



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

Conducta Autolesiva en Adolescentes

Tesis

Para obtener el Título de:

Licenciada en Psicología

Presentado por:

Girón Maqueda María del Carmen

Directora:

Mtra. Guadalupe Santaella

Revisora:

Mtra. Laura Somarriba



México, D.F. 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"NO INTENTES CURAR JAMÁS EL CUERPO  
SIN ANTES HABER CURADO EL ALMA"

HIPÓCRATES

## AGRADECIMIENTOS

### AL UNIVERSO

*Gracias por haberme permitido llegar hasta aquí, por cumplir esta tan anhelada meta y por haberme hecho llegar los medios necesarios para poder lograrla.*

### A MI COACH (MI MAMÁ)

*A mi compañera del alma y de viaje en esta vida, gracias por tu esfuerzo ya que sin tí no hubiera llegado hasta aquí, gracias por tu tiempo y dedicación y gracias también por acompañarme en este viaje que tú y yo sabemos que no ha sido fácil pero aquí estamos y espero sigamos por mucho tiempo más, Que el Universo te siga bendiciendo.*

### A MI TÍA PATY Y CANDY

*Este trabajo hecho con tanto cariño y esfuerzo va dedicado a dos seres que son muy especiales para mí , que aunque ya no*

*están físicamente en este mundo si lo están en mi corazón y a lo largo de mi vida escolar formaron parte importante de mi camino, me refiero a tí Candy yo no tuve hermanos pero tú fuiste mi hermanita y la mejor amiga que he tenido, gracias por tu compañía durante 16 años, y a tí tía Paty yo sé lo que los logros escolares significaban para tí, para tí hasta donde estés, gracias también por tu compañía y tus consejos.*

### **A MIS ABUELITAS**

*Gracias por ser los pilares de mi vida y por contar con toda la sabiduría necesaria para poder aprender de sus vivencias y por darme sus tan valiosos consejos, que Dios las bendiga y que les conserve toda su salud y alegría para que continúen en mi vida muchos años mas.*

### **A MI DIRECTORA**

*A la maestra Guadalupe Santaella gracias por su guía a lo largo de la preparación de este proyecto, siempre la recordare por ser una persona eficiente y que deja fluir a los alumnos. Y gracias a todos los maestros que tuve a lo largo de mi formación universitaria.*

### **A LA PROFESORA MARÍA LUISA HERRÁN**

*Marissa gracias por todo tu apoyo, fuiste un faro de luz cuando para mí todo era oscuridad, siempre te recordaré.*

## **A LOS PROFESORES DE LA FACULTAD**

*Profa: Graciela Polanco*

*Prof. Jorge Valenzuela*

*Profa: Rosa María Campos*

*Prof. José Méndez*

*Profa: Ma. Elena Ortiz*

*Profa: Ena Niño*

*Prof. Carlos Bruner*

*Profa: Patricia Miranda*

*Prof. Francisco Pérez Cota*

*Profa: Alma Mireya López*

*Profa: Leticia Bustos*

*Prof. Francisco Espinosa*

*A todos ustedes los recordaré por haber sido personas que dejan salir a los alumnos adelante sin retenerlos y permitiéndoles expresar sus ideas. Gracias por haber formado parte de mi formación académica.*

## **A AZUL**

*Quiero dedicarle estas palabras a Azul, gracias por creer en tí y por no haberte rendido, te demostraste a tí misma que pese a los obstáculos que has cruzado a lo largo de tu vida puedes lograr tus objetivos. Que esto sea una lección que te lleves en tu corazón y no la olvides nunca, este trabajo no fue un trabajo simple estuvo acompañado de un proceso de transformación personal*

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	3
<b>Marco Teórico</b>	
<b>Capítulo I: Adolescente Actual</b>	
Adolescencia	7
Visión biológica de la adolescencia	8
Visión psicoanalítica de la adolescencia	12
Visión psicosocial de la adolescencia	13
Visión cognitiva de la adolescencia	17
Adolescencia actual	21
Tipos de personalidad de los adolescentes actuales	25
Problemas de salud crítica durante la adolescencia actual	26
<b>Capítulo II: Contexto familiar, escolar y social del adolescente actual</b>	
El adolescente y su entorno familiar	37
El adolescente y el contexto escolar	43
El adolescente y su entorno social	51
La juventud frente al caos de la globalización neoliberal	60
<b>Capítulo III: Autolesión sin intencionalidad suicida (ASIS) y su relación con otros trastornos psiquiátricos</b>	



Antecedentes	69
Definición	71
Ciclo de la ASIS	75
Modelos explicativos de la ASIS	82
Características de las personas que se autolesionan	85
Factores asociados a la ASIS	86
Diagnóstico de la ASIS: incidencia, prevalencia y recurrencia	88
Clasificación de la ASIS	92
ASIS y su relación con otros trastornos psiquiátricos	93
Modelos de intervención para la ASIS y técnicas de evaluación	95

#### **Capítulo IV: Propuesta de la intervención “ Entendiendo y conociendo la ASIS”**

Planteamiento del problema y justificación	108
Objetivos: general y específicos	112
Participantes	112
Materiales	113
Escenario	115
Procedimiento	115
Criterios de evaluación	135
Conclusiones	135
Alcances	139
Limitaciones	139
Bibliografía	141



## RESUMEN

El presente trabajo responde a una problemática, la autolesión sin intencionalidad suicida (ASIS), que de pronto estalla en nuestra sociedad en un grupo de edad muy específico, el de los adolescentes, aunque no privativo de ellos únicamente.

Con la llegada de la tecnología y la globalización, los valores familiares están cambiando, la vida en las ciudades se vive de manera acelerada y con exigencia como tener los últimos aparatos de moda y tener un nivel de vida al cual no les sería posible acceder sin trabajar todo el día.

El hecho de que cada vez más madres y padres tengan que salir a trabajar, ha provocado que niños y adolescentes crezcan solos, sin nadie que los guíe y los contenga, emocionalmente hablando.

La autolesión surge al no poder canalizar de manera adecuada sentimientos y emociones abrumadoras, que indican que el adolescente vive en un ambiente donde se siente inseguro y poco validado.

Por esta razón, se considera oportuna una intervención para poder explicar y comprender las razones por las cuales surge esta conducta y tomar consciencia para poder prevenirla y tratarla adecuadamente.

**Palabras clave:** autolesión, adolescencia, familia

## ABSTRACT

This paper responds to a problematic self-harm without suicidal intent (ASIS), which suddenly bursts into our society in a very specific age group of adolescents, although not exclusive to them only.

With the advent of technology and globalization are changing family values, life in the cities we live in an accelerated manner and with the requirement to have the latest gadgets and fashion and have a standard of living which will not be possible without access work all day.

The fact that more and more parents have to go to work, has meant that children and adolescents grow up alone with no one to lead them and contain them, emotionally.

Self-injury arises unable to appropriately channel overwhelming feelings and emotions, which indicate that the adolescent lives in an environment where you feel insecure and little validated.

For this reason, it is considered timely intervention to explain and understand the reasons for this behavior arises and become aware to prevent and treat it appropriately.

**Keywords:** self-injury, teens, family

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la autolesión, se puede considerar como una línea de investigación nueva dentro del ámbito de la psicología, gran parte de la investigación proviene de países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá; un indicador que ha alarmado es la intensa actividad que las personas hispanohablantes que practican la autolesión están realizando a través de Internet; pues actualmente existen foros que fomentan esta actividad entre los jóvenes.

En el año 2005, se documentaron más de 400 direcciones electrónicas de mensajes activos sobre autolesión (Whitlock, Powers y Eckenrode, 2006). Una revisión sencilla en “Google” al utilizar términos como autolesión y automutilación, se obtuvieron entre 300, y 700 resultados, mientras que en términos como self injury y self mutilation se obtuvieron más de 17 millones de coincidencias.

Se debe tomar en cuenta que existen muchas formas que los chicos utilizan para autolesionarse lo que implica cortarse (85%), pegarse (32%), quemarse (30%), pincharse y rascarse (12%), arrancarse el cabello (7%), morderse o tallarse (5%), datos por los cuales ha surgido la necesidad de estudiar este fenómeno en México y América Latina. Existen una serie de argumentos de los chicos que incurrir en este comportamiento, quienes justifican esta conducta, con alguna de estas razones: no reciben suficiente atención en sus hogares, que reciben maltrato psicológico por parte de sus familiares o de las personas con las cuales viven y que vienen de familias disfuncionales (Santos, D. 2006).

