

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

#### TRABAJO DE TITULACIÓN:

“AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS  
ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE”.

**Autor (as):** Estefanía Alejandra Coloma Rodríguez

Yolanda Elizabeth Guanga Haro

**Tutor(a):** Ps.Cl. María Soledad Fierro Villacreses Mgs.

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**Año 2017**

# APROBACIÓN DEL TUTOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## CERTIFICADO

Certifico que las Srtas. Estefanía Alejandra Coloma Rodríguez con CI: 060407708-1 y Yolanda Elizabeth Guanga Haro con CI: 060402339-0, egresadas de la carrera de Psicología Clínica, una vez revisado el Informe Final del Proyecto de Investigación escrito en el cual consta el cumplimiento de la observaciones realizadas, se encuentran aptas para presentarse a la defensa pública del proyecto de investigación: **“AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE”**.

Riobamba, 24 de Noviembre de 2017

  
Psic.Cl. María Soledad Fierro Villacreses Mgs.  
**TUTORA**

## REVISIÓN DEL TRIBUNAL

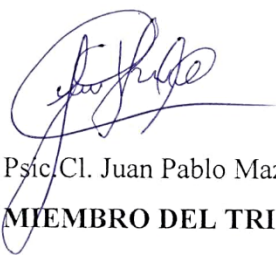
Los miembros del Tribunal de Graduación del Proyecto de Investigación Titulado: “**AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE**”, presentado por Estefanía Alejandra Coloma Rodríguez y Yolanda Elizabeth Guanga Haro, dirigido por la Psic.Cl. María Soledad Fierro Villacreces. Una vez revisado el Informe Final del proyecto de investigación con fines de graduación y verificado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten el presente para el uso y custodia en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:



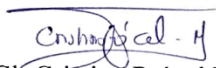
Psic.Cl. María Soledad Fierro Villacreces Mgs.

**TUTORA**



Psic.Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo Mgs.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

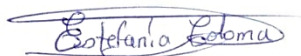


Psic.Cl. Cristina Prócel Niama Mgs.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **ESTEFANÍA ALEJANDRA COLOMA RODRÍGUEZ** portadora de la cédula de identidad 060407708-1 y **YOLANDA ELIZABETH GUANGA HARO** portadora de la cédula de identidad 060402339-0, declaramos ser responsables de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este proyecto de investigación sobre “**AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE**”, y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Estefanía Coloma Rodríguez

CI: 060407708-1



Yolanda Guanga Haro

CI: 060402339-0

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres y hermanos por ser mi guía en este camino de mi vida por su apoyo y confianza, por celebrar cada una de mis metas y no dejarme sola cuando no he sabido tomar una buena decisión, a Dios y a mi virgen María Auxiliadora por haberme dado el valor y la fuerza para concluir esta etapa de mi vida.

A mi esposo por su paciencia, ayuda y entrega sin medida ya que ha sido parte fundamental en esta etapa de mi vida, gracias por su amor y apoyo incondicional y sobre todo gracias por su ayuda en este proyecto de investigación.

A la Ps.Cl. Soledad Fierro por su colaboración y paciencia para la elaboración del proyecto de investigación, por brindarnos sus conocimientos y ayuda.

*Estefanía Alejandra Coloma Rodríguez*

A Dios, mi padre celestial quien ha sido mi guía, fortaleza y soporte para el cumplimiento de cada uno de los objetivos en mi vida.

A mis padres Piedad y Ángel por su amor, paciencia y apoyo incondicional en este proceso de formación profesional.

A mí querida amiga Estefanía y a la Ps.Cl. Soledad Fierro nuestra tutora, por el apoyo mutuo, constancia y dedicación durante el desarrollo de este proyecto.

*Yolanda Elizabeth Guanga Haro*

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por haberme dado la vida y permitirme llegar a este momento de mi vida en lo personal y hoy en lo profesional, a mi ángel Leah a quien dedico cada una de mis sueños y metas, eres mi inspiración para seguir adelante, a mi padre y madre por ser mi pilar fundamental en cada etapa de mi vida por sus consejos, apoyo y amor incondicional sin importar muchas veces nuestras diferencias, a mis hermanos quienes han estado presentes en cada momento gracias por aguantarme, amarme y apoyarme siempre, a mi esposo quien ha sido mi fortaleza en todo instante, por su apoyo y ayuda por no permitirme derrumbar cuando ya no quería seguir adelante, ya no somos dos, ahora somos tres, y por último a mi amiga Yolanda con quien nos hicimos amigas desde el primer día de clases sin saber que llegaríamos juntas hasta este día tan especial.

*Estefanía Alejandra Coloma Rodríguez*

Dedico este proyecto a mis padres y hermanos ya que constituyen mi inspiración de perseverancia y dedicación, a mis amados sobrinos a quienes adoro con mi vida, a Normita mi tía querida, por ser una mujer luchadora y porque pese a la distancia estuvo siempre motivándome y fortaleciendo mi espíritu de lucha.

*Yolanda Elizabeth Guanga Haro*

# ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
REVISIÓN DEL TRIBUNAL .....	III
DERECHO DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
ÍNDICE GENERAL .....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	6
Objetivo General .....	6
Objetivos Específicos.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES.....	7
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA .....	8
AUTOLESIÓN .....	9
Definiciones .....	9
Descripción de la Conducta .....	10
Ciclo de la Autolesión.....	10
Características de las personas que se Autolesionan.....	11
Causas de la Conducta .....	11
Clasificación.....	12
Formas de Autolesión .....	14
ANSIEDAD .....	15
Definiciones .....	15
Manifestaciones Sintomatológicas.....	15
Ansiedad en los Niños y Adolescentes .....	17
AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD .....	18

METODOLOGÍA .....	20
Tipo de Investigación.....	20
Diseño de Investigación .....	20
Nivel de la Investigación.....	20
Población y Muestra.....	21
Técnicas e Instrumentos.....	21
Técnicas de Procesamiento de Datos .....	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN .....	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	29
CONCLUSIONES .....	29
RECOMENDACIONES .....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	I
ANEXOS .....	V
ANEXO 1.....	V
ANEXO 2.....	VII
ANEXO 3.....	IX
ANEXO 4.....	X
ANEXO 5.....	XI



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico N. 1** Autolesión

**Gráfico N. 2** Edades de los Niños y Adolescentes que se Autolesionan

**Gráfico N. 3** Frecuencia de Autolesión

**Gráfico N. 4** Motivo de la Autolesión

**Gráfico N. 5** Formas de Autolesión

**Gráfico N. 6** Distribución porcentual de los Niveles de Ansiedad

**Gráfico N. 7** Distribución porcentual de la relación entre Autolesión y Ansiedad

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre Autolesión y Ansiedad en niños y adolescentes de 11 a 16 años a través de una investigación de tipo descriptivo, de campo, transversal y no experimental. El estudio se realizó en la Unidad Educativa “La Salle” con 528 estudiantes, para la muestra se utilizó el programa para análisis epidemiológico de datos “Epidata” y con la ayuda del método de muestreo aleatorio simple se extrajo una muestra de 180 alumnos, dentro de ellos 29 se autolesionan. Los instrumentos aplicados para medir las variables fueron; para autolesión, la Cédula de Indicadores Parasuicidas (González., et al 2003) y para medir los niveles de ansiedad, el test de Ansiedad de Zung (W.K Zung 1971). En el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico Microsoft Excel versión 2010. Los resultados revelaron que, del total de la muestra, el 16% de adolescentes se han autolesionado sin intención suicida en alguna ocasión. Al analizar la relación entre las variables, los estudiantes que se autoagreden, reflejan los siguientes niveles de ansiedad: el 55,17% no presentó ansiedad, el 31,03% mostró ansiedad moderada y el 13,79% ansiedad marcada. Pese a la existencia de ciertos niveles de ansiedad en los alumnos que se autolesionan, se determina que la relación entre las variables autolesión y ansiedad no es significativa, puesto que la ansiedad actúa como un factor mantenedor durante el proceso de autolesión.

**Palabras Claves:** Niños y Adolescentes, Autolesión, Ansiedad, Conducta no Suicida.

### Abstract

The main objective of the research was to determine the relationship between self-injured and anxiety in children and adolescents from 11 to 16 years old in the students of Unidad Educativa "La Salle. The Methodology was based on descriptive, transversal and no experimental research with a sample of 528 students, an epidemiological data analysis "Epidata" was used and with the help of the simple random sampling method, about 180 students were taken, 29 of them are self-injured. The instruments applied to measure the variables were; for self-injured, the parasuicide Indicator card (González. et al 2003) and to measure anxiety levels, the zung anxiety test (W.K Zung 1971). In the analysis data, the statistical package microsoft excel version 2010 was used. The results obtained revealed that the total sample, 16% of the adolescents self-injured without suicidal intention at any time. When analyzing the relationship between the variables, students who self-aggregate reflect the following levels of anxiety: 55.17% did not present anxiety, 31.03% showed moderate anxiety and 13.79% with a marked anxiety. As a result, despite the existence of certain levels of anxiety in self-injured students, it is determined that the relationship between the variables of self-injured and anxiety is not significant, since anxiety acts as a maintenance factor during the self-injury process.

Key Words: Children and adolescents, self-injured, anxiety.

Reviewed by: Granizo, Sonia

Language Center Teacher



## INTRODUCCIÓN

“Los niños pasan a través de etapas que son específicas conforme a su intelecto y capacidad para percibir las relaciones maduras, por lo que la edad puede variar ligeramente de un niño a otro” (Piaget 1955, citado por Rodríguez, 2017, p.26). Piaget en su teoría del desarrollo cognitivo del niño, planteó cuatro fases, de las cuales cada una, representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer.

Para Piaget las etapas del desarrollo cognitivo son: “Etapa Sensoriomotor que va de 0 a 2 años, Etapa Preoperacional de 2 a 7 años, Etapa de Operaciones Concretas de 7 a 11 años y la Etapa de Operaciones Formales de los 11 a 12 años en adelante”. (p.26).

Según el código de la niñez y adolescencia del Ecuador (2017), define como: “niña o niño a la persona que no ha cumplido doce años de edad y adolescente a la persona de ambos géneros que se encuentra entre los doce y dieciocho años de edad”.

Cortar, quemar, marcar, golpearse o causarse algún tipo de herida a sí mismo, bien con su mismo cuerpo o con cualquier tipo de objeto, es una práctica que en la actualidad la realizan muchas personas principalmente los niños y adolescentes quienes por diversas razones y por su frecuencia la convierten en un ritual de daño.

Según estadísticas reportadas por la Organización Mundial de la Salud “las autolesiones representan un trastorno psicopatológico que afecta a millones de personas en el mundo”. Para la OMS, las autolesiones no suicidas representan: “un tipo de violencia que puede poner en riesgo a la persona que las realiza y en algunos casos, puede ser la puerta de una conducta suicida; si bien no lo es en la mayoría de los casos” (OMS, 2014).

