vidas Entonces, en cuanto a factores psicosociales, el abuso sexual puede ser un agente desencadenante de la conducta autolesiva en adolescentes “vulnerables”. Respecto al grupo de iguales, tanto el acoso escolar, como el modelado se consideran como factores predisponentes y mantenedores de la conducta autolesiva. (p.418)

Autolesiones no Suicidas (ANS) versus intentos de suicidio (IS) y Autolesiones Esporádicas versus Autolesiones Recurrentes

En el primer caso, se consideran las conductas autolesivas, en relación con la intencionalidad o no de morir. Hay pocas investigaciones que busquen diferenciar entre IS y ANS, así mismo hay pocos datos en cuanto a los métodos utilizados que presentan evidencias de utilización de métodos mortíferos que utilizan los adolescentes para generarse daño.

Seoane (como se citó en Joinner,2015) La presencia de sujetos con IS que se autolesionan llega a representar un indicador con mayor severidad psicopatológica, ya que existen evidencias de diversos subgrupos con indicadores en la dificultad del tratamiento y en ciertos casos riesgos de mortalidad. En otros cuadros se puede evidenciar altos niveles de impulsividad, estados de ánimo deprimido, una baja autoestima llegando a constituir indicadores de incurrancia. Según los adolescentes con conductas autolesivas llegan a construir un proceso cognitivo opoente, en el cual su temor va decreciendo frente a consecuencias negativas de conductas autolesivas y va aumentando la satisfacción con la recompensa atribuidas de las mismas. (p.26)

Modelo Autodestructivo Primario Automutilación

Entre otros nombres con los que se ha denominado a las autolesiones, encontramos auto-herirse, auto-mutilación o auto-cortarse. Pero el denominador común es un comportamiento intencional de herirse a sí mismo sin el intento directo de cometer suicidio, enfocándose la diferencia; en que el intento de suicidio, la persona realmente quiere morir y en las conductas autolesivas la persona desea sentirse mejor y lograr controlar sus emociones disfóricas, las mismas que se perciben como muy dolorosas como para ser expresadas a través palabras. Desde este punto de vista, entonces las conductas autolesivas, son consideradas como un mecanismo de contención no adaptado, esto puede ser una estrategia de regulación de las emociones ya que las autolesiones pueden ser utilizadas para aliviar o reducir la tensión y emociones dolorosas.

Puede volverse repetitiva la conducta cuando a la automutilación episódica se convierte en una preocupación muy grande para el individuo, es decir, éste adopta una identidad de quemador o cortador y se describe a sí mismo como un adicto a la autolesión. El más común de los comportamientos en este subgrupo es cortarse la piel o quemarse, auto-pegarse, clavarse agujas, rascarse severamente la piel, golpearse la cabeza, romperse huesos y se encuentra mayormente asociado con trastornos de impulsividad como la cleptomanía, abuso de alcohol y también con los desórdenes alimenticios, y otros; están asociados con trastornos de personalidad limítrofe, trastorno de estrés postraumático y trastorno de personalidad antisocial (Castro, 2013).

Las autolesiones tienen como propósito el poder curar relacionado con la calma física que se experimenta luego de la autolesión y este condicionamiento entre mente-cuerpo que se siente como un escape a emociones negativas, por lo que el sujeto que se autolesiona, experimenta una sensación de control y una elevación de la moral, es decir, se sienten “limpiadas”, de manera muy similar a deshacer de “suciedades y toxinas mentales” que perciben están dentro de ellas causándoles malestar (Favazza, 2013).

JUSTIFICACION

La presente investigación es de **Importancia** en el momento actual pues tiene como principal objetivo el determinar la influencia entre los factores emocionales con las conductas autolesivas siendo los principales **Beneficiarios** los adolescentes de la unidad Educativa Juan Benigno Vela de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua. Además, es de gran interés porque permitirá conocer los estados emocionales de los adolescentes como factores generadores de malestar emocional, para de esta forma realizar un análisis que considere el poder establecer los riesgos para practicar la autolesión.

La presente investigación es de **Interés** ya que se han identificado los factores emocionales como ansiedad y depresión, que son considerados como

agentes que pueden dar paso a la práctica del cutting que ha sido observada y que actualmente es considerada como una problemática que afecta a la institución.

La propuesta investigada basa su **Originalidad** en manifestar que no existe trabajos que refieran sobre este tema dentro de la institución por lo tanto se presenta de forma novedosa con la finalidad de recabar información y hacer determinaciones en base al análisis que les permitan a los profesionales directivos administrativos y operativos enfrentar esta situación.

La realización de este estudio es **Factible** pues se cuenta con los medios necesarios, el acceso a la institución y la colaboración de las autoridades del profesorado y de los adolescentes sobre quienes se aplicarán las encuestas y los reactivos correspondientes en el periodo 2015-2016

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los Factores Emocionales y su influencia en las conductas autolesivas; el cutting en los estudiantes adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

Objetivos Específicos

- 1.** Identificar los estados emocionales como factores que influyen en las conductas autolesivas de los adolescentes.
- 2.** Establecer las conductas en las prácticas autolesivas intencionales de los adolescentes.
- 3.** Diseñar una propuesta como alternativa de solución para resolver el problema plantado.

CAPITULO II

METODOLOGIA

Diseño del Trabajo

La investigación fue desarrollada en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela de la ciudad de Ambato en el periodo 2015-2016. El enfoque de la investigación es de tipo cualitativo en el cual se profundiza en el marco teórico donde consta la información correspondiente que sustenta los aspectos más relevantes de la problemática investigada, es cuantitativa porque se aplican instrumentos psicológicos estandarizados que permiten obtener la información necesaria para exponerlos como datos estadísticos y establecer con precisión el resultado de las variables estudiadas.

Mediante la recopilación de información obtenida de los estudiantes y del departamento del DCE, se pretende identificar la problemática de la población, en este caso los estudiantes adolescentes, para lo cual se utiliza una investigación de tipo descriptivo para definir el fenómeno psicológico, de tal manera que se detallada la influencia que pueden tener los factores emocionales causantes de ansiedad y depresión en relación directa con las conductas autolesivas. Además, se utilizan fuentes bibliográficas, así como también un estudio de campo cuando se procede para la aplicación de los reactivos psicológicos psicométricos con la finalidad de establecer el contacto con la población investigada. La comprensión de los fenómenos sociales y psicológicos investigados de forma cuantitativa y cualitativa, ayudarán a determinar el contexto para una vez realizado el análisis y la tabulación de los resultados obtenidos producto de la aplicación de los reactivos psicológicos se podrá establecer las conclusiones y recomendaciones.

Para el efecto se utilizan, el Cuestionario de Depresión de Beck, escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario Sobre Autolesiones (SIQ), considerados

como apropiado para esta investigación pues presentan confiabilidad y pertinencia frente a la temática desarrollada en la Unidad Educativa “Juan Benigno Vela”.

Investigación Exploratoria

La investigación de tipo exploratoria permite ver la relación con el problema de estudio ya que puede ser de forma descriptiva, transversal y correccional. Puede ser descriptivo puesto que mide las variables relacionadas con la dificultad de la investigación exploratoria, puesto que se revisa, analiza investigaciones anteriores y esto nos ayuda a determinar una proximidad a la problemática, llegando a ser este el punto de partida y obtener la información, análisis, evidencias, esto permite que el investigador se pueda poner en contacto con la realidad.

Con un informe de investigación presentado en la unidad educativa hace referencia a los datos proporcionados en el DCE de la institución Juan Benigno Vela, en el cual se obtiene la nómina general de los 545 estudiantes, y la colaboración de 98 adolescentes de población muestra además se utiliza, una investigación bibliográfica en el cual amplía y profundiza distintos enfoques, así también como varios autores por medio de la utilización de libros, revistas científicas físicas y virtuales.

Investigación de Campo

La investigación de campo utilizada para la información recopilada en el lugar donde se procede a investigar, este caso en la unidad educativa en el cual se utiliza la aplicación de cuestionarios, esto permite el acercamiento directo con los adolescentes próximos a ser evaluados y de esta forma se puede obtener los datos precisos. Para llegar a esta investigación primero se contó con la autorización de señor rector de la institución para que 98 estudiantes adolescentes entre ellos hombre y mujeres, se logre aplicar un reactivo psicológicos e identificar la primera variable, utilizando el Cuestionario De Depresión De Beck y Escala de Ansiedad de Hamilton, se determina tres días para aplicación, mientras que en Cuestionario

Sobre Autolesiones (SIQ) que ayuda a medir la segunda variable se aplica en 4 días bajo la supervisión del inspector general de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, esto permite obtener suficiente información.

Área Clínica conductual; y el ser humano es consecuencia de las conductas en las que se desenvuelven a nivel personal, familiar y social.

Fundamentación Epistemológica

Los seres humanos en su proceso de evolución necesitan adaptarse a su medio y a los cambios que en sus etapas de desarrollo así lo ameritan. (Diz, 2013) menciona que dentro de la adolescencia existe un período de cambios físicos, psicosociales, que son visibles como los primeros síntomas del inicio de esta etapa que en particular promueve el crecimiento y maduración del individuo experimentando cambios físicos y cognitivos.

Estos cambios en la persona que justifican su existencia y están dirigidos hacia una transformación personal desde su forma de pensar hasta su forma de actuar, donde cada una de sus cogniciones tiene una finalidad que justifica su accionar. Existen datos de la escuela conductista influida por el positivismo lógico del Círculo de Viena, filósofos quienes argumentaban y defendía la necesidad de traducir el conocimiento del mundo a observaciones físicas.

Epistemológicamente, este tipo de investigación es analítica tiene una secuencia temporal transversal prospectiva, busca el conocimiento que permite dar cuenta de la realidad subjetiva de los adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela que se fundamenta en los datos obtenidos de las experiencias y vivencias mismo que también fueron registrados en el DCE. (Agudelo, 2017)

Fundamentación Psicológico

(Castro, 2013). Los sistemas familiares y sociales juegan un papel fundamental en el equilibrio de la salud mental del adolescente es ahí donde formará sus constructos cognitivos, los cuales pueden ser rígidos, flexibles, auto referidos, lógicos, fijos en su manera de expresar sus sentimientos y al mismo tiempo entenderlos para afrontarlos y resolver problemas. Es importante que los adolescentes cuenten con estrategias que promuevan su adaptación a la vida diaria mientras llegan a su adultez, y en cada circunstancia deberán modificar sus pensamientos inadecuados buscando desarrollar su estabilidad emocional, en la presente investigación mediante el enfoque cognitivo conductual para preparar al adolescente y este pueda controlar sus emociones y conductas y con la ayuda a que el adolescente pueda responder de mejor manera sus respuestas mentales. Utilizando la teoría de Albert Ellis predecesor de la TREC, esta puede ser utilizada para modificar el comportamiento del adolescente considerando los procesos cognitivos inadecuados cambiando las conductas autodestructivas en función de pensamientos más positivos provocan nuevas creencias para la mejor canalización de las conductas autolesivas.

Población y muestra

La presente investigación fue aplicada a los estudiantes que conforma la Unidad Educativa Juan Benigno Vela una población de 545 alumnos en total.