Reportan que cuando no pueden soportar el dolor emocional sienten la necesidad de hacerse daño; así cada chico refiere su situación y entre ellos se dan consejos y opciones para seguirse dañando físicamente (<http://foro.enfemenino.com/forum/psycho1/f7198psycho-Autolesion.html>). Así la autolesión sin intencionalidad suicida, se ha convertido en “la epidemia más reciente a evaluar y tratar” según Miller y Smith (2008).

Mendoza y Pellicer (2002), nos indican que el comportamiento autolesivo se define como una conducta autodestructiva que causa daño tisular directo, no tiene

intención de causar la muerte y las lesiones no son tan extensas o severas como para constituir un daño letal; además según Rojas (2002), pretende “aliviar un dolor emocional insoportable, y es utilizado por las personas paradójicamente, como una forma de autopreservación. Por otra parte, Rodríguez, (2007), señalan que “desde una perspectiva cognoscitiva, el fenómeno de autolesión puede mirarse como una falla en la rotulación, la atribución y la interpretación de sensaciones corporales que con frecuencia se presenta en la adolescencia”.

En México existe poca información sobre la conducta de autolesión, específicamente sobre el “corte” en el adolescente, los estudios que se han realizado sobre el tema son muy escasos; sin embargo, hay cifras que reportan que el 10% de los adolescentes en México se autolesionan de acuerdo con la Secretaría de Salud (2012) (citado en Diario La Razón <http://www.razon.com.mx/spip.php.article109298>).

La autolesión generalmente aparece en la adolescencia (Nock y Mendes, 2008) y debido a que es una conducta que suele mantenerse en secreto por quien la realiza (Whitlock et al., 2006) es difícil obtener cifras más confiables sobre su prevalencia.

Cada vez se reportan más casos en México, de acuerdo con la Secretaría de Educación Pública y el Centro de Atención al Alumno vulnerable de secundarias técnicas del DF (2012), estas mismas instituciones se encuentran capacitando a su personal para poder detectar los casos y brindar la atención adecuada a los adolescentes que incurren en esta conducta, así como a los familiares.

Asimismo, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública con muestras representativas de estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico identificaron que la prevalencia de lesiones autoinflingidas deliberadamente en 1997, fue de 8.3%, la cual aumentó a 9.5% en 2000 y a 11.1% en 2003.

La Unidad de Psiquiatría Infantil del Adolescente del Hospital Psiquiátrico de Yucatán reporta que la autolesión es una situación frecuente que afecta a 1 de

cada 10 pacientes que son atendidos por depresión o síndrome límite de la personalidad .(citado en Diario La Razón <http://www.razon.com.mx/spip.php.article109298>). El Coordinador de esta Unidad el Dr. Roberto Carrillo Ruíz, señala que esta situación es grave y que hacen falta estadísticas confiables, sugiere visitar escuelas sobre todo las de nivel secundaria y preparatoria donde suceden estos casos y pasan desapercibidos .También indica que en Estados Unidos hay una epidemia de este comportamiento y esta información se difunde a través de Internet y se retoma muy rápido en México

Se desconoce la prevalencia a nivel mundial de la conducta de autolesión, diversos estudios realizados en el extranjero, señalan que existe una tasa de incidencia de entre 4% y 37% en la población adulta (Briere y Gil, 1998: Whitlock, Eckenrode y Silvermann, 2006) y hasta un 44% en la población clínica adulta (Nijman et al., 1999). Se destaca que en la población adolescente, la tasa de incidencia es más acentuada y se pueden detectar valores de 65% en la población general (Lloyd-Richardson et al., 2007) y hasta un 87% en la población clínica (Nock y Prinstein, 2004).

El propósito de este trabajo, es asentar bases teóricas más claras que permitan la detección oportuna y la identificación de signos y síntomas que constituyen este comportamiento al igual que factores de riesgo, con la finalidad de diseñar estrategias de intervención, que incidan oportunamente en la atención de la demanda proveniente de los actores involucrados (adolescentes que se autolesionan, padres, maestros y compañeros del ámbito educativo y profesionales de la salud).

De acuerdo con los antecedentes, la autolesión se presenta por diversos factores que pueden ser ambientales entre los que se encuentran el abuso sexual infantil, el abuso emocional, y un ambiente de violencia intrafamiliar así como cuando se viven experiencias de acoso escolar o bullying. Se puede presentar también cuando hay padres que se autolesionan, o cuando se presenta algún evento que provoque dolor, la muerte de alguien o una enfermedad terminal. Actualmente existe el problema o dificultad que tienen las familias para expresar emociones, saber manejarlas y validarlas, o bien por cuestiones de pacto que establecen grupos de adolescentes para autolesionarse, como una paga de la pertenencia al mismo y finalmente, algunos de ellos indican simplemente por moda, intentando así restarle importancia al acto autolesivo.

Cuando se comprende esto y se aprende a detectar el problema, es más factible identificar las señales, que pueden indicar las causas por las que el adolescente está autolesionándose, y de esta manera poder brindarle la ayuda necesaria y lograr que la familia entienda la problemática del acto y participar en las posibles soluciones.

Aunque una persona que se autolesiona no tiene la intención de quitarse la vida, de acuerdo con la Cédula de Indicadores Parasuicidas del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente, indica que tienen siete veces más probabilidades de caer en el suicidio.

Tomando en cuenta que la conducta de autolesión, es algo que perturba la salud emocional, física y mental del adolescente, es necesario diseñar un taller donde se pueda obtener más información acerca de la misma.

La propuesta de este trabajo, es diseñar un taller dirigido a padres, maestros y adolescentes que se autolesionan, donde se les pueda informar acerca de las señales que permitan detectar este comportamiento con la finalidad de tomar las medidas necesarias y brindar apoyo a quien lo necesite.

La propuesta de taller será diseñada con base los criterios de la OMS (1983), que lo definen como cualquier combinación de actividades de información y educación, que conduzcan a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar su salud, hagan lo que puedan individual o colectivamente y busquen ayuda cuando lo necesiten.

Se puede considerar este taller, bajo el concepto de intervención primaria, ya que su finalidad es detectar las señales oportunamente, educar e intervenir precozmente con la finalidad de impedir que dicha conducta se convierta en un problema más severo.



# CAPÍTULO 1: ADOLESCENTE ACTUAL

## 1.- Adolescencia

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín *adolescere* que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. La adolescencia es el periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. (Rice, 2000).

La transición de una etapa a otra es gradual e indeterminada, y no se presenta la misma duración para todas las personas, pero la mayoría de los adolescentes, con el tiempo, llegan a ser adultos maduros. En este sentido, la adolescencia es como un puente entre la niñez y la edad adulta sobre el cual los individuos deben pasar antes de realizarse como adultos maduros, responsables y creativos.

Madurez es el estado en que se considera a una persona completamente desarrollada física, emocional, social, intelectual y espiritualmente hablando. Sin embargo, el equilibrio de todas estas características no siempre se consigue.

Pubertad se puede utilizar en un sentido bastante específico, para significar sólo esa edad en que una persona llega a estar capacitada sexualmente para tener hijos. En un sentido más amplio, la pubertad se refiere a los años en los que tienen lugar los cambios relativos a la maduración sexual: aquellos años durante los cuales se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias maduras. Generalmente los primeros dos años de pubertad transcurren preparando el cuerpo para la reproducción y los dos últimos completándolo (Rice, 2000).

Pubescencia se utiliza como sinónimo de pubertad para referirse al periodo completo durante el cual tiene lugar la maduración sexual. Un pubescente es aquel que está llegando o ha entrado en la pubertad.

La palabra joven se utiliza generalmente en un sentido legal para hacer referencia a alguien que todavía no es considerado un adulto ante la ley. Se considera generalmente que la *adolescencia temprana* abarca desde los 11 a los 14 años, y la *adolescencia mediana o tardía* se extiende de los 15 a los 19 años (Sherrod, Haggerty y Featherman, 1993).