Santos, D. (2011), sobre la autolesión refiere:

La autolesión es un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo, dejando una marca que dure al menos una hora, se define como una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por situaciones intolerables, no es un intento de suicidio. (p.8)

Las conductas autolesivas generalmente ocurren durante la adolescencia momento en el cual los jóvenes experimentan diferentes cambios en todas las esferas, sean biológicas, psicológicas y sociales. Mazón (2015) refiere:

La edad de inicio, en un 65,8% de la población ocurre en la Adolescencia Temprana (de 12 a 14 años), edad en la que psicológicamente se presentan inquietudes de existencialismo e inconformidad o de definición de la personalidad, por lo que se encuentran vulnerables a los cambios internos y externos. “Los motivos de la última vez de autolesión se encontraron que los más frecuentes son: los problemas familiares (35,9%), problemas de pareja (10,6%), alivio y desahogo (8,8%), iras (8,1%). Las formas más frecuentes de la última autolesión fueron: corte (90%). intoxicación (3,9%). (p.30)

El trastorno en el que se presentan las autolesiones no suicidas se constituye como “una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido, pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados”. (Castro, 2014). “Es decir, existe una serie de confusiones en el individuo, entre pensamientos y emociones, estado que genera altos niveles de ansiedad, estrés e impulsividad, conduciéndolo a buscar salidas rápidas al conflicto, que no resultan ser eficaces ni duraderas” (Favazza, 2013).

Son diversos los factores que pueden actuar como precipitantes de la conducta autolesiva; sean estos factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, entre otros. Sin embargo este estudio se enfocó en los aspectos psicológicos específicamente en la ansiedad.

“La ansiedad puede definirse como una anticipación a un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y de síntomas somáticos de tensión. En niveles normales, permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza” (Guía de Práctica Clínica España, 2008). Al respecto Osorio (2015) menciona: “las acciones autolesivas – no suicidas, en púberes y adolescentes se desarrollan habitualmente para calmar los estados de ansiedad y angustia” (p 29).

El objetivo de la presente investigación fue determinar como la Autolesión se relaciona con la Ansiedad en los niños y adolescentes de 11 a 16 años estudiantes de la Unidad Educativa “La Salle” de la ciudad de Riobamba.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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. “Muchos de estos jóvenes se autolesionan una o dos veces y desisten del acto, otros llegan a un comportamiento adictivo” (Whitlock, 2009).

Mojardin (2007) refiere: “El 10% de adolescentes entre las edades de 10 a 16 años, alrededor del mundo se autolesionan, esta cifra llega a representar el 28% en países como: Japón, Inglaterra o Estados Unidos”. “La prevalencia de autolesión en la Ciudad de México es del 15%, en Colombia existe un 11% de personas que presentan cortes autoinfringidos” (Marín, 2013).

A nivel de Ecuador son escasos los estudios que se han realizado sobre la problemática, llegando a incrementar el número de casos. Pese a ello es importante mencionar algunos de estos trabajos para relacionar los resultados y llegar a conclusiones y cifras que se ajusten a nuestra realidad social sobre el problema de las autolesiones.

En la provincia del Azuay se investigó, “La autolesión sin intención suicida en alumnos de un colegio fiscal de la ciudad de Cuenca”, donde contaron con 224 estudiantes, la edad promedio fue de 13.8 años, el 27.2% perteneció al género masculino y el 72.8% al femenino. Luziriaga (2016) afirma:

La prevalencia de autolesión fue de 29%; la frecuencia de respuestas afirmativas para la pregunta ¿Te lastimaste sin intención de quitarte la vida? tuvo 57%. El mecanismo de lesión más utilizado fueron cortes en la piel 86.4%. Los problemas desencadenantes referidos surgen en su entorno familiar en un 46.87%, colegio 24,21% y en ambos lugares 28% (p.35).

En la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo, se han realizado algunos estudios sobre autolesión de los cuales Mazón menciona: “el 23,7% de los adolescentes se han autolesionado en algún momento de su vida; el 64,1% se autolesionaron de 1 a 10 veces. La edad de inicio es en la adolescencia de 12 a 14 años en un 65,8%. (p.30).

La conducta autolesiva aparece como un acto en defensa de la ansiedad, es lo que hace que la conducta se desvie de manera equivocada, entrando a un círculo vicioso. Resulta fundamental y conveniente aplicar o crear herramientas que sean capaces de detectar a tiempo cualquier tipo de patología, para mejorar el estilo de vida del niño y adolescente, y hacer más llevadera su situación familiar, social (compañeros del colegio) y personal (ASeFo, S.A 2016).

Puede resultar difícil saber si alguien se está autolesionando, puesto que es una conducta controlada y secreta por quienes lo realizan, sin embargo existen ciertas pistas que nos conducen a la identificación de estas personas, y es así que en la Unidad Educativa la Salle de la ciudad de Riobamba, se observa que existen estudiantes que generalmente no llevan de manera adecuada su uniforme (portan licras o buzos que se rehúsan a dejar de usarlos) y presentan excusas para realizar prácticas deportivas; sin ser una característica particular de la autolesión. Se observa además niños y adolescentes que se encuentran aislados de sus pares, presentan niveles altos de tensión e irritabilidad, pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima entre otros.

Para llevar a cabo el presente estudio se utilizaron reactivos psicológicos para cada una de las variables. Para la primera variable se utilizó la Cédula de Indicadores sobre Autolesión que permitirá identificar las autolesiones no suicidas, y para la segunda variable el Test de Zung “A” que ayudó a distinguir los niveles de ansiedad de los niños y adolescentes de la Unidad Educativa “La Salle”.

## **JUSTIFICACIÓN**

Debido a la incidencia de casos registrados en las Unidades Educativas de la ciudad y provincia y en base a las estadísticas de estudios realizados en el país sobre Autolesiones en adolescentes, así también por la escasa información en nuestra sociedad sobre la conducta autolesiva; se considera importante desarrollar esta investigación sobre Autolesión y Ansiedad, para indagar la relación entre estas variables; es decir, cómo la ansiedad actúa en el comportamiento autolesivo, obtener datos estadísticos actuales y se pueda identificar ciertas características que conduzcan a personas que practiquen esta conducta.

El tema de Autolesiones ha dejado de ser una problemática internacional y nacional a convertirse en una realidad local que requiere ser atendida por los profesionales de salud, maestros, padres de familia y población en general. Es así que este estudio se desarrolló en la ciudad de Riobamba, en la Unidad Educativa “La Salle” con niños y adolescentes de 11 a 16 años, cuyo beneficio fue para la institución, obteniendo referencia sobre la cantidad de alumnos que se autolesionan, para a partir de ello buscar soluciones y tomar decisiones de ayuda preventiva en posibles casos futuros. Se contó con la facilidad de acudir a las instalaciones de la Unidad Educativa, la aceptación y apertura tanto de las autoridades como de los profesionales de salud para cumplir con el propósito del trabajo investigativo.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Determinar la relación entre Autolesión y Ansiedad en los niños y adolescentes de 11 a 16 años estudiantes de la Unidad Educativa “La Salle”.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar la presencia de Autolesión en los estudiantes.
- Describir los niveles de ansiedad en los adolescentes con Conductas Autolesivas.
- Relacionar las Conductas Autolesivas y los niveles de ansiedad.

## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES

Para realizar la presente investigación, se realizaron revisiones bibliográficas, donde se encontraron estudios relacionados a las variables.

- Delgadillo, Chávez & Martínez (2014). Estudio titulado “Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México”, contó con 533 adolescentes en un rango de edad de 11 a 17 años, concluyen que las autolesiones con y sin intención de suicidio son muy frecuentes en la comunidad. La prevalencia de autolesión sin intención suicida fue del 17,1%. La reducción de estados afectivos como resultado de autolesionarse fue: 14,4% liberación de sentimientos negativos, 11,4% dificultades personales y 8.8% disminución de la ansiedad durante y después de la autolesión. Se calcula que para el año 2020 aproximadamente 15 a 30 millones de jóvenes se autolesionarán.

- Ávila & Pachar. (2016), Cuenca – Ecuador. “Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo Conductual”, contó con 27 participantes, llegando a las siguientes conclusiones: mediante las respectivas evaluaciones a las adolescentes, se determinó que el 92,6% de las alumnas de la institución estudiada, se han autolesionado al menos una vez en su vida, considerando que es un porcentaje alarmante ante la práctica de esta conducta. La correlación significativa se presentó entre autolesión y depresión en un 31,15%.

- Mazón, J. (2015). Riobamba – Ecuador. “Diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes de Riobamba”. Contó con 1200 participantes de 16 a 17 años de edad, para el estudio se utilizó la Cédula de indicadores Parasuicidas o Indicadores de Autolesión y con una muestra de 120 estudiantes el Big Five (BFQ) y el cuestionario “SEAPSI” para evaluar personalidad. A través del cual sus resultados muestran que el 23, 7% de la población estudiada se autolesiona sin el propósito de suicidarse.

## NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Según el código de la niñez y adolescencia del Ecuador (2017), define como niña o niño a la persona que no ha cumplido doce años de edad y adolescente a la persona de ambos géneros que se encuentra entre los doce y dieciocho años de edad.

Durante el final de la niñez, entre los 10 y 11, los niños empiezan a experimentar ciertos cambios, principalmente en el crecimiento y desarrollo motor los cuales no se presentan de la misma manera en ambos géneros, la leve diferencia que se da entre ambos durante la infancia se hace mucho más intensa a partir de los doce años (Marchesi, Carretero y Palacios 1985; citado por Latorre., et, al 2011).

Piaget en su teoría del desarrollo cognitivo del niño, establece cuatro etapas. La etapa de las Operaciones Concretas, es la tercera de estas, la cual va de los 7 a los 11 años de edad; fase en la cual los niños empezarán a utilizar un pensamiento lógico solo en situaciones concretas, es decir pueden realizar tareas en un nivel más complejo. En la cuarta etapa (Operaciones formales) incluye niños y adolescentes de 11 años en adelante; este se caracteriza por la adquisición del razonamiento lógico en todas las circunstancias, incluido el razonamiento abstracto, donde ya pueden realizar hipótesis sobre algo que no tiene aprendido de forma concreta, empezando a establecer el aprendizaje como un todo. (Piaget, 1955; citado por Arias M. 2007).

La familia y los amigos juegan un papel importante en el desarrollo del niño, el colegio supone un tercer mundo social, diferente para el niño y la niña que puede influir de manera positiva o negativa en los problemas emocionales o conductuales (Díaz., et al 2007).

La adolescencia constituye una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales, sociales y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos (Larson y Wilson, 2004; citado por Terigi F 2007). En este periodo el joven atraviesa una serie de crisis por el mismo hecho de pasar de ser niño a convertirse en un adulto. El inicio de esta travesía no está claramente definida debido a la universalidad de cada individuo, puesto que en la mayoría del mundo el ingreso a la adolescencia requiere más tiempo y es menos evidente que en el pasado (Larson y Wilson, 2004; citado por Terigi F 2007).

