

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

TEMA:

**“EL MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA AUTOLESIÓN EN
ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CALLEJIZACIÓN DE LA
FUNDACION PROYECTO SALESIANO SEDE QUITO, DURANTE EL
AÑO 2017”**

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

Autora:

Martínez Mera Doris Vanessa

Tutora:

Lic. Gordon Morales Jacqueline Alejandra, M.Sc

Quito

2018

APROBACION DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Yo, Gordon Morales Jacqueline Alejandra con cédula de ciudadanía N° 1715957955, 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 Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación “EL MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CALLEJIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN PROYECTO SALESIANO SEDE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”, desarrollado por Martínez Mera Doris Vanessa estudiante de la Carrera de Ciencias Psicológicas para optar por el Título de Psicólogo 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.

Quito, 31 de enero del 2018

Lic. Gordon Morales Jacqueline Alejandra, MSc.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Universidad Tecnológica Indoamérica, Facultad De Ciencias Humanas Y De La Salud, 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.

Quito, 31 de enero del 2018

Doris Vanessa Martínez Mera

1716750771

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRONICA DEL TRABAJO DE TITULACION.**

Yo, Doris Vanessa Martínez Mera, declaro ser autor del proyecto de tesis, titulado “EL MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CALLEJIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN PROYECTO SALESIANO, SEDE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”. Como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”. Autorizo al sistema de biblioteca de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del repositorio digital institucional (RDI-UTI).

Los usuarios de 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 convenio. 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 tramitare 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 Quito, a los 31 días del mes de enero del 2018, firmo conforme:

Autora: Doris Vanessa Martínez Mera

Firma:

Numero de Cedula: 171675077-1

Dirección: Fernando Tinajero Oe7-187 y Juan Domingo, Sector Quito Norte.

Correo electrónico: vanemarth22@gmail.com

Teléfono: 0983276449

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “EL MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CALLEJIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN PROYECTO SALESIANO SEDE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Quito,.....2018

Para constancia firman:

.....

.....

.....

DEDICATORIA

A mi Madre:

Tú esfuerzo y dedicación son invaluable, cada que recuerdo lo que has hecho por mí, no me queda más que agradecerte y dedicarte mis triunfos, por demostrarme tu amor: corrigiendo mis faltas, celebrando mis logros, y brindándome fortaleza en las dificultades.

A mi padre:

Has trabajado duro para brindarme todo lo que necesito, dentro de tus posibilidades, sin duda no puedo dejar de agradecer tu apoyo y paciencia.

A mi hermano:

No hay palabras que definan la relación de complicidad que tenemos, te agradezco por tu apoyo incondicional, por tus consejos y por nunca dejarme caer, admiro tus virtudes y tu gran corazón.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento en primer lugar, a Dios, que me ha brindado valiosas oportunidades y me ha permitido culminar con éxito otra etapa de mi vida.

A mi familia, por su apoyo incondicional.

A Karina, por ser mi compañera de viaje y por demostrarme todo el tiempo su apoyo incondicional.

A mis maestros, por brindarme sus conocimientos y ayudarme a entender el verdadero significado de la Psicología, además por demostrar pasión al momento de ejercer su profesión, enseñando con ejemplo que una persona es feliz cuando hace lo que ama.

A mi Tutora, Jacqueline Gordon, por su apoyo incondicional durante toda la carrera, porque además de brindarme sus conocimientos, me ha enseñado a ser perseverante y a que las batallas se las vence con inteligencia e integridad, no hay palabras para describir todo lo que usted sembró durante toda mi formación profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	Pág.
PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA.....	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
RESUMEN EJECUTIVO.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
 CAPÍTULO I:	 1
INTRODUCCIÓN	1
EL PROBLEMA.....	2
Contextualización macro.....	2
Contextualización meso.....	3
Contextualización micro.....	4
ANTECEDENTES.....	6
Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
MALTRATO.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	30
OBJETIVOS.....	32
General.....	32
Específicos.....	32
 CAPÍTULO II	 33
METODOLOGÍA	33

Diseño del trabajo.....	33
Tipos de Investigación.....	33
Área de estudio.....	34
Enfoque.....	34
Población y muestra.....	34
Métodos, técnicas e instrumentos.....	36
Técnica.....	37
Instrumentos de investigación.....	37
Test HTP (Home tree person).....	38
Procedimientos para obtención y análisis de datos.....	45
Actividades.....	46
 CAPÍTULO III.....	 47
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	47
Consideraciones éticas.....	47
Diagnóstico de la situación actual.....	47
Frecuencia de autolesiones alguna vez en la vida.....	50
Frecuencia de autolesiones significativas.....	51
Edad de inicio de las autolesiones.....	51
Frecuencia de conductas autolesivas en mujeres.....	53
Frecuencia de conductas autolesivas en hombres.....	54
Pauta repetitiva de autolesiones en hombres.....	55
Pauta repetitiva de autolesiones en mujeres.....	56
Análisis de regresión.....	56
Comprobación de la hipótesis.....	59
 CAPÍTULO IV.....	 62
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	63
Discusión.....	64

CAPÍTULO V	67
PROPUESTA	67
Tema de la propuesta.....	67
Justificación de la Propuesta.....	67
Objetivos.....	68
General.....	68
Específicos.....	68
Estructura técnica de la propuesta.....	69
Diseño técnico de la propuesta.....	71
Planificación de propuesta de intervención con las familias de los adolescentes detectados con rasgos de maltrato y autolesión.....	73
Propuesta de intervención con los adolescentes detectados con rasgos de maltrato y autolesión.....	82
Seguimiento psicoterapéutico individual.....	86
 Bibliografía.....	 87
Anexos.....	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Muestra en proporción a la cobertura total.....	36
Gráfico N° 2 Adolescentes con algún nivel de maltrato.....	48
Gráfico N° 3 Nivel de maltrato por sexo.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Cobertura de atención NNA Proyecto Salesiano Quito.....	35
Tabla N° 2 Cobertura de atención Adolescentes de 13 a 16 años.....	35
Tabla N° 3 NNA con algún nivel de maltrato.....	48
Tabla N° 4 Nivel de maltrato por sexo.....	49
Tabla N° 5 Número de participantes.....	50
Tabla N° 6 Frecuencia de autolesiones alguna vez en la vida.....	50
Tabla N° 7 Frecuencia de autolesiones significativas.....	51
Tabla N° 8 Edad de inicio de las autolesiones.....	51
Tabla N° 9 Edad de inicio de las autolesiones en hombres.....	52
Tabla N° 10 Edad de inicio de las autolesiones en mujeres.....	52
Tabla N° 11 Frecuencia de conductas auto lesivas- mujeres.....	53
Tabla N° 12 Frecuencia de conductas auto lesivas en hombres.....	54
Tabla N° 13 Pauta repetitiva de autolesiones en hombres.....	55
Tabla N° 14 Pauta repetitiva de autolesiones en mujeres.....	56
Tabla N° 15 Correlación de variables.....	57
Tabla N° 16 y 17 Análisis con el índice alfa de conbrach.....	58
Tabla N° 18 Indicadores de tendencia central.....	59
Tabla N° 19 Tabla de frecuencia Maltrato.....	60
Tabla N° 20 Tabla de frecuencia Autolesión.....	60
Tabla N° 21 Propuesta técnica para implementación de talleres.....	72
Tabla N° 22 Propuesta de planificación taller padres 1.....	74
Tabla N° 23 Propuesta de planificación taller padres 2.....	75
Tabla N° 24 Propuesta de planificación taller padres 3.....	76
Tabla N° 25 Propuesta de planificación taller padres 4.....	77
Tabla N° 26 Propuesta de planificación taller padres 5.....	78
Tabla N° 27 Propuesta de planificación taller padres 6.....	79
Tabla N° 28 Propuesta de planificación taller padres 7.....	80
Tabla N° 29 Propuesta de planificación taller padres 8.....	81
Tabla N° 30 Propuesta de planificación capacitación.....	84
Tabla N° 31 Propuesta de planificación aplicación de la técnica en adolescentes.....	85

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

TEMA: “EL MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CALLEJIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN PROYECTO SALESIANO SEDE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”,

AUTORA: Martínez Mera Doris Vanessa

TUTORA: Ps.cl Gordon Morales Jacqueline Alejandra, M.Sc

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el maltrato y la autolesión que existe en los adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle Quito en el período abril – septiembre 2017. Para determinar esta relación se aplicaron los reactivos psicológicos HTP y cédula de autolesión, a los adolescentes entre 13 y 16 años de edad, con la finalidad de levantar información que permita establecer parámetros de relación entre las dos variables mencionadas. Los resultados arrojados evidencian la existencia de rasgos de maltrato en la mayoría de los adolescentes que participaron de forma voluntaria en esta investigación, además se puede constatar que está estrechamente relacionado con la autolesión, para determinar esta correlación se analizaron los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS 2.0, lo cual nos dio como resultado una correlación significativa entre el maltrato y la autolesión en los adolescentes evaluados. En base a los resultados presentados se plantea dentro del presente trabajo de investigación una propuesta alternativa de tratamiento a este fenómeno detectado, misma que consiste en realizar una serie de talleres enfocados a la familia y además la aplicación de la técnica psicoterapéutica “La tienda Mágica” como preámbulo a un seguimiento psicoterapéutico individual a los adolescentes con rasgos de maltrato y autolesión.

PALABRAS CLAVES: autolesión, maltrato, adolescentes, Test H-T-P, Cédula de autolesión.

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

TEMA: “EL MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CALLEJIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN PROYECTO SALESIANO SEDE QUITO, DURANTE EL AÑO 2017”,

AUTORA: Martínez Mera Doris Vanessa

TUTORA: Ps.cl Gordon Morales Jacqueline Alejandra, M.Sc

ABSTRACT:

The current research's goal is to find the relationship among abuses and self-harm in adolescents of the Quito's Foundation "Proyecto Salesiano Chicos de la Calle" in the period April - September 2017. To determine this connection, it has been applied the psychological reagents HTP and "Self-Harm Card" in people between 13 and 16 years old, in order to gather information that allows to establish parameters of relationship between the two mentioned agents. The obtained results proves the existence of traits of abuse in the majority of adolescents who has voluntarily participated in this research. In addition it can be seen that the abuse is closely related to self-harm. To determine the correlation, It has been analyzed the obtained data through the statistical program SPSS 2.0. The results has shown a significant correlation between abuses and self-harm in the adolescents evaluated. Based on the presented results of this investigation, a proposal has been raised as an alternative to this detected phenomenon. It consists of conducting a series of workshops focused on the family and also the application of the psychotherapeutic technique known as "The Magic Store" as preamble to an individual psychotherapeutic follow-up to adolescents with traits of abuse and self-harm.

KEY WORDS: self-harm, physical abuse, abuse, sexual abuse, adolescents, H-T-P Test, Self-Harm Card, Self-Harm.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende abarcar el estudio de un fenómeno social que se presenta entre adolescentes que posiblemente han sufrido cierto tipo de maltrato en diferentes ámbitos y expresiones del mismo. La autolesión es un problema que actualmente enfrentamos como sociedad, ante el cual las instituciones educativas, las familias y el Estado desde los centros de salud primaria (atención psicológica), deberán unir esfuerzos para contrarlar esta situación.

La investigación se la desarrollará con adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Quito, quienes tienen un nivel mayor de vulnerabilidad ya que están expuestos a situaciones de trabajo infantil y callejización, teniendo mayor riesgo a sufrir cierto grado de maltrato.

La presente investigación pretende a través de la aplicación de varias herramientas psicológicas y metodológicas hacer un levantamiento de información, la misma que será precisa y concreta y con las cuales se podrá determinar niveles y tipos de maltrato al cual son expuestos los adolescentes y jóvenes que son parte de la propuesta educativa de la fundación, de igual forma se aplicará la cédula de autolesión de donde obtendremos información relevante sobre esta problemática.

Para continuar con el proceso de la investigación se realizará una revisión bibliográfica de las dos variables planteadas en este estudio, para posteriormente realizar un estudio de correlación entre las variables y determinar conclusiones, con la finalidad de plantear una propuesta de intervención que nos ayude a mitigar en cierto grado el fenómeno de la autolesión que se haya podido detectar en la Fundación.

EL PROBLEMA

Estudios previos al presente trabajo de investigación indican que la adolescencia es una etapa de transición dentro de los hitos del desarrollo del ser humano, en donde las personas empiezan a redescubrirse y se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales que muchas veces causan confusión, todo esto sumado a una situación de calle, en donde los progenitores son ajenos a la crianza de los hijos, o en donde la mayoría de adolescentes proviene de un contexto de maltrato aumenta el riesgo de que posiblemente exista una forma incorrecta de afrontamiento de situaciones estresantes en periodos críticos del ciclo vital. Es por tal motivo que se presume que los adolescentes crean la expectativa de que el dolor emocional debe ser asumido o gestionado sin acudir a terceras personas, y es por ello que se auto lesionan.

El presente trabajo de investigación pretende determinar la relación entre el maltrato y la autolesión de los adolescentes.

¿Cómo influye el maltrato en el estado psicoemocional de los adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Quito de 13 a 16 años y como se relaciona con el fenómeno de autolesión. Cantón Quito. Provincia Pichincha. Período abril – septiembre 2017?

Contextualización (Macro, meso, micro)

NIVEL MUNDIA, LATINOAMÉRICA, ECUADOR

Macro

El maltrato a los adolescentes a nivel mundial tiene una connotación grave ante las posibles reacciones de los mismos, por lo general se traduce en adolescentes, agresivos, introvertidos, con problemas para relacionarse con los demás, pero en estos últimos años un nuevo fenómeno está teniendo tendencia en los adolescentes que reciben alguna forma de maltrato.

Para Whitlock (2009, p. 9), presenta que “en diversos estudios realizados en varios países del mundo, mediante encuestas, se obtuvieron resultados en donde aproximadamente el 13% y el 25% de los adolescentes y adultos jóvenes presentan un historial autolesivo o síndrome de cutting.” Muchos de estos jóvenes se autolesionan una o dos veces y desisten del acto. Otros llegan a presentar un comportamiento adictivo. Según Mojardin (2000), “alrededor del 10 % de adolescentes entre las edades de los 10 y 16 años, alrededor del mundo están adoptando ésta práctica. Dicha cifra llega a representar el 28 % en varias zonas urbanas de países como Japón, la India, Inglaterra o Estados Unidos.”

En el año 2006 salta la alarma en los medios de comunicación de masas sobre la base de publicaciones llevadas a cabo por el gobierno Británico y que hablan, haciendo referencia a la conducta autolesiva corporal en jóvenes, del incremento considerable de este tipo de acciones entre los jóvenes hasta el punto de llegar a ser considerada una epidemia silenciosa que afecta a uno de cada 15 adolescentes de entre 12 y 25 años en el Reino Unido. Según los resultados del principal informe, el Truth Hurts cada año más de 24000 jóvenes son ingresados en hospitales como consecuencia de acciones autolesivas, aunque los propios autores del informe reconocen que las cifras no son del todo fiables porque la mayor parte de estos jóvenes no acuden a los hospitales. El Truth Hurts concluía que una de las cosas que la autolesión ofrece a los jóvenes es el sentimiento de control de algo en su vida y que temen perderlo si revelan su secreto. “No obstante, el informe Truth Hurts no surgía de la nada, desde finales de los noventa y como consecuencia de la salida del armario de personajes famosos que confiesan autolesionarse o haberse autolesionado” (Axela, 2007).

Meso

A nivel latinoamericano la autolesión de igual forma que a nivel mundial está presente en las poblaciones de diferentes grupos etarios existen ciertos estudios que mencionan al respecto lo siguiente.

Para autoras como (Thyssen & Camp, 2014), “las causas de la autolesión por las que se ha encontrado poca información respecto en América Latina son: la brecha entre académicos profesionales, clínicos y habitantes en general; el idioma de las publicaciones y la confusión en la terminología y tradiciones de investigación concernientes”(p.1).

En Colombia el catedrático Paulo Acero presenta un estudio sobre las causas subyacentes de la autolesión indicando que “las lesiones autoinflingidas no pueden ser fácilmente explicadas o atribuidas a una sola causa, además que se han identificado exposiciones a eventos traumáticos, características de la personalidad, y características clínicas de comorbilidad en personas que se autolesionan”(Acero Rodríguez, 2015, p. 23).

Un estudio realizado en la ciudad de México indica que “la prevalencia de autolesiones en adolescentes mexicanos con psicopatología se ha incrementado notoriamente a lo largo del tiempo; estas lesiones están asociadas principalmente a trastornos afectivos y de conducta”(Ulloa Flores, Contreras Hernández, Paniagua Navarrete, & Victoria Figueroa, 2013, p.5).

Como nos indica los datos planteados el tema de autolesión a nivel de Latinoamérica se han realizado varios estudios con distintas recomendaciones en base al análisis de la relación entre variables como maltrato, ansiedad, entre otras con la autolesión.

Micro

El fenómeno de la autolesión en otros países se ha venido desarrollando desde hace mucho tiempo atrás, por lo cual se cuenta con mayor información sobre las características de este fenómeno además de casi considerar aceptable esta práctica en esas sociedades.