## **2. Visión biológica de la adolescencia**

Biológicamente a la adolescencia, se le define como la etapa en la que ocurrirán los cambios significativos que llevarán al niño a la maduración física y sexual; uno de estos cambios, es el llamado “estirón del crecimiento” (Papalia y Olds, 1997) que se manifiesta como un aumento de la estatura y peso, además de otros cambios en las formas del cuerpo.

El desarrollo más importante en la adolescencia es la capacidad de reproducción , del tema de la sexualidad se habla poco dentro de las familias, y en las escuelas la información que se proporciona es escueta, lo que lleva a los jóvenes a que inicien su vida sexual a temprana edad, sin consciencia de las consecuencias que esto conlleva (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual).

Una visión estrictamente biológica de la adolescencia, enfatiza este periodo como maduración física y sexual durante el cual tienen lugar importantes cambios evolutivos en el cuerpo del niño. La visión biológica también señala los factores genéticos como una causa fundamental de cualquier cambio conductual y psicológico en el adolescente.

Algunos cambios biológicos importantes que modifican el cuerpo del niño al entrar en la adolescencia son:

### **a) Glándulas endócrinas e hipotálamo**

Las hormonas bañan cada célula del cuerpo, pero cada una tiene órganos objetivo sobre los cuales actúa específicamente. Las glándulas endócrinas segregan sustancias bioquímicas denominadas hormonas directamente al torrente sanguíneo. Debido a su importancia en la sexualidad humana, abordaremos tres de las principales glándulas del sistema endócrino:

### **-Glándula hipofisiaria**

Es una glándula pequeña y está localizada en la base del cerebro. Está constituida por tres lóbulos: anterior, intermedio y posterior. El lóbulo pituitario anterior, es conocido como la glándula principal del cuerpo, porque produce algunas hormonas que controlan la acción de otras glándulas.

Una hormona hipofisiaria importante es la hormona del crecimiento humano (HGH) también llamada *hormona somatrópica* (HS). Afecta al crecimiento y funcionamiento del esqueleto. Un exceso causa gigantismo; una deficiencia causa enanismo.

Las hormonas gonadotrópicas, segregadas por la hipófisis anterior se denominan así porque influyen sobre las gónadas, o glándulas sexuales que segregan dos hormonas para estimular el desarrollo de las células “huevo” u óvulo en los ovarios y el esperma en los testículos: la hormona estimulante de los folículos (HEF) y la hormona luteinizante (HL), estas dos hormonas en las mujeres controlan la producción y la descarga de hormonas sexuales femeninas en el ovario. La hormona luteinizante en los hombres controla la producción y la liberación de hormonas sexuales masculinas en los testículos (Rice, 1989).

### **-Gónadas**

Las gónadas o glándulas sexuales segregan cierto número de hormonas sexuales. Los ovarios en la mujer segregan un grupo de hormonas conocidas en conjunto como estrógenos, los cuales estimulan el desarrollo de las características

sexuales femeninas tales como el pecho, el vello púbico y la distribución de grasa corporal.

Una segunda hormona femenina, la progesterona se produce en los ovarios por el desarrollo de una nueva célula denominada cuerpo lúteo. La progesterona es una hormona extremadamente importante ya que controla la duración del ciclo menstrual desde la ovulación hasta la siguiente menstruación. Es de importancia fundamental a la hora de preparar el cuerpo para el embarazo y mantenerlo íntegro durante el transcurso del mismo (Mc Cary y Mc Cary, 1892).

Los testículos en el hombre, bajo la estimulación de la hormona luteinizante desde la hipófisis, comienzan la producción de las hormonas sexuales masculinas o andrógenos. Una hormona masculina, la testosterona, es responsable del desarrollo y la preservación de las características sexuales secundarias masculinas, incluyendo vello facial y corporal, el cambio de voz y el desarrollo muscular y óseo y del desarrollo de otros órganos sexuales masculinos: las vesículas seminales, la próstata, el epidídimo, el pene y el escroto.

### **-Suprarrenales**

Las glándulas suprarrenales están localizadas justo encima de los riñones. En la mujer, éstas producen andrógenos (hormonas sexuales masculinizantes) en niveles bajos. Las glándulas también segregan estrógenos (hormonas sexuales feminizantes), reponiendo parcialmente la pérdida de estrógenos ováricos tras la menopausia. En el hombre, las adrenales segregan tanto estrógenos como andrógenos, siendo los andrógenos los que se producen en mayor cantidad (Rice, 1989).

## b) Desarrollo de las características sexuales secundarias

La maduración sexual en la pubertad, incluye no sólo el desarrollo de los órganos reproductores, sino también el de las características sexuales secundarias. Esto incluye la aparición del vello corporal, los cambios de voz, el desarrollo de los contornos corporales de hombre y mujer maduros, y otros cambios menores.

A continuación se expondrá una tabla que muestra la secuencia del desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias (Rice, 2000):

*Tabla 1: Características sexuales primarias y secundarias de la adolescencia (Rice, 2000)*

Chicos	Periodo de edad		Chicas
-Comienzo del desarrollo de los testículos. -Cierta pigmentación y nodulación de los pechos (después desaparece). -Se acelera el aumento en estatura. -Comienza el desarrollo del pene.	11-12	10-11	-Se acelera el aumento en la estatura. -Leve crecimiento del vello púbico. -Los pechos, los pezones, se elevan para formar la etapa de "pronunciamiento".
-Crecimiento del vello púbico lacio y pigmentado. -Primeros cambios de voz. -Rápido desarrollo del pene, testículos, escroto, próstata y vesículas seminales. -Vello púbico ensortijado. -Edad de crecimiento máximo. -Aparición de vello en las axilas.	13-16	11-14	-Vello púbico lacio, pigmentado. -Voz un tanto más grave. -Rápido desarrollo de la vagina, ovarios, labios, útero. -Vello púbico ensortijado. -Edad de crecimiento máximo. -Mayor agrandamiento, pigmentación y elevación del pezón y la aureola para formar el pecho mamario. -Menarquía.
-Rápido crecimiento del	16-18	14-16	-Crecimiento del vello

vello axilar. -Pronunciado cambio de voz. -Crecimiento de la barba. -Pronunciación de la línea de nacimiento del cabello.		axilar. -Aumento de los pechos para formar la configuración adulta, etapa secundaria del pecho.
--	--	--

### 3. Visión psicoanalítica de la adolescencia

Sigmund Freud (1856-1939) no profundizó en las teorías sobre la adolescencia, porque consideraba que los primeros años de vida del niño eran los formativos. Sin embargo, abordó brevemente la adolescencia en su libro *Three Essays on the Theory of Sexuality* (Freud, 1953). Describió la adolescencia como un periodo de excitación sexual, ansiedad y en ocasiones perturbación de la personalidad. De acuerdo con Freud, la pubertad es la culminación de una serie de cambios destinados a terminar con la vida sexual infantil, dando lugar a la forma normal.

Freud destacó dos elementos importantes en el objetivo sexual del adolescente, con algunas diferencias entre hombres y mujeres. Un elemento es el *físico y sensual*. En los hombres, el propósito está constituido por el deseo de producir efectos sexuales, acompañados de placer físico. En las mujeres, el deseo de satisfacción física y la descarga de tensión sexual está presente también, pero sin la descarga de efectos físicos.

Este deseo en las mujeres, fue históricamente más reprimido que en los hombres, por lo que las inhibiciones hacia la sexualidad (vergüenza, repugnancia, etc.) se desarrollaban antes y más intensamente en chicas que en chicos.

El segundo elemento del propósito sexual del adolescente es el *psíquico*, el componente afectivo, que es más pronunciado en las mujeres y que es similar a la expresión de la sexualidad en los niños.

En otras palabras, el adolescente desea satisfacción emocional al igual que descarga física. Freud destacó que una vida sexual normal, está asegurada sólo cuando hay una convergencia entre el afecto y la sensualidad, estando ambos dirigidos hacia el objeto sexual.

Anna Freud (1895-1982), hija de Sigmund Freud, se interesó más por el periodo de la adolescencia que su padre. Ella trabajó más sobre el proceso de desarrollo del adolescente y los cambios en la estructura psíquica en la pubertad (Freud A. 1946, 1958).