En esta etapa los adolescentes cambian de apariencia; debido a los sucesos hormonales, sus cuerpos adquieren una apariencia adulta, también cambia su

pensamiento, tienen mayor capacidad para pensar en términos abstractos e hipotéticos. Todas las áreas del desarrollo convergen a medida que los adolescentes enfrentan su principal tarea: establecer una identidad, en la que se incluya la sexual que llegará hasta su adultez. (Papalia., et al 2001; Vásquez, L.G.Z. (2014).

Durante la etapa de la adolescencia actuar puede representar una modalidad de la mente para elaborar una realidad interna, rica en cambios, inestable y en algunos casos inquietante (Cerutti & Manca 2008), tales conductas pueden constituir por un lado la expresión de una prueba potencial de construcción de identidad y por otro la manifestación de una profunda vulnerabilidad y conflictividad (Laufer & Laufer, 1983; citado por Manca, 2011). La búsqueda de identidad, la confrontación y la tendencia a de la búsqueda de excesos son manifestaciones de la autodefinición; esta acción puede simbolizar al mismo tiempo un impulso a la activación de conductas peligrosas tanto para el sujeto como para su entorno, como los trastornos de conducta alimentaria y abuso de alcohol, drogas. Siendo en la actualidad más difusa la práctica de ataque al propio cuerpo, algunas de ellas siendo aceptadas socialmente como el piercing y el tatuaje (Manca, 2009).

## **AUTOLESIÓN**

### **Definiciones**

(Carvajal, 2015) menciona: “La autolesión es un acto de infligir daño físico en los tejidos del cuerpo, refiriéndose a romper, raspar o quemar la piel, algo que cause el sangrado o marcas que no desaparecen en corto tiempo”; por su parte Santos, D. (2011), la define como “un acto deliberado que destruye el tejido del cuerpo dejando una marca que generalmente dura mínimo una hora, con el objetivo de hacer frente a un dolor emocional, sin que este constituya un intento de suicidio”. Para (Ulloa, 2013), “son “actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daños corporales de baja letalidad realizados para disminuir el estrés y la ansiedad”. Así mismo Favazza (2013), refiere: “la autolesión no suicida es una respuesta patológica a la falta de regulación emocional que proporciona a la persona un alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados”.

## Descripción de la Conducta

Santos, D. (2011), refiere: “las personas que se auto infringen atraviesan por un ciclo que está constituido por varias fases; aclarando además que estas no suceden en un orden específico, ni todas las personas atravesarán por todas las etapas, ya que esto dependerá de la singularidad de cada sujeto.

## Ciclo de la Autolesión

- **Emociones dolorosa o insoportables:** Como resultado de nuevas experiencias o recuerdos desagradables se generan sentimientos intensos como: miedo, estrés, vergüenza, rabia y la sensación de no tener control sobre ellos.

- **Tensión y Sufrimiento:** Las emociones dolorosas afectan al pensamiento provocando un grado de tensión fisiológica y sufrimiento mental.

- **Incapacidad de manejo y expresar el dolor emocional:** La persona no encuentra la manera de expresar estos sentimientos, o bien actúan de manera impulsiva.

- **Pensamiento y decisión de autolesionarse:** Como alternativa de parar con este cúmulo de emociones insoportables, quien la padece delibera el acto a realizar, sea este por primera vez o vuelve hacerlo ya que de esta manera sentirá el hecho como medio de ayuda para salir de esta situación.

- **Desconexión:** La persona inconscientemente requiere desconectarse por unos segundos para iniciar el daño y evitar el dolor.

- **Autolesión:** De una manera consiente decide cómo y dónde lo va a hacer, generalmente las heridas se hacen en lugares difíciles de encontrar, controlando siempre la intensidad o profundidad de las mismas con el fin de evitar dar sospechas a sus allegados y acudir a un hospital.

- **Alivio:** Generalmente después de producir la herida, la persona se siente liberada tanto de la tensión física como del dolor emocional.

- **Culpa y Vergüenza:** Experimentan miedo a que lo rechacen debido a su conducta y vergüenza de que se empiece a notar que hay algo malo dentro de ella.

## **Características de las personas que se Autolesionan**

Los diversos rasgos de autolesión no está restringido a un grupo específico, pues tanto hombres y mujeres de cualquier estrato económico, cultura, edad practican esta conducta. La edad de inicio de la autolesión se establece entre la niñez y adolescencia comprendida entre los 10 y 16 años, mientras que otros continúan efectuándola hasta la edad adulta entre los 18 y 25 años (Carvajal, 2015).

En cuanto al género menciona (Carvajal, 2015); generalmente la mayoría son niñas. Se piensa que esto se debe a la influencia social, en la cual se considera a la mujer como una figura débil capaz de exteriorizar sus emociones y sentimientos ante todos sin restricción alguna, mientras que en el caso de los hombres socialmente tienden a reprimir sus sentimientos.

Según los resultados de un estudio en México, sobre las principales características clínicas asociadas a autolesiones en los adolescentes con mayor frecuencia fueron: el nivel socioeconómico bajo, la violencia intrafamiliar, el antecedente de abuso sexual, los trastornos afectivos, de conducta y el abuso de sustancias. (Ulloa, 2013). Otra característica importante a destacar según Kirchner et al, (2011). Citado por Martinez, A. & Gomes Fabelo, (2015). Los adolescentes que se autolesionan poseen estrategias de afrontamiento emocional menos adaptativas en relación a los adolescentes que no practican esta conducta. Se considera apropiado también tomar en cuenta otra característica que puede llegar a identificar a los adolescentes que se autolesionan y es el uso de indumentaria larga utilizada para proteger las heridas por el temor a ser descubiertos, sin ser este una particularidad determinante.

## **Causas de la Conducta**

Diversas son las causas por las que los adolescentes acuden al acto de autolesión, estas incluyen aspectos tanto: personales, familiares, sociales. Dentro de los aspectos psicológicos que intervienen en esta conducta es importante mencionar: la ansiedad, baja autoestima, autocrítica, estados depresivos, estrés, como vía hacia el acto deliberado.

Para Santos, D. (2011), las causas que conducen a los púberes y adolescentes a autolesionarse son las siguientes:

- **Imposibilidad del manejo del dolor emocional:** Al no tener conciencia de nuestras emociones, se produce una sensación incómoda, desagradable, de la que uno se quiere liberar lo más rápido posible, y al no encontrarla opta por autoinfringirse.

- **Analfabetismo emocional:** Se refiere a la falta de identificación, expresión o control de emociones y sentimientos, dando paso a un lenguaje no verbal en este caso la autolesión; proporcionando de esta manera una expresión al sufrimiento.

- **Disregulación emocional:** La persona al ser incapaz de utilizar estrategias efectivas para controlar las emociones; contesta brusca e imprevistamente y al no poder expresar sus sentimientos procede a autolesionarse como medio de calma y cuidado así mismo.

Cabe mencionar la importancia de escenarios que contribuyen a la autolesión; dentro del ambiente familiar se encuentra: el abuso físico o sexual, padres alcohólicos, violencia intrafamiliar, padres que se autolesionan, enfermedad terminal o muerte de un familiar cercano; en el ambiente social y educacional: acoso escolar (Bullying), miedo y vergüenza a los cambios de la pubertad (Santos, 2011). Las familias disfuncionales son más propensas a desarrollar conductas autolesivas, puesto que hoy en día la alianza que existe entre el adolescente y la familia es fundamental para aprender y desarrollar habilidades necesarias que les permitirán responder adecuadamente a las situaciones de riesgo en la vida (Montañez., et al (2016).

## **Clasificación**

Tratar de englobar las características que presentan las personas que se autolesionan es diverso, por tanto a través de varias investigaciones en cuanto a la temática, una de las clasificaciones más destacadas y que han sido perfeccionadas a través de los años, es la realizada por (Simeon y Favazza, 2001; citado por Marín, 2013). Donde según sus criterios las mutilaciones se clasifican en cuatro tipos: Mayor, estereotipada, compulsivo e impulsivo. Se especifica que en primera instancia se expone la subclasificación de interés para este proyecto, en este caso al de tipo impulsivo; continuando con la división que no corresponde a este trabajo y finalizando por la realizada por Klonsky y Olini (2008), donde clasifica a las autoagresiones según el método que utilizan los sujetos para llevar a cabo la autolesión.

- **Autolesión de tipo Impulsivo:** En este caso la autolesión es intencional, tiene motivación psicológica y está asociada a una conducta violenta incluyéndose las acciones de: cortarse, arañarse, quemarse la piel, golpearse, entre otros. Son las más comunes y están asociadas a una variedad de trastornos mentales como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad especialmente fronteriza, histriónica y antisocial.

La autolesión de tipo impulsivo se subdivide en:

- **Autolesión Repetitiva:** Se constituye como un acto organizado y repetitivo, de interés central para quien lo realiza, en la cual suelen incorporarse elementos rituales como un mismo: lugar, objeto o procedimiento. En este subtipo la autolesión se convierte en una respuesta casi automática para distintos estímulos perturbadores, tanto internos como externos, comúnmente inicia en la adolescencia y puede perdurar por décadas.

- **Autolesión Episódica:** Se refiere a la autolesión que ocurre ocasionalmente, en la cual la persona no atribuye mucha importancia a este comportamiento, no se identifica con una conducta específica asociada a su pauta de autolesión por ejemplo no se identifica como un cortador; si bien lesiona deliberadamente su cuerpo para sentirse mejor, obtener un alivio rápido de las emociones y pensamientos perturbadores y recuperar su sentido de control (Favazza, 1996; Marín, 2013).

- **Mayores:** Este constituye un grave acto en el cual subyace un padecimiento psicótico en el que se implica partes importantes del cuerpo entre ellos encontramos: Extracción del ojo, amputaciones de los dedos, manos, brazos, pies o genitales. Son raras y están asociadas con la psicosis, el transexualismo y las intoxicaciones.

- **Estereotipadas:** Este tipo debe tener una base biológica, en la cual encontramos en el retraso mental y en el síndrome de Tourette, autismo y otras discapacidades de origen biológico, del desarrollo y/o genéticas. Patologías en las que se evidencia actos como: golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta, arrancarse los cabellos entre otras.

- **Compulsivo:** Este constituye una conducta en la cual la persona no puede evitar hacerla continuamente frente a un estímulo interno o externo. Estas pueden ocurrir muchas veces al día sin motivación consciente en muchos de los casos; incluyen actos



como jalarse y/o arrancarse el cabello, morderse o enterrarse las uñas, entre otros. Se asocia esta variedad de autolesiones al trastorno obsesivo compulsivo y a otros trastornos de ansiedad (Walsh, 2007).

Según el método que utilizan los sujetos para llevar a cabo la autolesión, Klonsky y Olini (2008), describen cuatro formas, las cuales están relacionadas tanto a la presencia o ausencia de alguien más en el momento de la conducta auto infringida, la frecuencia, edad, objetivo y trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión; clasificándolas de la siguiente manera:

- **Conducta Autolesiva Experimental.**- Incluyen aquellas personas que acuden a la conducta como método de experimentación, con pocos métodos y una sintomatología clínica muy baja en relación a trastornos depresivos y ansiosos.