En el Ecuador esta práctica de autolaceración en adolescentes provoca el asombro de muchas de las personas, en vista a que en nuestra sociedad se lo mira como un tabú.

En algún momento, se relacionó como una práctica exclusiva de una “tribu suburbana” denominada emo, la cual surge a mediados de la década de los 80’ en Washington D.C Estados Unidos; inicialmente como un movimiento musical denominado emotional o post hard core; la cual estaba inicialmente asociada a la moda, peinados y formas de vestir particulares; posteriormente este movimiento se extendió por todo el mundo a través de su filosofía de crítica frente a un mundo hostil en el cual que se sienten vulnerables y la defensa de la expresión espontánea de las emociones; generalmente este grupo se asocia con tendencias suicidas, en tanto que sus miembros defienden una ideología donde exaltan emociones como la tristeza y se promueve el sufrimiento como una manera de entender y relacionarse con el mundo (Silva, 2002 Citación del artículo: Del Toro Granados, J., Rodríguez Díaz, A. 2013).

Sin embargo la realidad de las prácticas autolesivas es otra; ya que no están exentos adolescentes de cualquier grupo social inclusive de cualquier estrato socioeconómico, el tema fundamental está en que los adolescentes encuentran en el hecho de herirse, un acto de escape al sufrimiento emocional.

En nuestro país Ecuador se considera que las estadísticas de casos de autolesiones son subestimadas ya que no concurren a consultar a las unidades de salud, por esta causa, los escasos datos con los que se cuentan son producto de investigaciones realizadas con carácter académico, pero no se ha desarrollado un estudio a mayor escala para estudiar este fenómeno a cabalidad en el país.

No se cuentan con datos o estudios relevantes sobre la práctica de autolesión en la Fundación Proyecto Salesiano Quito, sin embargo desde mi experiencia durante mi periodo de pasantías se ha detectado este problema, además de contar con estadística de la fundación sobre maltrato intrafamiliar, es una de las razones que motivaron la realización del presente trabajo de investigación.

ANTECEDENTES

A continuación se presentan estudios posteriores al presente trabajo de investigación en donde se analiza la relación entre la autolesión y ciertas variables psicológicas, como maltrato, manejo emocional, indexación suicida, que nos permitirá contar con un sustento teórico y previo a este proyecto de investigación.

“Las autolesiones se definen como actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daños corporales de baja letalidad realizados para disminuir el estrés” (Ulloa Flores et al., 2013, p. 2). El mismo estudio antes mencionado presenta los siguientes datos relevantes “en estudios conducidos en países como Australia se ha reportado que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de la vida”.

Díaz Rodríguez , González Sandoval , Minor Ferra, & Moreno Almazán (2008) a través de un estudio sobre la relación entre el Trastorno de personalidad y la conducta autodestructiva en adolescentes de nacionalidad mexicana, realizado con una muestra de 19 adolescentes mexicanos, mismo que fueron estudiantes, de entre 12 y 14 años, estableciendo correspondientemente dos grupos, siendo uno de estos de control. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: se encontró una heterogeneidad importante entre el grupo de estudio y el grupo de control en base al Trastorno Cognitivo Conductual. Con relación al género, el femenino es aquel con mayor tendencia a desarrollar una conducta autolesiva o síndrome de cutting, representado el 73% y el 27 % corresponde al género masculino.

En la ciudad de Barcelona se presentan estudios, dónde relaciona “la idea suicida y la autolesión en una población compuesta por 1.171, de los cuales 518 (44,2%) son chicos y 653 (55,8%) son chicas, con edades que oscilan de los 12 a los 16 años, la finalidad de este estudio fue determinar en cuál de los dos géneros se presentan más las conductas de auto lacerarse” (Kirchner 2011 p. 26 - 35). Esta investigación citada presento los siguientes resultados un 11.4% hace referencia a

la prevalencia de la conducta autolesiva, mientras que pensamiento suicida representa el 12.5%.

Para Aluja (1991) citado en (Roca, Guàrdia, & Jarne, 2012, p. 119) “las conductas de los sujetos pueden variar en el tiempo por diferentes motivos y los factores culturales o sociales influyen de manera importante en estos cambios de comportamiento. Por ejemplo, en los años 90, a las personas que llevaban tatuajes se las relacionaba con subculturas muy marginales y/o delincuenciales hasta el punto de que hay trabajos en los que se encuentran correlaciones significativas entre la superficie de piel tatuada y el trastorno de personalidad antisocial”.

Otro de los factores que determinan la autolesión es también el cambio de estado de ánimo de las personas, ya “que son utilizadas a menudo como mecanismos de regulación de la tensión experimentada en situaciones estresantes, por lo que en personas con trastornos del estado de ánimo pueden convertirse en una estrategia muy fácil para regular el estado de ánimo o para afrontar situaciones o sensaciones de distress psicológico” (Roca et al., 2012, p. 120).

Para Klonsky et al. (2003) citado en (Roca et al., 2012, p. 120). “el diagnóstico de estos trastornos en pacientes que manifiestan conductas autolesivas tiene que ser hecho con mucho cuidado y contrastar la información que nos da el paciente con la que puede aportar la familia”. Con los antecedentes expuestos anteriormente se presenta la motivación para realizar la investigación de relación entre el maltrato y la autolesión entre adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad de la Fundación Proyecto Salesiano Quito.

Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica

El presente trabajo de investigación pretender servir como un aporte social a la comunidad educativa y sociedad en general, presentando resultados de la relación existente entre el maltrato y el fenómeno de la autolesión, con la finalidad de realizar propuestas de intervención para combatir este fenómeno que en la

actualidad se ha vuelto común en los adolescentes y jóvenes que son expuestos a niveles de depresión, maltrato, rechazo familiar y social.

MARCO TEÓRICO

A continuación detallaremos el análisis de la variable independiente conforme la constelación de ideas presentada el plan de investigación del presente trabajo.

En primera instancia analizaremos la definición de la variable independiente y sus derivaciones.

MALTRATO

“La mayoría de las definiciones del concepto especifican un elemento necesario, que se trate de acciones negativas que producen daño a alguien hablamos de un daño gratuito, no necesario, diferente del que realiza con el fin de curar, por ejemplo, una operación”. (Letamendia Pérez, 2002, p. 7).

Para Rigby (1996) citado en (Letamendia Pérez, 2002, p. 7) “la idea de que el maltrato puede ser o no intencionado”. Esta última premisa provoca hacer la diferenciación entre maltrato maligno, “que consiste en una agresión intimidatoria que busca conscientemente hacer daño a otro” y maltrato no deliberado, “que se produce mediante la indiferencia o negligencia y que puede darse con fines incluso pedagógicos”. (Letamendia Pérez, 2002, p. 8).

Para Fernández, Alonso, & Rodríguez (2006, p. 3) “el maltrato puede ser clasificado en las categorías de: abuso (físico, sexual, psicológico), negligencias y síndrome de Munchausen por poder. De estas categorías, la negligencia es la más frecuente y posiblemente la de mayor morbilidad y mortalidad”. Es prioritario hacer la diferenciación entre las negligencias y los accidentes porque en estos últimos no hay responsabilidad de los padres o tutores, por otro lado en la mayor

parte de las negligencias está presente un fallo por parte de los padres o personas al cuidado del menor.

A continuación analizaremos una a una las distintas tipologías del maltrato.

Maltrato Infantil

“El maltrato contra niños y adolescentes se ha vuelto un problema médico-social-legal reemergente, con dimensiones de salud pública. Ello implica que la comunidad médica y paramédica que interactúa con niños adquiera los conocimientos indispensables, generados en los últimos cincuenta años, para comprender, atender y prevenir este problema que se ha convertido en un flagelo de la humanidad” (Loredo-Abdalá, 2008, p. 253).

Existen varias razones explicaciones por las cuales se presenta y no se ha podido controlar el maltrato infantil entre las que podemos mencionar las siguientes: “la ineffectividad del estado en la creación de estrategias que protejan verdaderamente a sus miembros más débiles, entre los cuales se encuentran principalmente los menores: y podemos mencionar también la ineficiencia y la burocracia reinantes en las instituciones que tienen a cargo esta tarea” (Gómez, 1988, pp. 149-150). La misma autora considera otros aspectos que influyen enormemente en la situación y que explican en parte la inadecuación de las soluciones al problema.

Con respecto a los niños víctimas de maltrato, se han estudiado principalmente dos aspectos: “por un lado, las características demográficas y las circunstancias de nacimiento de estos niños y por otro, las características de su comportamiento que podrían "inducir" el que sean maltratados”(Gómez, 1988, pp. 252-253).

Modelos para explicar el maltrato infantil

De acuerdo a un estudio presentado por Aracena et al. (2000, pp. 5-8) indican que “existen distintos modelos para explicar el maltrato infantil: (a) teoría del

apego, (b) modelo psicológico-psiquiátrico, (c) modelo psicosocial, (d) modelo sociocultural, (e) modelo de la vulnerabilidad del niño, (f) modelo ecológico, y (g) modelo transaccional”.

Ninguno de estos modelos da la solución para entender a cabalidad la comprensión del fenómeno del maltrato infantil, no obstante cada uno de ellos entrega elementos relevantes para su comprensión. “Algunos de los modelos explicativos cuentan con una exhaustiva explicación teórica, otros en cambio disponen además de estudios empíricos que avalan sus teorías”(Aracena et al., 2000, p. 6).

A continuación se procede a citar los modelos presentados por Aracena et al.(2000). Para tener mayor claridad en cuanto a su comprensión.

a) Modelo del apego

La teoría del apego de Bowlby (1985) es un modelo que integra la etología, la teoría de las relaciones objétales, así como conceptos de la teoría de sistemas, la psicología cognitiva y el procesamiento de la información. De esta forma se plantea que en los humanos, cuando los padres están próximos, son sensibles y responsivos a las conductas de apego innatas de sus hijos, los modelos internos de trabajo (working models) pueden reflejar seguridad y confianza en los otros, así como en los sentimientos que se tienen hacia uno mismo.

b) Modelo psicológico-psiquiátrico

En este modelo se sostiene que los padres o cuidadores maltratan a sus hijos porque padecen de alteraciones psicológicas o psiquiátricas. Según Gracia F.E y Musittu O. (1993) menciona que en cuanto al modelo psiquiátrico parte del supuesto de que los padres maltratadores están mentalmente y emocionalmente desequilibrados. Desde este modelo se destaca la presencia de características en los padres que maltratan, tales como la presencia de síntomas de tipo depresivo,

ansiedad y bajo nivel de autoestima, antecedentes de abusos, impulsividad y, por tanto, poco control ante las reacciones inmediatas, falta de previsión de las consecuencias en la toma de decisiones, poca tolerancia ante situaciones de tensión, escasa capacidad empática, incapacidad o dificultades en la resolución de problemas, estos trastornos podrían llegar a bloquear, distorsionar e incluso impedir el desempeño adecuado del rol de padres, pudiendo generar situaciones de maltrato hacia los hijos.

Según el área psicológica se según el Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, 1999 presta especial atención a los aspectos evolutivos y cognitivos de los padres, teniendo en cuenta cuestiones tales como la madurez personal y la complejidad psicológica, ya que se basa en el supuesto de que los padres maltratadores son personas caracterizadas por su nivel de inmadurez, las cuales ponen en marcha formas y mecanismos de reacción ante determinado tipo de estímulos generados por los hijos, que se caracterizan por la impulsividad y el poco control.

c) Modelo psicosocial

Este modelo incluye las teorías que se centran en las interacciones del individuo con la familia de origen y con su familia actual. En este modelo se plantea que hay suficiente apoyo empírico como para establecer una relación entre maltrato o falta de afecto en la niñez y el posterior maltrato de los propios hijos. Kempe, (1961 en Morales & Costa, 1997), establece que en este contexto se produce la repetición de una generación a otra de estos hechos violentos; los malos tratos suelen ocurrir en períodos de crisis y en general se trata de familias con escaso soporte social. De este modo la experiencia de haber sido maltratado físicamente cuando niño, se constituye en un factor predisponente para convertirse en adulto maltratador (Kaufman & Zigler 1987; Egeland et al., 1988).

d) Modelo sociocultural

En este modelo se enfatizan factores sociales, económicos y culturales que establecen las condiciones para que el maltrato se genere. En este sentido, el pertenecer a una clase social genera tipos de estrés, -económico por ejemplo- que conlleva un alto riesgo de maltrato. Además la cesantía, la inestabilidad y la insatisfacción laboral que son causa de estrés, pueden desencadenar maltrato hacia los hijos. Los factores sociales más mencionados por la literatura y que aparecen asociados al maltrato infantil, lo constituyen el desempleo, la pobreza, los problemas de hacinamiento, el bajo nivel sociocultural, eventos vitales estresantes y escasas redes de apoyo (Banyard, 1999 citado en Castillo 1999).

e) Modelo de la vulnerabilidad del niño

En este modelo se expone que ciertas características de los niños los hacen más vulnerable al castigo por parte de sus padres. En una revisión bibliográfica sobre el maltrato infantil se establece que posibles fuentes de maltrato lo constituyen las enfermedades y los déficits de los niños. Los análisis sugieren que los déficits juegan un rol importante en el 47% de los casos de maltrato. Consistente con esto, al mejorar los sistemas de registro de los déficit se encuentra que el 45% de las familias con problemas de maltrato tenían hijos con déficits de aprendizaje, déficits emocionales, retardo mental o handicaps físicos (Knutson, 1995 citado en Castillo, 1999).

f) Modelo ecológico

En este modelo el maltrato infantil es analizado en niveles que van desde lo individual, a lo sociocultural, pasando por la familia y las redes sociales cercanas. Sin dejar de lado las distintas interacciones que se producen entre éstos. Brofenbrenner (1979 citado en Morales & Costa, 1997) desarrolla este modelo que permite ordenar las distintas explicaciones en un sistema donde se integran

los factores de los cuidadores, las características del niño, la interacción social y familiar y el medioambiente cultural (Larraín et al., 1994).

g) Modelo Transaccional

El modelo transaccional del maltrato de Cicchetti y Rizley (1981) plantea la existencia de una dimensión temporal y una dimensión de riesgo. En la primera existirían factores permanentes y transitorios y en la segunda dimensión, factores potenciadores y compensatorios. En este modelo, las variables que apuntan a la noción de vulnerabilidad, tales como las anomalías físicas y psíquicas, la historia de violencia, la psicopatología de padres e hijos, la carencia de apoyo social, entre otros, son considerados factores permanentes y potenciadores. La relación familiar que se constituye en elemento protector, es un factor compensatorio permanente.

Maltrato físico

Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, maestros, etc.), que originan en el adolescente un daño físico o enfermedad manifiesta. En este tipo de maltrato se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas etc.

Según DINAPEN (2011) en nuestro país, el 27% de los padres golpea a los/as hijos/as y el 62,7% de los/as niños/as entre 6 y 12 años son maltratados físicamente por sus padres (Jiménez, Donoso, Sánchez, Morales, & Jumbo, 2005, p. 29).

El maltrato físico se podría definir como “aquella situación donde las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y / o cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño” (Arruabarrena & De Paúl,

1999, pp. 1-2). Estos dos autores centran la definición de forma muy notoria en las necesidades del niño que no son cubiertas y no tanto en los posibles comportamientos de los padres y definen varios indicadores que puede presentar el niño o niña maltratada:

- a) Alimentación: no se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
- b) Vestido: vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío.
- c) Higiene: constantemente sucio, escasa higiene corporal.
- d) Cuidados médicos: problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios.
- e) Supervisión: un niño que pasa largos períodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres o cuidadores del niño.
- f) Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.
- g) Área educativa: inasistencia injustificada y repetida a la escuela.
- h) Estimulación cognitiva: ausencia de estimulación suficiente para la edad, demandas y necesidades del niño niña. (Arruabarrena & De Paúl, 1999, p. 2).

En la definición del maltrato infantil “es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño o niña, con el propósito de lastimarlo o injurarlo” (Jiménez et al., 2005).

Maltrato Sexual

Se puede definir el maltrato sexual como “cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de

poder o autoridad sobre el niño.” (Arruabarrena & De Paúl, 1999, p. 5). Los niños y niñas pueden ser utilizados para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

Este autor presenta varias categorías a considerar dentro del maltrato sexual:

1. Incesto.- si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.
2. Violación.- cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en lo que se menciona en el incesto.
3. Vejación sexual.- cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.
4. Abuso sexual.- sin contacto físico. Se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual. (Arruabarrena & De Paúl, 1999, p. 5)

Maltrato Psicológico

Un estudio realizado en Ecuador por (Jiménez et al., 2005, p. 50) plantea que “un niño que escucha frecuentemente que es malo, necio, vago, etc., crece convencido de que realmente es así. Su autoestima es muy baja, se vuelve temeroso, inseguro y triste”.

El maltrato psicológico es “la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce

sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño o niña (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente o confunde y atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social” (Kieran, P.O. 1995, 446 - 461).