La adolescencia fue caracterizada por Anna Freud, como un periodo de conflicto interno, de desequilibrio psíquico, de conducta errática. Los adolescentes, son, por un lado egoístas, contemplándose a sí mismos como el único objeto de interés y el centro del universo; pero por otro lado, son también capaces del sacrificio y la devoción. Forman relaciones de amor apasionado, sólo para romperlas drásticamente.

En ocasiones oscilan entre la sumisión ciega, hasta la rebelión en contra de la autoridad. Son egoístas y tienen una mente materialista pero también están llenos de un gran idealismo. Son ascéticos e indulgentes, desconsiderados con los demás y suspicaces. Nadan entre el optimismo y el pesimismo, entre el entusiasmo infatigable, la pereza y la apatía (Freud A, 1946).

Los impulsos para satisfacer los deseos, de acuerdo con el principio del placer, denominados como el ello, aumentan durante la adolescencia. Estos impulsos instintivos presentan un reto directo al Yo y al Superyó.

#### **4. Visión psicosocial de la adolescencia**

Erik Erikson (1902-1994) modificó la teoría de Sigmund Freud, sobre el desarrollo psicosexual como resultado de los hallazgos de la sociopsicología y antropología modernas. Describió ocho etapas del desarrollo humano (Erikson, 1950, 1968, 1982).

De acuerdo con Erikson, la tarea global del individuo es adquirir una identidad individual positiva a medida que avanza de una etapa a la siguiente. La resolución positiva de la tarea, cada una con su polo negativo, está expuesta aquí para cada periodo (Erikson, 1950, 1959).

- 1.- Infancia: confianza frente a desconfianza.
- 2.- Niñez temprana: autonomía frente a vergüenza.
- 3.- Edad del juego: iniciativa frente a culpa.
- 4.- Edad escolar: destreza frente a inferioridad.
- 5.- Adolescencia: identidad frente a confusión.
- 6.- Edad adulta temprana: intimidad frente a aislamiento.
- 7.- Madurez: productividad frente a estancamiento.
- 8.- Vejez: integridad del yo frente a disgusto y desesperanza.

Según Erikson la tarea del adolescente era la integración de todos los elementos de identidad convergentes y una resolución de conflicto, que dividió en siete partes fundamentales, que serán mostradas en la siguiente tabla (Rice, 2000):

<b>Conflicto</b>	<b>Características</b>
<b>Perspectiva temporal /frente a/ confusión en el tiempo</b>	Ganar un sentido del tiempo y la continuidad de la vida es crítico para el adolescente, que debe coordinar el pasado y el futuro para formar algún concepto acerca del tiempo que le lleva a la gente conseguir sus proyectos de vida.
<b>Seguridad en uno mismo/ frente a/ avergonzarse de si mismo</b>	Este conflicto implica el desarrollo de la confianza en uno mismo basada en experiencias pasadas, de forma que una persona cree en sí misma y siente que hay una probabilidad razonable de conseguir los objetivos en el futuro.



<b>Experimentación/ de funciones frente a/ fijación de funciones</b>	Los adolescentes tienen la oportunidad de probar las diferentes funciones que pueden ejercer en la sociedad. Pueden experimentar con muchas identidades diferentes, características de personalidad, formas de hablar y actuar o tipos de relaciones.
<b>Aprendizaje/ frente a/ estancamiento en el trabajo</b>	De forma similar, el adolescente tiene una oportunidad de explorar y probar diferentes ocupaciones antes de decidirse por un empleo. La elección del trabajo juega un papel importante en la determinación de la identidad de una persona (Erikson, 1968).
<b>Polarización sexual/ frente a /confusión bisexual</b>	Los adolescentes continúan intentando definir qué significa ser “masculino” o “femenino”. Erikson creía que era importante que los adolescentes desarrollasen una identificación clara con un sexo o con el otro, como la base de la intimidad heterosexual futura y como la fase para una identidad firme.
<b>Líder y seguidor/ frente a/ confusión de autoridad</b>	A medida que los adolescentes expanden sus horizontes sociales en la escuela y en el trabajo, en los grupos sociales y con nuevos amigos, iniciaron el aprendizaje de la toma de responsabilidades de liderazgo, así como el de seguir a otros.
<b>Compromiso ideológico/ frente a/ confusión de valores</b>	La construcción de una ideología guía a otros aspectos de la conducta. Erikson (1968) se refirió a esta lucha como la “búsqueda de la fidelidad”. Señaló que los individuos necesitan algo en que creer o a quien seguir (Logan et al, 1980).

Robert Havighurst (1972) intentó desarrollar una teoría psicosocial de la adolescencia combinando la consideración de las necesidades de los individuos con las demandas de la sociedad y destacó ocho tareas fundamentales durante el periodo adolescente, las cuales se expondrán en la tabla 3:

*Tabla 3: Tareas fundamentales en el adolescente según Havighurst (Swanson, D., Edwards, M., Spencer, M., 2010, pag.46):*

<b>Tareas de desarrollo</b>	<b>Descripción general</b>	<b>Concepto</b>
<b>Construir relaciones más maduras con otros, hombres y mujeres en su grupo de edad</b>	Los adolescentes aprenden sobre la reciprocidad y la confianza en las relaciones a través de la interacción.	Relaciones entre pares
<b>Llevar a cabo un rol social masculino o femenino</b>	Los adolescentes desarrollan el entendimiento de lo que implica ser un hombre o mujer.	Identidad de género

<b>Aceptación de uno mismo</b>	Los adolescentes son capaces de aceptarse con sus atributos físicos, particularmente los que aparecen con los cambios fisiológicos (estatura, peso, etc.)	Momento de pubertad
<b>Construir su independencia de los padres y otros adultos.</b>	Los adolescentes examinan y se convierten en responsables de sus propias decisiones.	Nacimiento de la madurez
<b>Prepararse para el matrimonio y vida de familia</b>	Los adolescentes aprenden a establecer relaciones íntimas para prepararse para una duradera en la adultez.	Intimidad
<b>Prepararse para una carrera económica</b>	El estatus de adulto está asociado con la habilidad de ser auto suficiente económicamente, la adolescencia prepara a los jóvenes para lograr esto.	Mantenimiento económico
<b>Adquisición de una serie de valores y un sistema ético como una guía de comportamiento</b>	Los adolescentes pueden pensar abstracta e hipotéticamente desarrollando la capacidad para obedecer una serie de valores y creencias.	Espiritualidad
<b>Deseando y construyendo una responsabilidad</b>	El estatus en la comunidad independiente de la familia es importante para los adolescentes.	Entrada a la sociedad

Los adolescentes son confrontados con numerosos eventos que son normales (pubertad, transiciones escolares) pero experimentan muchos otros que no lo son (violencia comunitaria). La incongruencia entre ambas dificulta la habilidad de la juventud para poder manejarlas adecuadamente y producen estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

Existen una gran cantidad de estresores para la juventud que vive en las ciudades, exacerbados por situaciones crónicas e incontrolables, algunos de estos estresores son la competencia por tener una mejor educación, cumplir con el estereotipo que se considera bien visto en la sociedad y en los medios de comunicación (Allison et al., 1999).

De igual manera, los jóvenes que viven en comunidades rurales enfrentan múltiples estresores relacionados con la pobreza, que es exacerbada por un

aislamiento geográfico de los sistemas formales de vida que existen en las ciudades (Wadsworth y Compas, 2002). Además de que estos chicos enfrentan estresores como violencia y discriminación.

Conductas negativas, depresión, rendimiento escolar bajo y ansiedad son factores correlacionados con el estrés durante la adolescencia, dos factores de adaptación para los jóvenes son relaciones con gente segura y de confianza para ellos, y adultos que los apoyen (Masten y Coatsworth, 1998).