- **Conducta Autolesiva Media.**- Se trata de individuos que se han autolesionado más de una vez, con una edad de inicio temprana, con ciertos métodos autolesivos y una sintomatología clínica aun baja.

- **Conducta Autolesiva Ansiosa.**- Abarcan pensamientos automáticos y altos niveles de ansiedad.

- **Conducta Autolesiva con “funciones automáticas/suicidio”.**- Se caracteriza por menos impulsividad del tercer grupo y mayor intento de suicidio.

### **Formas de Autolesión**

Existen diversos métodos para autolesionarse, entre los más comunes están: cortarse, morderse, golpearse o interferir el proceso de cicatrización de heridas, utilizadas como un intento de manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio, el sufrimiento emocional. La mayoría de estos actos son una búsqueda de afecto y no hay que verlo como una búsqueda de atención o manipulación (Montañez., et al (2016).

Entre las lesiones más frecuentes y con mayor incidencia encontramos:

- **Cortes.**- Marcarse letras, palabras o dibujos, morderse hasta atravesar la piel y/o pinchance.

- **Golpes.**- Golpear la cabeza contra un soporte, pared; hacerse moretones y/o pegarse así mismo.

- **De superficie.**- Pellizcarse, jalarse el cabello y rascarse hasta lesionar la piel.

## **ANSIEDAD**

### **Definiciones**

La ansiedad es el intenso malestar mental, sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros, algunos creen que la ansiedad se puede aprender cuando los miedos innatos del individuo concurren con objetos y sucesos previamente neutrales (Zung, 1971, citado por: Ávila & Pachar, 2016). Otro autor manifiesta que la ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida en diferentes momentos de la vida cotidiana (Gutiérrez, 2008).

Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008), expresan que “la ansiedad es una emoción caracterizada por el sentimiento de miedo, temor, aprensión, inseguridad, como consecuencia de que el individuo siente amenazados sus intereses, cuenta con medios insuficientes, presenta dificultades para emitir las conductas adecuadas”.

### **Manifestaciones Sintomatológicas**

La ansiedad presenta síntomas variados y pueden clasificarse en diferentes grupos (Baeza., et al 2008).

- **Síntomas Psicológicos:** La cual viene acompañada de inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, sensación de vacío, temor a perder el control, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos temor a la muerte, a la locura o al suicidio.

- **Síntomas Físicos:** Mareo, hipertensión, cefalea, náuseas y vómito, taquicardia o palpitations, opresión de pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento,

tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- **Síntomas Conductuales:** Estados de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad estar quieto o en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimiento torpe de las manos y brazos, cambio en la voz, expresión facial, asombro, duda.

- **Síntomas Intelectuales o Cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

### **Características de la Ansiedad**

Las características de la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, por lo que se identifican como características la apatía, tristeza, pensamiento negativo, alteraciones del sueño, aislamiento, pérdida de autoestima, todo ello suele ir asociado a las alteraciones de la concentración, atención y de la memoria González, Mata, Mena (2007).

### **Niveles de Ansiedad**

Peplau, H. (1952), citado por González, P. (2017), clasifica a los niveles de ansiedad en los siguientes:

- **Leve.-** En este nivel la persona se encuentra en estado de alerta, la conciencia, atención y la capacidad asociativa son muy elevadas, existen cambios de la conducta.

- **Moderado.-** El campo perceptivo se estrecha, pero la persona puede prestar atención si lo desea, puede resolver sus problemas de manera normal, existe incremento

de la actividad, pero su conocimiento perceptual disminuye, el sujeto no se da cuenta de lo que pasa a su alrededor.

- **Severo.**- Es el nivel máximo de ansiedad, el campo perceptivo se estrecha considerablemente, predomina una inatención selectiva, la actividad mental es elevada en donde sus pensamientos y habla se tornan incoherentes.

### **Ansiedad en los Niños y Adolescentes**

La ansiedad es una de las experiencias humanas que están presentes en el hombre desde que nace hasta que muere, ocupando un lugar de privilegio para bien o para mal en todo el devenir de la existencia. Al crecer el individuo se ve expuesto a muchos cambios corporales y psicológicos y es completamente natural que los niños y jóvenes sientan mucha ansiedad de vez en cuando, algunos más que otros. La ansiedad es una reacción normal del cuerpo y se acrecienta si se está expuesto a situaciones de mucho estrés, sin embargo, la ansiedad se puede convertir en algo desmedido y, si esta comienza a interrumpir actividades de la vida cotidiana suele llegar a ser un problema (Latorre, 2009).

Aunque la manera de expresar y experimentar la ansiedad varía de persona a persona, para identificarla, normalmente se puede encontrar algunas características en común (Gonçalves, F; González, V; Vázquez, J. 2003):

- Es un temor inexplicable o una preocupación que interfiere con la habilidad del niño o el adolescente para disfrutar de su vida o completar sus actividades cotidianas.
- Los sentimientos de ansiedad son tan desconcertantes para el niño o adolescente como para sus padres.
- Los temores o expresiones de ansiedad no parecen disminuir con explicaciones lógicas.

Actualmente se está prestando atención a la ansiedad en niños y adolescentes y esto es de mucha ayuda e importancia pues como se sabe esta no se desvanece si se deja de ser desatendida, esta simplemente va creciendo y expandiéndose. Con los adolescentes es, a veces un poco más complicado, pues ellos están pasando por muchos procesos

físicos, sociales, psicológicos; por lo que dificulta que los padres no puedan tener el contacto necesario para detectar los problemas (Gonçalves,. et al 2003).

La característica principal de la ansiedad es la evitación manifiesta de situaciones específicas, lugares o estímulos, pero también puede implicar formas más sutiles de evitación, tales como la indecisión, incertidumbre, retraimiento o actividades ritualizadas. Algunos niños sin embargo, especialmente los más jóvenes pueden tener dificultad para verbalizar las emociones. La ansiedad se produce debido a la expectativa de que algún evento peligroso o negativo está a punto de ocurrir, por lo que al identificar a un niño o adolescente ansioso, es crucial determinar si la evitación se produce debido a una expectativa de algún tipo de amenaza (Baeza,. et al 2008).

Las estimaciones de prevalencia de la ansiedad en niños y adolescentes han sido variables por diversos factores entre ellos los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y la forma de selección de las muestras. En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastornos de ansiedad durante un periodo determinado en la población occidental (Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. 2009).

## **AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD**

La niñez y adolescencia es un periodo de cambios los cuales se manifiestan a niveles biológicos, fisiológicos y psicológicos; los cuales pueden provocar crisis, conflictos a nivel personal, familiar o social. Toda esta serie de cambios se ven acompañados con la búsqueda de su propia identidad ante la posición existencial de la vida (Acero, 2015).

Matson (1989 citado por Ávila y Pachar, 2016) se refiere a la autolesión como: “conducta repetitiva del ser humano por la cual el individuo busca provocarse daño sea físico o psicológico, por lo que se ha determinado que este fenómeno tiene un impacto negativo cuando se practica en el entorno familiar, académico o social”. Otro autor menciona que en la niñez y adolescencia aparece la autolesión debido a la confusión de ideas que suelen relacionarse con sus necesidades y con lo que ellos creen necesitar para vivir, por lo que se manifiestan conductas problemáticas que suele ser severa, el

adolescente confunde el dolor que llega a sentir como una sensación de alivio emocional (Díaz, González, Minor & Moreno, 2008).

Existe una asociación importante entre la autolesión sin intencionalidad suicida y otros cuadros psiquiátricos como la depresión, trastornos de personalidad, o la ansiedad, lo que ocasiona en el adolescente es provocarse dolor para de alguna manera aliviar sensaciones desagradables; la influencia de la ansiedad sobre las conductas autolesivas en el niño y adolescente viene acompañada de sentimientos desagradables y de síntomas somáticos como la tensión, es un factor que puede incidir en la conducta de autolesión (Campos, & Ramón, 2014).

Rospigliosi, T. (2010); Explica:

Los adolescentes durante el proceso de autolesión experimentan más de una emoción en los tres casos (antes, durante y después). Las emociones positivas equivalen a sentimientos de alegría, placer y tranquilidad, en cambio las negativas corresponden a sentimientos de tristeza, soledad, culpa, enojo, ansiedad, estrés y miedo.

El grupo de emociones predominante en los estudiantes antes de autolesionarse son las emociones negativas. Donde el enojo y el descontrol representan el 48%, seguido de la angustia y la ansiedad en un 42,2% y finalmente los estados depresivos en un 38,4%. (p. 34).

Durante el acto de autolesión siguen resaltando las emociones negativas pero en menor medida, incrementándose las emociones positivas. Sin embargo se ha encontrado que el 42,4% de casos manifiesta angustia y ansiedad, 33,6% estados depresivos, y un 31,2%. (p.34).

Posteriormente, al finalizar el comportamiento autolesivo se pudo notar que las emociones negativas siguen estando presentes en mayor medida, en especial la angustia y la ansiedad que se encuentran en un 41,6%, evidenciándose de esta manera que la ansiedad se mantiene antes durante y después del acto autolesivo. (p.34).

# **METODOLOGÍA**

## **Tipo de Investigación**

### **Investigación de Campo**

Según Kerlinger y Lee (2002) citado por Hernández Sampieri y Mendoza (2008); refieren: “Los experimentos de campos son estudios efectuados en una situación “realista” en la que una o más variables independientes son manipuladas por el experimentador en condiciones tan cuidadosamente controladas como lo permite la situación” (p.146)

Este estudio se realizó en la Unidad Educativa “La Salle”, puesto que al basarse en hechos reales es necesario llevar a cabo una estrategia que permita analizar la situación directa, para buscar alcanzar de la forma más real el manifiesto del fenómeno a estudiar.

## **Diseño de Investigación**

### **Estudio Transversal y no Experimental**

Hernández Sampiere (2008) menciona: “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.151).

Se trata de un estudio Transversal y no experimental ya que los datos se recolectaron en un solo momento, además que sus variables fueron medidas y descritas en un momento único en el tiempo, mientras se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural.

## **Nivel de la Investigación**

### **Descriptivo**

Hernández Sampiere (2008) afirma:

Los diseños descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. Consiste en ubicar

en una o diversas variables a un grupos de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, fenómenos y así proporcionar su descripción. (p.152)

En este proyecto se detallan las características en una determinada población y explora la asociación entre las variables, en este estudio la Autolesión y la Ansiedad en niños y adolescentes.

## **Población y Muestra**

### **Población**

Esta investigación contó con una población total de 528 niños y adolescentes en edades comprendidas entre 11 y 16 años, estudiantes de la Unidad Educativa “La Salle”.

### **Muestra**

Se extrajo una muestra de 180 estudiantes, mediante la utilización del programa para análisis epidemiológico de datos “EPIDATA”, y para la selección de los individuos, se utilizó el método de muestreo aleatorio simple, del cual 29 estudiantes fueron el objeto de estudio (Anexo 1).

## **Técnicas e Instrumentos**

### **Reactivos Psicológicos**

“Los reactivos psicológicos son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas” (González, 2007, p 18).