Tabla N ° 1 Estudiantes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela

			Total
	Hombres	Mujeres	
Adolescentes	56	42	98
Total	56	42	100

Tabla N° 1 Estudiantes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: La Investigadora

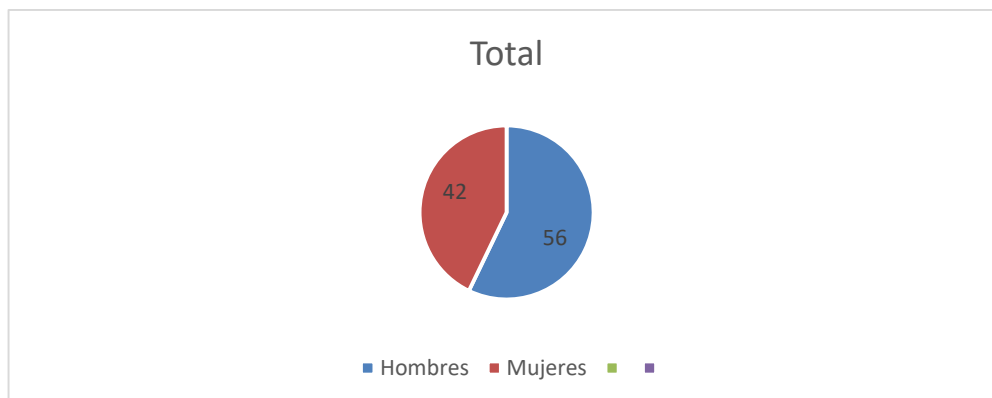


Grafico N° 1: Adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: La investigadora

Análisis e Interpretación

Con respecto a la población de los estudiantes adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, se evidencia que poco más de las dos cuartas partes son de género femenino mientras que casi las dos cuartas restantes pertenecen al género masculino con una totalidad de 98 estudiantes evaluados.

Instrumentos de investigación

En la investigación se utiliza encuestas, esto permite recabar información de la población motivo de estudio, a través de la utilización de cuestionarios. Los factores emocionales serán la variable independiente, para ello se utiliza el Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario de Ansiedad de Hamilton, mientras que para la variable dependiente las conductas autolesivas, se utiliza el cuestionario de Autolesiones SIQ.

Inventario de depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) cuyo autor es A. T. Beck para evaluar la gravedad del cuadro depresivo, consta de 21 ítems y además de su versión abreviada de 13 ítems, la misma que busca evaluar

principalmente los síntomas clínicos incluidos los pensamientos intrusivos presentes en la depresión; distinguiendo la ausencia de síntomas motores y de ansiedad mediante la auto aplicación con la posibilidad de realizar entrevistas que fueron adaptadas y validadas por Conde Usereos, en la cual, se describen puntuaciones totales con puntos de corte establecidos en función de las medias estadísticas correspondientes según la gravedad del cuadro, de esto se desprende que la puntuación media en el BDI para depresión ausente es 10.9 puntos, para depresión leve 18.7, para depresión moderada 25.4 puntos y para depresión grave una media de 30 puntos (Julio Bobes, 2003) y bajo estos criterios, la Asociación Madrileña de Psicotécnicos de reactivos psicológicos menciona los siguientes rangos de puntuación:

Puntuación:

No depresión: 0-9 puntos.

Depresión leve: 10-18 puntos.

Depresión moderada: 19-29 puntos.

Depresión grave: > 30 puntos.

Validez y Fiabilidad

La adaptación española del BDI-II está basada en un análisis exhaustivo de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente y discriminante, validez factorial y validez de criterio entre muestras de pacientes con trastornos psicológicos que totalizaban 712 pacientes, dos muestras de adultos de la población general que totalizaban 569 adultos y dos muestras de estudiantes universitarios que totalizaban 727 estudiantes. Estos análisis sugieren, consistentemente en las diversas muestras, que la adaptación española del BDI-II muestra buenos índices psicométricos para medir la presencia y gravedad de sintomatología depresiva, índices similares a los de la versión original o de las adaptaciones realizadas en otros países. Para los objetivos del presente trabajo, cabe detallar algunos de esos índices. Los coeficientes de

Cronbach de fiabilidad de consistencia interna para los pacientes con trastornos psicológicos, los adultos de la población general y los estudiantes universitarios fueron, respectivamente, .90, .87 y .89, todos ellos excelentes y comparables a los obtenidos en estudios con muestras semejantes de otros países. Respecto a la validez de criterio para diferenciar grupos contrastados, la puntuación total media del BDI-II de los pacientes con trastornos psicológicos fue significativamente mayor que las de los adultos de la población general y los estudiantes universitarios. (Sanz, 2013, p 164)

Escala de Hamilton para la ansiedad

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAS) es una escala diseñada en 1959 por M. Hamilton estructurada por 14 ítems de heteroaplicación cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad considerando aspectos psíquicos físicos y conductuales incluido un ítem que evalúa específicamente el ánimo deprimido considerado y utilizado por algunos autores con criterios de cambio en las puntuación de los dos primeros ítems, describiendo la gravedad el tiempo y frecuencia así como la incapacidad y disfunción, de esta forma proporciona una medida global de ansiedad que obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems en donde los puntos de corte son 0 a 5 no ansiedad, 6 a 14 ansiedad leve y mayor o igual a 15 ansiedad moderada grave (Bobes, 2003).

Fiabilidad:

Se puede decir que muestra una consistencia interna, y un apropiado entrenamiento en su utilización, la relación entre diferentes evaluadores es apropiada. Tiene excelentes valores test-retest después de un día o una semana y también es aceptable la estabilidad después de un año (ALVAREZ, 2017).

Validez:

La puntuación total muestra una eminente validez concurrente con distintas escalas que valoran la ansiedad además diferencia apropiadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. También posee un alto grado de similitud con la Escala de Depresión de Hamilton. Ya que puede llegar a ser sensible al cambio tras el tratamiento (ALVAREZ, 2017).

Cuestionario de autolesiones SiQ

El psicólogo clínico Johan Vanderlinden del Centro Universitario St. Jozef Kortenberg, Bélgica del servicio de trastornos alimenticios y el profesor de Psiquiatría Walter Vandereycken de la Universidad Católica de Lovaina, también director clínico del Departamento de Terapia de la Conducta en el Hospital de los hermanos Alexianos en Tirlemont también psiquiatra y consultor del Servicio de Trastornos Alimenticios pertenecientes al Centro Universitario St. Jozef Kortenberg, Bélgica. El Cuestionario de Autolesiones SIQ fue elaborado para los pacientes de dicho centro psiquiátrico, primordialmente fue echo para pacientes con trastornos alimenticios que pensaban que las autolesiones estaban conectadas con una autoimagen negativa. Aquellos pacientes que se autolesionaban pensaban ser menos atractivos físicamente. Evidentemente los efectos negativos que ellos esperaban ver las autolesiones como una forma de castigo que los pacientes creían merecer por lo general aparecían sentimientos de culpa en pacientes con antecedentes de abuso que se juzgaban por lo ocurrido. El cuestionario consta de 34 preguntas con rasgos de elección: 1 nunca 2 de vez en cuando 3 forma habitual y 4 con mucha frecuencia; el adolescente debe responder si ha incurrido en algunas de a conductas mencionadas en el transcurso de los seis últimos meses (Vanderlinden, 1999).

Validez y Fiabilidad

El instrumento SIQ (Self-Injury Questionnaire) es un cuestionario tipo linkert creado en función del estudio e investigación exploratoria realizada con una muestra de 94 pacientes mujeres internadas en dos hospitales psiquiátricos de Bélgica con edades comprendidas entre 14 a 35 años de edad ingresadas a raíz de un trastorno no orgánico no psicótico y que se mostraron dispuestas a contestar dicho cuestionario. El diagnóstico fue redactado utilizando los criterios del eje uno del DSM-IV, evidenciando comorbilidad con otros aspectos propios del estudio, de tal forma que existe una validez relativa al criterio de tipo concurrente, basado en el análisis de ítems expuestos para el constructo planteado, con método de autoinforme y un estudio correlacional en paralelas con pruebas como; la lista de control de síntomas de Hopkins (SCL-90), Escala de impulsividad (IS), el Test de Alcohol de Munich (MALT), el Cuestionario de Disociación (DIS-Q), EL test de Actitudes hacia el cuerpo (BAT) y la Escala de Evaluación de Trastornos Alimenticios (EDES), estableciendo la fiabilidad en el tiempo manteniendo los resultados en aplicaciones posteriores que determinaron la persistencia porcentual de la sintomatología.

Procedimiento para obtención y análisis de datos

Como primer paso se inicia el acercamiento y recolección de información en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, y se confirma el objetivo de la temática de investigación, con la revisión de archivos permite conocer más sobre la realidad de la unidad educativa donde se obtiene datos reales con el cual se procede a la aplicación de los instrumentos utilizados como el Cuestionario de Autolesiones SIQ, Test de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Hamilton. Finalmente, una vez determinado que instrumentos se va aplicar se coordina las fechas con las autoridades y culminando con la elaboración de una propuesta de solución con la obtención de los resultados obtenidos en los mismos.

Procedimiento para obtener y análisis de los datos.

El acercamiento a la Unidad Educativa Juan Benigno Vela tiene como objetivo el lograr un mejor contacto con los adolescentes, y solicitar realizar dicho proyecto de investigación. También se hace una revisión de archivos en el departamento de consejería estudiantil del plantel para la obtención de información que sea útil para para la investigación, en el cual se realiza entrevista el con el señor rector, el cual accede a que se desarrolle con lo plateado. La solicitud otorgada por la universidad para las autoridades se procede a entregar y esto permite la aplicación de los instrumentos de evaluación. Se determina horarios con las autoridades del plantel de forma especial con el departamento Inspección General del establecimiento educativo para prontamente realizar la aplicación de las baterías psicológicas: Test de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Hamilton conjuntamente con la coordinación del inspector general de la institución. Luego se realiza los análisis estadísticos mediante programas de Excel. Finalmente se realiza la elaboración de una propuesta de solución para el mejoramiento de los estados emocionales de los adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

Actividades

Para la presente investigación se tomó contacto con la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, para la recopilación de información, primeramente se realiza el acercamiento a dicha institución con el objetivo primordial de confirmar el futuro proceso de investigación, llevando a cabo una revisión de archivos en el DECE con el objetivo de confirmar que el proceso de la investigación de la temática propuesta se obtiene con la aplicación del Test de Depresión de Beck , Inventario del Test de Hamilton y el Cuestionario de Autolesiones. Finalmente, una vez establecidos los instrumentos que se van a utilizar conjuntamente con las fechas coordinadas por el Inspección General, se aplica las baterías psicológicas para cada variable, con los datos obtenidos y las conclusiones a las que se llega, se realiza una propuesta en base a los resultados arrojados mediante el software propio para cada instrumento permitiendo distribuir de manera adecuada y ordenada los resultados obtenidos.