A continuación se presentará una tabla de los principales estresores que puede vivir un adolescente (Swanson., D; Edwards., M; Spencer., M (2010):

<b>Eventos normales</b>	<b>Eventos traumáticos</b>	<b>Reacciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cambios escolares</li> <li>. Retos académicos</li> <li>. Rompimiento de pareja</li> <li>. Hacer amigos</li> <li>. Finalizar amistades</li> <li>. Cambios físicos</li> <li>. Salir con alguien</li> <li>. Trabajar</li> <li>. Cambios de casa</li> <li>. Discusión con los padres</li> <li>. Unirse a un grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Muerte de un ser querido</li> <li>. Maltrato</li> <li>. Abandono</li> <li>. Irse de casa</li> <li>. Abuso sexual , físico o psicológico</li> <li>. Accidentes</li> <li>. Hospitalización</li> <li>. Violencia</li> <li>. Migración</li> <li>. Violencia en la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tristeza intensa</li> <li>. Depresión</li> <li>. Ansiedad</li> <li>. Agresividad</li> <li>. Dificultades en la escuela</li> <li>. Dolores de cabeza y estómago</li> <li>. Conductas de riesgo</li> <li>. Abuso de sustancias</li> <li>. Dificultades para dormir y comer</li> </ul>

## **5. Visión cognitiva de la adolescencia**

Piaget explica que el desarrollo cognitivo, es el resultado combinado de las influencias del entorno, la maduración del cerebro y el sistema nervioso, destacó cuatro etapas de desarrollo cognitivo , que serán abordadas en la siguiente tabla (Rice, 2000):

Etapa	Características
<b>Etapa sensoriomotora ( 0-2 años)</b>	Los niños aprenden a coordinar las acciones físicas y motoras con las experiencias sensoriales. Los sentidos del tacto, oído, vista, gusto y olfato proporcionan a los niños el contacto con los objetos de diferentes propiedades.
<b>Etapa preoperacional ( 2- 7 años)</b>	Durante esta etapa los niños adquieren el lenguaje y aprenden a utilizar símbolos que representan el entorno. Los niños preoperatorios pueden desenvolverse en el mundo simbólicamente.
<b>Etapa operacional concreta (7-11 años)</b>	Los niños muestran alguna capacidad para el razonamiento lógico, aunque solamente en relación con la experiencia presente.
<b>Etapa operacional formal (11- en adelante)</b>	Los adolescentes superan las experiencias concretas, actuales y comienzan a pensar de una forma lógica en términos abstractos. Son capaces de usar la lógica sistemática, proposicional, para resolver problemas y elaborar conclusiones.

Utilizó cinco términos para describir la dinámica de adquisición de habilidades:

-**Esquema:** Este representa los patrones originales del pensamiento o las estructuras mentales que la gente utiliza para enfrentarse a los sucesos del entorno.

- **Adaptación:** Factor que incluye y adapta la información nueva que incrementa la comprensión de una persona. La adaptación tiene lugar a través de dos medios: asimilación y acomodación.

- **Asimilación:** Significa adquirir nueva información utilizando estructuras ya existentes en respuesta a nuevos estímulos ambientales.

-**Acomodación:** Implica el ajuste a la información nueva creando nuevas estructuras para reemplazar las antiguas.

**-Equilibrio:** Implica alcanzar una armonía entre la asimilación y la acomodación.

Cognitivamente hablando, en la adolescencia se presentan cambios importantes de tipo cualitativo, que se observan en la forma de pensar de los jóvenes y los cuantitativos en relación a la inteligencia y procesamiento de información; para Piaget la adolescencia marca el inicio de las operaciones formales, lo que permite a los adolescentes entender y manipular conceptos abstractos, es la edad de los grandes ideales (Piaget y Inhelder, 1984). Llegar al pensamiento de las operaciones formales presenta ciertos riesgos, ya que los jóvenes sienten una confianza excesiva hacia sus nuevas capacidades y dan mucha importancia hacia sus pensamientos olvidando a los demás; lo cual es definido por Piaget como “egocentrismo de las operaciones formales”.

En la etapa de operaciones formales, existen tres resultados que se van dando cuando el adolescente logra separar lo concreto de lo hipotético; el primero es el combinatorio, donde el joven ya no necesita encontrar una coherencia que sea visible y concreta entre dos objetos para llegar a un resultado, ya que hace combinaciones de cualquier operación ya existente (Piaget et al., 2002).

Estas primeras combinaciones son muy importantes, ya que es donde se comienzan a analizar tanto el presente real, como sólo un pensamiento hipotético y que pueda tener un sinnúmero de combinaciones, logrando con esto aumentar el razonamiento deductivo.

Las segundas combinaciones son la de objetos, donde el adolescente ya comienza a deducir con su propia lógica todas las combinaciones que puede realizar de quizás un juego de cartas o juego de fichas.

Estas combinaciones, a nivel concreto no tienen sentido, pero no se ha llegado a sacar una teoría o fórmula precisa de estas combinaciones.

Las últimas combinaciones que aparecen en esta etapa, son las llamadas proposicionales, que posibilita al adolescente decir si es verdad o no el resultado

de las combinaciones de objetos e hipótesis que se le presentan a diario y desarrollar, aún mejor, su lógica (Piaget et al, 2002).

Otra de las características de las operaciones formales, es la aparición del razonamiento hipotético-deductivo, esto es, primero se ve el problema desde una perspectiva general, para posteriormente, llegar a conclusiones más específicas que permitan encontrar una solución (Berk, 1999).

El pensamiento del adolescente, frente a un problema, ya puede manejar una variedad de posibles soluciones y las consecuencias de éstas de una forma más abstracta, para posteriormente, definir cuál es la más indicada y aplicarla (Faroh, 2007).

Al estarse desarrollando los cambios tanto físicos como cognitivos mencionados anteriormente, el adolescente comienza a generar ideas relacionadas sobre sí mismo; las expresiones más claras al respecto son: el egocentrismo operacional formal, la audiencia imaginaria y la fábula personal (Berk, 1999).

El egocentrismo operacional formal del adolescente, se sustenta en el pensamiento abstracto sobre lo que piensa de él mismo y también comienza a creer que las personas que le rodean tienen opiniones , ya sea positivas o negativas, sobre él (Berk, 1999).

Por esta cuestión centrarán su atención en tratar de no equivocarse para nada, o creerán que comenzarán las burlas y críticas en ese momento, y no podrán soportarlo (Berk, 1999).

Al presentarse este tipo de egocentrismo, los adolescentes comienzan a crear una audiencia imaginaria, donde la familia, los pares y profesores estarán observando cada movimiento o error que cometan.

Al estar presente esa percepción de ser el centro de atención en todo momento, crean una fábula personal, donde las ideas que tienen de sí mismos cambian. Algunos adolescentes creen que son únicos y especiales y otros que son ordinarios y eso les desespera (Berk, 1999).

La mayoría de las veces, estos cambios son poco claros y los adolescentes, no encuentran un por qué a los nuevos sentimientos e ideas. La opinión del mundo social comienza a tomar importancia para la toma de decisiones.

## 6. Adolescencia actual

*“Los jóvenes actuales afirman tener derecho a divertirse, a disfrutar de todo lo que se les ofrece bebidas alcohólicas, drogas, comida, viajes, orgasmos múltiples, etc.- aquí y ahora, sin pagos a plazos y sin compromisos personales, matrimonios o hijos de qué preocuparse (Harris, 1990:11); caminan en el mundo adulto de la escuela, del Estado... de la profesión, como clandestinos. En la escuela escuchan perezosamente lecciones...que enseguida olvidan. No leen periódicos ni libros...Se enclaustran en su habitación con carteles de sus héroes, con la televisión o computadora prendidas todo el día; ven sus propios espectáculos, caminan por la calle inmersos en su música. Despiertan solo cuando se encuentran en la discoteca por la noche, que es el momento en el que, por fin, saborean la ebriedad de apiñarse unos con otros, la fortuna de existir como un único cuerpo colectivo danzante” (Albertoni, en Sartori, 1997:42).*

Instituciones educativas, organizaciones, empresas y sobre todo familias, se hacen constantemente preguntas referentes a los drásticos cambios en la sociedad actual. Perciben y señalan una mutación repentina en los valores, costumbres y aspiraciones, que las dos últimas generaciones de jóvenes muestran.

Ahora, al parecer, gran parte de los jóvenes sobre todo los provenientes de familias con ingresos medios y altos, son menos responsables, ponen poco empeño en conseguir objetivos y se muestran reacios a formar un patrimonio duradero; justo como si de pronto todos se pusieran de acuerdo para vivir con

excesos y más rápido. Sin embargo, tal como lo señala Daniel Bell (1994:21): “*Nuestra fascinación por el Apocalipsis nos ciega a lo mundano*”.