El maltrato psicológico es el maltrato de la forma más frecuente ya que se presenta todos los días, no deja huellas en el cuerpo, pero sí lastima el alma, se puede dar por menosprecio, insulto, por ser niño/a, por no ser inteligente, al humillar a la niña o niño públicamente, entre otros. “El empleo cotidiano de frases desvalorizantes y humillantes suele provocar trastornos en el funcionamiento intelectual y emocional de la niña o niño, lastimar su orgullo, su propia estimación, su imagen, también logra hacerle infeliz y generar reacciones como: tensión emocional, hiperactividad, retraimiento, timidez y conductas agresivas y desafiantes Blanco, I.; Salvador, S.; Cobián, A. y Bello, A. 2000, p. 30- 37).

A continuación se presenta de acuerdo a lo planteado por Garbarino (1996) y De Paúl y Arruabarrena (1995b) citados en (Arruabarrena & De Paúl, 1999), el maltrato psicológico comprendería las siguientes conductas:

1. **Rechazo.-** Implica actos verbales o no verbales de los padres que rechazan o degradan al niño. Incluye: despreciar, degradar y otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante, avergonzar y ridiculizar al niño por mostrar emociones normales, tales como afecto, dolor o tristeza, escoger siempre a un niño para criticarle y castigarle, para hacer la mayoría de las tareas domésticas o para recibir menos premios, humillación pública.
2. **Aterrorizar.-** Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño, con un castigo extremo o uno vago pero siniestro, con abandonarle o matarle, con el propósito de crear en él un miedo intenso o colocar al niño o a personas a los que el niño quiere, en situaciones evidentemente peligrosas. Incluye

colocar al niño en circunstancias impredecibles o caóticas, colocar al niño en situaciones claramente peligrosas, establecer hacia él unas expectativas rígidas o no realistas, con la amenaza de pérdida, daño o peligro si esas expectativas no se alcanzan, amenazar o cometer violencia contra el niño, amenazar o cometer violencia contra personas objetos queridos por el niño.

3. **Aislamiento.**- Se refiere a negar permanentemente al niño las oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar y comunicarse con otros niños o adultos, dentro o fuera del hogar. Incluye confinar al niño o poner limitaciones no razonables sobre su libertad de movimiento en su entorno. (Arruabarrena & De Paúl, 1999, p. 7).

Maltrato Familiar

“El problema de la violencia y maltrato en el ámbito familiar, es un fenómeno silencioso y tolerado desde tiempo en varias culturas como forma de educación y crianza para los hijos”(Platone, 2007, p. 49).

El maltrato familiar se aborda a nivel social como problema grave a comienzos de los años sesenta cuando algunos autores describen “El síndrome del niño golpeado”. Por otra parte, aumentan los informes y ponencias en congresos profesionales acerca del tópico de la violencia y del maltrato infantil, así como el relato de casos clínicos que describen las consecuencias del maltrato en el desarrollo socio-afectivo del niño. A partir de los últimos años aumenta el interés para investigar el problema desde el punto de vista antropológico y social (Platone, 2007, p. 49).

Para Corsi (1994) citado en Patró & Limiñana, 2005, p. 11 el maltrato familiar no es “otra forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar en la relación entre los miembros de una familia . Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación”.

Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia.

El fenómeno de la violencia doméstica o familiar se ha convertido en las últimas décadas en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo, principalmente, a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de él se derivan (Patró & Limiñana, 2005).

Según Straus y Gelles (1986), uno de los factores más relevantes a la hora de explicar la elevada incidencia de la violencia familiar es el hecho de que la familia posee una serie de características que la hacen potencialmente conflictiva, con el correspondiente riesgo de que los conflictos puedan resolverse de manera violenta.

Las características que presenta el autor son las siguientes:

- La alta intensidad de la relación, determinada por la gran cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de confianza entre ellos, el derecho a influir sobre los demás y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria.
- La propia composición familiar, integrada por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en unas marcadas diferencias de motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros.
- El alto nivel de estrés al cual está expuesta la familia como grupo, debiendo hacer frente a distintos cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.
- El carácter privado que posee todo aquello que ocurre en el interior de una familia y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social. (Patró & Limiñana, 2005).

Castigo físico y maltrato infantil

Determinadas contingencias interpersonales o patrones de interacción en la familia parecen incrementar la probabilidad de que se desencadene el maltrato infantil. En este campo analizaremos el proceso cuando una persona presenta un estímulo aversivo, la segunda persona responderá probablemente con otro estímulo similar, si el estímulo aversivo inicial parece alterable.

Un padre que carece de conocimientos acerca de las técnicas de control efectivas de los niños puede ser particularmente vulnerable a este ciclo, en el que el uso de la agresión física, que eventualmente puede causar lesiones corporales en el niño, es reforzado por éste. Aunque estos intercambios coercitivos pueden ocurrir en todas las familias, de acuerdo con Patterson y sus colaboradores (1981), son más frecuentes en familias con hijos agresivos. Estos niños responden al castigo de los padres, incrementando su conducta aversiva, aproximadamente en una proporción doble que los niños no agresivos.

Una razón que puede explicar la persistencia del mal comportamiento del niño, es el uso de los padres de formas inefectivas e inconsistentes de castigo. Así, en estas familias, la combinación de prácticas de disciplina inefectivas y las características del niño pueden hacer más común el desarrollo de ciclos coercitivos.

Con el tiempo, las interacciones entre los miembros de la familia llegan a ser cada vez menos positivas y más negativas afectando al sistema familiar en su conjunto. Este incremento de intercambios negativos y hostiles reduce a su vez las interacciones caracterizadas por emociones positivas.

Los criterios para definir una situación de maltrato han de fundamentarse en las consecuencias sobre el niño, es decir en los daños producidos, en las necesidades no atendidas, relacionadas con la presencia o ausencia de determinadas conductas páreteles. De ahí que se plantea algunas incógnitas ¿hablamos de niño maltratado,

de padre maltratante, de contexto maltratante? Y ¿se base la definición en el comportamiento parental, en las consecuencias, en el niño o en ambos?.

Es importante señalar que todos los tipos de maltrato de niños y niñas se acompañan de maltrato psicológico. Este se clasifica en: leve, que es reparable en un corto tiempo de tratamiento moderado, el cual requiere una intervención prolongada en el niño y su familia, y grave, aquel que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima de por vida.

Autolesión

Como parte de la fundamentación psicológica en el presente trabajo de investigación abordaremos la teoría de la autolesión, dentro de la teoría cognitivo-conductual, Favazza (1996) define “estas conductas autodestructivas como una forma de afrontamiento que sirve para regular el afecto, reducir tensiones o acabar con un episodio disociativo”.

Favazza (1996) ha elaborado la llamada «Hipótesis del escape» para tratar de explicar algunas conductas como las autodestructivas, los atracones de comida, el consumo de tóxicos y los intentos de suicidio «en cortocircuito». Según este autor, estas personas encuentran muy aversiva la conciencia de sí mismas y buscan escapar de ella. Estas conductas responderían a un deseo de escapar a la conciencia. Durante esos episodios se produce un salto o estrechamiento cognitivo: se focaliza la atención solo en las sensaciones corporales inmediatas, no dejando así espacio en el campo de la conciencia para pensamientos intrusivos, sentimientos de culpa. El modelo tiene particular importancia puesto que en él se basa el único tratamiento específico que existe para estas conductas: el programa SAFE, que se aplica en Berwyn, Illinois. También han demostrado su eficacia en la reducción de este tipo de conductas autolesivas la terapia dialéctico-conductual de Marsha Linehan, Terapia focalizada en la transferencia (llevada a cabo en la Universidad de Cornell, liderada por Otto Kernberg) y la terapia que Bateman y

Fonagy llevan a cabo en el Hospital de Día de Halliwick (Reino Unido). (García, 2005).

La partica de la autolesión o “cutting” como se lo conoce a nivel de la sociedad en general (Ángel, 2014; Lamboglia, 2016; Rospigliosi Tudela, 2010; Walsh, 2006) dichos autores relacionan el fenómeno de la autolesión o síndrome de “cutting”, con automutilación, daño auto-infringido, conducta parasuicida, automoldeo entre otros; en el presente trabajo de investigación y para fines académicos, utilizaremos el término autolesión, en vista a esto, el resto de términos antes mencionados los utilizaremos como sinónimos de referencia al mismo síndrome comportamental.

Marín (2013) sugiere los siguientes modelos teóricos:

1. Modelo ambiental

Las diferentes variables ambientales representan un papel importante en la génesis y mantenimiento de la Autolesión. El ambiente que surge de forma inmediata como la atención, cuidado, preocupación ante un acto de autolesión, genera un reforzamiento externo del comportamiento, por ende, el sujeto aprende a manipular y controlar el ambiente. Dentro del aprendizaje social puede estar también en el origen de la Autolesión, debido al seguimiento de modelos, especialmente entre pares.

2. Modelo de regulación afectiva

Las emociones han demostrado tener una gran influencia dentro del funcionamiento psicológico de cada individuo, según Gross (1999 pp. 557) la regulación emocional se refiere a “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”. Según este modelo, tras un suceso o situación con implicaciones emocionales, se activaría

automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia, sin embargo cuando existe un déficit en el manejo y canalización emocional buscamos formas erradas de manejar las mismas, en este caso se plantea la autolesión como un acto que permite externalizar las emociones perturbadoras, que a su vez resultan intolerables para el sujeto.

3. Modelo de Disociación

Este modelo sustenta dos corrientes:

a) La Autolesión induce una disociación: La autolesión es un mecanismo de afrontamiento que genera síntomas de disociación como una forma de lidiar con los afectos perturbadores, produciendo relajación y alivio por un tiempo determinado. El trabajo realizado por los investigadores Mendoza & Pellicer (2002) en pacientes con trastorno límite de la personalidad en población mexicana sustenta este enfoque, en donde encontraron cambios fisiológicos haciendo relación al afecto anestésico que disminuye el dolor físico.

b) La autolesión rompe o termina con un estado disociativo perturbador: El objetivo principal es de la autolesión es el de mantener un sentido de identidad cuando existen factores emocionales estresores que generar crisis de vulnerabilidad. Este modelo explica la relación que se ha establecido entre la autolesión y el trastorno de estrés postraumático, aunque no se ha determinado como se rompe una disociación, se propone que la exposición a la sangre puede ser un posible factor, debido al impacto del color, al igual que cicatrices físicas que refuerzan la continuidad del episodio disociativo, las cuales debido a la carga emocional no podrían integrarse al sentido de identidad.

4. Modelo de los límites/fronteras

Este modelo refiere que la autolesión cumple la función de afirmar los límites del self. El auto infringirse daño da una sensación de separación de los individuos

y del medio ambiente, sin embargo, esto puede ayudar a crear independencia y autonomía; en este sentido, la sangre y las cicatrices representan estímulos externos, separados de sí mismo ocasionando conciencia sobre la realidad del self. Dicho supuesto se sustenta en la teoría de las relaciones del objeto y en la psicología del desarrollo del yo.

Además Suyemoto (1998) menciona que este “modelo argumenta que el origen de la autolesión se da en la infancia, en una falla para formar representaciones de objeto estables, esta falla se da a partir de experiencias de poca empatía con los padres, lo que en la etapa posterior que es la adolescencia”, el sujeto viene a experimentar, temor al abandono de manera constante, pérdida consecuente de su identidad al relacionarse con otros sujetos afines; por lo cual la autolesión viene a ser una forma de mantener la identidad y la separación de los demás.

Clasificación de la Autolesión.

Se determina la siguiente clasificación según Favazza (1996).

- **Mayor:** Conducta poco frecuente, que se encuentra ligada a estados psicóticos. Por ejemplo: la castración, amputación de algunos de sus miembros, sacarse los ojos, etc.
- **Estereotípica:** Se presenta especialmente en personas con retraso mental, autistas o psicóticas. Se manifiesta con acciones como golpearse la cabeza en una pared de manera continua.
- **Superficial o moderada:** Este tipo de autolesión es la más común en población adolescente. Varios estudios clínicos, revelan que cortarse es la acción más común, llevada a cabo en las muñecas, parte alta de los miembros superiores y en las piernas; que por lo general se dañan los mismos sitios. Dentro de este tipo de autolesión podemos incluir, el quemarse, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, romperse los huesos, impedir que las heridas sanen y cualquier otro que represente un daño físico auto infringido.

- **Autolesión compulsiva:** Se encuentra relacionada como el Comportamiento Obsesivo Compulsivo. Comprende un daño de tipo compulsivo como arrancarse el cabello, roce excesivo de la piel y excoiación. Estas acciones pueden ser parte de algún tipo de ritual.
- **Autolesión impulsiva:** Se divide en Episódica y Repetitiva.
- **Autolesión Episódica:** El sujeto no brinda mucha importancia a esta acción, no se identifica como un auto lesionador.
- **Autolesión Repetitiva:** Actividad organizada y repetitiva, es el punto de interés para la persona que se corta. Cuenta con una dinámica particular, es decir se lleva a cabo, en el mismo lugar, con un mismo objeto y un mismo procedimiento. Esta se convierte en una respuesta automática para los diferentes estímulos estresores.

Tipos agresiones generadas en la autolesión

De acuerdo a D' Arcy Lyness (2012) define tres agresiones de mayor frecuencia en las personas que se autolesionan estas son:

Cortes

Las personas que se autolesionan de esta manera utilizan algún objeto filoso para hacerse deliberadamente marcas, cortes o arañazos en el cuerpo, lo suficientemente profundos como para cortar la piel y causar sangrado. Generalmente se lesionan en las muñecas, los antebrazos, los muslos o el abdomen. Pueden usar una navaja, un cuchillo, una tijera, la lengüeta metálica de una lata de gaseosa, el extremo de un clip, una lima de uñas o un bolígrafo.

Quemaduras

Algunas personas se queman la piel con la colilla de un cigarrillo, con un fósforo encendido en partes del cuerpo que no son visibles para los demás, como en los antebrazos, abdomen y lengua.

Golpes

Los individuos con estos desórdenes tienden a lesionarse de modos particulares. Golpearse (en general la cabeza) darse bofetadas y morderse (sobre todo los labios) son métodos comunes de auto-agresión.

También las personas que presentan trastornos orgánicos como el retraso mental y el autismo tienden a golpearse.

Para entender por qué una persona se autolesiona a continuación describiremos la siguiente causa:

Imposibilidad del manejo del dolor emocional

Para entender por qué una persona se autolesiona, tomemos como punto de partida que la autolesión se debe a una imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional.

El dolor emocional consiste en una experiencia sensorial y emocional desagradable, molesta, incómoda, de la que uno se quiere librar lo más rápido posible.

El manejo del dolor emocional tiene que ver con la consciencia, el control, y con la posibilidad y capacidad que tiene el individuo de ser el amo de sus sentimientos.

La acción conlleva alivio, mientras que verbalizar y compartir requiere un esfuerzo tremendo y un repertorio de habilidades de las que carece la persona, que recurre a la acción como forma de comunicación. (Mosquera, 2008)

La imposibilidad del manejo de dolor emocional puede deberse por 3 razones:

- 1.- La dificultad en el reconocimiento o identificación de emociones. Para poder manejarlas, es imperativo, primero, identificarlas. Al no lograrlo, el individuo se encuentra en una posición endeude de duda y confusión.
- 2.- La dificultad de la expresión de lo que se está sintiendo. Aún si no se tiene bien identificada la emoción, el poder expresarla de alguna forma (hablando, pensando, dibujando, etc.) ayuda para poder manejarla, elaborarla y desahogarse. Ante la imposibilidad de expresarlo, el dolor emocional que se va generando busca formas de expresión, casi siempre dañinas.
- 3.- La falta de control de las emociones y sentimientos. Cuando se parte del miedo, la angustia y la soledad, es difícil tener control sobre lo que uno siente, y se puede acabar actuando impulsivamente de forma destructiva.

Descripción de la conducta autolesiva

La Autolesión es una forma de hacer frente a emociones que no se saben identificar, ni expresar, ni controlar. Enmascara el dolor o la tensión emocional, permitiendo a la persona funcionar y relacionarse con los demás. Favazza (1996). Explica el ciclo de la autolesión, y las divide en los siguientes enunciados:

- **Tensión fisiológica y emocional:** Las emociones y sentimientos negativos tienen un efecto sobre los pensamientos, esto empieza a provocar un grado de tensión fisiológica y sufrimiento mental. Se ve afectado el sistema serotoninèrgico.
- **Dificultad de manejo y expresión emocional:** La persona que se autolesiona no sabe cómo expresar y transmitir lo que está sintiendo o, bien, lo hace de una manera impulsiva y destructiva.
- **Necesidad de alivio:** Surge así la necesidad de poner fin a diferentes sentimientos negativos.
- **Pensamientos:** Autolesionarse es una forma de poner un alto inmediato a la acumulación de emociones que está experimentando y no sabe cómo manejar.