CAPITULO III

ANALISIS DE RESULTADOS

Diagnóstico de la Situación Actual

Tabla N° 2 Niveles de Ansiedad Escala de Hamilton

Alternativa	Frecuencia	Porcentajes
0-5 No hay Ansiedad	53	54.08%
6-14 Ansiedad Menor	36	36.73%
15+ Ansiedad Mayor	9	9.18%
Total	98	100%

Tabla N° 2 Niveles de Ansiedad Escala de Hamilton
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

GRAFICA DE TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

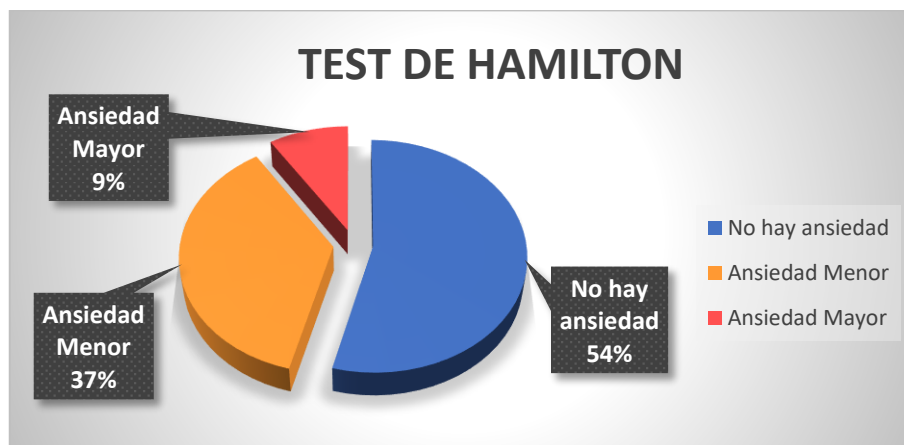


Gráfico N° 4 Niveles de Clima Organizacional
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Investigadora

Análisis e Interpretación

En la aplicación del test de Ansiedad de Hamilton a 98 estudiantes evaluados en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, se determina que más de las dos cuartas partes no presentan sintomatología de ansiedad mientras que una mínima parte de la una cuarta parte se presentan ansiedad menor y aproximadamente una pequeña parte de la cuarta parte evidencia ansiedad mayor, lo que significa que los adolescentes que no tiene ansiedad no poseen ninguna sintomatología representativa que no dificulte su diario vivir ,por otra los adolescentes que presenta una ansiedad menor esto puede ser un impulso motivacional responsable de la incapacidad que el adolescentes pueda responder ante una estimulación determinada llegando a la respuesta de miedos y temores frecuentemente, mientras que los adolescentes presenta ansiedad mayor sienten preocupación la mayoría de tiempo no solo en situaciones potencialmente estresantes, ya que estas preocupaciones llegan a considerarse intensas e irracionales, persistentes y pueden interferir con el funcionamiento normal de sus vidas llegando a truncar sus actividades tales como su desempeño académico, integración social y familiar ya que son difíciles de controlar.

DEPRESION

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
0-13 Depresión Mínima	77	78.57%
14-19 Depresión Leve	12	12.24%
20-28 Depresion Moderada	8	8.16%
29-63	1	1.02%
Total	98	100%

Tabla N° 3 Niveles de Ansiedad Escala de Hamilton

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

GRAFICA DEL TEST DE DEPRESION DE BECK

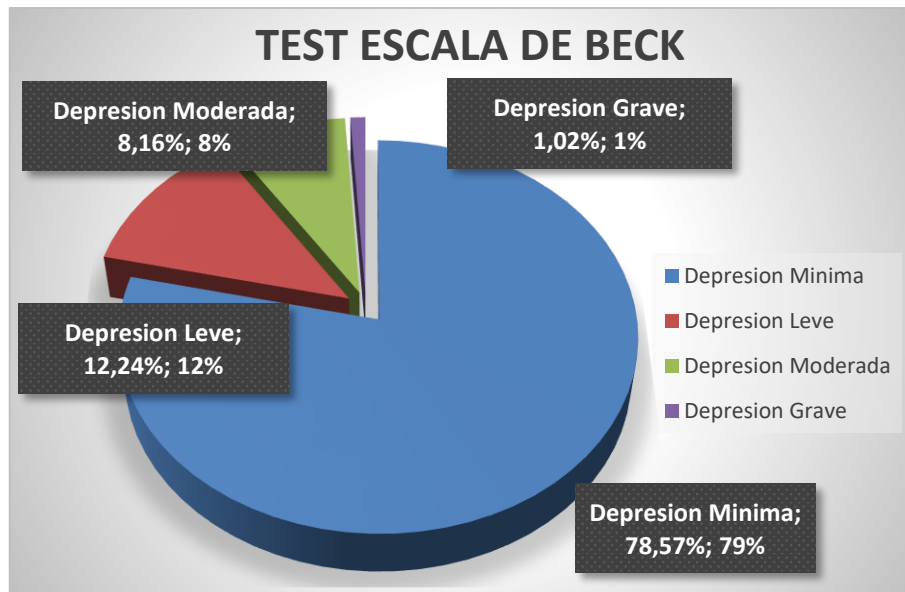


Gráfico N° 3: Test de Depresión de Beck

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Análisis e Interpretación

En la aplicación del test de depresión de Beck a los 98 alumnos, se determina que más de las tres cuartas partes presentan depresión mínima, esto significa que los adolescentes no perciben síntomas fisiológicos que afecte su desenvolvimiento académico, social y familiar y que son estados considerando como normales, menos de una cuarta parte de la población de adolescentes sienten una depresión moderada para lo cual ya se puede determinar cierto malestar en distintas actividades que el adolescente lo realice con una sintomatología como ir perdiendo poco a poco el interés por cosas o actividades que gustaban al adolescentes hacerlas, también la falta de apetito es una sintomatología significativa, una mínima parte de la una cuarta parte se evidencia una depresión grave lo que decir que los estados de ánimo de los adolescentes pueden llegar a sentir tristeza y desesperanza sin interés por actividades habituales con una menor energía o escasa en ciertos casos llegando a sentir tristeza y desesperanza por las actividades habituales , finalmente pueden llegar a apreciar patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad.

Forma de Autolesiones

AUTOLESIONES	Frecuencia	Porcentaje
MENEARSE LOS CABELLOS	44	88.00%
RASGUÑARSE HASTA HACERSE SANGRAR	4	7.84%
GOLPEARSE O HACERSE CHOCAR DELIVERADAMENTE CONTRA ALGUN OBJETO	9	17.65%
TAJARSE O INTRODUCIRSEOBJETOS PUNTEAGUDOS	8	15.69%
PRODUCIRSE QUEMADURAS	6	11.76%
TOTAL	51	100.00%

Tabla N° 3 Formas de Autolesión
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Grafica de la Forma de Autolesiones

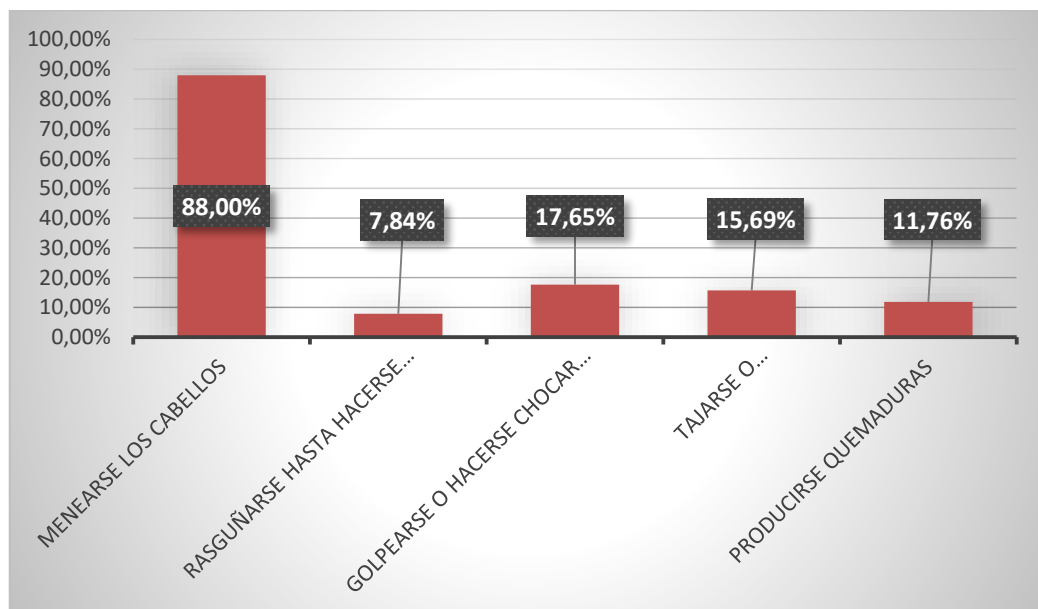


Grafico N° 4: Forma de Autolesionarse
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Análisis e Interpretación

Se puede determinar que las más de las tres cuartas partes pertenecen al tipo de autolesión como mesarse los cabellos en el cual se puede evidenciar, cuando existe un agente estresor que provoca este tipo de acciones lo pueden relacionar con la ansiedad o tensión que alteren al adolescente a realizar este tipo de autolesión, casi una parte de la una cuarta parte corresponde al rasguñarse hasta hacerse sangrar, esto evidencia que ya existe una grado de significancia que determina que el adolescente comete autolesiones intencionales en su cuerpo ya sea por ansiedad, tensión o depresión, esto puede palpar en los adolescentes que lo realizan para saciar su desahogo o descontento por diversas situaciones o cosas que les fastidie o sienta frustración, casi una parte de la una cuarta parte corresponde al golpearse o chocarse deliberadamente contra algún objeto esto permite saber que los adolescente pueden llegar a practicar este tipo de autolesión de forma más severa, ya que al golpearse a si mismo, nos puede decir que el adolescente no se siente gusto propio en su parte física y psicológica, el tajarse o introducirse objetos puntiagudos que está dentro de una mínima parte de la una cuarta parte esto nos puede decir que el adolescente ya evidencia una autolesión intencional, se relaciona con los estados ansiosos y depresivos lo cual conlleva a que los adolescentes desfoguen su ira, tristeza, tensión sobre alguna cosa que se sienta impotentes, finalmente el producirse una quemadura que correspondería a una mínima parte de la cuarta parte, nos puede decir que el adolescente existe una autolesión intencional suicida ya que no es claro de la gravedad que puede causar en su cuerpo llegando a producirse quemaduras de tercer grado lo cual ameritaría una vigilancia médica y psiquiátrica para determinar que tipo niveles de ansiedad o depresión siente este. Podemos decir que las conductas antes mencionadas son tratadas con autolesiones intencionales con lo cual los adolescentes pueden llegar a sentir una satisfacción por hacerlo llegando a sentir placer cada vez que comentan autolesiones y así poder desfogar sus frustraciones.

Verificación de hipótesis

Para verificar la hipótesis, se procede a plantear la hipótesis nula y la hipótesis alternativa como modelo lógico.

Modelo Lógico

Ho = Hipótesis nula

H1= Hipótesis alternativa

Ho= Los factores emocionales (depresión-ansiedad) NO influye en las Conductas Autolesivas (cutting)de los adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

H1 = Los factores emocionales (depresión-ansiedad) SI influye en las Conductas Autolesivas (cutting) de los adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

Definición del nivel de significancia

Nos permite ver la aceptación o rechazo de la hipótesis nula, con la que se puede asumir la hipótesis alterna.

Se puede trabajar con el 5% o 0,05.

El nivel de significancia es de 0,05 elegido para la investigación.

Elección de la prueba estadística

El Chi cuadrado se escogió para la verificación de la hipótesis con la siguiente formula.

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Simbología.