El problema se hace cada vez más alarmante. En el pasado los adolescentes tendían a ser problemáticos pero aún existían ciertas normas. Un profesor o un padre era respetado y en muchas ocasiones, se le reconocía como una autoridad por sus conocimientos, reflexiones o simplemente por su jerarquía. Pero ahora ya no siempre es así. Las formas de respeto han cambiado en la misma familia: ¿quién iba a ser capaz de decirle a un padre “*no manches..ruco*” o de no acatar las reglas que se establecían?.

El problema se ha agravado con la fuerte irrupción de los medios electrónicos de entretenimiento (desde la televisión por cable, series animadas, videojuegos y más recientemente el Internet), que solían ser usados como simples productos para la distracción o el esparcimiento. Desde hace más de una década han dejado de serlo; en realidad se han vuelto un compañero inseparable de todo adolescente, un compañero que les satisface su curiosidad, los entretiene y los aísla de la interacción con los demás, pero sobre todo, que llena el hueco de atención y presencia de algunos padres (Eisenberg,, 2010).

Podemos observar que estos medios se usan como “*niñeras*” que dan servicio a los padres ocupados, pero también como motivadores o premios por buen aprovechamiento escolar. Ello suele desorientar fuertemente al adolescente que aún no ha definido del todo su personalidad: se vuelve un blanco fácil para todos los productores de estos medios. Los jóvenes al estar constantemente apabullados por los contenidos agresivos y sexuales en diversas series televisivas, sitios Web, música o videojuegos, presionarán para:

- a) Comprar el último CD del artista que ha provocado más escándalos en el último año,
- b) Para tener Internet sin restricciones y así contar con acceso a información que necesita madurez para asimilarse adecuadamente, y
- c) Para adquirir el último videojuego, que suele ser el más polémico y odiado por los adultos.
- d) Para adquirir la última versión de teléfono celular, tablet, iphone, etc..



De esta manera, el adolescente puede asegurar algo del codiciado estatus, producto de una personalidad que no ha sido formada adecuadamente y de una débil autoestima. Esta búsqueda desesperada de estatus, repercute fuertemente en el estilo de vida de todo joven. Sabemos que el comportamiento desorientado de los adolescentes, siempre ha causado una mayor o menor preocupación y frustración en los adultos.

Hoy en día no se puede negar que observamos impotentemente actitudes cada vez más apáticas en muchos de los jóvenes; jóvenes ociosos, que consumen alcohol y drogas con la mayor naturalidad. El enfrentarse a las normas, se convierte, entonces, en un estilo de vida.

En la actualidad los adolescentes presentan problemáticas que los conducen a caer en conductas autodestructivas y violentas que los afectan a ellos mismos y a sus semejantes, algunos de estos problemas son:

**La falta de valores:** Los valores son todo un tema en la vida de un adolescente ,ya que existen y no son los que deberían estar presentes; los valores actuales podrían ser:

**El ocio:** Los chicos actuales no quieren esforzarse por obtener las cosas, sin embargo, pretenden que todo se les dé con facilidad, se ven en la actualidad dos tipos de jóvenes: los que tienen muchas actividades y se interesan por ellas (los nerds) y otros que no hacen nada y ninguna actividad los motiva (los llamados ninis).

**La ignorancia:** Los chicos no están interesados por conocer la situación actual de su país ni tampoco de su historia, en las escuelas no se fomenta el hábito de la lectura, y ellos mismos no la practican, ya que socialmente no es visto como una moda, más bien se interesan por actividades que realice el grupo al cual pertenecen, o intentan pertenecer por el deseo de ser aceptados, la ignorancia trae como consecuencia conductas autodestructivas o casos de embarazos no planeados por la falta de información.

**El machismo:** Esto es aplicado a los dos sexos, donde es bien visto que el que pelea más fuerte, el que le falta al respeto a los demás, y a sus congéneres de una forma más “original e insultante” va a ser el líder del grupo, esto se puede observar en lo que ahora se conoce como bullying.

La falta de valores adecuados en la manera de actuar de los jóvenes, ocasiona que los jóvenes no se orienten hacia los ideales correctos y que no tengan alguna meta en la vida por la cual luchar; aunado a una falta de oportunidades por parte del gobierno y en las escuelas por la escasa motivación necesaria para que puedan alcanzar sus metas, genera en ellos un estado de parálisis que es presenta como un reto a la sociedad.

Otro punto importante, son los modelos a seguir que tienen los jóvenes: grupos musicales, artistas o deportistas , todas ellas personas que tienen fama y fortuna de manera fácil, la mayoría carentes de talento y ética , hay grupos musicales que en la letra de sus canciones hacen apología de la droga, exaltan el sexo y el delito; y no tienen otro objetivo más que obtener dinero vendiendo sus discos o presentaciones, inclusive a través de meros escándalos, sin importar el daño psicológico que puedan ocasionar en los chicos. Es decir, que los adolescentes no tienen acceso a ejemplos de esfuerzo, trabajo, justicia o paz.

Los adolescentes que tienen acceso a la educación, no le prestan atención a las problemáticas actuales , que existen en nuestro país como el hambre, la injusticia, la falta de moral, etc..por el contrario le dan prioridad a la diversión desmedida, el descontrol, la falta de responsabilidad y los excesos de todo tipo. Por otro lado, los chicos sin acceso a la educación por ignorancia tampoco se preocupan por la situación del país, ni conocen sus derechos por ende no los defienden. Todo lo anterior los conduce a buscar caminos fáciles para obtener alguna ganancia y poder sobrevivir.

Debido a la situación del país, los jóvenes no tienen interés en ser mejores personas y en mejorar al mundo, ya que mientras se puedan divertir los problemas desaparecen, si los chicos no recapacitan el gobierno no hará nada por darles más oportunidades , ya que no tienen visión para el futuro, porque se encuentran

atrapados en un mundo donde sólo existe la diversión mal enfocada porque los lleva a destruir su cuerpo como en el caso del alcohol y las drogas, o a tomar actitudes de agresión, como el caso del bullying, y todo esto los hace adoptar patrones inadecuados para poder pertenecer a un grupo y ser considerado como un adolescente “normal y actual”.

## 7. Tipos de personalidad de los adolescentes actuales

En un estudio hecho por el Instituto Tecnológico de Monterrey (Eisenberg, G., 2010) se observó que 7 de cada 10 jóvenes manifiestan algún tipo de apatía. Lo más preocupante es que dos de cada 10 de ellos, presentan serias tendencias a la depresión.

Debido a los resultados de este estudio, se pudieron clasificar cuatro tipos de personalidad en la juventud actual, los cuales se expondrán en la siguiente tabla (Eisenberg, 2010):

<b>Perfil</b>	<b>Características</b>
<b>Jóvenes en riesgo de depresión</b>	Son jóvenes que tienen baja autoestima, baja capacidad de control de su impulsos, así como para expresar emociones, son considerados de alto riesgo porque pueden caer en adicción a drogas y alcoholismo. Proviene de padres estrictos e impositivos.
<b>Perfil con apertura y baja tolerancia al estrés</b>	Las características de estos jóvenes es que son sociables, extrovertidos y abiertos a nuevas experiencias, son apáticos y selectivos, tienen baja autoestima, se aburren con facilidad, alto riesgo de caer en adicciones por su necesidad de buscar emociones nuevas, y mal manejo de estrés, provienen de familias donde no se sabe bien a bien quién es la autoridad.
<b>Perfil con compromiso y baja apertura</b>	Proviene de familias promedio que no buscan marcar la diferencia con respecto a los demás, estos jóvenes no presentan problemas de conducta, son considerados como “X”.
<b>Perfil con compromiso y apertura</b>	Se trata de chicos : extrovertidos, responsablemente abiertos a nuevas experiencias, y que tienen buen manejo de estrés.

En la siguiente sección se abordarán las problemáticas físicas más relevantes.

## **8. Problemas de salud críticos durante la adolescencia actual**

A veces, los adolescentes que se sienten emocionalmente mal, expresan sus emociones reprimidas mediante diversas formas de conducta: escapadas, conducta violenta, promiscuidad, robo, asalto, violación, incluso la destrucción de la propia vida o de otro. La mayoría de estos adolescentes se sienten distanciados de sus amigos, familia y centro escolar.