- **Desconexión:** Dado que evitar el dolor es un instinto básico, la persona que necesita autolesionarse requiere de manera inconsciente, desconectarse unos segundos para hacerse daño.
- **Autolesión:** En este momento la persona ha tomado la decisión de auto flagelarse, buscando un medio de escape ante su “tormenta emocional”. Llega el momento de autolesionarse y, de manera consciente, decide cómo y dónde va a cortar, quemar o golpear. Las heridas se hacen en lugares que sean fáciles de esconder, y la intensidad o profundidad de las mismas son controladas para poder cuidarlas en casa y evitar el riesgo de tener que acudir al hospital o a un miembro de la familia.
- **Alivio:** Comúnmente, después de producir la herida, la persona se siente liberada tanto de la tensión física como del dolor emocional. Se acaba la tormenta emocional y viene una etapa de tranquilidad. Gracias a ello, la persona puede retomar y guardar la postura. La sensación de que ya está en control de su estado mental le permite seguir con su quehacer cotidiano sin que nadie se dé cuenta de lo que acaba de pasar.
- **Culpa y Vergüenza:** El tener que recurrir a violentar su cuerpo obliga a la persona a enfrentar su vulnerabilidad y su incapacidad para hacer frente a situaciones difíciles y dolorosas. Los sentimientos de culpa y vergüenza se traducen en la convicción de que no merece ser querida ni respetada. La invade un miedo a que la rechacen debido a su conducta y que se empiece a “notar” que hay algo malo dentro de ella. Estas circunstancias o recuerdos que pueden generar sentimientos intensos como miedo, estrés, vergüenza, rabia, desamparo y la sensación de no tener control lo que nos rodea esto pueden resultar en estados de ánimo intolerables.

Teoría de la autoagresión de Emil Coccaro

Dificultades para regular las emociones

Los padres no les enseñaron a expresar sus emociones; desde pequeños fueron inválidos, que aprendieron que la interpretación de sus emociones y sus

sentimientos acerca de los que les rodea era desacertado e inclusive "mala"; o que ciertos sentimientos no estaban permitidos (incluso se les castigaba por tenerlos). Si a esto se les suma que por lo general la gente cercana a ellos no tenían buenos mecanismos para manejar sus propias emociones, el resultado son adolescentes que no saben manejar efectivamente situaciones de tensión y que ante un exceso de angustia no expresada, deciden lesionarse. (Curaccao E.F, 2004)

Déficits en el sistema serotoninérgico cerebral

La irritabilidad es la conducta central correlacionada con la función de serotonina, y que el tipo de conducta agresiva que se muestre en respuesta a la irritabilidad parece ser dependiente de los niveles de serotonina. Si los niveles de serotonina son normales, la irritabilidad se expresa gritando, aventando cosas, etc. Si los niveles de serotonina son bajos, la agresión aumenta y la respuesta a la irritación va en escalada hacia la autolesión, el suicidio o atacar a otros. (Curaccao E.F, 2004)

Las modalidades autoagresivas utilizadas con mayor frecuencia son la acción de cortarse (cutting), quemarse (buming), las escarificaciones, la interferencia con el proceso de cicatrización de heridas, la acción de morderse y de insertar objetos por debajo de la piel y debajo de las uñas (Pattison & Kahan, 1983; Favazza 1998).

El cutting cumple con la función de manejar estados emocionales particularmente intensos como la rabia, la frustración, la vergüenza y el vacío (Suyemoto & MacDonald, 1995; Connors, 1996) y de autorregular la afectividad (Figueroa, 2005).

Las partes del cuerpo frecuentemente atacadas son los brazos, las piernas, el tórax y otras zonas de la parte frontal del cuerpo siendo ésta, por un lado, la más accesible y, por el otro, más fácil de ocultar, con el fin de poder mantener completamente en secreto tales conductas.

La piel representa el elemento de separación, de límite entre el mundo interno y el mundo externo, de comunicación y de interacción entre ambos mundos y de discriminación entre el adentro y el afuera; "el cuerpo, y sobre todo su superficie, es el lugar donde pueden producirse contemporáneamente percepciones externas e internas" (Freud, 1922).

La piel es el lugar donde se supera de manera muy clara la diferenciación entre cuerpo y mente, "porque es el lugar donde entran en contacto el aparato psíquico y el aparato físico ya indiferenciados" (Anzieu, 1985).

Factores de riesgo de la conducta autolesiva en adolescentes

La etiopatogenia de la conducta autolesiva constituye el campo de estudio en donde se han llevado a cabo más investigaciones, especialmente, con vistas a establecer unas bases empíricas sobre las que sustentar su tratamiento. Su análisis tampoco está exento de taras metodológicas, sobre todo por el uso excesivo de investigaciones retrospectivas (versus prospectivas) y por la falta de consistencia en relación al constructo psicopatológico evaluado (AD versus ANS). Partiendo de ello, a continuación se resumen los hallazgos obtenidos en los principales factores de riesgo:

- Sociodemográficas (edad y sexo)
- Caracteriales (rasgos de personalidad, problemas emocionales y autoestima)
- Psicopatológicas (uso de drogas, sintomatología depresiva y psicopatología alimentaria)
- Psicosociales (conflictos interpersonales, conflictos familiares, modelado y abuso sexual). (Wedig y Nock, 2007; O'Connor et al., 2009; Guerry y Prinstein, 2010).

Variables sociodemográficas

Respecto a la edad de los adolescentes con autolesiones, los estudios transversales con muestras comunitarias señalan que se produce un fenómeno de

“u” invertida, observándose un pico en su prevalencia (12-16 por cien) en torno a la adolescencia media, el cual es precedido de un aumento gradual desde la adolescencia temprana (11-13 años), momento en que se sitúa inicialmente en un 4-6 por cien (Kvernmo y Rosenvinge 2009; O’Connor et al., 2009; Kirchner et al., 2011).

Cabe reseñar que este incremento progresivo hasta la adolescencia media sólo se observa en mujeres, mientras que en los hombres la prevalencia de conductas autolesivas se mantiene relativamente estable (Sourander et al., 2006; Shin et al., 2009; Sho et al., 2009).

Por otro lado, ya en la adolescencia tardía (17-19 años), suele producirse un leve declinar (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelly, 2007; Wan et al., 2011).

En cuanto al sexo de los adolescentes que se autolesionan, existe un relativo consenso entre muestras clínicas y comunitarias a la hora de considerar que las conductas autolesivas son más frecuentes en mujeres que hombres, estableciéndose habitualmente una razón de probabilidad de 2,0- 3,0 (Hawton et al., 2002; Patton et al., 2007; Morey et al., 2008; O’Connor et al., 2009; Shin et., 2009; Landstedt y Gillander, 2011).

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación aborda una temática de interés actual en la sociedad, se evidencia especialmente en los casos de adolescentes que presentan rasgos de maltrato lo que influye directamente en su estabilidad emocional y física, esto aterriza en el fenómeno conocido coloquialmente como el Cutting, el cual consiste la auto flagelación, para la liberación de una carga emocional negativa.

Esta investigación se realiza con la finalidad de determinar si el maltrato está relacionado o es una de las causas por las que se produce esta problemática de autolesión (Cutting) en los adolescentes en situación de vulnerabilidad, además también busca marcar un precedente dentro de las investigaciones que abordan esta temática dentro de nuestro país.

El enfoque de la investigación se centra en adolescentes, en vista a que esta etapa del ciclo de vida es la más vulnerable por los cambios que representa la misma.

El fenómeno del autolesión como consecuencia del maltrato de acuerdo a el Dr. Eloy Benjamín Chapa Castro, Responsable de programas para retomar los valores y contra las adicciones del DIF municipal, "no hay ni siquiera un fondo psicológico importante como razón para que los niños, adolescentes y jóvenes se autolesionen, buscan aliviar alguna pena o algún dolor emocional con un dolor físico y generalmente cubren sus lesiones porque les da vergüenza lo que hacen" de ahí la importancia para las ciencias psicológicas el profundizar en este tipo de investigaciones.

Con este trabajo investigativo se pretende generar un impacto importante entre la comunidad, en el área familiar, profesional, social y personal de los adolescentes encuestados, puesto que son poblaciones en situación de extrema vulnerabilidad sometidos en muchos de los casos al trabajo infantil, callejización, en donde se exponen al maltrato que influye en los estados emocionales implicando una negativa resolución de problemas interpersonales, provocando que los adolescentes busquen una liberación de las tensiones por medio de la autolesión. Con este estudio además se busca fortalecer el aprendizaje para dichas comunidades con la finalidad de mejorar las redes de apoyo, para que los adolescentes mejoren su calidad de vida y evitar que esta patología se presente con mayor frecuencia.

El siguiente proyecto de investigación se llevara a cabo en la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle Quito, con los adolescentes de entre 13 a 16 años beneficiarios de la fundación, en el periodo de abril a septiembre del 2017, con el consentimiento de las autoridades, el área de psicología y profesionales, siendo estos los beneficiarios secundarios, donde se obtendrá un conocimiento profundo, para proteger la integridad física y emocional de los adolescentes, de manera general se busca beneficios para la sociedad, autoridades, y profesionales que se encuentren en la Institución.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre el maltrato y la autolesión que existe en los adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle Quito en el período abril – septiembre 2017.

Objetivos Específicos

- Establecer rasgos de maltrato presentes en los adolescentes de la Fundación.
- Determinar la existencia y tipos de autolesión en adolescentes de la Fundación
- Realizar talleres de psicoeducación con padres de familia y sesiones psicoterapéuticas individuales con los adolescentes que presentan rasgos de autolesión.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

El presente trabajo de acuerdo al lugar en el que se lo realizara es una investigación de campo, ya que se realizará en el lugar específico, es decir en los centros de referencia de la Fundación Proyecto Salesiano Quito, Provincia de Pichincha.

Por el origen es una investigación bibliográfica, ya que para establecer la fundamentación científica, se sustentará en la recolección de documentos disponibles en libros, papers académicos, revistas on line, etc.

Es una investigación descriptiva transversal en cuanto a la dimensión temporal es decir se dedicará un lapso de tiempo para estudiar a los adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Quito.

Por el tiempo de ocurrencia en que se realizará la investigación es de carácter prospectiva en vista a que tiene como estrategia de cambio del problema, fenómeno de autolesión en adolescentes.

Tipos de Investigación

En el presente trabajo se emplearán tres tipos de investigación que se detallan a continuación.

1. **Histórico-lógico:** permite determinar las tendencias históricas del campo y objeto de investigación, además del proceso investigativo.
2. **Análisis-síntesis:** permite indagar durante toda la investigación en la documentación existente acerca del tema, además de ayudar a establecer la estrategia para aportar a la solución del problema de la investigación.

Área de estudio

Psicología Clínica

Enfoque

El presente trabajo es de carácter cuantitativo, ya que la aplicación de reactivos psicológicos va a generar datos numéricos. De enfoque correlacional, porque se verifica la relación entre las dos variables, comprobando o no su relación en base a los datos obtenidos. Además es de tipo bibliográfico ya que se obtuvo información secundaria en libros para generar mayor conocimiento sobre los aspectos psicológicos como son el maltrato a adolescentes y su relación con el fenómeno de la autolesión determinando sus principales causas, se cuenta con un soporte al marco teórico proporcionando un análisis psicológico.

Se llevara a cabo mediante una investigación de campo, en las instalaciones de la Fundación en la ciudad de Quito específicamente en los centros de referencia a donde acuden los adolescentes de forma permanente.

Población y muestra

El universo está formado por 1100 niñas, niños y adolescentes de 07 a 17 años de la Fundación Proyecto Salesiano de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha.

Tabla. Cobertura de atención NNA Proyecto Salesiano Quito

PROGRAMAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Acción Guambras	287	167	454
GOLASO	168	197	365
Mi Caleta	40	45	85
UESPA	65	55	120
TESPA	79	0	79
Total	639	464	1.103

Tabla N° 1 Cobertura de atención NNA Proyecto Salesiano Quito

Fuente: Base de datos FPSCHC Quito.

Elaborado por: Vanessa Martínez

Tabla. Cobertura de atención de Adolescentes Proyecto Salesiano Quito

PROGRAMAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Acción Guambras	66	58	124
GOLASO	49	28	77
Mi Caleta	8	14	22
UESPA	31	28	59
TESPA	79	0	79
Total	233	128	361

Tabla N° 2 Cobertura de atención Adolescentes de 13 a 16 años del Proyecto Salesiano Quito

Fuente: Base de datos FPSCHC Quito.

Elaborado por: Vanessa Martínez

Para efectos metodológicos la muestra se la determinara utilizando el muestro intencional con participación voluntaria (Coolican, 2005), es decir se elegirá a individuos específicos dentro de la población a utilizar, la idea de utilizar el muestreo intencional es centrarse en las personas con características particulares que serán más capaces de ayudar en la búsqueda relevante.

Para este proyecto de investigación la autora llegó a un acuerdo con la tutora del mismo de encuestar a 250 adolescentes de los centros de referencia de toda la Fundación en Quito.

La muestra estuvo constituida por 250 adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano sede Quito, de la muestra, 92 eran mujeres (37%) y 158 varones (63%) con una edad comprendida entre 13 y 16 años,

Gráfico Cobertura total de atención FPS Quito y muestra seleccionada.

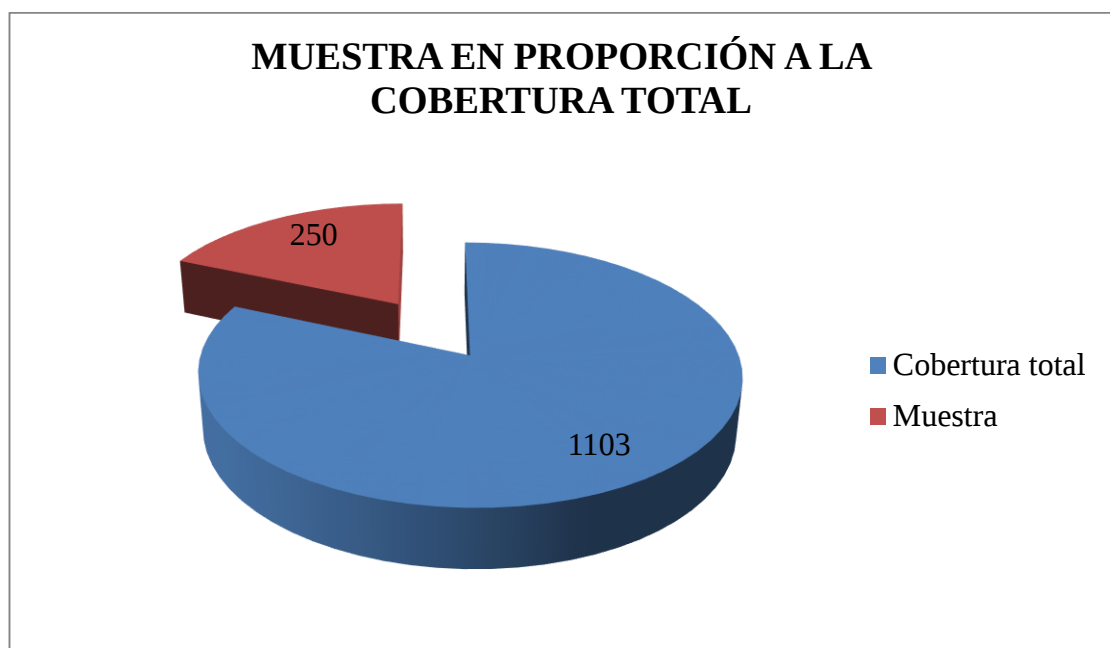


Gráfico N°1 Muestra en proporción a la cobertura total

Fuente: Base de datos FPSCHC Quito.

Elaborado por: Vanessa Martínez

Métodos, técnicas e instrumentos

El presente trabajo de investigación desarrollará una investigación científica debido a que en todo el proceso se obtendrá los resultados mediante procedimientos metodológicos, donde se utilizará los razonamientos lógicos y la investigación para conseguir cumplir los objetivos de la investigación. Se procederá a emplear los siguientes métodos:

Método Analítico para establecer fundamentos, y pensamientos de varios autores con el objeto de llegar a la verdad del problema planteado. Para el Dr. Francisco Ron en su libro “Metodologías de la investigación” (1998) nos dice:

“A través de este método se efectuará el análisis de las bases teóricas y procesales que sirven de sustento para el desarrollo del tema investigado, por lo que, se recurrirá al estudio de las citas bibliográficas que contienen la síntesis de los datos de varios autores que se han tomado como referencia.”

Se empleará también el **Método Inductivo** que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, se caracteriza por cuatro etapas básicas: la observación y el registro de todos los hechos, el análisis y la clasificación, la derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos, y la contrastación. Esto supone que, tras una primera etapa de observación, análisis y clasificación de situaciones específicas, se deriva una hipótesis que soluciona el problema planteado.

En la investigación presente las técnicas constituyen un conjunto de mecanismos que permiten la recolección de datos y la utilización de la misma para la investigación. Para este trabajo investigativo emplearemos la Aplicación de reactivos.

Técnica

En cuanto a las técnicas empleadas para el levantamiento de la información se aplicaron reactivos para determinar rasgos de maltrato y detectar problemas de autolesión.

Instrumentos de investigación

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

Test HTP (Home tree person)

La prueba de casa-árbol-persona, en inglés House-Tree-Person (HTP), es una prueba proyectiva de la personalidad desarrollada originalmente por John Buck (1948), que fue ideada originalmente para evaluar el funcionamiento intelectual. Buck observó que la creatividad artística representa una parte característica y fundamental de la personalidad individual. Se cree que a través de dibujos los sujetos son capaces de expresar mejor los problemas inconscientes, dado que se trata de un proceso bastante primario. Es por este motivo que se utiliza mayoritariamente en la infancia, para que los más pequeños puedan expresar con sus dibujos lo que no son capaces de expresar con sus palabras.