O= Frecuencias observada (Datos observados)

E = Datos esperados (Frecuencia Esperada)

Análisis De Frecuencias

1.- Mesarse los cabellos

Frecuencias Observadas (Pregunta # 1)

OBSERVADAS			
	NO EXISTE	SI EXISTE	Total
Depresión Mínima	46	31	77
Depresión Leve	5	3	8
Depresión			
Moderada	2	10	12
Depresión Grave	1	0	1
Total	54	44	98

Tabla N° 5: Frecuencias Observadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas (Pregunta 1)

ESPERADAS		
NO	SI	Total
42.43	34.57	77.00
4.41	3.59	8.00
6.61	5.39	12.00
0.55	0.45	1.00
54.00	44.00	98.00

Tabla N° 6: Frecuencias Observadas Depresión (Pregunta #1)

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Calculo de Chi cuadrado Depresión (Pregunta 1)

	O	E	(O - E)	(O - E)²	OE²/E
No /Depresión Mínima	46	42.43	3.57	12.76	0.30
No /Depresión Leve	5	4.41	0.59	0.35	0.08
No /Depresión Moderada	2	6.61	-4.61	21.27	3.22
No /Depresión Grave	1	0.55	0.45	0.20	0.37
Si /Depresión Mínima	31	34.57	-3.57	12.76	0.37
Si /Depresión Leve	3	3.59	-0.59	0.35	0.10
Si /Depresión Moderada	10	5.39	4.61	21.27	3.95
Si /Depresión Grave	0	0.45	-0.45	0.20	0.45
					8.83

Tabla N° 7: Calculo Chi cuadrado Depresión (Pregunta #1)

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Frecuencias Observadas Ansiedad

OBSERVADAS			
	NO	SI	Total
No hay ansiedad	34	19	53
Ansiedad Menor	14	22	36
Ansiedad Mayor	6	3	9
Total	54	44	98

Tabla N°8: Frecuencias Observadas Ansiedad (Pregunta #1)

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas de Ansiedad

Esperadas			
No hay ansiedad	29.20	23.80	53.00
Ansiedad Menor	19.84	16.16	36.00
Ansiedad Mayor	4.96	4.04	9.00
Total	54.00	44.00	98.00

Tabla N° 9: Frecuencias Esperadas Ansiedad (Pregunta #1)

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Calculo del chi de Ansiedad

	O	E	(O - E)	(O - E)²	OE²/E
No /No hay ansiedad	34	29.20	4.80	23.00	0.79
No /Ansiedad Leve	14	19.84	-5.84	34.07	1.72
No /Ansiedad Moderada/Grave	6	4.96	1.04	1.08	0.22
Si /No hay ansiedad	19	23.80	-4.80	23.00	0.97
Si /Ansiedad Menor	22	16.16	5.84	34.07	2.11
Si /Ansiedad Mayor	3	4.04	-1.04	1.08	0.27
					6.07

Tabla N° 10: Calculo Chi Ansiedad (Pregunta #1)

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

2.- Rasguñarse hasta hacerse sangrar

Frecuencias Observadas Depresión

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	75	2	77
Depresión Leve	8	0	8
Depresión Moderada	10	2	12
Depresión Grave	1	0	1
Total	94	4	98

Tabla N° 11: Frecuencias Observadas Pregunta #2

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas Ansiedad

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	73.86	3.14	77.00
Depresión Leve	7.67	0.33	8.00
Depresión Moderada	11.51	0.49	12.00
Depresión Grave	0.96	0.04	1.00
Total		4.00	98.00

Tabla N° 12: Frecuencias Esperadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Calculo del Chi Pregunta #2

	O	E	(O - E)	(O - E) ²	OE ² /E
No /Depresión Mínima	75	73.86	1.14	1.31	0.02
No/Depresión Leve	8	7.67	0.33	0.11	0.01
No/Depresión Moderada	10	11.51	-1.51	2.28	0.20
No/Depresión Grave	1	0.96	0.04	0.00	0.00
Si/Depresión Mínima	2	3.14	-1.14	1.31	0.42
Si/Depresión Leve	0	0.33	-0.33	0.11	0.33
Si/Depresión Moderada	2	0.49	1.51	2.28	4.66
Si/Depresión Grave	0	0.04	-0.04	0.00	0.04
					5.67

Tabla N° 13: Calculo del Chi
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

3.- Golpearse o chocar deliberadamente contra algún objeto

Frecuencias Observadas Ansiedad

	NO	SI	Total
No hay ansiedad	52	1	53
Ansiedad Menor	34	2	36
Ansiedad Mayor	8	1	9
Total	94	4	98

Tabla N° 14: Frecuencias Observadas
Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora
Frecuencias Esperadas Ansiedad

Esperadas			
No hay ansiedad	50.84	2.16	53.00
Ansiedad Menor	34.53	1.47	36.00
Ansiedad Mayor	8.63	0.37	9.00
Total	94.00	4.00	98.00

Tabla N° 15: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Calculo del Chi Pregunta #3

	O	E	(O - E)	(O - E)²	OE²/E
No /No hay ansiedad	52	50.84	1.16	1.35	0.03
No /Ansiedad Menor	34	34.53	-0.53	0.28	0.01
No /Ansiedad Mayor	8	8.63	-0.63	0.40	0.05
Si /No hay ansiedad	1	2.16	-1.16	1.35	0.63
Si /Ansiedad Menor	2	1.47	0.53	0.28	0.19
Si /Ansiedad Mayor	1	0.37	0.63	0.40	1.09
					1.99

Tabla N° 16: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

3.- Golpearse o chocar deliberadamente contra algún objeto

Frecuencias Observadas Depresión

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	73	4	77
Depresión Leve	8	0	8
Depresión Moderada	7	5	12
Depresión Grave	1	0	1
Total	89	9	98

Tabla N° 17: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas Depresión

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	69.93	7.07	77.00
Depresión Leve	7.27	0.73	8.00
Depresión Moderada	10.90	1.10	12.00
Depresión Grave	0.91	0.09	1.00
Total	89.00	9.00	98.00

Tabla N° 18: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Calculo del chi

	O	E	(O - E)	(O - E) ²	OE ² /E
No /Depresión Mínima	73	69.93	3.07	9.43	0.13
No existe/Depresión Leve	8	7.27	0.73	0.54	0.07
No /Depresión Moderada	7	10.90	-3.90	15.19	1.39
No /Depresión Grave	1	0.91	0.09	0.01	0.01
Si existe/Depresión Mínima	4	7.07	-3.07	9.43	1.33
Si /Depresión Leve	0	0.73	-0.73	0.54	0.73
Si /Depresión Moderada	5	1.10	3.90	15.19	13.79
Si /Depresión Grave	0	0.09	-0.09	0.01	0.09
					17.56

Tabla N° 19: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Frecuencias Observadas Ansiedad

	NO	SI	Total
No hay ansiedad	53	0	53
Ansiedad Menor	28	8	36
Ansiedad Mayor	8	1	9
Total	89	9	98

Tabla N° 20: Frecuencias Observadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas

Esperadas			
No hay ansiedad	48.13	4.87	53.00
Ansiedad Menor	32.69	3.31	36.00
Ansiedad Mayor	8.17	0.83	9.00
Total	89.00	9.00	98.00

Tabla N° 21: Frecuencias Esperadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Calculo del Chi Pregunta #3

	O	E	(O - E)	(O - E)²	OE²/E
No /No hay ansiedad	53	48.13	4.87	23.69	0.49
No /Ansiedad Menor	28	32.69	-4.69	22.03	0.67
No /Ansiedad Mayor	8	8.17	-0.17	0.03	0.00
Si /No hay ansiedad	0	4.87	-4.87	23.69	4.87
Si /Ansiedad Leve	8	3.31	4.69	22.03	6.66
Si /Ansiedad Mayor	1	0.83	0.17	0.03	0.04
					12.74

Tabla N° 22: Calculo del Chi

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

4.- Tajarse o introducirse objetos puntiagudos

Frecuencias Observadas Depresión

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	72	5	77
Depresión Leve	7	1	8
Depresión Moderada	10	2	12
Depresión Grave	1	0	1
Total	90	8	98

Tabla N° 23: Frecuencias Observadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	70.71	6.29	77.00
Depresión Leve	7.35	0.65	8.00
Depresión Moderada	11.02	0.98	12.00
Depresión Grave	0.92	0.08	1.00
Total	90.00	8.00	98.00

Tabla N° 24: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora
Calculo del chi Pregunta #3

	O	E	(O - E)	(O - E)²	OE²/E
No /Depresión Mínima	72	70.71	1.29	1.65	0.02
No /Depresión Leve	7	7.35	-0.35	0.12	0.02
No /Depresión Moderada	10	11.02	-1.02	1.04	0.09
No /Depresión Grave	1	0.92	0.08	0.01	0.01
Si /Depresión Mínima	5	6.29	-1.29	1.65	0.26
Si /Depresión Leve	1	0.65	0.35	0.12	0.18
Si /Depresión Moderada	2	0.98	1.02	1.04	1.06
Si /Depresión Grave	0	0.08	-0.08	0.01	0.08
					1.73

Tabla N° 25: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

4.- Tajearse o introducirse objetos puntiagudos

Frecuencias Observadas de Ansiedad Pregunta # 4

	NO	SI	Total
No hay ansiedad	52	1	53
Ansiedad Menor	31	5	36
Ansiedad Mayor	7	2	9
Total	90	8	98

Tabla N° 26: Frecuencias Observadas

Fuente N: Investigación de campo
 Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas de Ansiedad (Pregunta # 4)

Esperadas			
No hay ansiedad	48.67	4.33	53.00
Ansiedad Menor	33.06	2.94	36.00
Ansiedad Mayor	8.27	0.73	9.00
Total	90.00	8.00	98.00

Tabla N° 27: Frecuencias Esperadas
 Fuente N: Investigación de campo
 Elaborado por Investigadora

Calculo del Chi Pregunta #4

	O	E	(O - E)	(O - E)²	OE²/E
No /No hay ansiedad	52	48.67	3.33	11.07	0.23
No /Ansiedad Menor	31	33.06	-2.06	4.25	0.13
No /Ansiedad Mayor	7	8.27	-1.27	1.60	0.19
Si /No hay ansiedad	1	4.33	-3.33	11.07	2.56
Si /Ansiedad Menor	5	2.94	2.06	4.25	1.45
Si /Ansiedad Mayor	2	0.73	1.27	1.60	2.18
					6.73

Tabla N° 28: Calculo del Chi
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

5.- Producirse quemaduras

Frecuencias Observadas Depresión

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	74	3	77
Depresión Leve	6	2	8
Depresión Moderada	11	1	12
Depresión Grave	1	0	1
Total	92	6	98

Tabla N° 29: Frecuencias Observadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas

	NO	SI	Total
Depresión Mínima	72.29	4.71	77.00
Depresión Leve	7.51	0.49	8.00
Depresión Moderada	11.27	0.73	12.00
Depresión Grave	0.94	0.06	1.00
Total	92.00	6.00	98.00

Tabla N° 30: Frecuencias Esperadas
Fuente N: Investigación de campo
Elaborado por Investigadora

Frecuencias Observadas Ansiedad

OBSERVADAS

	NO	SI	Total
No hay ansiedad	53	0	53
Ansiedad Menor	33	3	36
Ansiedad Mayor	6	3	9
Total	92	6	98

Tabla N° 31: Frecuencias Observadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Frecuencias Esperadas

Esperadas			
No hay ansiedad	29.20	23.80	53.00
Ansiedad Menor	19.84	16.16	36.00
Ansiedad Mayor	4.96	4.04	9.00
Total	54.00	44.00	98.00

Tabla N° 32: Frecuencias Esperadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Calculo del chi

	O	E	(O - E)	(O - E) ²	OE ² /E
No /No hay ansiedad	53	29.20	23.80	566.25	19.39
No /Ansiedad Menor	33	19.84	13.16	173.27	8.73
No /Ansiedad Mayor	6	4.96	1.04	1.08	0.22
Si /No hay ansiedad	0	23.80	-23.80	566.25	23.80
Si /Ansiedad Menor	3	16.16	-13.16	173.27	10.72
Si /Ansiedad Mayor	3	4.04	-1.04	1.08	0.27
					63.13

Tabla N° 33: Frecuencias Observadas

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Graficas de Chi Cuadrado Depresión

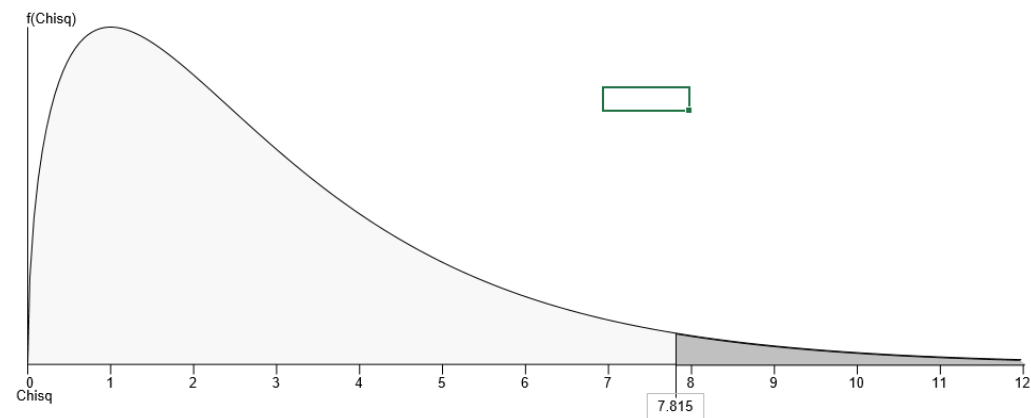


Grafico N° 5: Graficas del Chi Cuadrado **Depresión**

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Graficas del Chi Cuadrado **Ansiedad**