No se integran dentro de los valores de la sociedad adulta y adolescente. Sus acciones son una expresión de sus sentimientos de alienación, que no pueden expresar mediante formas socialmente aceptables (Calabrese, 1987; Calabrese y Adams, 1990).

Desde una perspectiva educativa de acuerdo con Brooks, Schirald y Ziedenberg (2000); y Mayer y Leone, (1999), las siguientes conductas son banderas rojas que indican que los jóvenes están en riesgo:

- . Ausentismo**
- . Bajas calificaciones**
- . Bajas notas en matemáticas y lectura**
- . Deficiencia verbal y de lenguaje**
- . Inhabilidad para tolerar actividades estructuradas**
- . Deserción escolar.**
- . Reprobar una o más materias**
- . Conductas violentas en la escuela**

La adolescencia del siglo XXI es definida como un periodo que va del inicio de la pubertad a la independencia social y personal que incluye el desarrollo sexual y la maduración psicosocial (UNAIDS/WHO, 2006). Globalmente, hay una estimación de 1.5 billones de personas entre 12 y 24 años el número más amplio de adolescentes a la fecha (UNAIDS/WHO, 2006).

Los problemas de salud del adolescente incluyen riesgo de drogas, tabaco y uso de alcohol para escapar del ambiente en el que viven. Otros problemas de salud en la adolescencia son la obesidad, se estima que el 17% de los jóvenes están pasados de peso (Wang et al., 2006).

Otro riesgo son las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. Alrededor de 10 millones de adolescentes alrededor de 15 a 24 años viven como portadores del virus.

La **depresión** es un serio problema alrededor de los adolescentes actuales, especialmente en las mujeres. La depresión en la adolescencia incrementa el riesgo de una fuerte depresión en el futuro (Lewinsohn et al., 1999) y está asociada con consecuencias de salud pobre, así como riesgo de prácticas sexuales sin protección (Brady et al., 2009); embarazos tempranos (Lee et al., 2004); conducta violenta (Saluj et al., 2007) y suicidio (CDC, 2008).

Un estudio demostró que casi la mitad de los adolescentes que han tenido intentos de suicidio no conocen todos los criterios de diagnóstico de depresión (Joe et al., 2009). También hay una fuerte conexión entre el bullying y la depresión, que incluye a la víctima y al victimario, los educadores deben considerar una depresión mal tratada cuando existen problemas de bullying, conductas violentas y suicidas, y prácticas sexuales riesgosas, si se conoce la depresión en un adolescente se pueden prevenir consecuencias más serias en un futuro.

La **obesidad** es un problema de salud pública, pues alrededor de varios grupos de personas en el mundo la padece, esto incrementa la propensión de desarrollar patologías como diabetes tipo II (Nwobo y Johnson, 2007).

Entre los años de 1999 a 2004, 20% de los jóvenes afro americanos, 19% de los mexicanos, y 16% de jóvenes caucásicos fueron clasificados como obesos (Odgen et al., 2006).

Fuertemente relacionada con la obesidad adulta, la obesidad en la adolescencia pone en riesgo al joven de empezar con problemas de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y síndrome metabólico (Odgen et al., 2006).

Los porcentajes de inactividad alrededor de los adolescentes son altas, comparados con otros grupos (Gordon-Larson et al., 1999; Wang et al., 2006). Un estudio realizado en Chicago encontró que el 26% de los jóvenes participan en una actividad física al menos 20 minutos al día; mientras que el 73% pasa 4 horas o más viendo la televisión, usando la computadora, o con videojuegos (Wang et al., 2006).

Los mayores riesgos que, contribuyen directamente a la obesidad en el adolescente son los ambientales, que incluyen poca disponibilidad de comida saludable (Powell et al., 2007) , opciones limitadas de actividad física y una dieta alta en calorías (Odgen et al., 2006).

El **suicidio** entre los adolescentes es la segunda mayor causa de muerte, precedida por los accidentes, entre ellos, los automovilísticos. Es una medida extrema tomada en momentos de mucha angustia debido a una fuerte discusión con los padres, a una desilusión amorosa, a una reprobación en la escuela, etc..

Muchas veces el adolescente, envía avisos que pueden manifestarse en alteraciones en su comportamiento, su personalidad, en comentarios sobre la muerte, en estados de pánico o con una ansiedad importante.

La incidencia del suicidio entre los niños, especialmente entre los menores de 13 años de edad es rara, porque los niños son dependientes todavía de los objetos de apego para su gratificación, no han completado el proceso de identificación consigo mismos; así pues, el pensamiento de volver la agresividad contra sí mismos les parece demasiado temible y dolorosa (Rice, 2000).

La tasa de mortalidad por suicidio aumenta con la edad, alcanzando un máximo entre los varones de más de 85 años de edad y en las mujeres entre los 45 y 54 años de edad (Centro de Estadística de Estados Unidos, 1996 citado en Capuzzi D. 2008). La tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes entre los varones de 15 a 24 años es de 22.4%, entre las mujeres entre 15 y 24 años es de 4.1%. La tasa de suicidio en el grupo de edad de 15 a 24 años se ha triplicado en los últimos 40 años (Hepworth, Farley y Griffiths, 1986).

En los años 90, el suicidio era la segunda causa de muerte después de los accidentes entre los jóvenes (Gutstein y Rudd, 1990). Aproximadamente 5.000 jóvenes mueren por suicidio cada año (Centro de Prevención del Suicidio, 1984 citado en Capuzzi, 2008). Las mujeres intentan el suicidio con mucha más frecuencia que los varones, pero son más los hombres que mueren por suicidio que las mujeres.

Los adolescentes suicidas suelen proceder de ambientes familiares perturbados (Henry et al., 1993; Wright, 1985). Puede que haya conflicto entre los padres y entre los padres y los hijos, y bastante violencia intrafamiliar o los padres quizás manifiesten actitudes negativas y de rechazo hacia los hijos (Wade, 1987).

El desempleo frecuente y el apremio económico en el hogar pueden ser un factor, así como la falta física o emocional temprana de los padres; la ausencia de uno o ambos padres o el abandono del padre pueden influir en la decisión de recurrir al suicidio (Tishler, 1992).

Otros estudios relacionan el suicidio adolescente con la frecuente ausencia paterna debido al desempleo (Stack, 1985). Como consecuencia, a menudo,

existe una figura paterna ausente con la cual identificarse y surge en su lugar un sentimiento de aislamiento emocional y social.

Quienes han intentado suicidarse, a menudo, afirman que no sienten que tengan cerca a un adulto, muchas veces tienen problemas para comunicarse con las personas significativas que tienen a su alrededor (Stivers, 1988). No tienen a nadie con quien hablar cuando lo necesitan, la falta de proximidad con los padres les provoca una falta de apoyo emocional cuando lo necesitan. Estas tres características se observaron en los estudiantes universitarios que presentaban pensamientos suicidas (Dukes y Lorch, 1989).

El ambiente de aislamiento social, hace que estos adolescentes sean particularmente vulnerables a la pérdida de un objeto de apego, lo que quizá provoque un intento de suicidio. La pérdida de uno de los padres en la niñez, hace que cualquier pérdida posterior de un miembro de la familia, compañero o pareja sea especialmente difícil de aceptar para ellos (Neiger y Hopkins, 1988).

Un componente frecuente del suicidio es la depresión (Conell y Meyer, 1991; Lester y Gatto, 1989). El riesgo de suicidio entre los adolescentes aumenta con el consumo de alcohol y drogas (Rogers, 1992). Bajo la influencia de las drogas o el alcohol, es más probable que los adolescentes actúen por impulso (Sommer, 1984) o algunas veces se exceden en la dosis y mueren aún sin tener intención (Gispert, Wheeler, Marsh y Davis, 1985).

El estrés puede estimular los intentos de suicidio (Peck, 1987). Un estudio señalaba que los sujetos que tuvieron un alto riesgo de suicidio también tuvieron amistades de peor calidad, autoestima más baja y más acontecimientos estresantes en el año anterior (Cole, Protinsky y Cross, 1992).

Otros problemas que aquejan a la sociedad actual son los ***disturbios alimenticios***.



Entre estos, la ***anorexia nervosa*** que es una enfermedad psíquica, que se caracteriza por la ausencia de apetito, la mayoría de las veces inducida por el individuo (la persona se rehusa a comer) que culmina en una desnutrición severa, con tasas de mortalidad superiores al 21%, es el trastorno alimenticio más frecuente en las mujeres.