Para el presente trabajo de investigación utilizaremos esta técnica que al igual que sucede con otras pruebas proyectivas, posee una forma de administración e interpretación flexible y algo subjetiva.

El objetivo final de la prueba HTP es medir aspectos de la personalidad de una persona a través de la interpretación de sus dibujos y las respuestas a las preguntas que se le van realizando durante el proceso. Los dibujos proporcionan multitud de información relevante sobre el funcionamiento de un individuo así como de su personalidad.

La prueba HTP es una buena opción para determinar rasgos de maltrato y se puede aplicar a cualquier persona de cualquier edad. Debido a lo poco invasivo que es hacer esta prueba, para esta investigación la aplicaremos a adolescentes.

La prueba dura un promedio de 150 minutos para completarse, aunque puede durar menos tiempo con adultos que funcionan normalmente y mucho más en personas con daño neurológico.

En cuanto a la evaluación de los resultados el test de HTP se evalúa tanto de forma cuantitativa objetivamente, como de forma cualitativa, algo más

subjetivo. El sistema de puntuación cuantitativa consiste en analizar los detalles de dibujos para llegar a una evaluación general de inteligencia, utilizando un método de puntuación ideado por los creadores de la prueba.

El uso principal de la HTP, sin embargo, está relacionado con un sistema de puntuación cualitativa en la que el administrador de la prueba analiza los dibujos y las respuestas a las preguntas de una manera que le ayuda a evaluar la personalidad del examinado.

Para comprender mejor la aplicación del test HTP y la determinación del maltrato físico se revisara ciertos componentes teóricos así Berk (1989) define al maltrato físico como el ataque a niños que produce dolor, cortadas, magulladuras, quemaduras, huesos rotos y otras heridas. Estos ataques tienden a disminuir cuando el niño crece (American Association for Protecting Children, Inc.- Asociación Americana para la protección de los niños Inc, 1985). Los agentes de maltrato suelen ser los progenitores, siendo la madre quien tiene más posibilidades de maltratar. Es probable que se inflija violencia a los niños que a las niñas (Gelles, 1978; Rossell & Trainor, 1984).

En tanto que el maltrato físico deja evidencia observable, también tiene secuelas emocionales que ejercen un grave impacto en el desarrollo social, educativo, y emocional del niño (William, 1978). Estos problemas tienen consecuencias a largo plazo y pueden manifestarse durante la edad adulta en forma de relaciones interpersonales perturbadas, predisposición a trastornos emocionales y un incremento del potencial para maltratar a sus propios hijos (Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller & Silver, 1962; Martin & Rodeheffer, 1976).

El maltrato infantil se ha relacionado con un aumento de la conducta antisocial, la agresividad y la delincuencia en niños, adolescentes y adultos (Lewis, Shanok, Pincus y Glaser, 1979). En casos menos graves, aislamiento, la pasividad, la

depresión, la apatía, caracterizan a los adultos que fueron niños maltratados (Green, 1978; Galdston, 1965).

De acuerdo a Wisson (1989) la respuestas conductuales de los niños maltratados físicamente, van desde la inhibición basada en la ansiedad hasta el furioso acting out. Los patrones de apego en los niños maltratados parecen ser más ansiosos que seguros. Conforme el niño madura, estos patrones se manifiestan a través de interacciones agresivas con los demás. Es más, los niños los niños maltratados desarrollan menos habilidades para interpretar y responder adecuadamente a las señales sociales, lo cual ocasiona aún más problemas en situaciones sociales. Otra causa de pobreza en las habilidades sociales de un niño maltratado es su sentido de impotencia, el sentimiento de que son las acciones de otros las que controlan su vida. Su autoestima se encuentra mal desarrollada incapaces de asumir las responsabilidades de sus fracasos y sus éxitos. Con frecuencia muestran ansiedad cuando se enfrentan a nuevos retos y habitualmente presentan poca tolerancia a la frustración. A medida que estos niños crecen, la depresión es una característica sobresaliente en su composición emocional.

Sobre abuso sexual de acuerdo a Hlfer y Kempe (1976) se define comúnmente como el involucramiento de niños o adolescentes inmaduros o dependientes en actividades sexuales consideradas socialmente consideradas como tabú. Las actividades sexuales incluyen la exposición de los genitales, coito vaginal o anal e inclusión del niño en la pornografía o la prostitución. Lefrancois (1992) amplio la definición para incluir a cualquier acto sexual no deseado que suponga el contacto físico o actos que no lo involucren, tales como posiciones, sugerencias, provocación verbal o exhibicionismo.

Al contrario del maltrato físico, el abuso sexual rara vez deja signos o traumas físicos. Sin embargo existen secuelas importantes que aparecen conscientemente en la literatura sobre los efectos del abuso sexual en niños. Al llegar a adultos los niños que sufrieron abuso sexual pueden sufrir disfunciones sexuales (Finkelhor, 1984; Brownw y Finkelhor, 1986) y alteraciones del funcionamiento personal y

emocional (Steel y Alexander, 1981)) como depresión, ansiedad, (Briere, 1990, Briere y Runtz, 1988; Peters, 1985; Sedney y Brooks, 1984) y baja autoestima (Cuortois; 1979; Hernan, 1981).

Finkelhor y Browne (1986) identificación en niños que fueron víctimas de abuso sexual cuatro componentes generales que los definió como “dinámicas traumatogénicas”. La primera es la sexualización traumática, que es la introducción a experiencias sexuales inapropiadas desde el punto de vista del desarrollo. La segunda es la traición, que incluye pérdida de confianza y seguridad. La tercera es la impotencia, que abarca la ansiedad, el miedo y el desamparo que siente el niño cuando es incapaz de alejar o frenar el abuso. La última dinámica es la estigmatización, que lleva a una escasa autoestima y aun sentimiento de estar arruinado para siempre. Estas dinámicas pueden proporcionar un modelo para comprender la psicodinámica del niño que sufrió abuso sexual.

Dentro del Test existe una parte exclusiva que hace énfasis en los rasgos que tienen los dibujos de personas que han sido víctimas de maltrato físico y abuso sexual.

Maltrato físico

Las características emocionales específicas que pueden aparecer en los dibujos de niños físicamente maltratados son: Problemas de dependencia, Inmoderada necesidad de control, poca autoestima, agresión, enojo, aislamiento social y emocional, sentido de desconfianza, ansiedad, miedo desamparo.

Blain, Bergner, Lewis y Goldstein (1981) descubrieron un grupo de seis rasgos de dibujo que sugieren que la persona ha sido víctima de maltrato físico, su muestra concluyó en 109 niños, de 5 a 12 años de edad. Estos resultados deben interpretarse con precaución ya que al menos 3 de los 6 indicadores pueden asociarse al desarrollo grafomotor.

Rasgos del HTP asociados al maltrato físico

- Humo saliendo de la chimenea
- Sin ventanas en la parte baja de la casa
- La cabeza de la persona mide más de $\frac{1}{4}$ de la altura total
- Pies de persona omitidos
- Persona dibujada únicamente con figuras geométricas
- Persona con extremidades marcadamente asimétricas.

Abuso sexual

Algunos indicadores emocionales específicos de niños con abuso sexual que puedan aparecer en los dibujos incluyen (McFadden, 1989; Rosenfeld y Wesserman, 1990; Wissow, 1989): Indicadores sexualmente inapropiados y agresivos, Pérdida del sentido de seguridad, incapacidad de confiar, ansiedad, miedo desamparo, depresión, conflictos familiares, ideación suicida, agresividad, enojo, culpa vergüenza, incomodidad a las relaciones interpersonales cercanas, sobreapego a los adultos (dependencia).

Hirbbard y hatman (1990) compararon la presencia de los indicadores emocionales de Koppitz (Koppitz, 1964) en los dibujos de la figura humana de 65 presuntas víctimas de abuso sexual, con los dibujos de 64 niños de los que se presumía que habían sufrido este tipo de maltrato, el rango de edad de los sujetos fue de 5 a 8 años; 94 niñas y 35 varones.

Spring (1985) analizó la simbología de los dibujos de 14 mujeres que habían sido maltratadas emocional, físico o sexualmente durante su niñez o que habían sido golpeadas o violadas en su vida adulta. Los análisis indican que estas mujeres solían utilizar ojos con forma triangular en sus dibujos.

A continuación se resume los hallazgos en relación a las características de los dibujos del HTP presentadas en esta sección. Se aplicó considerando las

dinámicas de la personalidad reseñadas en la literatura así como las experiencias de los autores:

- Nubes en cualquiera de los dibujos
- Genitales dibujados en la persona
- Manos demasiado grandes
- Ojos de la persona enfatizados o grandes
- Ojos de la persona pequeños u omitidos
- Piernas de la persona juntas
- Árbol fálico
- Sombreado de la cara, cuerpo, extremidades, manos o cuello de la persona.
- Formas triangulares acentuados en los dibujos de las personas
- Énfasis vertical en el dibujo de la casa.

Cédula de autolesión

En el presente trabajo aplicaremos la cédula de autolesión para determinar niveles de laceración en los adolescentes, este instrumento nos permitirá obtener datos concretos para realizar el análisis de correlación con la variable independiente.

Se considera como un cuestionario de alta confiabilidad presenta las siguientes valoraciones y apreciaciones:

Cédula de Autolesión (CAL).

Es un cuestionario que consta de 13 preguntas planteadas para identificar y calcular temporalmente autolesiones no suicidas. Es considerado como un cuestionario de alta confiabilidad.

Para medir las autolesiones se adaptó la Cédula de Indicadores Parasuicidas hecha por González al (2003). Este es un cuestionario que incluye trece

preguntas, algunas son para marcar. Dicha cédula ha sido utilizada en distintas investigaciones con adolescentes en México (González et al., 2003). González et al (1998) la usaron con estudiantes adolescentes de la ciudad de Pachuca en México. Villatoro et al. (2004, citados en González et al., 2003), por otro lado, aplicaron dicha cédula a estudiantes adolescentes de la ciudad de México.

Este cuestionario, además de indicar si es que el individuo se ha autolesionado alguna vez en su vida, indica el número de veces que lo ha hecho, la edad de la última vez que lo hizo, los métodos utilizados, y si es que fue ayudado o buscó ayuda luego de autolesionarse, (González., 2003).

El cuestionario cuenta con trece preguntas, tanto de respuestas abiertas como cerradas. Para la adaptación –en la que se incluyó una revisión lingüística se eliminaron algunos ítemes. Por ejemplo, el ítem número 5 que decía “Esa última o única vez que te hiciste daño, ¿qué querías?” fue eliminado debido a que existía otro ítem similar, el cual fue conservado, que decía: “La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo?”. Otros ítemes fueron modificados, como por ejemplo el ítem 1 “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?” que fue modificado por “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?”. También el ítem 9 “Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿pensaste que tu muerte era:”, fue variado por “La última vez que te hiciste daño ¿pensaste que:”. Así como la pregunta de este ítem fue cambiada, la respuesta de opciones para marcar también fue modificada en las frases.

La cédula de autolesiones consta de 3 secciones, las primeras 12 preguntas son de respuesta dicotómica sí-no, si la respuesta es “SI” en alguna de estas preguntas se debe pasar a las otras dos secciones que contienen preguntas de elección múltiple, en donde hace referencia a cuantas veces se ha autolesionado y cuando fue la última vez que lo hizo.

Finalmente la pregunta 13 nos ayuda a identificar a que edad empezó a tener esta conducta autolesiva.

Cabe mencionar que la cedula de autolesión también tiene como objetivo explorar el componente comportamental de diferentes trastornos psicológicos que constan en el DSM-V y se diseñó con base en los criterios propuestos por el mismo.

De los ítems antes mencionados cinco son los que se toman en cuenta al momento de calificar la cedula, esta va vinculada al número de veces que lo realizo, por ejemplo, haberlo realizado una vez, equivale a 1 punto, de dos veces a 2 tiene puntuación de 2 y de esta forma sucesivamente. Para el análisis de los resultados se interpreta de la siguiente forma:

0-1: Ausencia de autolesión

2-10: Autolesión leve

11-19: Autolesión Moderada

20-25: Autolesión Grave.

Procedimientos para obtención y análisis de datos

En primer lugar se determinará los test que se aplicaran a los adolescentes encuetados para el levantamiento de la información. El segundo paso dentro de este proceso de investigación es socializar la propuesta al Coordinador de la fundación en Quito y determinar los horarios y los centros de referencia en donde se ira a hacer las encuetas a los adolescentes, a continuación de contar con este calendario de trabajo de campo se procederá con la aplicación los test, finalmente cuando se cuente ya con el cien por ciento de los test de la muestra intencional, el siguiente paso tabular la información para obtener los datos que nos servirán para realizar el análisis regresivo de las variables y el análisis cualitativo de las mismas.

Actividades

Las actividades que se realizaran en cada procedimiento de la ejecución del presente trabajo de investigación una vez determinado el tema y con el permiso correspondiente de la Fundación son las siguientes:

- Determinar los instrumentos (test) que se utilizaran para levantar la información.
- Determinar y seleccionar la muestra para la aplicación de test
- Aplicación de los instrumentos de evaluación
- Se revisó y analizó la información recogida de los dos test psicométricos, para lo cual decir se implementó la limpieza de la información defectuosa e incompleta.
- Se tabularon los resultados según las variables de la hipótesis que se propuso se representó gráficamente.
- Se analizó los resultados estadísticos de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados.
- Obtención e interpretación de resultados
- Se trabajó en la hipótesis.
- Elaboración de conclusiones.
- Se diseñó la propuesta pertinente.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el presente estudio de investigación, con la finalidad de medir índices de maltrato y autolesión a los adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Quito, se aplicaron reactivos, que permitieron obtener información necesaria para realizar un análisis de regresión múltiple con el paquete estadístico SPSS 2.0; se implementó el método Alfa de Combrach con el siguiente orden de ingreso de las variables en la ecuación de regresión: maltrato, autolesión.

Consideraciones éticas

1. Se obtuvo el permiso de los directivos de la Fundación Proyecto Salesiano Quito quienes cuentan con los consentimientos escritos de los tutores y padres de familia de los adolescentes para poder dar inicio a la recolección de datos de investigación.
2. Se respetó la confidencialidad y/o el anonimato de los participantes en todo momento del estudio.
3. Se proporcionó a las autoridades de la fundación una lista de los beneficiarios que reportaron episodios de autolesión, a fin de que se tomaran las medidas pertinentes.

Diagnóstico de la situación actual

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las dos variables medidas para posteriormente proceder con el análisis individual de datos de cada variable, culminando con la presentación de los datos del análisis de regresión y su respectiva interpretación.

Variable Independiente

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	184	74%
No	66	26%
Total	250	100%

Tabla N° 3 NNA con algún nivel de maltrato

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

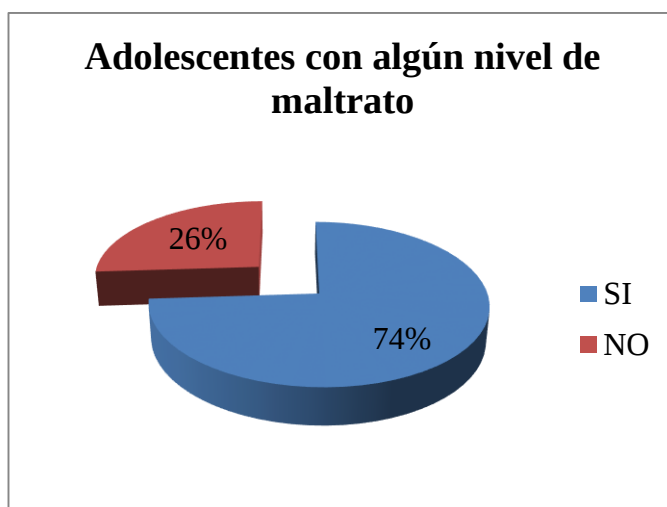


Gráfico N° 2 Adolescentes con algún nivel de maltrato

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

Análisis e Interpretación

Con los datos presentados sobre la variable independiente el 74% de los adolescentes entrevistados ha pasado por alguna situación de maltrato sea esta de carácter físico o sexual, mientras que el 26 % de los casos no han pasado por ninguna situación de maltrato, el total de la muestra analizada fue de 250 adolescentes.