### **Observación Clínica**

Hernández Sampiere (2008), sobre la observación clínica afirma: “es un método de recolección de datos que consiste en el registro sistemático, valido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un subconjunto de categorías o subcategorías” (p.206).



## **Instrumentos**

Los instrumentos utilizados para analizar las variables fueron: la Cédula de Indicadores sobre autolesión (Anexo 2) para evaluar las conductas autolesivas, y el Test de Zung “A” (Anexo3) para medir los niveles de ansiedad.

### **Cédula de Indicadores sobre Autolesión**

La Cédula de Indicadores Parasuicidas adaptada por (González et al., 2003), es un cuestionario que incluye trece preguntas, algunas son para seleccionar, mientras otras son abiertas. Dicha cédula ha sido utilizada en distintas investigaciones con adolescentes en México (González et al., 2003). 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 motivos por los que se autolesiona o se autolesionó, los métodos utilizados, el propósito por el que se lesionó, si es que buscó ayuda o fue ayudado luego de autolesionarse, de quién buscó ayuda y si es que la autolesión fue realizada con deseos suicidas (González et al., 2003).

### **Test de Ansiedad de Zung “A”**

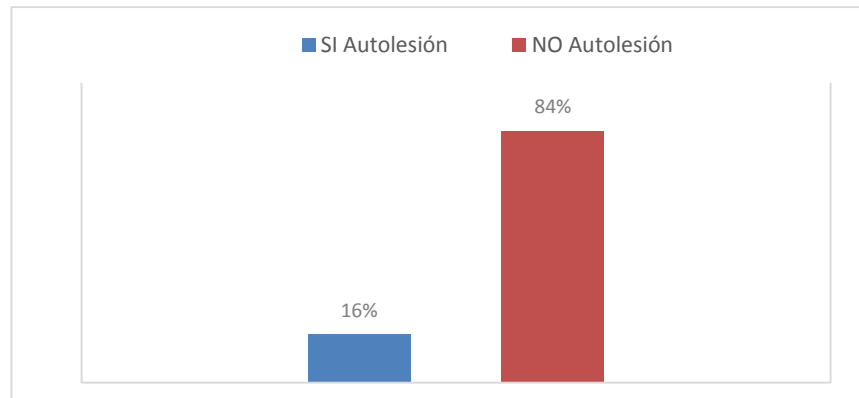
Autor William W.K Zung (1971), citado por: Ávila & Pachar, (2016), se aplica hasta la actualidad en población adolescente y adulta, es una escala de cuantificación de síntomas, la cual está validada y contiene un alto grado de confiabilidad, consta de 20 preguntas cada uno se refiere a sintomatología o característica ansiosa como síntomas o signos. La puntuación es dada de uno a cuatro puntos, las puntuaciones de 0 a 40 puntos indican un estado normal o sin presencia de ansiedad, de 41 a 47 puntos Ansiedad Moderada, de 48 a 55 puntos Ansiedad Marcada y de 56 o mayor es Ansiedad Grave.

## **Técnicas de Procesamiento de Datos**

Para el análisis y procesamiento de datos en esta investigación se empleó el paquete estadístico Microsoft Excel versión 2010.

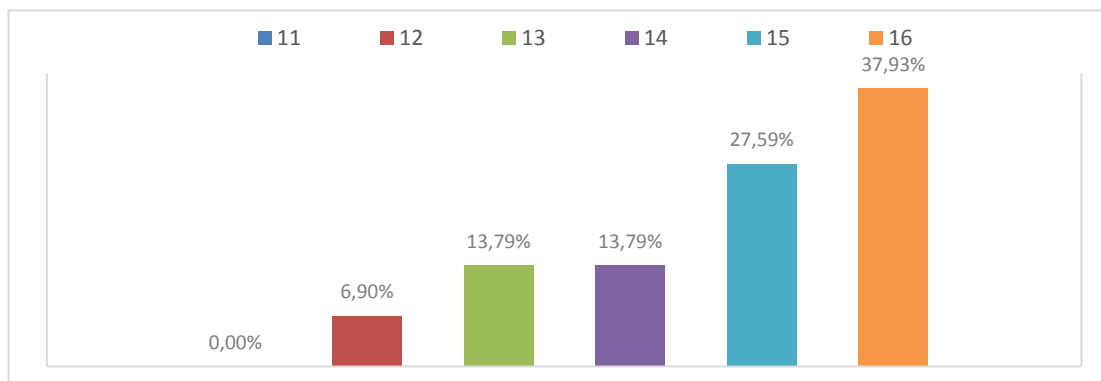
## RESULTADOS

**Gráfico N. 1 Autolesión**



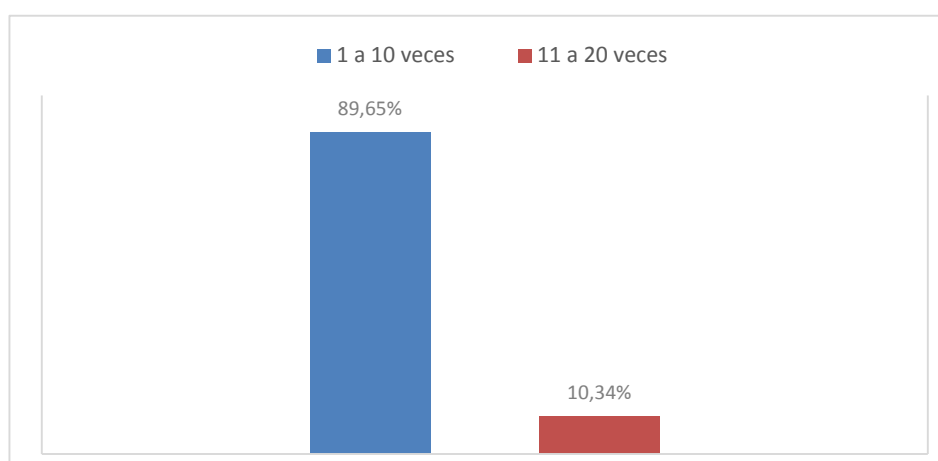
Durante la investigación los resultados que se obtuvieron demuestran que el 84% de los adolescentes (151) encuestados no se autolesionan, mientras que el restante (29) se autolesiona de alguna forma y representa el 16% de la muestra, siendo en su mayoría por cortes profundos o superficiales en brazos, muslos o abdomen con objetos corto punzantes, no lo hacen por llamar la atención ni buscan suicidarse, lo hacen por aliviar sus emociones o frustraciones.

**Gráfico N. 2 Edades de los Adolescentes que se Autolesionan**



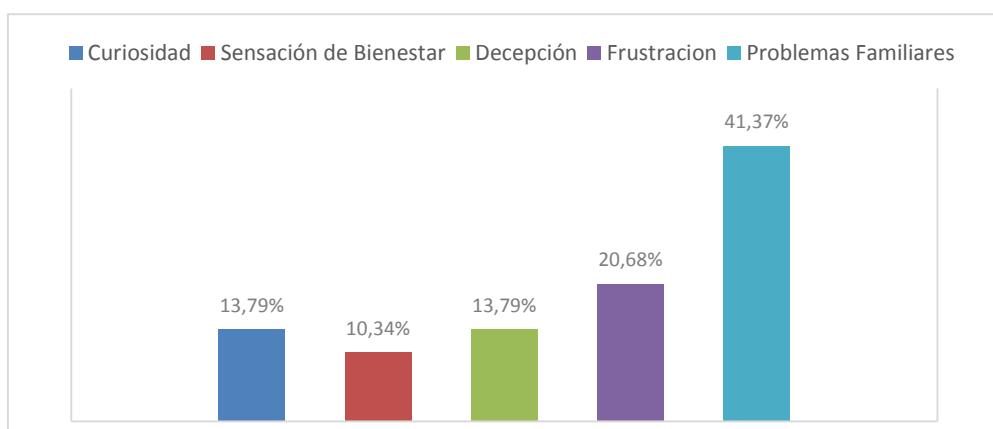
Los resultados obtenidos en el proyecto de investigación demuestran que la edad de mayor predominio en los adolescentes que se autolesionan es mayor entre las edades de 15 (8 personas) y 16 (11 personas) años representando el 65,52%, haciéndolo de manera fría y planificada, lo realizan los adolescentes de estas edades ya que desean calmar un dolor emocional a través de un daño físico, la mayor parte del tiempo es porque tienen un autoestima baja.

**Gráfico N. 3** Frecuencia de Autolesión



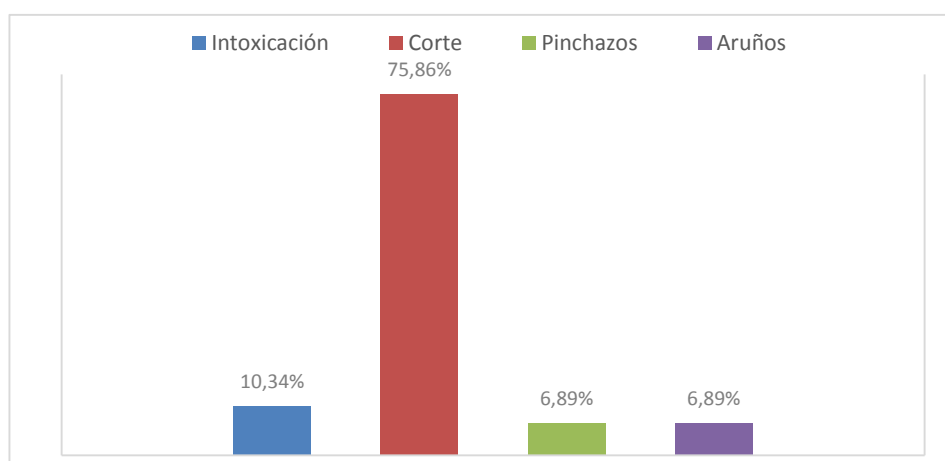
Los resultados obtenidos en cuanto al número de ocasiones en el que se han autolesionado, reflejan que el 89,65% se autolesionó entre 1 a 10 veces, el 10,34% lo ha realizado de 11 a 20 veces, indicando que les genera sensación de bienestar, lo hacen por frustración por lo que no suelen controlar sus emociones, y buscan liberarse de su embotamiento emocional.