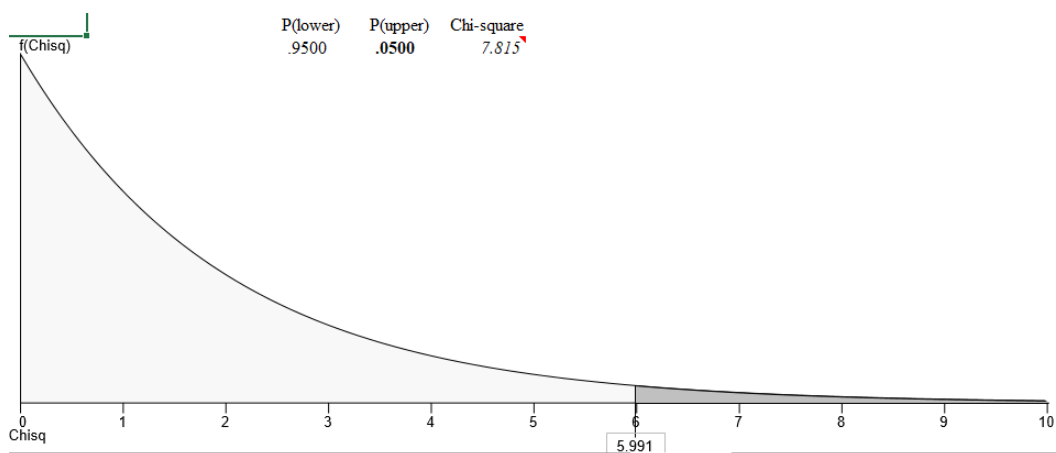


Grafico N° 5: Graficas del Chi Cuadrado **Ansiedad**

Fuente N: Investigación de campo

Elaborado por Investigadora

Verificación de hipótesis

Para verificar la hipótesis, se procede a plantear la hipótesis nula y la hipótesis alternativa como modelo lógico.

Modelo Lógico

Ho = Hipótesis nula

H1= Hipótesis alternativa

Ho= Los factores emocionales (depresión-ansiedad) NO influye en las Conductas Autolesivas (cutting)de los adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

H1 = Los factores emocionales (depresión-ansiedad) SI influye en las Conductas Autolesivas (cutting) de los adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

Definición del nivel de significancia

Nos permite ver la aceptación o rechazo de la hipótesis nula, con la que se puede asumir la hipótesis alterna.

Se puede trabajar con el 5% o 0,05.

El nivel de significancia es de 0,05 elegido para la investigación.

Elección de la prueba estadística

El Chi cuadrado se escogió para la verificación de la hipótesis con la siguiente formula.

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Simbología.

O= Frecuencias observada (Datos observados)

E = Datos esperados (Frecuencia Esperada)

Calculo Elección de la prueba estadística

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

Nivel Significancia

El nivel de significancia es del 5% equivalente al 0.05

Especificación de las regiones de Aceptación y Rechazo

Para determinar las zonas de aceptación y rechazo, primero se determina los grados de libertad aplicando la siguiente fórmula

$gl = (f - 1) (c - 1)$, donde:

gl= grados de libertad

f= número de filas

c= número de columnas

Distribución (Depresión)

$$gl = (f-1) (c-1)$$

$$gl = (4-1) (2-1)$$

$$gl = (3) (1)$$

$$gl = 3$$

Distribución (Ansiedad)

$$gl = (f-1) (c-1)$$

$$gl = (3-1) (2-1)$$

$$gl = (2) (1)$$

$$gl = 2$$

A nivel de significación de 0,05 y a tres (3) grados de libertad (gl) el valor de Chi-cuadrado tabular es de 7,87 en depresión

A nivel de significación de 0,05 y a dos (2) grados de libertad (gl) el valor de Chi-cuadrado tabular es de 5.99 en ansiedad

Decisión

Si el valor calculado es mayor que el valor tabular se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. $Xc2 > Xt2$.

Como el valor calculado es mayor al dado por la tabla estadística, es decir: 5.99 menor que 12.59 se acepta la H_0 = Los factores emocionales como la ansiedad y depresión no afectan en las conductas autolesivas en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela (ansiedad)

Como el valor calculado es mayor al dado por la tabla estadística, es decir: 7.87 menor que 12.59 se acepta la H_0 = Los factores emocionales como la ansiedad y depresión no afectan en las conductas autolesivas en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela (depresión)

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los objetivos planteados al inicio del proyecto y los resultados reflejados durante el desarrollo del presente trabajo de investigación se puede establecer, que los factores que se presentan en los adolescentes que muchas de las veces conllevan a las conductas autolesivas, como la inseguridad, baja tolerancia encontrados en los reactivos psicológicos y esto se posibilite la presencia de estados ansiosos e inclusive con sintomatología depresiva que lleva a los adolescentes a conductas disruptivas, en donde se incorporan las autolesiones generando problemas con su autoestima.
2. Las causas psicológicas también fueron precisadas en el cuestionario con la utilización de baterías psicológicas, se pudo determinar que las causas psicológicas son los niveles moderados en ansiedad y depresión y estos pueden causar niveles de impulsividad que en los adolescentes al no poder controlar este estado, que lo les lleva a practicar conductas autolesivas intencionales que miden nuestra batería psicológica que se puede observar en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, y establecer que es lo que hace que los chicos acudan a esta forma de desahogo o de esta práctica para medianamente poder equilibrar sus emociones.
3. Diseñar una propuesta para los estados emociones en los adolescentes de la unidad educativa, problemática encontrada durante el estudio, En la cual se trabajara en talleres de formación con la metodología de Albert Ellis

promotor de la terapia racional emotiva conductual, para modificar los pensamientos irracionales en pensamientos más funcionales y esto ayude a la disminución de conductas autolesivas en los estudiantes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela.

RECOMENDACIONES

1. Trabajar con los adolescentes autodestructivos de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela para modificar dichas conductas, para salvaguardar su integridad física y mental, erradicando esquemas cognitivos dañinos y de esta manera fortalecer su autoestima evitando la frustración, desarrollando en ellos nuevas estrategias de solución y de afrontamiento de problemas para obtener su bienestar y salud mental.
2. Se recomienda trabajar en un programa de intervención psicológica basada en la Terapia Emotiva Conductual de Albert Ellis, puesto que es la ideal para modificar rasgos de personalidad negativos y desadaptativos, puesto que se trabaja en los pensamientos inflexibles y dañinos, los mismos que ocasionan dichas conductas autodestructivas, para incrementar la capacidad en los adolescentes de disfrutar de la vida o lograr algún potencial latente y el sujeto aprenda a solucionar sus problemas, tolerando las frustraciones y manejando sus emociones.
3. Se recomienda además trabajar con los adolescentes autodestructivos para modificar dichas conductas, y proteger su integridad física y mental, aniquilando esquemas cognitivos dañinos y de esta forma fortificar su autoestima, evitando la frustración; desarrollando en las jóvenes estrategias de solución y de afrontamiento de problemas para conseguir su bienestar y salud mental.

DISCUSIÓN

Con la aplicación de instrumentos psicológicos como la Escala de Ansiedad de Hamilton para determinar ansiedad, el test de Depresión de Beck para evaluar depresión y el Cuestionario de Autolesiones SIQ el cual evalúa conductas autolesivas, se obtiene resultados para aplicar investigación estadística del Chi cuadrado con el cual se comprueba si los factores emocionales como la ansiedad y depresión si influyen en las conductas autolesivas.

En relación al tema investigado podemos ver que existen otras investigaciones en el mismo contexto y bajo parámetros similares de contenido, es así que se detalla un estudio denominado; las “Conductas Autodestructivas están relacionadas con los Trastornos de Personalidad En Adolescentes Mexicanos”, dicho estudio fue realizado bajo métodos con los cuales realizó de forma descriptiva y transversal utilizando datos estadísticos basados en la obtención de medidas de tendencia central y la aplicación de prueba T-student–Welch, con el propósito de conocer la relación con las conductas autolesivas - autodestructivas y ciertos trastornos de personalidad, incluyendo trastornos cognitivos conductuales, se concluyó: que parte de los resultados obtenidos son respaldados bajo la hipótesis vinculada con la conducta autolesiva sobre todo con el de tipo límite, ligadas a conductas agresivas (Castro, 2013).

En otro trabajo de investigación elaborado por Zanini en el 2010 habla sobre “Conducta Auto lesiva e Ideación Suicida en Estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de Género y Relación con Estrategias de Afrontamiento” con el objeto de identificar la prevalencia de género en las conductas auto lesivas e ideación suicida y fortalecer su capacidad de afrontamiento; posteriormente llega a la siguiente conclusión: que la prevalencia de la conducta auto lesiva es del 11.4% y la del pensamiento suicida es de 12.5%, entre 12 a 16 años de edad, no se han encontrado diferencias de sexo, pero si un incremento con la edad (Castro, 2013).

Durante la investigación se observó que la manera más sencilla de autolesión significativa más común es cortarse, seguida de frotarse con objetos cortantes, reventarse o pellizcarse los granos del rostro o de otro parte del cuerpo. En tanto que rayarse y marcarse la piel (sin cortarla) fue la conducta autolesiva no significativa más prevalente. Estrellar alguna parte del cuerpo sobre una superficie gruesa o dura y agredirse a sí mismo, también aparecen en orden decreciente de importancia. Datos similares mostrados por autores como Klonsky, Muehlenkamp, Lewis y Walsh se menciona que los métodos como cortar y rayarse la piel explican hasta el 91.2% de sus casos. Estos datos demuestran una característica esencial de la autolesión, ya descrita por autores como Nock y Prinstein y Walsh en el año 2006 en relación a que los perpetradores recurren a distintos métodos para lesionarse, y esto es más indiscutible a medida que el problema se hace crónico y la pauta es más severa y frecuente.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

TEMA: “TALLERES DE FORMACION PARA EL MEJORAMIENTO DEL ESTADO DE ANIMO Y EVITAR CONDUCTA AUTOLESIVAS MEDIANTE EL MODELO A-B-C- DE ALBERT ELLIS EN LA UNIDAD EDUCATIVA JUAN BENIGNO VELA”

JUSTIFICACION

Según los resultados obtenidos se puede determinar que los estados de emocionales como la ansiedad y depresión, influyen en las conductas autolesivas, actualmente es un tema de mucha importancia ya que mediante esta práctica los adolescentes piensan que es una forma rápida y silenciosa de solucionar sus problemas, por lo que es conveniente, se realice un adecuado manejo de la problemática para disminuir la práctica de algunas conductas autolesivas en los adolescentes que presentan alteraciones emocionales en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela, a la vez se busca crear información factible y útil, junto con estrategias de aplicación que permitan atender las inquietudes e interrogantes de estos adolescentes para un mejor desenvolvimiento psicosocial. La presente propuesta busca dar solución a estos problemas en los adolescentes, disminuir las prácticas antes mencionadas y lograr un mejor desarrollo emocional en las áreas social y familiar; además, con los talleres de formación se aspira sensibilizar y concienciar a los adolescentes sobre los riesgos de estas prácticas en sus vidas.