Niveles de maltrato por sexo

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombres		
Si	138	55%
No	20	8%
Mujeres		
Si	80	32%
No	12	5%
Total	250	100%

Tabla N° 4 Nivel de maltrato por sexo

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

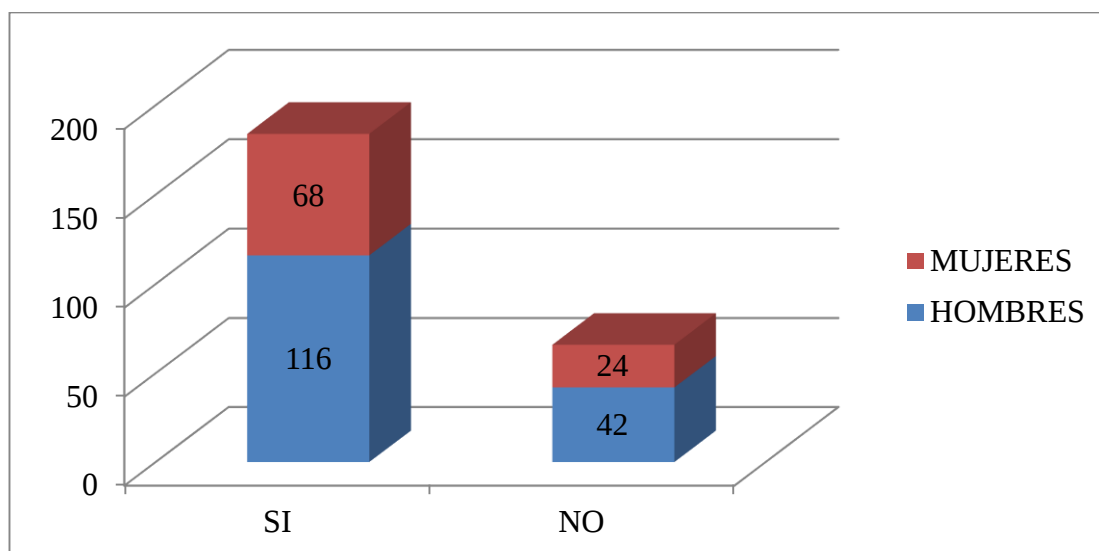


Gráfico N° 3 Nivel de maltrato por sexo

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

Análisis e Interpretación

La tabla y el gráfico presentados nos muestran los niveles de maltrato por sexo como se observa el mayor número de adolescentes que ha sufrido algún tipo de maltrato son 138 hombres, mientras que las mujeres son 80, esto nos indica que los hombres son más propensos a tener algún tipo de maltrato, sin que este caso sea una regla, dentro de este análisis.

Variable Dependiente

Para la variable dependiente el instrumento utilizado para el levantamiento de información fue la cédula de autolesión, a continuación se presenta los resultados de obtenidos en una serie de tablas que nos permitirá tener mayor claridad en cuanto a la información que arrojo la aplicación del reactivo.

Número de participantes

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	29	12%
14	53	21%
15	72	29%
16	96	38%
Total	250	100%

Tabla N° 5 Número de participantes

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

En la tabla presentada del total de la muestra de 250 adolescentes el mayor porcentaje de participantes tiene 16 años 38%, seguidos de los adolescentes que se encuentran entre los 15 años 29%, 14 años 21% y finalmente los adolescentes con 13 años son la minoría 12%.

Frecuencia de autolesiones alguna vez en la vida (n=250)

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca me he autolesionado	66	26%
Autolesión alguna vez en la vida	184	74%
Total	250	100%

Tabla N° 6 Frecuencia de autolesiones alguna vez en la vida

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla 6 muestra la frecuencia de autolesiones en la muestra total. Se observa que el 74% de los participantes se han autolesionado alguna vez en su vida, mientras que apenas el 26% nunca se ha lastimado intencionalmente.

Frecuencia de autolesiones significativas (n=250)

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Al menos dos episodios de autolesiones significativas	60	24%
Autolesiones severas y recientes que requieren tratamiento	0	0%
Un episodio de autolesión y/o autolesiones no significativas	126	50%
Sin autolesión	66	26%
Total	250	100%

Tabla N° 7 Frecuencia de autolesiones significativas**Elaborado por:** Vanessa Martínez**Fuente:** Investigación de campo

La tabla 7 indica la proporción de adolescentes que ha presentado autolesiones significativas (cortarse, quemarse, frotarse con objetos punzantes/abrasivos, tratamiento médico requerido) al menos en dos ocasiones a lo largo de su vida. No obstante, se observa que la proporción disminuye significativamente al considerar un patrón frecuente y reciente y que por tanto, requiere de valoración clínica.

Edad de inicio de las autolesiones (n=184)

Edades	Frecuencia	Porcentaje
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%
11	26	14%
12	28	15%
13	52	28%
14	77	42%
15	1	1%
16	0	0%
Total	184	100%

Tabla N° 8 Edad de inicio de las autolesiones**Elaborado por:** Vanessa Martínez**Fuente:** Investigación de campo

La tabla 8 muestra que el 70% de quienes se han autolesionado lo hizo por primera vez entre los 13 y los 14 años de edad. Cabe resaltar que ningún

participante mencionó una edad de inicio inferior a los 11 años. El promedio de edad de inicio fue de 13 años.

Edad de inicio de las autolesiones en hombres

Edades	Frecuencia	Porcentaje
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%
11	14	15%
12	13	14%
13	25	27%
14	42	45%
15	0	0%
16		0%
Total	94	100%

Tabla N° 9 Edad de inicio de las autolesiones en hombres

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla 9 muestra que el 72% los hombres que se han autolesionado lo hizo por primera vez entre los 13 y los 14 años de edad; en tanto que el promedio de edad de inicio fue de 12.5 años.

Edad de inicio de las autolesiones en mujeres

Edades	Frecuencia	Porcentaje
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%
11	12	13%
12	15	17%
13	27	30%
14	35	39%
15	1	1%
16	0	0%
Total	90	100%

Tabla N° 10 Edad de inicio de las autolesiones en mujeres

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla 10 muestra que el 69% de las mujeres que se han autolesionado lo hizo por primera vez entre los 13 y los 14 años de edad; en tanto que el promedio de edad de inicio fue de 13 años. Es de resaltar que ninguna participante mujer mencionó una edad de inicio superior a los 16 años.

Frecuencia de conductas auto lesivas en mujeres

Autolesiones significativas	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	77	66%
Quemarte (con cigarros u otro objeto)	0	0%
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	40	34%
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	0	0%
Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	0	0%

Autolesiones menos severas	Frecuencia	Porcentaje
Rayar, marcar, pinchar tu piel	18	23%
Impediste que sanaran tus heridas	36	46%
Sacarte sangre	18	23%
Estrellaste tu cabeza o miembros contra un objeto/pared	0	0%
Te golpeaste hasta dejarte un moretón o cicatriz	0	0%
Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	0	0%
Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito	6	8%

Tabla N° 11 Frecuencia de conductas auto lesivas- mujeres

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla 11 muestra que poco más del 60% de adolescentes se ha cortado hasta hacer sangrar la piel. La otra forma severa de autolesión más común es: frotar su piel con objetos punzantes. Las autolesiones que requieren información adicional se refieren a formas de autolesión de gravedad menor y que requieren de seguimiento para confirmar un diagnóstico positivo; se observa que la forma más común de ésta es impedir que las heridas sanen.

Frecuencia de conductas auto lesivas en hombres

Autolesiones significativas	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	35	58%
Quemarte (con cigarros u otro objeto)	0	0%
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	25	42%
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	0	0%
Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	0	0%

Autolesiones menos severas	Frecuencia	Porcentaje
Rayar, marcar, pinchar tu piel	18	44%
Impediste que sanaran tus heridas	14	34%
Sacarte sangre	8	20%
Estrellaste tu cabeza o miembros contra un objeto/pared	0	0%
Te golpeaste hasta dejarte un moretón o cicatriz	0	0%
Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	0	0%
Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito	1	2%

Tabla N° 12 Frecuencia de conductas auto lesivas en hombres

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla 12 muestra la frecuencia de cada tipo de autolesión perpetrada por hombres. Se observa que la forma más frecuente fue cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel, en segundo lugar aparece la acción de frotarse la piel con objetos punzantes (vidrios, fichas) cortarse hasta hacer sangrar la piel. Se observa que en los hombres prevalecen las formas menos severas de autolesión, en este caso, rayar, marcar, pinchar tu piel, así como impedir la sanación de heridas.

Pauta repetitiva de autolesiones en hombres

Tipo de autolesión	Frecuencia				
*Autolesiones significativas	1 vez	2-5 veces	6 - 10 veces	Más de 10	Más de 20
Cortarse	7	34	10		
Quemarse					
Frotarse con objetos punzantes	5	12			
Frotarse con ácido					
Tratamiento requerido por la severidad					

Tipo de autolesión	Frecuencia				
*Autolesiones menos severas	1 vez	2-5 veces	6 - 10 veces	Más de 10	Más de 20
Rayar, marcar, pinchar la piel	4	8	10		
Impedir que sanen heridas	3	7			
Sacarse sangre			9		
Estrellar parte del cuerpo			2		
Golpearse a sí mismo					
Morderse					

Tabla N° 13 Pauta repetitiva de autolesiones en hombres

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

La tabla 13 muestra las características de la pauta repetitiva de los hombres con autolesiones. Se observa que cortarse y rayar/marcar la piel sin cortarla fueron las formas más comunes y que una proporción moderada lo ha hecho solo en una ocasión.

.

Pauta repetitiva de autolesiones en mujeres

Tipo de autolesión	Frecuencia				
*Autolesiones significativas	1 vez	2-5 veces	6 - 10 veces	Más de 10	Más de 20
Cortarse	15	31	6		
Quemarse					
Frotarse con objetos punzantes	9				
Frotarse con ácido					
Tratamiento requerido por la severidad					

Tipo de autolesión	Frecuencia				
*Autolesiones menos severas	1 vez	2-5 veces	6 - 10 veces	Más de 10	Más de 20
Rayar, marcar, pinchar la piel			9		
Impedir que sanen heridas		24			
Sacarse sangre					
Estrellar parte del cuerpo					
Golpearse a sí mismo					
Morderse					
Otra					

Tabla N° 14 Pauta repetitiva de autolesiones en mujeres

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla 14 muestra la pauta repetitiva de las mujeres con autolesiones. Al igual que en el caso de los hombres, las formas más comunes fueron: 1) cortarse, y discrepa en que impiden sanar las heridas.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN

A continuación en esta parte de la investigación, se presentan los resultados obtenidos en el programa estadístico SPSS 22, la metodología para realizar el análisis en el programa fue la siguiente:

1. Se realizó la base datos con 250 casos con las variables maltrato y autolesión, esta información fue obtenida del aplicativo de los test HTP y cédula de autolesión.
2. Para ingresar la base de datos al programa SPSS 22, se determinó la clasificación en el caso de la variable independiente maltrato: tiene rasgos de maltrato 1, no tiene rasgos de maltrato 2 y en el caso de la variable dependiente presenta autolesión 1, no presenta autolesión 2.
3. Se procedió a hacer análisis de correlación de las variables independiente y dependiente, y la valides del modelo en el programa SPSS 22, así como también se hace un análisis de los indicadores de medida de tendencia central.

Análisis de correlación de variables

Para este análisis se utilizaron los coeficientes de correlación Person y Spearman, la siguiente tabla presenta los resultados de correlación de las variables maltrato y autolesión.

Correlaciones			
		Maltrato	Autolesión
maltrato	Correlación de Pearson	1	,585**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	250	250
autolesion	Correlación de Pearson	,585**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	250	250
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).			

Tabla N° 15 Correlación de variables

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

Como se observa en la tabla el coeficiente de correlación Person – Spearman el valor es de 0,585 lo que nos indica que la correlación entre la variable independiente maltrato y la variable dependiente autolesión es considerable, lo que quiere decir que los adolescentes tienden a autolesionarse motivados ciertos rasgos de maltrato de los que han sido víctimas. El nivel de confianza utilizado para este análisis es el del 95%.

Análisis de validez del modelo con el índice Alfa de Cronbach

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	250	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	250	100,0
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,721	2

Tabla N° 16 y 17 Análisis con el índice alfa de cronbach

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

En las tablas presentadas se muestran el valor del índice alfa de cronbach el cual es de 0,721, el mismo que nos indica que la confiabilidad del modelo es bastante alta y segura, dándonos la orientación de la que la hipótesis planteada en el presente trabajo de investigación es positiva.

Análisis de los estadísticos de medida de tendencia central

Estadísticos			
		Maltrato	Autolesión
N	Válido	250	250
	Perdidos	0	0
Media		1,128	1,264
Mediana		1,000	1,000
Moda		1,0	1,0
Desviación estándar		,3348	,4417

Tabla N° 18 Indicadores de tendencia central

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

La tabla presentada indica los estadísticos de medida de tendencia central, como son la media, mediana, moda y desviación estándar, a continuación se procede a analizar cada uno de los resultados de los estadísticos:

Media.- el promedio de los adolescentes que presentan rasgos de maltrato y autolesión es de 1,128 y 1,264 respectivamente.

Mediana.- la mitad de los adolescentes que presentan rasgos de maltrato y autolesión es de 1.

Moda.- los adolescentes que si presentan rasgos de maltrato y autolesión son los más frecuentes dentro de la base de datos de 250 casos.

Desviación estándar.- la desviación estándar mide la variación de los datos presentados para el presente modelo con respecto a la variable independiente que es el maltrato el indicador es de 0,3348 y para la autolesión es de 0,4417.

Comprobación de las hipótesis

Variable X: Maltrato

Variable Y: Autolesión

1. Tabla de frecuencias

Maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	218	87,2	87,2	87,2
	no	32	12,8	12,8	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Tabla N° 19 Tabla de frecuencia Maltrato

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

Autolesión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	184	73,6	73,6	73,6
	no	66	26,4	26,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Tabla N° 20 Tabla de frecuencia Autolesión

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

2. Planteamiento de la hipótesis

H0: Existe correlación entre las variables maltrato y autolesión

H1: No existe correlación entre las variables maltrato y autolesión

3. Nivel de significancia

Alfa: 0,05 o 5%

4. Estadístico de prueba

Coeficiente de correlación de Person – Spearman

5. Valor del coeficiente de correlación

$R = 0,585$

6. Valor de P o significancia

$P = 0,000$

7. Conclusión

Como el valor de P es menor a 0,05 no se acepta la H1, por lo tanto existe evidencia de correlación entre las variables, además como el valor de R es de 0,585 se determina que la correlación entre las variables es significativa.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Según los datos obtenidos se puede verificar existen rasgos de maltrato en la mayoría de los adolescentes que participaron de forma voluntaria en esta investigación, además se puede constatar que está estrechamente relacionada con la autolesión, es decir que es una problemática que está presente en la población de adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle Quito.
- Este estudio demuestra que, desde el punto de vista psicológico, el maltrato incide directamente en la autolesión, estadísticamente también es significativa de acuerdo a los resultados obtenidos en el programa SPSS.
- Se establece que el 74% del total de la muestra presenta los siguientes tipos de maltrato: físico y en algunos casos, sexual. Estos datos fueron detectados a través de la aplicación del test HTP.
- Se determina que la autolesión está presente en adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle Quito y existe de manera tangible, ya que se evidencia en más del 50% de los casos que se estudiaron en la muestra. El tipo de autolesión más común es “Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel” con un 74% de frecuencia, seguida de “Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)” con un 24%. Los datos fueron levantados a través de la aplicación de la cédula de autolesión.
- Se determina que es significativo el nivel de correlación entre maltrato y autolesión en los adolescentes encuestados, la aplicación de los datos en la herramienta estadística SPSS arroja un resultado es de 0,585 (coeficiente de correlación Person y Spearman).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle Quito, promueva actividades que permitan identificar el maltrato de manera efectiva e inmediata, de esta forma se podría evitar el progresivo aumento de las situaciones de violencia.
- Se recomienda que la Fundación genere espacios de convivencia y desarrollo psicosocial para los adolescentes que tienen la tendencia a autolesionarse, con la finalidad de que puedan ocupar de manera adecuada su tiempo libre.
- Se recomienda realizar talleres preventivos de maltrato, violencia y autolesión; con la finalidad de reducir el porcentaje de autolesión encontrado en los resultados del presente estudio.
- Se recomienda realizar un programa de terapia psicológica con los casos detectados, con la finalidad de reducir los niveles de autolesión que se presentan.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo el analizar la relación que existe entre el maltrato y la autolesión, en base al uso y resultados obtenidos en el Test HTP para medir rasgos de maltrato y en la Cédula de Autolesión.

Es una investigación de tipo cuantitativa, no experimental de alcance descriptivo y de temporalidad transversal, fundamentado en esta metodología se pudo evidenciar que el maltrato está asociado de forma directa al acoso laboral, estas variables tienen una correlación significativa en el nivel 0,01 (2colas), este puntaje se obtuvo en las correlaciones de Pearson y Sperman.

Los puntajes antes mencionados tienen relevancia ya que en la actualidad el fenómeno de la autolesión es una conducta que va tomando fuerza entre los adolescentes y jóvenes a nivel mundial, lo cual posiblemente se deba a una manera deficiente de afrontamiento emocional, dentro de nuestro país no existen muchos estudios realizados acerca de este tipo de problemática, es por tal motivo que los resultados obtenidos tienen significancia, ya que aún se maneja esta problemática como un tabú y se piensa que solo se da en países desarrollados, o que solo se manifiesta en determinado estrato social sin embargo esto está lejos de la realidad que palpan a diario los adolescentes.

Tomando en cuenta otras investigaciones realizadas acerca de la autolesión Díaz Rodríguez, González Sandoval, Minor Ferra, & Moreno Almazán (2008) a través de un estudio sobre la relación entre el Trastorno de personalidad y la conducta Autodestructiva en adolescentes de nacionalidad mexicana, realizado con una muestra de 19 adolescentes mexicanos, mismo que fueron estudiantes, de entre 12 y 14 años, estableciendo correspondientemente dos grupos, siendo uno de estos de control. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: se encontró una heterogeneidad importante entre el grupo de estudio y el grupo de control en base al Trastorno Cognitivo Conductual. Con relación al género, el femenino es aquel

con mayor tendencia a desarrollar una conducta autolesiva o síndrome de cutting, representado el 73% y el 27 % corresponde al género masculino.