**Gráfico N. 4** Motivo de la Autolesión



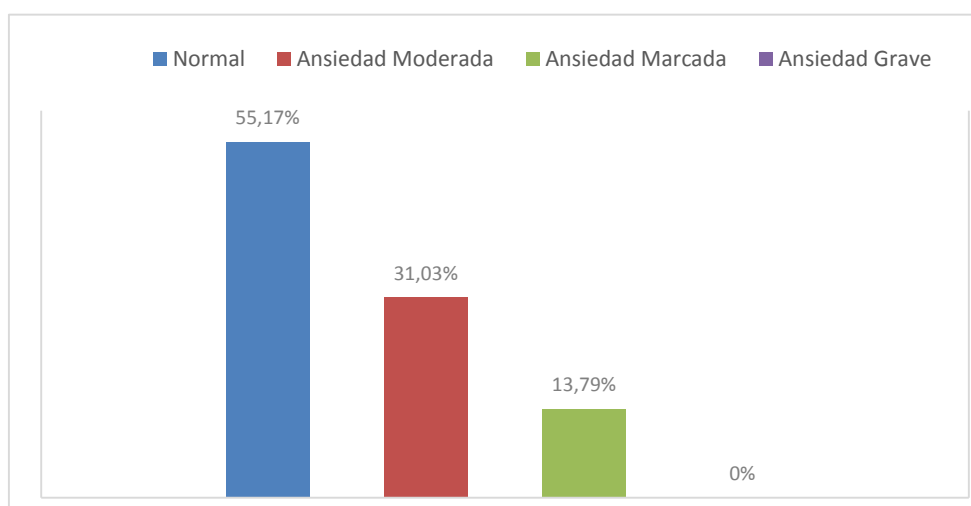
De la información obtenida se concluye que el 41,37% lo hace por problemas familiares (12), el 27,58% lo realiza por curiosidad (4) y por decepción (4), el 20,68% lo hace por frustración (6) y finalmente el 10,34% menciona que le produce sensación de bienestar (3); el motivo de la autolesión provoca un alivio temporal o una distracción a sus problemas, cuando los niños o adolescentes repiten una conducta autolesiva producen endorfinas que son segregadas en el torrente sanguíneo provocando una sensación de relajamiento.

**Grafico N. 5** Formas de Autolesión



Los resultados obtenidos demuestran que se autolesionan por: corte (22) en un 75,86%, por intoxicación (3) en un 10,34%, el 6,89% por pinchazos (2) y el 6,89% no usan ningún instrumento para producirse una autolesión usan solamente sus manos (arañazos 2 personas). Mazón, (2015) en su estudio refiere: “el 90% de la población estudiada se ha cortado”, indicando que en las dos investigaciones la forma de autolesión es la del corte; haciendo notar su poca madurez emocional o la dificultad de expresar sus emociones hacia sus familiares.

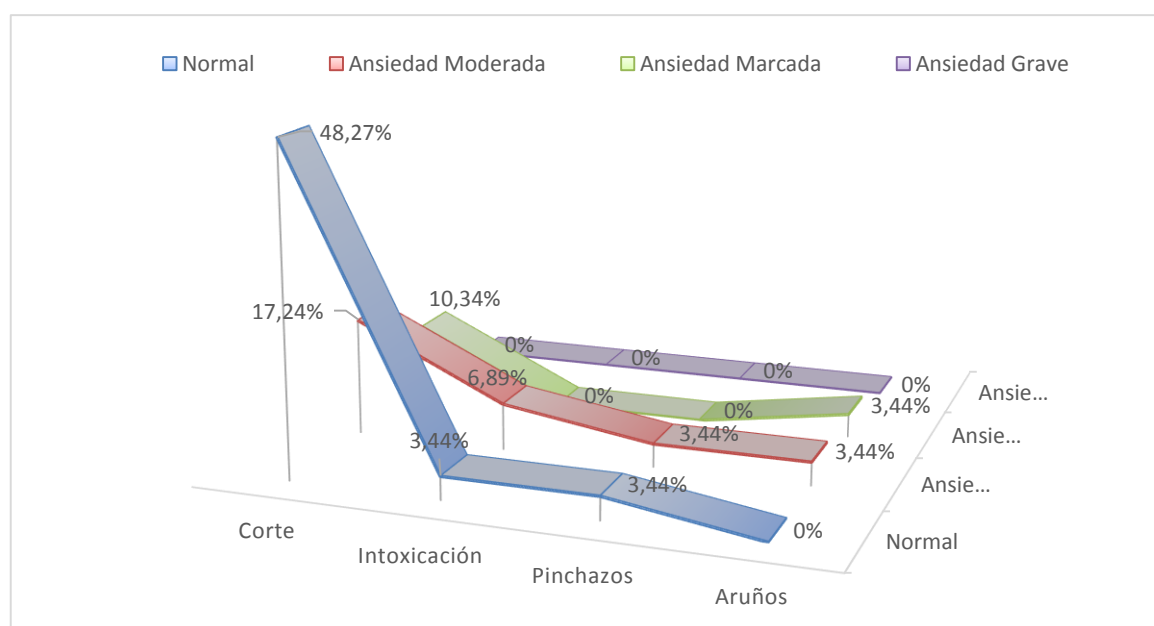
**Grafico N.6** Distribución porcentual de los Niveles de Ansiedad



En el estudio los resultados reflejan que un 55,17% de las personas que se autolesionan no presentan ansiedad (16), frente al 44,82% que manifiestan ansiedad; 31,03% (9) moderada y 13,79% (4) marcada. En alguno de los niveles presentando síntomas como palpitaciones, insomnio, cefaleas, siendo la menos prevalente el nivel de ansiedad grave.

**Gráfico N. 7** Distribución porcentual de la relación entre Autolesión y Ansiedad

	Normal	Ansiedad Moderada	Ansiedad Marcada	Ansiedad Grave
<b>Corte</b>	14	5	3	0
<b>Intoxicación</b>	1	2	0	0
<b>Pinchazos</b>	1	1	0	0
<b>Aruños</b>	0	1	1	0



En los resultados obtenidos de la relación entre la Autolesión y los niveles de Ansiedad se evidencian que el 48,27% elige el corte sin presentar ningún nivel de ansiedad, el 17,24% se ha cortado presentando el nivel de ansiedad moderada, el 10,34% prefiere el corte como opción reflejando el nivel de ansiedad marcada, no se presenta ningún tipo de autolesión en el nivel de ansiedad grave ya que en la muestra descrita no existe ningún caso.

Otros tipos de Autolesión que optan los niños y adolescentes son la intoxicación presentándose en tres de los cuatro niveles de ansiedad como son la normal (3,44%), la ansiedad moderada (6,88%) y ansiedad marcada (0%) presentando un total del 10,32%; los pinchazos y los aruños son otra opción para la autolesión que se encuentra en un 10,32% en el nivel de ansiedad moderada y 3,44% en el nivel de ansiedad marcada.

## DISCUSIÓN

En este estudio con una muestra de 180 estudiantes, la prevalencia de los niños y adolescentes que se autolesionan es el 16% (29 personas que se autolesionan), constituyendo un porcentaje representativo ya que se evidencia la existencia de la autolesión en nuestra sociedad; así estos resultados sobrepasan los que presentan Delgadillo et al., 2014, donde obtienen 17,1% en una muestra de 533 niños y adolescentes de la ciudad de México. En base a otros estudios similares revelan que la conducta autolesiva está siendo cada vez más utilizada por los adolescentes en diversos contextos alrededor del mundo (Lloyd-Richardson et al., 2007), generalmente lo utilizan como medio que intenta alterar un estado de ánimo (Carvajal, 2015), o hacer frente a un dolor emocional, sin que este constituya un intento de suicidio (Santos, 2015).

Las edades de los adolescentes que se autolesionan en mayor porcentaje se determina que fluctúan entre los 15 y 16 años de edad con un equivalente mayor al 65,52%, similares resultados se obtuvo en la investigación de Basantes & Porras (2015), donde a través de una muestra de 189 participantes se recaba que el predominio de edad para la autolesión se ubica entre los 14 a 16 años con un porcentaje del 86% y al existir un predominio en estas edades se corrobora con lo referido por Want et al., (2011), quien menciona que en la adolescencia tardía 17 y 19 años se produce un leve declinar de estas conductas.

Con respecto a la frecuencia de autolesión, el 89,65% de adolescentes se autolesionó de 1 a 10 veces, mientras el 10,34% lo realizó de 11 a 20 veces, indicando que les genera una sensación de bienestar, lo hacen por frustración o falta de control de sus emociones, evidenciándose una práctica habitual en este grupo etario. Contrapuesto a lo obtenido por Mazón (2015), donde el 64,1% lo realiza de 1 a 10 veces y el 33% de 11 a 20 veces.

En cuanto al motivo que condujo a la última autolesión se muestra que el 41,37% lo hacen por problemas familiares, el 27,58% por curiosidad y decepción, el 20,68% por frustración y el 10,34% por sensación de bienestar. En relación a los resultados relevantes de este apartado los conflictos interpersonales están presentes en la autolesión ya sea por experimentar nuevas emociones a lo que afirman (Wedig y Nock, 2007): las interacciones familiares desempeñan un papel importante en el desarrollo de estas conductas,

vinculados esencialmente con el grado en que los miembros de la familia expresan actitudes, observaciones, críticas, en la que se muestran demasiado involucrados emocionalmente hacia una persona, debido a esto los adolescentes son más propensos a la autoagresión como una forma de autocastigo. Otros factores que conducen a la conducta autolesiva mencionan el déficit en la reactividad y autorregulación emocional denominado disregulación emocional (Chapman, Gratz y Brown, 2006 citado por Nock, Weding, Holmberg y Hooley, 2008).

Respecto a las formas más frecuentes en que se produjo la autolesión fueron, corte en un 72,41%, por intoxicación en un 13,79%, el 6,89% por pinchazos y el 6,89% no usan ningún instrumento para producirse una autolesión usan solamente sus manos como los arañños. Estudios similares en países hispanohablantes resaltan que entre las formas más comunes para autolesionarse está el cortarse con un 85% (Santos 2006, citado 2011). Así mismo Delgadillo, Chávez & Martínez (2014) en su estudio de 120 participantes, demuestran que el método más utilizado para la autolesión son los cortes en la piel en un 22,5 %. El corte autolesivo ocasiona en el adolescente una especie de anestesia anímica que lo libera de un suplicio emocional (Osorio 2015).

La relación entre la Autolesión y Ansiedad refleja que el 16% de la muestra estudiada se autolesiona, manifestándose en ellos los siguientes niveles de ansiedad: el 55,17% no presenta ningún tipo de ansiedad, el 31,03% muestra ansiedad moderada y el 13,79% ansiedad marcada. Corroborando con lo obtenido por Ávila & Pachar (2014) donde reflejan que el 55,6% no presenta ansiedad, el 33,3% muestra ansiedad moderada y el 11,1% ansiedad marcada. Contrapuesto a lo conseguido por Delgadillo, Chávez & Martínez (2014), en su estudio realizado en México, donde dentro de los precipitantes psicológicos que conducen a los adolescentes a incurrir en la conducta autolesiva, la ansiedad ocupa un tercer lugar con un 22,9%. Así también en una muestra de 456 participantes (Rospigliosi, 2010), los resultados reflejan que el 55,2% de los casos indican sentir emociones negativas la mayor parte del tiempo, principalmente angustia y la ansiedad. Si bien es cierto se evidencia la presencia de ansiedad en los adolescentes que se autolesionan, sin embargo, en los resultados de este estudio no existe una relación significativa entre Autolesión y Ansiedad.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- Al finalizar el proyecto de investigación se concluye que la prevalencia de los niños y adolescentes que se autolesionan refleja un 16% de la muestra total, constituyendo un porcentaje representativo ya que se evidencia la existencia de la autolesión en nuestra realidad nacional, la frecuencia de autolesión, refleja que: el 89,65% de adolescentes se autolesionó de 1 a 10 veces, mientras el 10,34% lo ha realizado de 11 a 20 veces, indicando que les genera una sensación de bienestar, lo hacen por frustración al no poder expresar sus emociones.
- La edad de inicio de las conductas Autolesivas en los niños y adolescentes estudiantes de la Unidad Educativa “La Salle”, se encuentra en un rango de edad entre 15 y 16 años representando el 65,52% de muestra estudiada.
- Las conductas autolesivas constituyen una práctica exclusiva de la adolescencia más que de la niñez, puesto que la adolescencia es una etapa de inestabilidad emocional, de adaptación a nuevos cambios que conducen a prácticas inadecuadas.
- En la muestra obtenida el 55,17% no presenta ansiedad, el 31,03% muestra ansiedad moderada, y el 13,79% ansiedad marcada.
- Respecto a la relación entre las variables, se determina que pese a hallarse ciertos niveles de ansiedad en la muestra, la ansiedad no es determinante en el comportamiento autolesivo.



## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar campañas para concientizar a la población sobre la existencia la autolesión en niños y adolescentes a través del Ministerio de Salud conjuntamente con las unidades educativas ya que como se evidencia es una problemática de carácter local.
- Como se evidenció en los resultados una de las causas de mayor predominio que conducen a los adolescentes a la autolesión, constituyen los problemas familiares, por lo tanto, se recomienda estudiar más a fondo la variable familia en torno a su influencia en la autolesión.
- Capacitar a los docentes y demás profesionales en la detección e identificación de los diferentes comportamientos en los estudiantes para establecer los factores de riesgo que conducen a la conducta autolesiva.
- Desarrollar un trabajo multidisciplinario entre los profesionales de salud dentro de la institución, para el acercamiento y tratamiento tanto médico como psicológico en los casos existentes, y como medida de prevención tanto en forma individual como grupal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero Rodríguez, Paulo. (2015). *La autolesión: posibles causas y consecuencias y su manejo exitoso*. Obtenido de: [http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf\\_paulo\\_acero.pdf](http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf)
- Agudelo, D.M., Casadiegos, C. P. y Sánchez, D. L. (2008). *Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. International Journal of Psychological Research, 1 (1), 34 – 39.
- Ahmadiéh, Jundi, A. (2016). *Autolesiones en el medio penitenciario*. Badajoz-España
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Quinta Edición. Virginia, Arlington.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niños y el Adolescente (AEPN y A). 2008. *Autolesiones*. Protocolos de la sociedad española de psiquiatría Infantil de la AEP. 206-215.
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *“Higiene y prevención de la Ansiedad”*. España: Díaz de Santos.
- Bulbena y colaboradores. (2008), *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. España.
- Campos, & Ramón, 2014. Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. *Prevención de suicidio en adolescentes*. 1-58.
- Delgadillo-González, Y., Chàvez-Flores, C. I., & Matinez, O.L. (2014). *Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México*. Actas Esp Psiquiatr, 42(4), 159-68.
- Díaz Rodríguez, A., González Sandoval, A., Minor Ferra, N., & Moreno Almazán, O., (2008). *La Conducta Autodestructiva relacionada con los trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos*. Revista electrónica de Psicología Iztacala, 11(4), 46.63.

- Favazza, A. (2013). *Autolesión no suicida. La clasificación guía el tratamiento*. Current Psychiatry.
- Frías, A., Vásquez, M., Real, A., & Sánchez, C. (2012). *Conducta autolesiva en adolescentes prevalencia, factores de riesgo y tratamiento*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiauiátrica de enlace, 103, 33-48
- Gonçalves, F; González, V; Vázquez, J. 2003. *Guía de la buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C)
- González, M., Mata, I., & Mena. E. (2007). *Trastornos de Ansiedad-Depresión en el entorno de la contingencia común*. Universidad de Barcelona.
- González, P. (2017). *Nivel de Ansiedad y Depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins*.
- Luzuriaga, X. (2016). *Autolesiones sin intención suicida en alumnos de un Colegio Fiscal de la Ciudad de Cuenca*. Revista Médica HJCA, 8(1), 35-39
- Kirchner, T., Ferrer, L., & Forn, M. Z. (2011). *Conducta auto lesiva e ideación suicida en estudiantes de en Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento*. Actas españolas de Psiquiatría, 226-235.
- Martínez - Fabero Gómez, A. (2015). *El estilo parenteral y las autolesiones en la adolescencia*.
- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. México: UNAM.
- Mazón, J. (2015). *Diseño de Intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes*. Riobamba - Cuenca.
- Montañez Ortega, M.N., Pavis, R., Janina, J., & Ramírez Chavarria, C.P. (2016). *Características sociodemográficas individuales y familiares asociadas la presencia de autolesión en adolescentes de una institución educativa, 2015-2016*.

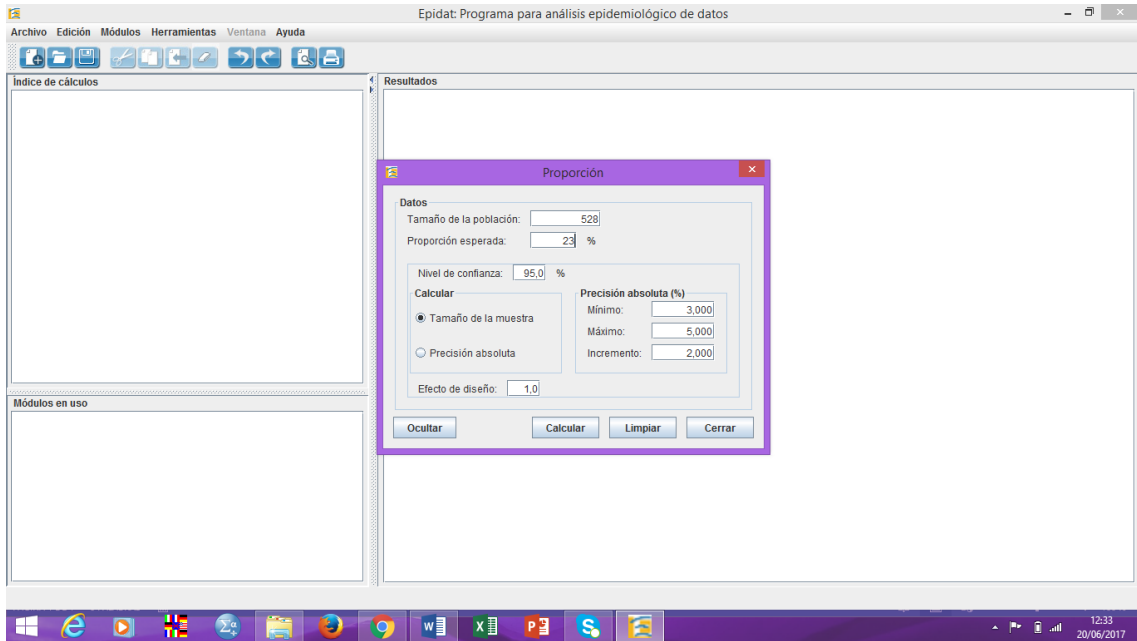
- Mosquera (2008). *Autolesión lenguaje del dolor*. Pleyades
- OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Septiembre de 2014, de:  
[www.who.int/topics/gender/es/](http://www.who.int/topics/gender/es/)
- Organización Mundial de la Salud. *Fases de la adolescencia y cambios físicos, psicológicos y estructurales*. Ginebra: OMS; 2013
- Osorio, F. (2015). *Cortarse*. 1era edición. Buenos Aires - Argentina. Ediciones Urano.
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.
- Rospigliosi T. (2010). *Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima-Perú
- Santos, D. (2011). *Autolesión Qué es y cómo ayudar*. México: OFFSET Santiago, SA de CV.
- Silva Thyssen, L., & Van Camp, I. (2014). *Non-Suicidal Self-Injury in Latin America*. *Salud Mental*, 153-157.
- Talarn, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad*. En A., Jarne, A., Talarn (Comps), *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y ediciones Paidós ibérica. Cap 7.
- Villaruel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). *Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica*. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Neuro-Psiquiat*, 38-45
- Whitlock, J. (December 2009). The Cutting Edge: *Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence*. Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in

Adolescents and Young Adults. Obtenido de  
[http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf\\_nssi\\_1209.pdf](http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf)