Para realizar el presente trabajo de propuesta, se cuenta con el apoyo de la institución, así como con la colaboración de los estudiantes y padres de familia, quienes son los directos beneficiarios de este proyecto de formación que cuenta con la debida planificación a nivel teórico y práctico

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

“Diseñar Talleres de Formación para adolescentes, basado en el modelo ABC de Albert Ellis para el mejoramiento de los estados de ánimo como la ansiedad y depresión y evitar las conductas autolesivas en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar la socialización de la propuesta que permita mejorar los comportamientos de los adolescentes.
- Mejorar a través de estrategias las cogniciones para lograr reducir las conductas autolesivas
- Establecer la validez de la propuesta mediante la utilización de técnicas direccionadas hacia las distorsiones cognitivas para lograr un mejor desenvolvimiento personal

ESTRUCTURA TECNICA DE LA PROPUESTA PLANIFICACION PARA LA EJECUCION DE LA PROPUESTA

FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
LOGISTICA	Preparación el espacio y material adecuado para la presente propuesta.	Gestionar la aprobación de la realización de talleres para los estudiantes de la U.E. Juan Benigno Vela	Recursos Humanos	1 hora	Investigadora
SOCIALIZACION	Exposición a los estudiantes adolescentes sobre la realización de los Talleres para el mejoramiento de los estados de ánimo y	Promover la Socialización para lograr empatía con los adolescentes participantes. de la institución.	Bibliografía, equipo multimedia, materiales para oficina.	4 horas 30 minutos	Investigadora Estudiantes adolescentes Autoridades del Plantel

	evitar las conductas autolesivas	Socializar con las autoridades la metodología a emplearse en las presentes actividades con los adolescentes.			
FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	TECNICAS	TIEMPO	RESPONSABLE
Taller 1 Las emociones ligadas a las conductas.	Saludo de bienvenida Determinar la consecuencia emocional y conductual a nivel teórico.	Determinar los estímulos que generan alteraciones emocionales y provocan conductas autolesivas.	Dinámica de Presentación “EL Caramelo” Expositiva Psicoeducativa. Tareas para realizar en la casa	1 hora y 30 minutos	Investigadora

<p>Taller 2</p> <p>Estrategias de prevención de conductas autolesivas y el manejo de los estados de ánimo</p>	<p>Saludo de bienvenida</p> <p>Conceptualizaciones básicas.</p> <p>Recomendaciones para el manejo de los estados de ánimo.</p>	<p>Identificar las conductas autolesivas ligadas a las emociones y estados de ánimo.</p>	<p>Videos de reflexión sobre conductas autolesivas.</p> <p>Tareas para realizar en casa</p> <p>Dialogo Socrático</p>	<p>1 hora y 30 minutos</p>	<p>Investigadora</p>
<p>Taller 3</p> <p>Creencias irracionales vs. Pensamientos Positivos</p>	<p>Saludos de bienvenida</p> <p>Comprender y diferenciar las entre pensamientos irracionales vs pensamientos positivos</p>	<p>Modificar las creencias irracionales para generar pensamientos positivos y funciones mediante al análisis racional</p>	<p>Dinámica</p> <p>“La palabra Mágica”</p> <p>Técnica Análisis Racional</p>	<p>1 hora y 30 minutos</p>	<p>Investigadora</p>

Evaluación	Evaluar si los talleres lograron ser efectivos para los adolescentes.	Precisar si existen cambios cognitivos y conductuales en los adolescentes.	Bibliografía, equipo multimedia, materiales para oficina.	1hora	Investigadora
Finalización.	Retroalimentación grupal Despedida y agradecimiento final	Verificación de los objetivos planteados en los talleres para el mejoramiento de los estados emocionales y evitar a futuro conductas autolesivas.	Conversatorio	1 hora	Investigadora

Cuadro 1: Plan Operativo Propuesta

Fuente: Investigación Bibliográfica

Elaborado por: Investigadora

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA:

Albert Ellis y la TREC

Albert Ellis en su terapia racional emotiva, añade el modelo conductual buscando el cambio de las cogniciones poco funcionales y poco racionales generadores de malestar psicológico. Los individuos pueden llegar a alcanzar sus metas donde van experimentando acontecimientos activadores, pueden llegar a dificultarse en ciertas metas en base a la función de valoración que lo realicen. El modelo ABC fue propuesto por Ellis para analizar cuáles son los acontecimientos activadores que llegan a dificultar la realización de su meta que pueden ser truncadas. Al tener un acontecimiento activador se producen las creencias, esta permite que el sujeto llegue a tener conflictos propios y en contextos sociales, sin embargo, generalmente existirá una consecuencia sobre ella, es donde la TREC considera busca presentar a la persona de forma compleja con intereses propios para desarrollarse y proponerse metas buscando su propio bienestar y evitar los sentimientos de fracaso.

Las emociones en el ABC

El acontecimiento activador se trata de situaciones que ha sucedido antes de que el individuo se sienta perturbado. Por ejemplo, he cometido un error importante en mi vida. Las creencias irracionales, pertenecen a aquellos pensamientos que se tiene y que han causado una alteración emocional. Regularmente son pensamientos irracionales, exigentes, rígidos, catastróficos y temibles que pueden alterar nuestro estado de ánimo. Por ejemplo, ante un error se piensa, "soy un completo inútil, no sirvo para nada, soy un desastre, son pensamientos que afectan nuestra autopercepción.

La consecuencia emocional y conductual, son emociones insanas y comportamientos destructivos que se posee. Por ejemplo, ante tal pensamiento de

soy un completo inútil y que no valgo nada por haber cometido un error me he sentido deprimido y enojado por eso me he ido a la cocina a comer compulsivamente. Las personas muchas veces mantienen la causalidad sobre conductas propias otorgando responsabilidad a los estímulos externos.

Creencias Irracionales

Ellis determina una serie de creencias irracionales que llegan a perturbar a los individuos impidiendo que logren alcanzar su satisfacción y lo perturben, en la actualidad ha creado una lista se ha pedido su validez, pero para la TREC ha dejado de ser un punto de énfasis estos son: Ser aceptado y amado por todos es una necesidad extrema, donde la persona considera válido en todo lo que puede llegar a plantear, pero las personas que no se muestran tal cual son considerados como villanos y tiene que ser juzgados por todos. Cuando una persona maneja demasiado estas creencias, puede generar la posibilidad de que existir algún peligro, sin ser necesariamente real que lo puede llevar a un estado de perturbación llegando a pensar que su vida fuera libre de responsabilidades. En la TREC consideramos a las ideas irracionales no poseen una lógica o un método analítico que no llegan a ser útil para el individuo, siendo estas equiparadas por Beck como distorsiones cognitivas.

Exigencias absolutistas

Las creencias irracionales que pueda poseer el individuo, las emociones pueden ser rígidas y crear necesidades imaginarias y perturbantes, no siempre las personas tienen clara que son ideas irracionales, un ejemplo de vida tenemos la exigencia de justicia donde todos son inocentes así hayan cometido un infracción leve o grave sin fundamento alguno, si esto no se demuestra tal y cual lo dice el individuo llega a generar una cadena de consecuencias como la ira, la poca tolerancia y frustración en ellos mismos.

Terapia Racional Emotiva Conductual

El primer sistema de terapia cognitiva conductual fue propuesto por Albert Ellis donde el objetivo principal era transformar las ideas irracionales que perturbaban estados emocionales, utilizara el propio modelo llamado ABC.

Historia de la Terapia Racional Emotiva

En 1957 Albert Ellis presentó un modelo de intervención psicoterapéutica, y lo nombró Terapia Racional, en la que se destacaba las creencias en la iniciación de los trastornos emocionales o cambio de creencias como solución. Proponen cambiar el nombre por terapia racional emotiva en 1953, donde manifestó el apoyo esencial a sus propias teorías como escritos, opiniones, etc. Uno de los elementos éticos y humanistas en la TREC es la ayuda a que la personas puedan maximizar su aceptación, libertad y lenguaje de sus pensamientos donde no sea una derivación filosófica de carácter religioso y se trate de condenarse que ha cometido un pecado muy grave.

Castro,(2013) manifiesta que el uso sistemático de la terapia personal y grupal en el área cognitivo-conductual probablemente inicia en el año de 1959, cuando Ellis crea el grupo de la TREC, con el que utiliza prácticamente, los métodos aplicados anticipadamente durante las reuniones de terapia individual (Ellis, 1962, 1982, 1990). El procedimiento es continuado, por otros profesionales como Berne, 1964, Lazarus, 1968. Datos de las últimas investigaciones realizadas en los últimos 30 años (Ellis, 1982, 1990; Lyons y Woods, 1991) exponen diferencias significativas en el tratamiento de alteraciones o perturbaciones emocionales entre los pacientes que se utilizó la terapia de grupo cognitivo conductual, incluyendo la TREC, y el grupo control correspondiente en cada uno de los estudios.

Finalmente, para la TREC considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial, con una fuerte tendencia a instaurar metas y propósitos,

para tratar de obtener mayor bienestar posible y evitar sentirse amenazado en diversas ocasiones.



Planificación del Taller 1

Tema: Las emociones ligadas a las conductas.

Objetivo: Determinar que estímulos alteran las emociones y generan conductas autolesivas.

FASE	ACTIVIDAD	TECNICA	RESULTADO ESPERADOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio	Saludo de bienvenida a los estudiantes adolescentes presentes	Dinámica “BUSCAR COINCIDENCIAS:”	Evitar estímulos que puedan producir estados ansiosos en los adolescentes	25 minutos	Investigadora
Desarrollo	Determinar que emociones están ligadas directa o indirectamente y esto les conlleve a	Las emociones según el modelo A-B-C de Albeth Ellis	Reduce los signos los signos y síntomas de alteraciones emocionales	45 minutos	Investigadora

	practicar conductas autolesivas	Como manejar las emociones para evitar desencadenantes peligros como las autolesiones			
Finalización y Cierre	Grupos Focales	Retroalimentación de todo lo tratado en el taller	Dialogo con los adolescentes de la experiencia del taller	20 minutos	Investigadora

Cuadro 2: Las emociones ligadas a las conductas.

Fuente: Investigación Bibliográfica

Elaborado por: Investigadora

Fase I DESARROLLO.

Rapport.

Se da la bienvenida a los estudiantes adolescentes indicándoles que esperamos su atención y colaboración para las actividades a realizarse en el presente taller esperando cumplir con todas las expectativas de los mismos.

Introducción

El taller arranca con una dinámica llamada “Buscar coincidencias” donde se utiliza 25 minutos y los materiales que utilizados será un papel y un bolígrafo o lápiz por adolescente. A continuación, se procede a indicarles las instrucciones de la dinámica

Se trata de buscar compañeros que tengan cosas en común, pero que las descubran con un sencillo juego. Describimos en la pizarra una serie de características sobre personas que deben buscar, por ejemplo: “Busca tres personas que nacieron el mismo año que tú, busca un amigo o amiga que le guste el fútbol, busca dos personas que su apellido empiece con la misma letra que empiece el tuyo.” Se les deja un tiempo de 5 minutos para que se pregunten entre ellos y lo apunten en la hoja. Una vez iniciado el encuentro los adolescentes deben decir una característica suya por cada caramelo que lo han tomado. También se asigna un tema a cada color del caramelo y hablar de él. Por ejemplo: Rojo = expectativas para el momento, Verde = algo sobre tu familia, Azul = hobbies favoritos, Amarillo=cualidad propia.