Kirchner (2011) presento un estudio realizado en Barcelona, dónde relaciona la Ideación Suicida y la Conducta Autolesiva en una población compuesta por 1.171, de los cuales 518 (44,2%) son chicos y 653 (55,8%) son chicas, con edades que oscilan de los 12 a los 16 años, mismo que fue desarrollado con el objetivo de identificar la prevalencia de género en las conductas auto lesivas e ideación suicida y fortalecer su capacidad de afrontamiento; consecutivamente se determina que un 11.4% hace referencia a la prevalencia de la conducta autolesiva, mientras que pensamiento suicida representa el 12.5%.

Adicional a esto en otro estudio realizado se menciona que el gobierno Británico habla, y hace referencia a que la conducta autolesiva corporal en jóvenes, ha incrementado considerable, hasta el punto de llegar a ser considerada una epidemia silenciosa que afecta a uno de cada 15 adolescentes de entre 12 y 25 años en el Reino Unido. Según los resultados del principal informe realizado por Truth Hurts (2010) cada año más de 24000 jóvenes son ingresados en hospitales como consecuencia de acciones autolesivas.

Otro estudio relevante es el realizado por Whitlock (2009, p. 9), presenta que “en diversos estudios realizados en varios países del mundo como Australia, Francia, Alemania, Italia, México, Costa Rica, Panamá, Perú y Honduras, mediante encuestas, se obtuvieron resultados en donde aproximadamente el 13% y el 25% de los adolescentes y adultos jóvenes presentan un historial autolesivo o síndrome de cutting.” Muchos de estos jóvenes se autolesionan una o dos veces y desisten del acto. Otros llegan a presentar un comportamiento adictivo.

Según Mojardin (2000), “alrededor del 10 % de adolescentes entre las edades de los 10 y 16 años, alrededor del mundo están adoptando ésta práctica. Dicha cifra llega a representar el 28 % en varias zonas urbanas de países como Japón, la India, Inglaterra o Estados Unidos.”

En el año 2006 salta la alarma en los medios de comunicación de masas sobre la base de publicaciones llevadas a cabo por el gobierno Británico y que hablan, haciendo referencia a la conducta autolesiva corporal en jóvenes, del incremento considerable de este tipo de acciones entre los jóvenes hasta el punto de llegar a ser considerada una epidemia silenciosa que afecta a uno de cada 15 adolescentes de entre 12 y 25 años en el Reino Unido. (Axela, 2007).

Haciendo un análisis y comparación con los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede mencionar que de una población con carácter voluntario de 250 adolescentes, entre 13 a 16 años de edad, se puede evidenciar que hay 184 adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle- Sede Quito, con comportamientos autolesivos, en cuanto a la prevalencia entre hombres y mujeres cabe recalcar que no es significativo ya que la Fundación cuenta con mayor población masculina que femenina. Otro dato relevante es que el 74% de la población que participó en el presente estudio ha sido víctima de algún tipo de maltrato, por lo cual se puede corroborar que el maltrato tiene una influencia significativa para que los adolescentes tengan este tipo de conducta autolesiva.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

TEMA DE LA PROPUESTA

La propuesta consiste realizar la aplicación de la técnica derivada del Psicodrama, denominada “La tienda Mágica” como preámbulo al seguimiento psicoterapéutico individual de adolescentes que tienen rasgos de autolesión, además se propone trabajar de manera simultánea con las familias de los beneficiarios mediante talleres de Psicoeducación para mitigar el maltrato.

JUSTIFICACIÓN PROPUESTA

El maltrato infantil es una de las mayores problemáticas que se presenta a nivel mundial y nuestro país no es ajeno a esta realidad, en distintos estudios se ha logrado identificar varias de las consecuencias que tienen las personas que han sido víctimas, una de ellas es la autolesión, la cual es otra de las problemáticas que va tomando fuerza a nivel mundial, y mediante este estudio se ha logrado comprobar que los adolescentes de la Fundación Proyecto Salesiano Chicos de la Calle tienen rasgos de autolesión y está estrechamente vinculado al maltrato. Según Koss, y Woodruff (1991) las personas que han sido víctimas de maltrato pueden generar síntomas asociados a afecciones psicológicas graves, es por tal motivo que la psicoterapia es una herramienta útil al momento de tratar los síntomas antes mencionados, según Wolberg (1977) define que psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: 1) suprimir, modificar o disminuir los síntomas

existentes; 2) intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y 3) promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Desde el enfoque psicoanalítico los objetivos psicoterapéuticos se centran en los afectos, las emociones y los sentimientos para considerar la dinámica que se establece en relación con el conflicto que genera la situación poco saludable para el paciente, así como esclarecer sus características e identificar contenidos manifiestos o latentes. Dentro del psicoanálisis encontramos la técnica del psicodrama la cual tiene una herramienta llamada “La Tienda Mágica” que es un ejercicio que ayuda a reconocer los propios deseos y carencias, a través del contenido metafórico del regateo y la negociación, se pone de manifiesto lo que cada quien puede abandonar para obtener lo que desea, es así como se potencia una rica exploración del Yo, (Marineau, R.F. 1994-1997).

Es por tal motivo que se ha visto la necesidad de crear una alternativa para tratar estas dos problemáticas, con lo cual se pretende mejorar el manejo de emociones con el fin de tener una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

General

Determinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual, guiada con el manual desarrollado respecto a la disminución/ eliminación de la autolesión en adolescentes al ser comparado contra el grupo sin tratamiento.

Específicos

- Evaluar el proceso de atención a los adolescentes y jóvenes quienes han presentado problemas de autolesión en la Fundación Proyecto Salesiano Quito.

- Desarrollar una serie de talleres de terapia cognitivo conductual, orientada a adolescentes y padres de familia con la finalidad de disminuir la autolesión detectada.

ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación se presenta la argumentación teórica por la cual se escogió para el presente estudio plantear la propuesta a través de la aplicación de la técnica derivada del Psicodrama, denominada “La tienda Mágica”.

PSICODRAMA

Es una técnica de grupo a través de la cual los participantes dramatizan o representan determinadas situaciones del modo más espontáneo posible, teniendo como objetivo principal la comprensión y vivencia de la situación representada. En esta técnica los roles son inventados en el momento de modo espontáneo, (Barbour, A. 1977).

El psicodrama es una situación de grupo en la cual uno o varios individuos son impulsados a representar o dramatizar un «rol» o situación real o imaginario en el cual se implican de manera personal. Dentro del psicodrama se abarcan algunas técnicas, entre las cuales se encuentra “La “tienda Mágica”, (Kellerman, P. 1992).

TIENDA MÁGICA

Es una técnica para explorar los valores del grupo y construir resonancias éticas. Se trata de un ejercicio que ayuda a reconocer los propios deseos y carencias, a través del contenido metafórico del regateo y la negociación se pone

de manifiesto lo que cada quien puede abandonar para obtener lo que desea, es así como se potencia una rica exploración del Yo, (Marineau, R.F. 1994-1997).

El desarrollo de la técnica se basa en dos reglas fundamentales que son:

1. La tienda mágica como un lugar muy especial. En esta tienda no se venden productos, si no que se intercambian cualidades, atributos y características de las personas como: cariño, tenacidad, disciplina, perseverancia, etc.
2. Los tenderos de la tienda no están interesados en dinero, lo único que hacen son trueques de una característica humana por otra, (Verhofstadt-Denéve, L. 2000).

Para el desarrollo de la Tienda Mágica se deben realizar diferentes pasos, el primero se denomina: Caldeamiento que es un ejercicio para generar rapport entre los diferentes participantes, con el cual se pretende que se reconozcan y que expresen como se sienten mediante movimientos corporales y gestuales, (Moreno J.L 1992).

Posteriormente se procede a aplicar técnicas de respiración y relajación para lo cual se les pide que se coloque en una posición corporal cómoda, además se coloca una música de fondo para ambientar la situación. Mediante el desarrollo de este proceso se les pide que imaginen un lugar en donde quisieran estar, que imaginen personas y momentos, dependiendo del caso que se vaya a tratar. A continuación se los hace regresar al “aquí y ahora” para empezar a intercambiar sentimientos y emociones en la tienda mágica, en donde la tienda recibe sentimientos y emociones negativas cambiándolos por sentimientos y emociones positivas. Con el uso de esta técnica se busca que los y las participantes expresen sentimientos que se han producidos por situaciones estresantes en este caso el maltrato. (Rojas Bermúdez, J. 1997).

En cualquier proceso psicoterapéutico el primer paso es saber atender y escuchar la demanda que se nos formula, si quien escucha parte de premisas sesgadas y de esquemas basados en prejuicios, el proceso se pervierte inmediatamente. Esta capacidad empática tan necesaria para la práctica de la psicología en general, en el caso de los adolescentes que han sido víctimas de maltrato es absolutamente imprescindible, (Matud, M. Gutiérrez, A. y Padilla, V. 2004).

La técnica psicoterapéutica denominada “La tienda Mágica” aplicada a personas con rasgos de maltrato y autolesión es un preámbulo que nos ayudara a identificar y determinar pensamientos y sentimientos negativos que se generan para que se autolesionen, con la finalidad de dar herramientas adecuadas para el correcto afrontamiento emocional. Posteriormente se procederá a realizar un seguimiento individual a cada uno de los casos.

DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA

Una vez expuesto los argumentos teóricos del por qué el presente estudio de investigación empleara la técnica derivada del Psicodrama, denominada “La tienda Mágica”, el presente aparatado tiene por objeto presentar el diseño técnico de la propuesta para dar una alternativa al problema de autolesión detectado en los adolescentes con rasgos de maltrato de la Fundación Proyecto Salesiano Quito.

La propuesta técnica que se plantea consta de dos fases la primera es el trabajo que se realizara con los padres de familia desde la aplicación de los talleres de psico educación, la segunda fase es el trabajo que se realizará con los adolescentes a través de sesiones sicoterapéuticas, en las dos fases se trabajar con diferentes temáticas planteadas en los módulos que se presentaran a continuación.

Propuesta técnica para implementación de talleres

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Logística	Preparación de los espacio adecuados para desarrollar la presente propuesta	Organizar con el Coordinador del Proyecto Salesiano Quito, los aspectos logísticos para implementar los talleres.	Humanos	1 hora	La autora y coordinador del Proyecto Salesiano Quito.
Socialización	Presentación de los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación a las autoridades de la Fundación. Presentación de la propuesta de talleres y sesiones psicoterapéuticas a impartir a los adolescentes y sus familias.	Socializar ante las autoridades de la Fundación los resultados obtenidos de la investigación. Incentivar a los padres de familia para la participación activa y corresponsable en la educación de sus hijos.	Humanos	2 hora	La autora
Finalización	Entrega de los nuevos resultados de la aplicación de los test (Cédula de autolesión) a los padres de familia. Recomendaciones	Determinar el impacto de la propuesta a través de la nueva aplicación de los test.	Humanos	3 hora	La autora

Tabla N° 21 Propuesta técnica para implementación de talleres

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

PLANIFICACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS DE LOS ADOLESCENTES DETECTADOS CON RASGOS DE MALTRATO Y AUTOLESIÓN

Una vez presentada la propuesta general, se plantea realizar ocho talleres, con las familias de la población beneficiaria, relacionados con la temática del buena convivencia familiar y consecuencias del maltrato, con la finalidad de ir disminuyendo los rasgos de maltrato que fueron detectados en el presente estudio de investigación, además también se pretende disminuir los rasgos de autolesión en los adolescentes. El tiempo estimado para cumplir con la totalidad de los talleres es de 4 meses, es decir que posiblemente se impartirán dos por mes, lo cual depende de la autorización de los coordinadores de la Fundación.

A continuación se presenta la propuesta de la planificación de cada uno de los talleres dirigidos hacia las familias de los beneficiarios:



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TALLER 1 PADRES DE FAMILIA

TEMA: LA FAMILIA



OBJETIVO: Conocer la importancia de la familia en el desarrollo integral de los hijos.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica de presentación "La pelota Saltarina"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Una pelota de tennis	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Familia: definición función y tipos. Familia nutridora vs. Familia no nutridora El rol de la familia en desarrollo integral de los hijos.	Dar a conocer a los padres de familia participantes, los conceptos básicos de las temáticas propuestas en cuanto a la familia.	Proyector, computadora, parlantes, papelotes, marcadores, material impreso	Se busca que los padres o representantes legales tengan claro los conceptos básicos en cuanto a la tematica de la familia.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "no me voy con las manos vacías"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	3 hojas de papel. Tijeras, marcadores, lápices, parlantes, música clásica.	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 22 Propuesta de planificación taller 1

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
TALLER 2 PADRES DE FAMILIA
TEMA: ¿CONOZCO A MIS HIJOS?



OBJETIVO: Brindar herramientas para que los padres reconozcan la importancia de conocer a sus hijos

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica de presentación "Animales del zoológico"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Recursos humanos	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Conceptos básicos de la comunicación, lenguaje verbal y no verbal. Dinámica "La novela de mi vida". Responder preguntas acerca de la actividad, y socialización de la experiencia. Resolución del cuestionario ¿Cuánto conozco a mi hijo/a?, reflexión individual, realizar grupos de 6 personas para compartir la experiencia.	Generar elementos para que los padres sepan la importancia de conocer todos los aspectos de la vida de sus hijos.	Proyector, computadora, parlantes, papelotes, marcadores, cuestionarios impresos, esferos	Se busca que los padres o representantes legales tengan claro la importancia de conocer a sus hijos.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "compromiso"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 23 Propuesta de planificación taller 2

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TALLER 3 PADRES DE FAMILIA

TEMA: ¿SABEMOS COMUNICARNOS?



OBJETIVO: Descubrir la importancia del diálogo para la comprensión y buena convivencia entre padres e hijos

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "El teléfono dañado"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Recursos humanos	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	La importancia de la comunicación, lenguaje verbal y no verbal con los hijos y como ponerlo en práctica. Resolución del cuestionario "Para dialogar", realizar grupos de 6 personas para compartir las experiencia mediante una exposición.	Comprender la importancia del dialogo y la comunicación en el proceso de acercamiento, comprensión y comunicación entre padres e hijos.	Proyector, computadora, cartulinas, marcadores, cuestionarios impresos, esferos	Se busca que los padres o representantes legales tengan claro la importancia de la buena comunicación entre padres e hijos.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "comunico lo que siento- gestos"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 24 Propuesta de planificación taller 3

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TALLER 4 PADRES DE FAMILIA

TEMA: ¿CUANTO CONOCEMOS SOBRE LA VIOLENCIA?