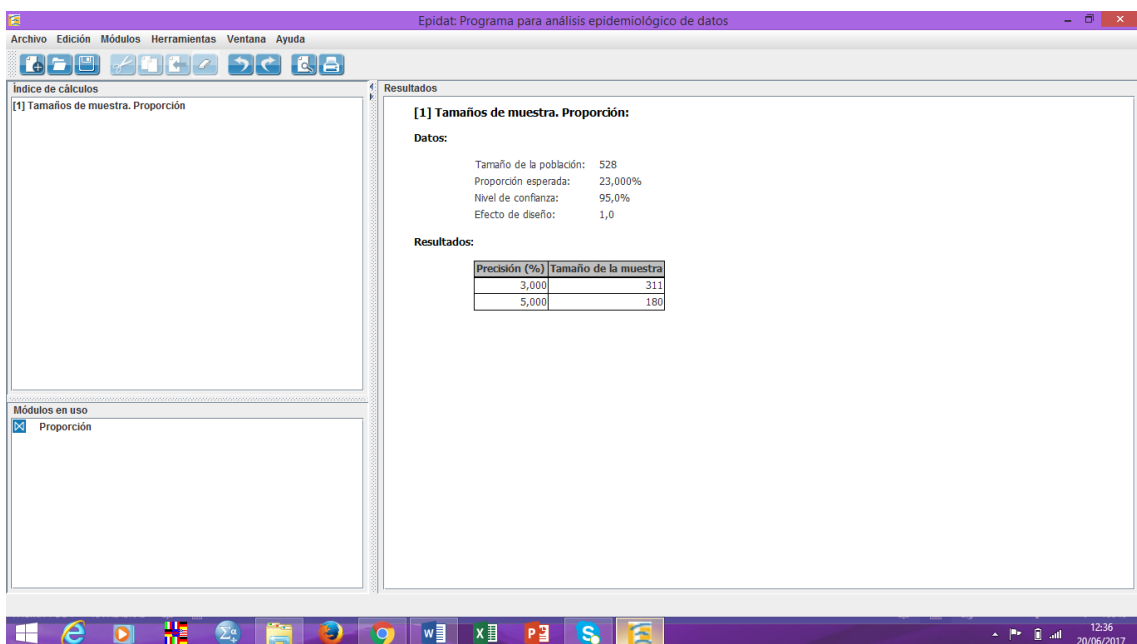
# ANEXOS

## ANEXO 1

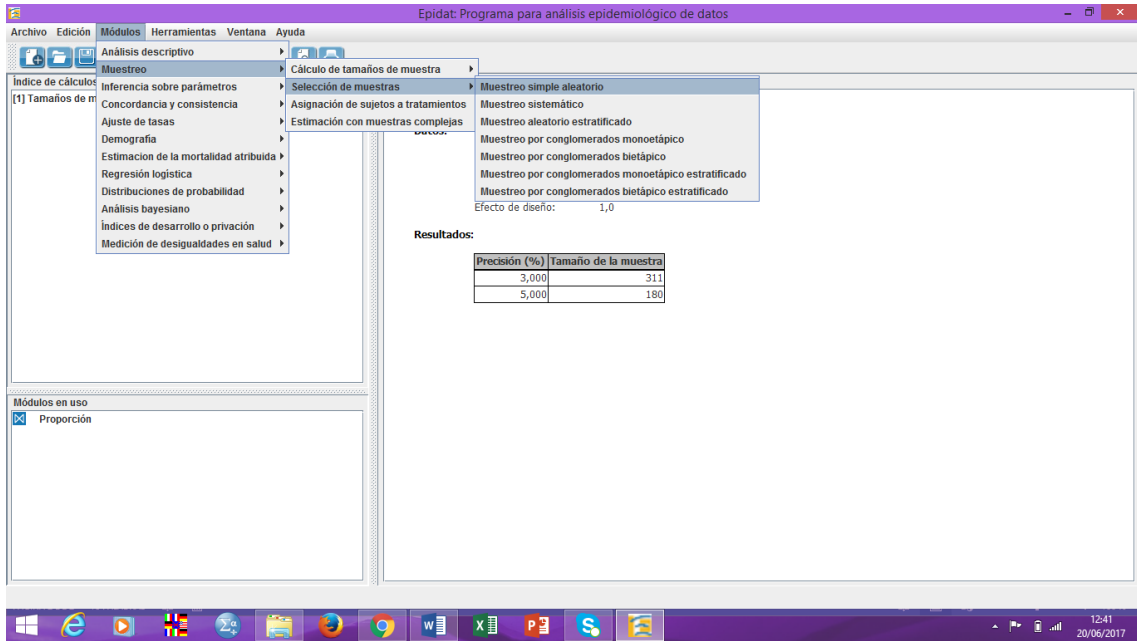
### CÁLCULO DE MUESTRA, MEDIANTE LE PROGRAMA PARA ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE DATOS “EPIDATA”



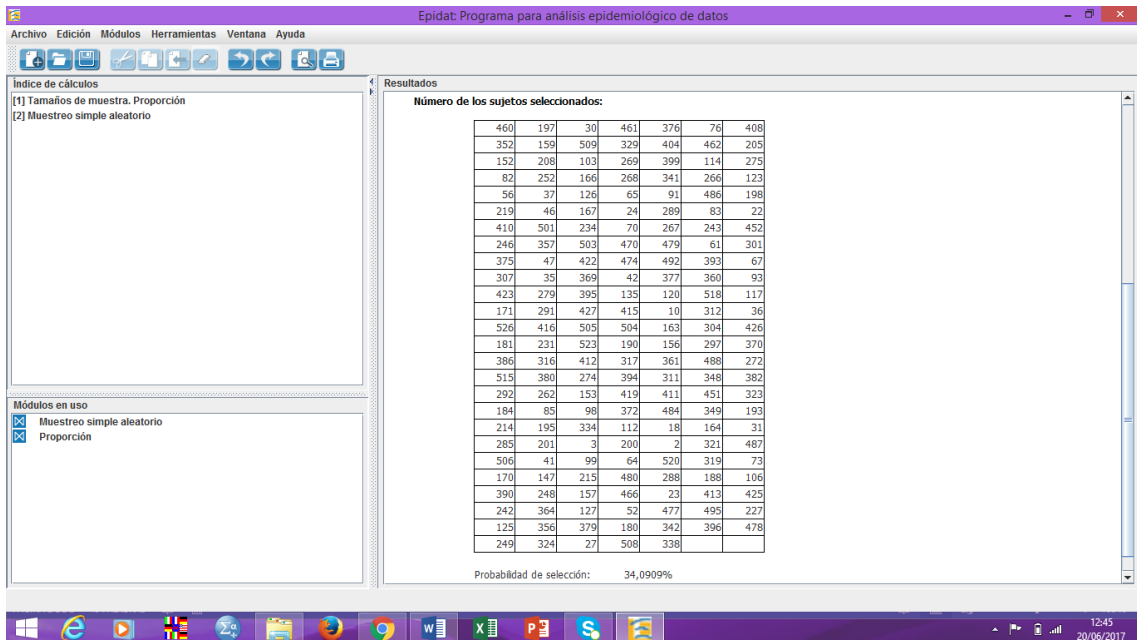
## TAMAÑO DE LA MUESTRA



# MUESTREO ALEATORIO SIMPLE



# SELECCIÓN DE MUESTRA



## ANEXO 2

### ADAPTACIÓN DE LA CÉDULA DE INDICADORES SOBRE AUTOLESIÓN.

#### CÉDULA DE INDICADORES SOBRE AUTOLESIÓN

Ahora vas a encontrar una serie de preguntas sobre ti. Te pedimos que las respondas con la mayor sinceridad posible.

<p><b>1. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?</b></p> <p>Si _____ Nunca _____</p>
<p><b>2. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?</b></p> <p>_____ Veces                      Nunca lo he hecho _____</p>
<p><b>3. ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño?</b></p> <p>_____ Años                      Nunca lo he hecho _____</p>
<p><b>4. ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño?</b></p> <p>_____ Años                      Nunca lo he hecho _____</p>
<p><b>5. La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nunca lo he hecho _____</p>
<p><b>6. La última vez que te hiciste daño ¿cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nunca lo he hecho _____</p>
<p><b>7. La última vez que te hiciste daño:</b></p> <p>_____ Tuviste que ir al hospital</p> <p>_____ Alguien te ayudó, pero no te llevó al hospital</p> <p>_____ Recibiste apoyo emocional</p>



\_\_\_Nadie se enteró de lo que pasó

\_\_\_Nunca lo he hecho

**8. La última vez que te hiciste daño ¿buscaste ayuda o consejo de alguien?**

\_\_\_ Sí

No\_\_\_

¿Por qué?

.....  
.....  
.....

\_\_\_Nunca lo he hecho

**9. ¿De quiénes buscaste ayuda o consejo?**

\_\_\_Un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.

\_\_\_Un amigo(a) o compañero(a) de escuela

\_\_\_Un sacerdote, pastor, etc.

\_\_\_Un maestro(a), orientadora, etc.

\_\_\_Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.

\_\_\_Un médico general, enfermera

Otros.....

### ANEXO 3

### TEST DE ZUNG "A"

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

		Raramente	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre	
1.	Me Siento más nervioso y ansioso de lo normal.					
2.	Siento miedo sin ver razón para ello.					
3.	Me enfado con facilidad o tengo momentos de mal humor.					
4.	Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar					
5.	Siento que todo me va bien y nada malo me va a pasar.					
6.	Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan.					
7.	Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello, espalda.					
8.	Me siento débil y me canso con facilidad.					
9.	Me siento tranquilo y puedo estar sentado.					
10.	Siento que mi corazón late con rapidez.					
11.	Estoy preocupado por los mareos que siento.					
12.	Tengo periodos de desmayo o algo así.					
13.	Puedo respirar bien, con facilidad.					
14.	Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies.					
15.	Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones					
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17.	Mis manos las siento secas y cálidas.					
18.	Siento que mi cara enrojece y me ruboriza.					
19.	Puedo dormir con facilidad y descansar bien.					
20.	Tengo pesadillas.					
						<b>TOTAL:</b>

40 = Normal

41-47 = Ans. Mod.

48-55 = Ans. Mar.

56 o > = Ans. Grave

Observaciones: .....

## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO / ALUMNO

**Fecha:** .....

Estimado Alumno:

Yo, ESTEFANÍA ALEJANDRA COLOMA RODRÍGUEZ con número de cédula 060407708-1 y YOLANDA ELIZABETH GUANGA HARO con número de cédula 0604023390, autoras del proyecto de investigación titulado “AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE”; siendo el objetivo de estudio determinar la influencia de la Ansiedad en la Autolesión en niños y adolescentes de la institución educativa.

Solicitamos que sea participe de este proyecto de investigación, que consistirá en contestar test psicológicos acerca de la Autolesión y Ansiedad, el primero denominado CÉDULA DE INDICADORES SOBRE AUTOLESION incluye 13 preguntas algunas son para marcar y otras son abiertas, el segundo es el TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG “A” consta de 20 preguntas que describen sintomatología ansiosa las cuales deberán ser respondidas de manera honesta.

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria, por lo que podrá retirarse si así lo desea, los resultados serán publicados de manera global, por lo que se respeta el derecho a la confidencialidad.

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula de ciudadanía, \_\_\_\_\_, alumno de la Unidad Educativa La Salle, me encuentro cursando el \_\_\_\_\_ reconozco que:

- He sido informado (a) sobre los propósitos y los métodos a utilizar en esta investigación.
- Se me ha explicado que seré participante de este proyecto de investigación
- Se me ha garantizado que la información que ofreceré será empleada con propósitos exclusivamente investigativos.
- Igualmente se me ha garantizado que mi identidad será protegida, y que la participación en la investigación será mantenida en anonimato y confidencialidad.
- Se me ha indicado que soy libre retirarme de la investigación cuando lo decida.

Firma: .....

CI:.....

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO / REPRESENTANTE LEGAL

Fecha: .....

Estimados Representante Legal:

Yo, ESTEFANÍA ALEJANDRA COLOMA RODRÍGUEZ con número de cédula 060407708-1 y YOLANDA ELIZABETH GUANGA HARO con número de cédula 0604023390, autoras del proyecto de investigación titulado “AUTOLESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE”; siendo el objetivo de estudio determinar la influencia de la Ansiedad en la Autolesión en niños y adolescentes de la institución educativa.

Solicito que su hijo/a sea participe de este proyecto de investigación que consistirá en contestar test psicológicos acerca de la Autolesión y Ansiedad, el primero denominado CÉDULA DE INDICADORES SOBRE AUTOLESION incluye 13 preguntas algunas son para marcar y otras son abiertas, el segundo es el TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG “A” consta de 20 preguntas que describen sintomatología ansiosa las cuales deberán ser respondidas de manera honesta.

La participación en este proyecto es voluntaria, usted y su hijo/a tiene derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo y la información será utilizada de manera confidencial.

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula, voluntariamente doy el consentimiento para que mi hijo: \_\_\_\_\_, con número de cédula: \_\_\_\_\_ alumno de la Unidad Educativa La Salle que se encuentra cursando el \_\_\_\_\_, participe en este estudio y reconozco que:

- He sido informado (a) sobre los propósitos y los métodos a utilizar en esta investigación.
- Se me ha explicado que seré participante de este proyecto de investigación
- Se me ha garantizado que la información que ofreceré será empleada con propósitos exclusivamente investigativos.
- Igualmente se me ha garantizado que mi identidad será protegida, y que la participación en la investigación será mantenida en anonimato y confidencialidad.
- Se me ha indicado que soy libre retirarme de la investigación cuando lo decida

Firma: .....

CI:.....