Fase II Procedimiento

A continuación, se procede a compartir conceptos básicos de algunos autores, los cuales serán utilizados en el taller que serán de apoyo y esto nos permite tener un acercamiento al tema, de forma teórica iniciando con la identificación de

algunas ideas irracionales en general. Con el Modelo ABC de Ellis se logra comenzar explicando a los adolescentes, primero el significado de sus siglas: Los acontecimientos activadores A, consecuencias emociones B y las creencias irracionales C. Las creencias irracionales dependerán de como perciba las consecuencias emocionales. Albert Ellis cuando propuso la TRE (terapia racional emotiva conductual), hace la propuesta bajo el modelo ABC, que permite establecer la relaciones entre cogniciones, acontecimientos y consecuencias.

Explicamos a continuación a los adolescentes de cómo manejar las emociones y evitar desencadenantes según autores. Iniciamos diciendo que Ellis concreta que las creencias racionales son como cogniciones evaluativas de significado propio con un carácter primordial de manera que puedan ser expresadas como situaciones de agrado o desagrado, de este modo los pensamientos considerados como irracionales aparecen como cogniciones que permiten evaluar situaciones de carácter dogmático y absolutista llegando a generar emociones negativas que impiden la consecución de metas.

Fase II Cierre y Retroalimentación.

Finalmente, la dinámica que se realizó con el grupo de estudiantes arrojó que cada uno dio a conocer y cómo puede llegar a socializar con otros jóvenes con las mismas o diversas cualidades.

Los conceptos expuestos en el desarrollo del taller son de gran ayuda para el manejo de las emociones de los adolescentes.

Planificación del Taller 2



Tema: Estrategias para prevenir las conductas autolesivas para el manejo de los estados de ánimo.

Objetivo: Identificar qué y cuales son consideradas conductas autolesiva y definir las emociones ligadas a esas conductas y los estados de ánimo.

FASE	ACTIVIDAD	TECNICA	METAS DE RESULTADO ESPERADOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio	Saludo de bienvenida a los estudiantes adolescentes	Rapport	Evitar que los adolescentes se autolesionen a causa de alguna alteración emocionales en su vida diaria	30 minutos	Investigadora
Desarrollo	Factores emocionales que intervienen en la	Video "Prevención	Determinar qué factores influyen en las conductas autolesivas	2 horas	Investigadora

	práctica de las conductas autolesivas.	de Autolesiones Dialogo Socrático			
Finalización O Cierre	Retroalimentación de todo lo tratado en el taller	Grupos Focales	Dialogo con algunos participantes acerca de todo lo visto en taller	1 hora y 15 minutos	Investigadora

Cuadro 3: Estrategias para prevenir las conductas autolesivas para el manejo de los estados de ánimo.

Fuente: Investigación Bibliográfica

Elaborado por: Investigadora

Fase I DESARROLLO.

Rapport.

Se les da la bienvenida a los estudiantes adolescentes diciéndoles que esperamos toda la atención y colaboración para las actividades a realizarse en el presente taller esperando cumplir con todas las expectativas de los mismos, para que al final de cada taller puedan ser de ayuda a sus vidas lo aprendido

Introducción

Objetivo del video demostrativo:

Hacer una presentación didáctica a los adolescentes de experiencias de otras personas, para una reflexión de las consecuencias de las autolesiones en vida de un adolescente.

Fase II Procedimiento

Con el siguiente video pretendemos informar a los adolescentes cuales sería los posibles factores que intervienen en la práctica de las conductas autolesivas.

Se inicia la socialización con los adolescentes y se procede a comentar de la experiencia de otros adolescentes que son víctimas de autolesiones, como se siente, que nos desean comunicar, y que pueden llegar a perder con esta problemática.

Continuando con la parte teórica vamos a impartir con conceptos corto pero claros para que el taller llegue a ser una herramienta útil a sus vidas. Las autolesiones ya sea por cortes en las extremidades superiores o inferiores tiene como objetivo primordial e autoinflingirse como un castigo o sanción, que puede ser por intensas vivencias de culpa, o bien deseado inconsciente herir con furia a un objeto intransferible. Estos cuadros suelen aparecer en el contexto de diferentes escenarios clínicos como la depresión melancólica, el descontrol emocional e

impulsivo y sensorial del adolescente y también de una personalidad muy inestable desde el punto de vista emocional. Los adolescentes especulan que el autolesionarse tienen como finalidad de hacer daño a las personas queridas como los padres o familiares o amigos y quieren provocar compasión, afecto u otras emociones que no saldrían a la luz de otra manera. Puede ser que la mayoría de estas reacciones sean mecanismos inconscientes; así el autocastigo es una salida de situaciones.

El daño físico autoinfligido es concreto y visible: Para ciertos adolescentes, el dolor físico es preferible al sufrimiento emocional. El dolor emocional puede llegar a sentirse como algo indistinto y difícil de precisar con exactitud. Los adolescentes dicen que al cortarse lograr tener una sensación de control y alivio al ver y saber de dónde proviene el dolor específico, la sensación de bienestar cuando se detienen. Estas agresiones pueden representar el dolor íntimo que posiblemente no se pudo verbalizar, o confiar a alguien, es un dolor que el adolescente puede controlar según sus pensamientos y creencias propias llamada para él una sensación de alivio, esto es común de las conductas compulsivas. Algunos adolescentes creen que ciertas hormonas como las endorfinas podrían contribuir a la sensación de alivio que dicen sentir cuando se autolesionan. Las endorfinas son consideradas las hormonas del "bienestar" que estas se liberan cuando se produce un esfuerzo físico intenso y también pueden liberarse cuando se provoca una lesión. Otros individuos consideran que el alivio es simplemente un resultado de la distracción de las emociones dolorosas que produce el intenso dolor físico y la emoción de ver sangre.

Fase III Cierre y Retroalimentación.

Finalmente, el video expuesto tuvo como objetivo el concientizar sobre las consecuencias que puede tener al practicar conductas autolesivas.

Se observa la predisposición de los participantes y se procede a realizar una retroalimentación con preguntas sobre lo expuesto, en función de crear nuevos aprendizajes que les permitan evitar conductas autolesivas y en caso de presentarse

poder manejarlas de mejor manera buscando ayuda profesional que pueda dar un tratamiento efectivo y apropiado.



Planificación del Taller 3

Tema: Creencias irracionales VS Pensamiento Positivo.

Objetivo: Determinar las creencias irracionales para ser modificadas con pensamientos más funcionales y positivos mediante el análisis racional.

FASE	ACTIVIDAD	TECNICA	METAS DE RESULTADO ESPERADOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Inicio	Saludo de bienvenida a los estudiantes adolescentes	Dinámica “La Técnica del barco”	Evitar que los adolescentes utilicen ideas irracionales para describirse a sí mismo cuando se presenten con otras personas u otros adolescentes.	1 hora	Investigadora

Desarrollo	Factores que intervienen en las creencias irracionales e impiden en el desarrollo psicológico del adolescente.	Utilizar Métodos humorísticos para Modificar las creencias irracionales y convertirlas en pensamientos positivos para el desarrollo psicosocial del adolescente	Determinar que creencias irracionales son las que causan alteración emocional en los adolescentes	1 hora y 40 minutos	Investigadora
Finalización o Cierre Cierre	Retroalimentación de todo lo tratado en el taller	Grupos Focales	Dialogo con algunos participantes acerca de todo lo visto en taller	1 hora	Investigadora

Cuadro 4: Creencias irracionales VS Pensamiento Positivo.

Fuente: Investigación Bibliográfica

Elaborado por: Investigadora

Fase I DESARROLLO.

Rapport.

Se les da la bienvenida a los estudiantes adolescentes indicándoles que esperamos toda la atención y colaboración para las actividades a realizarse en el presente taller, esperando cumplir con todas las expectativas de los mismos.

Introducción

Objetivo de la dinámica: Sensibilidad-valores personales

Participantes: adolescentes de la Unidad Educativa Juan Benigno Vela

Recursos: Humanos, pizarra, tiza líquida, borrador, hojas, lapiceros.

INSTRUCCIONES: A continuación, vamos a dibujar un barco, con tripulación navegando en el mar, en la pizarra, explico que la tripulación está compuesta por tu papá, un amigo, un familiar, tu pareja, un maestro, un hermano-a, un vecino, tu mamá, tus abuelos. El barco continuo su rumbo y de pronto crece el mar y el barco naufraga, logran sacar una pequeña barca en la cual solo caben dos personas uno quien la maneja y otro de la tripulación. ¿Ahora la pregunta para el grupo, cada adolescente debe escribir en su hoja a quien salvará usted? y Por qué lo salvará? Luego solicitaremos que se formen grupos de 6 participantes, cada uno expone su pensamiento, su criterio; luego en el grupo luego se nombrara un representante y un relator, analizan los conceptos de cada uno y unifican un criterio por grupo lo exponen en plenaria cuando el coordinador de la señal. Finalmente se saca una conclusión de la dinámica por todos los participantes.

Fase II Procedimiento

Continuando con el taller procedemos a impartir conceptos de manera didáctica el sobre el objetivo de la TREC que consiste en ayudar a las personas a

conseguir pensamientos más racionales y constructivos con respecto a los acontecimientos irracionales.

Pretendemos con esto cambios en los pensamientos irracionales en pensamientos positivos para que los mismos sean utilizados a futuro y con esto estaremos utilizando una de la técnica del modelo ABC que lo haremos de forma humorística comenzaremos hacer una serie de preguntas a los adolescentes y esto les permitan reflexionar sobre sus pensamientos y ponerlos en duda. Por ejemplo, en la situación anterior el adolescente podría cuestionarse. ¿Es justo pensar que eres un completo inútil, y que no sirves para nada solo por el hecho de haber cometido un error? ¿Dónde está estipulado que no pueda cometer errores? " Haciéndose preguntas de este estilo, el adolescente podrá especular sobre sus pensamientos y encontrar pensamientos racionales alternativos que le ayuden, como, por ejemplo.

Es verdad, que haya cometido un error no me convierte en un completo inútil sino en ser humano falible que se equivoca, no existe ninguna ley que me prohíba equivocarme, de hecho, esta estúpida idea está en mi cabeza que me la atribuyo yo.

Seguramente, estos nuevos pensamientos no permitirán que el adolescente no pueda sentirse triste o tener un molestar por el error haya cometido días atrás. Al sentirse mejor seguramente actuará de otra manera y podrá analizar en que se ha equivocado y aprender del error, y no necesitara autolesionarse para tener bienes y satisfacción de ello. Para lograr modificar los pensamientos de manera profunda y duradera se debe trabajar de forma constante y práctica y así poder lograr el cambio alcanzado, no es manera fácil y rápida, pero si lo hacemos con mucha constancia lograremos un trabajo eficaz.

Fase III Cierre y Retroalimentación.

Al final se mencionará la importancia de la frase estructurada con las palabras elegidas por cada uno de ellos.

Utilizar palabras que cambien sus pensamientos irracionales para que sean útiles y los pensamientos sean positivos para su vida.

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, L. (2014). Emociones afecto y motivacion: enfoque de procesos. Madrid: Larousse-Alianza Editorial.

Alvarez, D. (2017). Escala de Ansiedad de Hamilton. PERU: S/E.

Andrade, C. (2017). Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras en los. Quito: Universidad Central del Ecuador .

Avila, A. (2014). “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis”. Quito: Universidad central del Ecuador .

Beck, J. (2011). Terapia Cognitiva. Argentins : Gedisa.

Bericat, E. (2012). Las emociones . En B. Eduardo. Sevilla-España : © 2012 ISA (Editorial Arrangement of Sociopedia.isa.

Calle, S. (28 de Julio de 2014). Seamos Asertivos. La Tarde, pág. 1.

Casillas, M. (2015). Patología de base en las conductas de canibalismo : a proposito de un caso . REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL ELSEVIER, 81-84.

Castro Suárez, G. C. (2013). Rasgos de personalidad y su relación con las conductas nacional experimental ambato en los terceros años de bachillerato durante el período de septiembre 2012 a febrero 2013”. Ambato: universidad tecnica de ambato.