OBJETIVO: Conocer conceptos básicos acerca de la violencia y las consecuencias que genera.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "Peluches Cálidos"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	peluches y pinzas para colgar ropa	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Concepto de violencia, tipos de violencia, círculo de la violencia y consecuencias. Dividirse en grupos de 6 personas y realizar una dramatización de un tipo de violencia con sus posibles consecuencias	Sensibilizar en los asistentes las consecuencias que acarrea la violencia.	Proyector, computadora, parlantes.	Se busca que los padres o representantes legales tengan claro las consecuencias de la violencia dentro del núcleo familiar.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "Que aprendí"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 25 Propuesta de planificación taller 4

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
TALLER 5 PADRES DE FAMILIA
TEMA: LOS GOLPES NO EDUCAN



OBJETIVO: Aprender técnicas efectivas para poner límites a los hijos sin usar la violencia.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "El conejo desobediente"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Recursos humanos	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Retroalimentación breve de los tipos de violencia y sus consecuencias. ¿Cómo educar sin maltratar? ¿Cuándo impongo mis ideas, mis hijos me respetan más? ¿La educación tradicional funciona? La educación basada en el dialogo y respeto. Los niños y adolescentes también tienen derechos.	Reafirmar conceptos anteriores y dar a conocer nuevas estrategias de educación para no usar la violencia.	Proyector, computadora, parlantes, material impreso, papelotes marcadores.	Se busca que los padres o representantes legales tengan herramientas útiles al momento de educar a sus hijos.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "También se aprende por imitación"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 26 Propuesta de planificación taller 5

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA TALLER 6 PADRES DE FAMILIA TEMA: MI AUTOIMAGEN POSITIVA



OBJETIVO: Comprender que las actitudes de los padres influye en la estima de los hijos.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "El patito feo"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Recursos humanos	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Concepto básico de autoestima, como influencia la familia en la formación de la autoestima, como fortalecer la estima de nuestros hijos. Realizar la actividad "Los círculos dobles" señalización del ejercicio. Realizar la actividad de dramatización en grupos de 7 acerca de los temas-situación, posterior a esto se llenara el cuestionario y se socializara.	Sensibilizar y reconocer actitudes que pueden generar baja estima.	Proyector, computadora, parlantes, material impreso, papelotes marcadores.	Se busca que los padres o representantes legales reconozcan su participación activa en la formación de la estima de sus representados.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "video la ovejita"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 27 Propuesta de planificación taller 6

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
TALLER 7 PADRES DE FAMILIA
TEMA: EDUCAR PARA LA NO VIOLENCIA



OBJETIVO: Brindar herramientas de resolución pacífica de conflictos.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "Los cubiertos"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Recursos humanos	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Exposición "De la cultura de la violencia a la de la Paz". Manejo y resolución asertiva de conflictos. El poder del amor en la familia. Resolución del cuestionario "Percepciones", socializar, y exponer las conclusiones en grupo. Realizar la actividad del diagrama en grupo, a través de dibujos y después exponer lo aprendido.	Sensibilizar y reconocer actitudes que pueden generar dificultades en la familia.	Proyector, computadora, parlantes, material impreso, papelotes marcadores.	Se busca que los padres o representantes legales aprendan diferentes formas de solucionar conflictos de forma pacífica.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "no me voy con las manos vacías"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 28 Propuesta de planificación taller 7

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
TALLER 8 PADRES DE FAMILIA
TEMA: NUESTRO TIEMPO VALIOSO EN FAMILIA



OBJETIVO: Conocer la importancia el tiempo de calidad en familia.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "yo soy"	Generar Rapport y empatía con los padres de familia beneficiarios.	Recursos humanos	Se pretende que los padres de familia rompan el hielo entre participante y con el expositor.	Terapeuta
DESARROLLO	Exposición "Mi familia necesita tiempo conmigo". El tiempo de calidad Vs. el factor económico. Factores positivos de la convivencia familiar y el buen manejo del tiempo libre. Escuchar la canción de Franco de Vita "No Basta" y responder las preguntas referentes a la misma, socializar. Realizar la dramatización sobre la forma de emplear el tiempo libre con casa situación asignada, responder el cuestionario y exponer.	Dar a Conocer y concientizar en los participantes la importancia de compartir tiempo de calidad en familia.	Proyector, computadora, parlantes, material impreso, papelotes marcadores.	Se busca que los padres o representantes legales aprendan a manejar y planificar de forma óptima su tiempo para compartir en familia.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Preguntas y respuestas. Dinámica de despedida "Ovillo de Lana- Ritual de despedida"	Generar un espacio en donde los asistentes despejen sus dudas mediante preguntas.	Recursos humanos	Esclarecer las dudas que se hayan generado durante el desarrollo del taller.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 29 Propuesta de planificación taller 8

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON LOS ADOLESCENTES DETECTADOS CON RASGOS DE MALTRATO Y AUTOLESIÓN

La aplicación de la técnica psicoterapéutica “La Tienda Mágica” es un preámbulo para el inicio del seguimiento psicoterapéutico individual de los adolescentes con rasgos de autolesión, con el objetivo de identificar los sentimientos negativos que tienen los adolescentes por causa del maltrato y que a su vez les crea la necesidad de autolesionarse, esto nos dará pautas para posteriormente poder empezar con un seguimiento psicoterapéutico individual con cada uno de ellos. Para el desarrollo de la técnica se contara con la participación de todo el personal del área de psicología de los diferentes centros de referencia de la Fundación, para lo cual se realizara una capacitación previa con los Psicólogos participantes, posterior a ello se dividirá a la población de 184 adolescentes detectados con rasgos de maltrato y autolesión en grupos, los cuales serán separados por rango de edad, las cuales oscilan entre 13 y 16 años, lo ideal es que existan grupos máximo de 15 a 20 adolescentes por grupo, por la cantidad de personas se realizaron dos réplicas de la técnica.

La “Tienda Mágica” como se menciona anteriormente es una técnica psicoterapéutica derivada del Psicodrama para el desarrollo de la misma se deben realizar diferentes pasos, el primero se denomina: Caldeamiento que es un ejercicio para generar rapport entre los diferentes participantes, con el cual se pretende que se reconozcan y que expresen como se sienten mediante movimientos corporales y gestuales, (Moreno J.L 1992). Posteriormente se procede a aplicar técnicas de respiración y relajación para lo cual se les pide que se coloque en una posición corporal cómoda, además se coloca una música de fondo para ambientar la situación. Mediante el desarrollo de este proceso se les pide que imaginen un lugar en donde quisieran estar, que imaginen personas y momentos, dependiendo del caso que se vaya a tratar. A continuación se los hace regresar al “aquí y ahora” para empezar a intercambiar sentimientos y emociones en la tienda mágica, en donde la tienda recibe sentimientos y emociones negativas cambiándolos por sentimientos y emociones positivas. Con el uso de esta técnica

se busca que los y las participantes expresen sentimientos que se han producidos por situaciones estresantes en este caso el maltrato. (Rojas Bermúdez, J. 1997).

A continuación se presenta una planificación del desarrollo de esta técnica.



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
FASE I - CAPACITACION**



OBJETIVO: Capacitar a los psicólogos de la Fundación Proyecto Salesiano en la técnica Psicoterapéutica "La tienda Mágica"

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo y Bienvenida Dinámica "Me gusta"	Generar Rapport y empatía con los participantes.	Recursos humanos	Se pretende que los Particiones rompan el hielo y se integren entre sí.	Terapeuta
DESARROLLO	Explicación teórica breve acerca de la técnica y porque se la escogió como preámbulo al tratamiento psicoterapéutico de los adolescentes. Establecer y designar a cada Psicólogo un grupo de 15 adolescentes específico con el cual replicara la técnica. APLICACIÓN DE LA TECNICA: 1. Caldeamiento: Dinámica "Me Gusta". 2. Desarrollo: Aplicación de técnicas de respiración-relajación, regresar al "aquí y ahora", intercambio de sentimientos y emociones en la tienda mágica con el uso del material en fomix. 3. Cierre: Ritual "El ovillo de Lana"	Conocer la técnica psicoterapéutica "La tienda Mágica" con el fin de ser replicada en los adolescentes de la Fundación detectados con rasgos de maltrato y autolesión.	Proyector, computadora, parlantes, material impreso, pescaditos y piedras fomix, marcadores.	Se busca los psicólogos de la Fundación conozcan la técnica psicoterapéutica con el fin de replicarla. .	Terapeuta
CIERRE	Dinámica de despedida "Ovillo de Lana- Ritual de despedida"	Compartir e intercambiar experiencia que se vivenciaron durante el desarrollo de la técnica.	Ovillo de lana	Que los participantes salgan con un estado de ánimo estable e intercambien experiencia vivenciadas el desarrollo de la técnica.	Terapeuta

Tabla N° 30 Propuesta de planificación capacitación

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
FASE II**

TEMA: APLICACIÓN DE LA TÉCNICA PSICOTERAPEUTICA "LA TIENDA MÁGICA"

OBJETIVO: Aplicar la técnica Psicoterapéutica "La tienda Mágica" a los adolescentes detectados con rasgos de maltrato y autolesión.

FASE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE
CALDEAMIENTO	Saludo y Bienvenida Dinámica "Me gusta"	Generar Rapport y empatía con los participantes.	Recursos humanos	Se pretende que los participantes rompan el hielo, se integren entre sí.	Terapeuta
DESARROLLO	Cada Psicólogo se dirige con su grupo establecido de 15 adolescentes a un espacio designado. APLICACIÓN DE LA TÉCNICA: 1. Aplicación técnicas de respiración. 2. Regresar al "aquí y ahora". 3. Iniciamos el intercambio de sentimientos y emociones en la "tienda mágica" con el uso de pececitos y piedras de fomix.	Enfrentar sentimientos negativos que provoca la situación de maltrato.	Parlantes, pescaditos y piedras de fomix, marcadores.	Se busca que los asistentes reduzcan un poco su "tormenta Emocional" e identificar sentimientos negativos que provoca la situación de maltrato que a su vez le incentiva a autolesionarse.	Terapeuta y Coterapeuta
CIERRE	Dinámica de despedida "Ovillo de Lana- Ritual de despedida" y "El globo encantado" (lanzar un globo al aire y vislumbrar lo lejos que pueden llegar si se lo proponen).	Intercambiar experiencia que se vivenciaron durante el desarrollo de la técnica.	Ovillo de lana	Que los participantes salgan con un estado de ánimo estable e intercambien experiencia vividas durante la técnica.	Terapeuta y Coterapeuta

Tabla N° 31 Propuesta de planificación aplicación de la técnica en adolescentes

Elaborado por: Vanessa Martínez

Fuente: Investigación de campo

SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO INDIVIDUAL

Una vez aplicada la técnica psicoterapéutica “La tienda Mágica” se procede a dar un seguimiento individual a cada uno de los casos, lo cual consiste en realizar la apertura de las historias clínicas o ficha psicológica como la llaman en la fundación de cada adolescentes, lo cual se realizara mediante una entrevista, una vez que se haya llenado cada parte de la historia clínica y se hayan tomado más reactivos que complementen el diagnóstico, se puede iniciar una psicoterapia individual, el tratamiento psicológico a emplearse dependerá de cada uno de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

Acero Rodríguez, P. D. (2015). La autolesión: Posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso. Recuperado 18 de enero de 2018, a partir de http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf

Álvarez, M.E. (1999) Maltrato infantil. Colección Manuelas, cartilla 2, Quito.

Aracena, M., Castillo, R., Haz, A. M., Cumsille, F., Muñoz, S., Bustos, L., & Román, F. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos... *Revista de Psicología*, IX(1), 0.

Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (1999). Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Recuperado 27 de enero de 2018, a partir de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30978023/arruabarrenacorreido.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1517095542&Signature=W5vNln8vbsYgz6aIP4VnPdS4Hac%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMaltrato_a_los_ninos_en_la_familia_evalu.pdf

Barbour, A. (1977). Variations on Phychodramatic sharing. Group Psychotherapy, Phychodrama & Sociometry. Pp 30, 122-126

Blanco, I.; Salvador, S.; Cobián, A. y Bello, A. (2000) Maltrato infantil intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN 4(3):30-37.

Coolican Hugh (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. Editorial Manual Moderno México, 2005 ISBN: 970-729-160-5.

Fernández, G., Alonso, A., & Rodríguez, Z. (2006). Maltrato oculto en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864003>

GRACIA FUSTER, E. y MUSITTU OCHOA, G. (1993). El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.

Gómez, S. (1988). Maltrato infantil: Un problema multifacetico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(2), 149-161.

Jiménez, L., Donoso, P., Sánchez, I.-S., Morales, S., & Jumbo, I. (2005). Incidencia Del Maltrato Físico Y Psicológico Infantil En El Rendimiento De Los/Las Estudiantes/As. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (2), 43-61.

Kellermann, P. (1992) Ethical Concerns in Psychodrama. *Journal of the British Psychodrama Association*. Pp 3-19.

Kieran, P.O. (1995) Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse Negl.* 19:446-461.

Kirchner, T. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 26-35.

Letamendia Perez, R. (2002). El maltrato en contextos escolares. *Revista de Psicodidáctica*, (13). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501305>

Loredo-Abdalá, A. (2008). El maltrato infantil: conceptos básicos para cambiar de utopía a realidad en México. *Acta Pediátrica de México*, 29(5), 252-253.

Marineau, R.F. (1994-1997) Tarinateatteri Taikapeilin ryhmäistunnot

Mendoza Yazmín y Pellice Francisco (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam024b.pdf>

Mojardin, A. (2000). Aguas con el cutting! Obtenido de Didaktica: <http://www.didaktica.com/index.php/noticias/128-aguas-con-el-cutting.html>

Moreno, J.L. (1946). Psychodrama. Ambler: Beacon House (edición de 1985)

Patró, R., & Limiñana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21(1), 11-17.

Platone, M. L. (2007). Condiciones familiares y maltrato infantil. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 47-58.

Roca, X., Guàrdia, J., & Jarne, A. (2012). Las Conductas Autolesivas En El Ámbito Penitenciario. Una Revisión Del Estado Del Arte. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 116-128.

Straus, M.A. y Gelles, R.J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two National Surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 465-479.

Thyssen, L. S., & Camp, I. van. (2014). Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. *Salud Mental*, 37(2), 153-157.

Ulloa Flores, R. E., Contreras Hernández, C., Paniagua Navarrete, K., & Victoria Figueroa, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas

asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Recuperado 18 de enero de 2018, a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58228970010.pdf>

Verhofstadt-Denéve, L. (2000) The “Magic Shop” Technique in Psychodrama: An ExistentialDialectical View. Action Methods-Spring 2000, 3-15

Whitlock. J. (2010). What is self-injury? Cornell Research Program on SelfInjurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Obtenido de <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/what-is-self-injury9.pdf>

ANEXOS

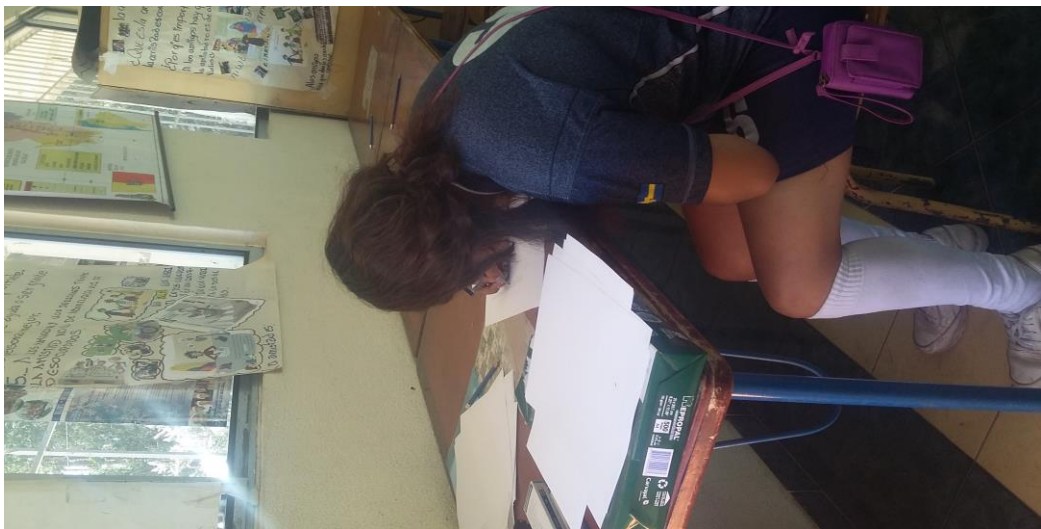
ANEXO 1

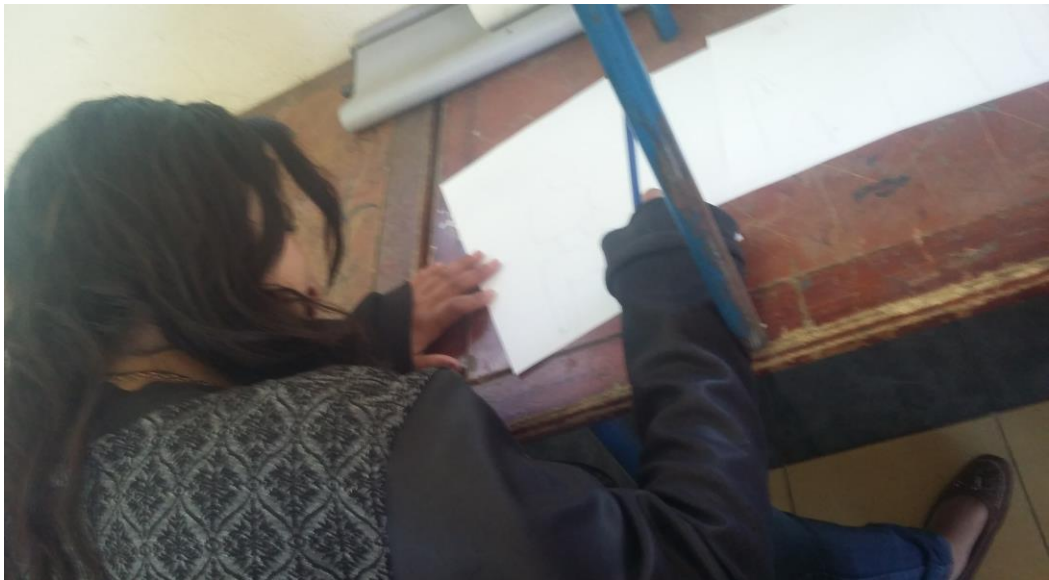














ANEXO 2



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



DATOS INFORMATIVOS:

EDAD:

SEXO: MASCULINO

FEMENINO

COD:

CEDULA DE AUTOLESION

INSTRUCCIONES: Por favor, contesta cada pregunta en las secciones SI/NO indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una X donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, **con un claro propósito de lastimarte/herirte pero sin intención de quitarte la vida.** Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿cuántas veces lo has hecho? Y ¿cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que NO, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

No.	¿Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida?	¿Alguna vez?		¿Cuántas veces lo has hecho?					¿Cuándo fue la última vez?				
									Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de 1 año
1	Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
2	Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
3	Quemarte (con cigarros u otro objeto)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
4	Impediste que sanaran tus heridas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
5	Sacarte sangre	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
7	Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
8	Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
9	Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
10	Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
12	Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
13	Si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas ¿qué edad tenías al hacerlo la primera vez? Marca una	Nunca lo he hecho		9 o menos			10	11	12	13	14	15	16+