Castro, J. (2014). Autolesion no suicida en adolescentes peruanas : Una aproximacion diagnostica y psicopatologica. Revista de Neuro- Psiquiatria .

Chimbo, H. E. (2014). La Autoestima y su relacion con las conductas autodestructivas en los estudiantes del decimo año de educacion basica del Instituto Superior Tecnologico Baños de Canton Baños provincia de Tungurahua. Ambato: Universidad Tecnnica de Ambato..

Díaz, L. (2012). Obtenido de Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2373/1/T-UCE-0007-59.pdf>

Díaz, M. (2014). Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental. Madrid-España: Universidad Autónoma de Madrid.

Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Coruña-España.

Escoda, N. P. (2015). Necesidad de desarrollo emocional en la adolescencia. Sevilla-España: (GROP) Grup de Recerca en Orientación Psicopedagògica de la UB.

Favazza, S. y. (2013). Clasificación de las formas de presentación clínica. Revista chilena de Neuro-Psiquiatría.

Ferrel, F. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. ENCUENTROS ISSN Scielo, 35-47.

Hidalgo, M. I. (2014). Aspectos psicosociales. En M. I. Hidalgo Vicario, Hablemos de Adolescencia. Aspectos Físicos, psicológicos y sociales (págs. 42-46). Madrid-España.

Jimeno, E. (marzo de 2010). Masculinitats, gènere i Ciències Socials. Obtenido de Masculinitats, gènere y Ciències Socials: <http://masculinidades-ciencias-sociales.blogspot.com/2010/03/de-nino-hombre-el-ritual-hamer-del.html>

Julio Bobes, G. (2003). Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica. Barcelona España: ARS MEDICAL.

Luza Casaverde, E. W. (s.f.). Frecuencia de Depresión y su asociación con.

Luza, E. (2015). Frecuencia de Depresión y su asociación con de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María. Perú.

Marin, I. (2013). Desarrollo y Evaluacion de una terapia cognitivo conductual para adolescenetes que se autolesiona. Mexico: Universidad Nacional Autono ma de Mexico.

Mayer Villa, P. A. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocia. Scielo , 335-336.

Mazon, J. (2015). Diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatorino en base a la relacion entre rasgos de personalidad y conductas autolesivas en adolescentes de Riobamba. Cuenca- Ecuador : Universidad del Azuay.

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia:Una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 9-18.

Nieto, A. (2017). Autolesión no suicida.Factores predisponentes/mantenedores y su relación con la conducta suicida. España: ASeFo.

Nuñez, P. (2011). Los estados emocionales y el rendimiento académico de los estudiantes de los décimos años de educación básica del colegio menor indoamérica de la ciudad de ambato. Ambato : universidad tecnica ambato.

Palacios, J. J. (2014). Autolesiones superficiales en la adolescencia. Santiago de Chile : Universidad Academica de Humnismo Cristiano.

Pérez, I. N. (2016). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. Revista Iberoamericana de Educación, 113.

Souza, B. (2011). Estudio de las emociones: una perspectiva transversal. Contribuciones a las Ciencias Sociales, Universidad de Malaga .

Tello, J. (2016). Autoestima y Dependencia emocional en los adolescentes de tercero de bachillerato de la unida Eductica Salcedo. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato.

Vanderlinden, J. (1999). Trauma,disociacion y descontrol de los impulsos en los trastornos alimenticios. Buenos Aires: Ediciones Granica, SA.

Linkografía

Recuperado de Rodríguez, T 2015 <http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2012/fi123f.pdf>

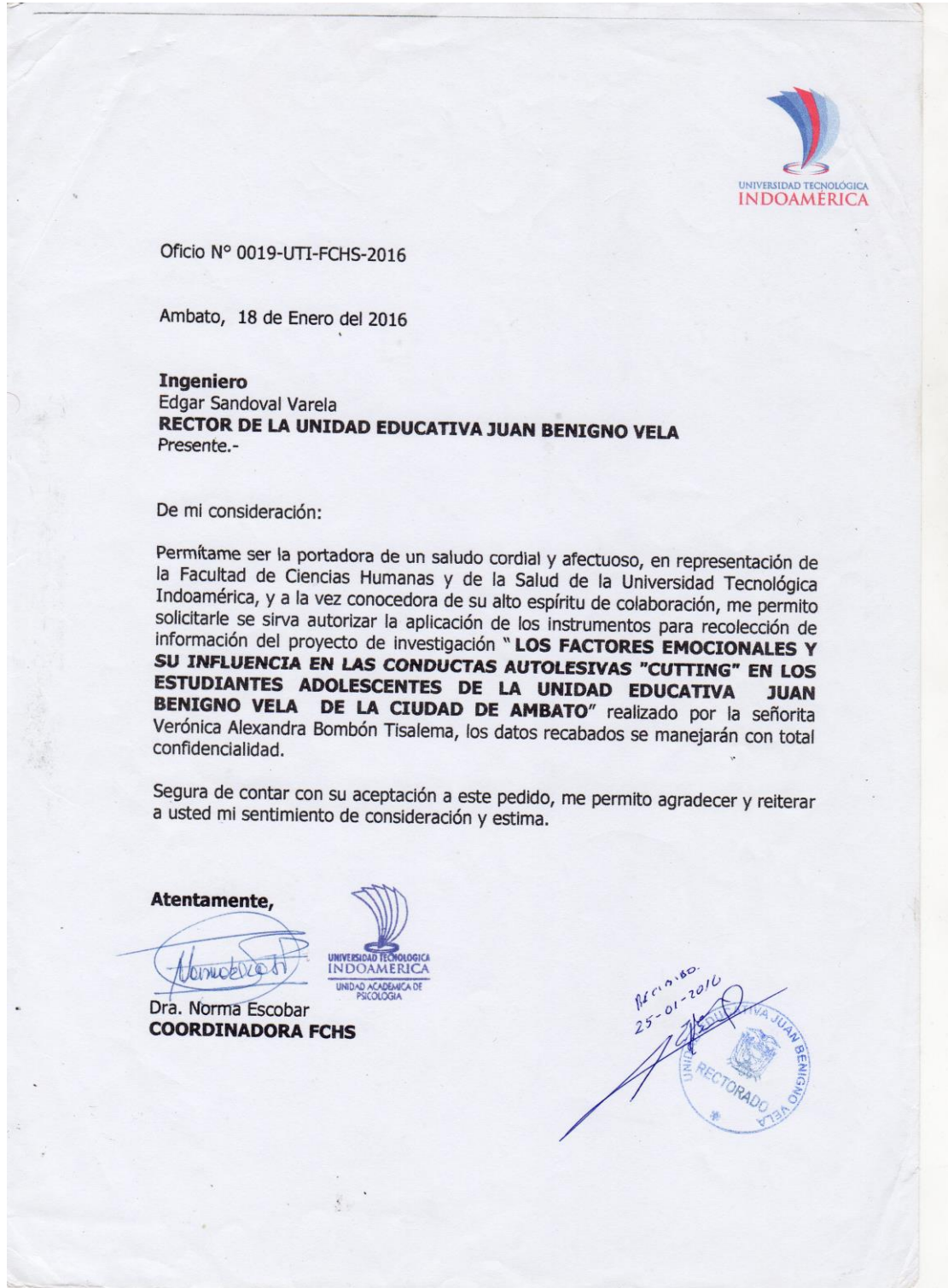
Recuperado de Martínez, Carlos, 2013
https://www.researchgate.net/publication/269096971_Masculinidad_hegemonica_y_expresividad_emocional_de_hombres_jovenes.

Recuperado de Pérez, N 2015

<http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/2015-Necesidad-de-desarrollo-emocional-en-la-adolescencia-091011.pdf>.

ANEXOS

Autorización de las Autoridades del plante



Validación de Test Psicológicos

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
 UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Los Factores Emocionales y su influencia en las conductas autolésivas "cutting" en los estudiantes U.E.J. B.V.
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Test de Autolesiones

OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores emocionales y su influencia en las conductas autolésivas, el cutting en los estudiantes adolescentes de la U.E. San Benigno Vets
 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los estados emocionales como factores que influyen en las conductas autolésivas
2. Establecer los estados de en las practicas autolésivas intencionales de los adolescentes
3. Diseñar una propuesta como alternativa de solución para reducir la problemática.

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 METODOLÓGICA	<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: Dr. German Galarraga Zurita
 PROFESION: Dr. Psicología Clínica
 OCUPACION: Psicólogo Psiquiatra - Psicólogo Clínico
 FIRMA DEL EVALUADOR: [Firma manuscrita]
 FECHA: 07-ABR-2018 Dr. German Galarraga Zurita
 Psicólogo Clínico

Validación de Test Psicológicos

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
 UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: los factores emocionales y su influencia en las conductas autodestructivas al cutting en los estudiantes adolescente de la U.E.I.B.V.

INSTRUMENTO A VALIDAR:

Test de Hamilton Ansiedad

OBJETIVO GENERAL: determinar los factores emocionales y su influencia en las conductas autodestructivas; el cutting en los estudiantes adolescente de la U.E.I.B.V.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Identificar los estados emocionales como factores que influyen en las conductas autodestructivas
- 2 Establecer las conductas en las practicas autodestructivas intencionales de los
- 3 Diseñar una propuesta como alternativa de solución para resolver el problema planteado

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

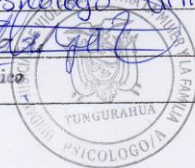
SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Dr. German Galarza
 PROFESION: Doctor en Psicología Clínica
 OCUPACION: Psicólogo Perito Psicólogo Clínico


FIRMA DEL EVALUADOR: [Firma manuscrita]

FECHA: 07-04-16



Validación de Test Psicológicos

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
 UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS


 INDOAMÉRICA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Los factores emocionales y su influencia en los conductos autodestructivos al utilizar en los estudiantes adolescentes de la U.E. Juan Pablo de la C.A. D.T.
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Test de ansiedad de Hamilton y Beck

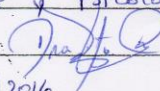
OBJETIVO GENERAL: Determinar si los factores emocionales y su influencia en los conductos autodestructivos al utilizar en los estudiantes adolescentes de la U.E. Juan Pablo de la C.A. D.T.
 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Identificar los estados emocionales como factores que influyen en los conductos autodestructivos en los estudiantes adolescentes de la U.E. Juan Pablo de la C.A. D.T. 2. Establecer los conductos en los prácticas autodestructivos intencionales de los estudiantes. 3. Generar una propuesta como alternativa de solución para reducir el problema.

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 METODOLÓGICA	<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: Dra. Mg. Anna Mercedes Ruiz Olarte
 PROFESION: Dra. Psicología Clínica
 OCUPACION: Docente y Psicóloga Clínica

FIRMA DEL EVALUADOR: 
 FECHA: 15/04/2016

Validación de Test Psicológicos

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
 UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: Los factores emocionales y su influencia en los conductos autolesivos de cutting en los estudiantes adolescentes de la U.E. TIBV de la ciudad de Arequipa
 INSTRUMENTO A VALIDAR: _____

Test de Autolesiones

OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores emocionales y su influencia en los conductos autolesivos de cutting en los estudiantes adolescentes de la U.E.TIBV.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los factores emocionales como factores que influyen en los conductos
2. Establecer las conductas en las prácticas autolesivas intencionales de los adolescentes
3. Diseñar una propuesta como alternativa de solución para resolver el problema planteado

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: Dra. Mg. Ana Mercedes Ruiz Olarte
 PROFESION: Dra. Psicología Clínica
 OCUPACION: Docente y Psicóloga Clínica
 FIRMA DEL EVALUADOR: [Firma]
 FECHA: 15/04/2016