El surgimiento de la enfermedad ocurre luego de intentos de dieta, donde el individuo considera el alimento como un enemigo, agresor y que sólo destruye y arruina su cuerpo engordando la imagen en el espejo. Negar los alimentos, se vuelve una solución viable para alcanzar la imagen deseada, que en el espejo tiene muchos kilos de más.

Esta distorsión de la imagen corporal se da por el deterioro que esta persona tiene del esquema corporal, el cuerpo que ella imagina es infinitamente distinto al que existe en realidad.

En el último siglo se valorizó y estableció a la imagen como uno de los principales pilares del éxito. Los medios de comunicación divulgan un patrón de belleza que servía mucho más para mostrar la ropa que para vestirla.

Comparados con los maniqués de plástico, los cuerpos de proporciones perfectas comenzaron a habitar la fantasía de los adolescentes que querían ser aceptados, amados y más aún valorizados. Nada más justo para este adolescente que el deseo de sumar esfuerzos para ser igual a la imagen de la revista, aunque para ello tuviera que sacrificar su salud y algunos placeres, como comer.

Otro trastorno de esta índole es la ***bulimia***, que en muchas oportunidades es una enfermedad coadyuvante de la anorexia nervosa. Después de días sin alimentarse o alimentándose muy poco, la persona puede tener un ataque compulsivo alimenticio, y luego recurrir a un comportamiento compensatorio para provocar el vómito e incluso la ingesta de una dosis exagerada de laxante para librarse de la comida.

Bulimia es sinónimo de sufrimiento, tristeza, miedo, vergüenza y es una enfermedad que ocurre con una frecuencia mucho mayor a lo que suponemos. Es más frecuente en mujeres (90%).

Se caracteriza por repetidos ataques de hiperfagia (hiperalimentación) y una preocupación exagerada con el control del peso corporal, lo que conduce a la persona a adoptar medidas desesperadas para no engordar, tales como inducir vómitos después de la ingestión excesiva de alimentos, abusar del uso de laxantes, uso de drogas como anorexígenos, hormonas tiroideas o diuréticos, periodos de inanición y concurrir con una frecuencia exagerada a los gimnasios.

Apareciendo con más frecuencia a partir de los 18 años en clase media y alta, ocurre en mujeres con trastornos emocionales severos, que se expresan principalmente en baja autoestima, inadecuación corporal, compulsión alimenticia, trastornos afectivos, abuso y dependencia de drogas entre otros.

Lo que caracteriza a la bulimia, es que el paciente experimenta culpa y se propone compensaciones purgatorias como la práctica de ejercicios físicos, hasta sentirse exhausta, así como el intento de librarse de la comida. Este mecanismo es repetido incontables veces, en periodos cada vez más cercanos entre sí, dado que el paciente cree que este método funcionará y culminará con éxito. El proceso es extremadamente autoagresivo, con serias consecuencias como lesión en el esmalte de los dientes, esofagitis de reflujo etc.. Es importante destacar que en este tipo de pacientes es posible encontrar otros como abuso de alcohol y sustancias, promiscuidad y mutilaciones auto inflingidas.

De acuerdo con Stevens y Griffin (2001) es alarmante la edad en la que la juventud se adhiere a conductas de riesgo. Un gran número de niños de 9 a 12 años experimentan algún uso de sustancias químicas. Stevens y Griffin (2001) reportaron que, basado en un reporte del año 1996, 32.4% de chicos de esta edad experimentaron por primera vez el uso de drogas y alcohol, 7.6% fumaron marihuana y el 9% se convirtieron en activos sexualmente hablando; este tipo de conductas ponen en riesgo a los seres humanos en su vida tardía.

Otro problema que pone a los jóvenes en riesgo es la **actividad sexual sin protección**, lo cual puede traer como consecuencia **infecciones de transmisión sexual** y otro problema que ha aumentado el **embarazo no deseado**.

La actividad sexual activa en los jóvenes, el uso de anticonceptivos y la paternidad no planeada son dependientes en muchas variables, muchos adolescentes no tienen la intención de embarazarse, la iniciación de la vida sexual es percibida como un evento inesperado y espontáneo como algo “*que sucedió*” (Brooks-Gun y Furstenberg, 1993).

Muchos adolescentes son sexualmente activos aproximadamente un año antes de usar algún método anticonceptivo (Allen, 1989), una de las razones para retardar su uso es miedo al regaño por parte de los padres, la creencia de que el embarazo es imposible y miedo sobre las consecuencias de usar estos métodos.

Sin embargo, los estudios muestran que en las últimas dos décadas, el uso del condón se ha incrementado en el 58% de las áreas geográficas (Committee on Adolescence, 2001 citado en Capuzzi, D. 2008).

Muchos de los antecedentes asociados con el embarazo no planeado están ligados con un estatus socioeconómico bajo, en el cual no es sorprendente que en escenarios empobrecidos, la vida sexual activa inicie a edades muy tempranas y debido a la falta de educación no sepan usar métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo (Voydanoff y Donnelly, 2000).

Existen diversos tipos de influencias que favorecen el embarazo no deseado:

El desarrollo de niño es un proceso gradual que va desde la dependencia de la infancia a la autosuficiencia de la adultez (Allen, 1989), los niños necesitan un lazo estrecho con los adultos para que los protejan y provean de lo que necesiten para un desarrollo sano y normal, cuando los niños tienen experiencias adversas y las condiciones en las que deberían vivir no son las adecuadas, pueden tener

retardos en su desarrollo y no tener las estrategias necesarias para enfrentar los retos que se presentan en la adolescencia y juventud.

La actividad sexual, está altamente conectada a las observaciones y discernimiento acerca de la conducta de los adolescentes de su familia de origen y su grupo de amigos (Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989; Kirby, 2000; Voydanoff y Donnelly, 1990); el riesgo se incrementa cuando las familias o los miembros del grupo de amigos tienen una historia de embarazo en la adolescencia (Kirby 2001; Reshick et al., 1990).

De igual manera los adolescentes que viven en familias donde ha habido divorcio o separación, están en un riesgo elevado de vivir embarazos no deseados (Blake y Bentou, 2001; P.B., Smith et al., 2000; Wu y Thomson, 2001). Cuando los padres se divorcian las líneas de comunicación se distorsionan y se rompen. El ingreso económico de la familia baja, lo cual incrementa el estrés y se rompe la estructura de educación en los niños, debido a estas dificultades los adolescentes tienden a recurrir más a los amigos y a tomar sus consejos que pueden llevarlos a caer en conductas de riesgo como embarazos tempranos (Mc Collough y Scherman, 1991; Voydanoff y Donnelly, 1990).

Las consecuencias del embarazo adolescente son enormes. Las madres adolescentes, casadas o no casadas, son susceptibles a complicaciones como eclampsia y mortalidad, el alto porcentaje de consecuencias negativas del embarazo adolescente está asociado con un cuidado prenatal inadecuado, mala nutrición e inmadurez física, (White y White, 1999). Los datos han indicado que la inmadurez reproductiva, las deficiencias hormonales, la angustia y un cuerpo no desarrollado contribuyen a la incidencia de partos prematuros (Stevens-Simon, Kaplan y Mc Anarney, 1993).

Los niños nacidos de madres adolescentes son vulnerables a los efectos adversos de un nacimiento prematuro como: bajo peso al nacer, mortalidad infantil, trastornos neurológicos y retardos en el desarrollo (Allen, 1989).

Otro problema que aqueja actualmente a la juventud es el **abuso de sustancias**. De acuerdo con estadísticas el consumo de alcohol contribuye a la muerte de 120,000 jóvenes. El uso de alcohol es un factor que está involucrado en el 40% de los crímenes (Inaba y Cohen, 2005).

El principal pronóstico de uso de drogas en adolescentes es la edad de comienzo. En un estudio reciente se observó que los jóvenes que consumen sustancias antes de los 12 años mostraron malas estrategias para tomar decisiones y menos confianza en si mismos que aquellos que no consumían ningún tipo de droga (Sobeck, et al. 2000).

Además de las influencias fisiológicas que produce el consumo de drogas, como la inhibición o exaltación de algunas conductas, algunos investigadores han identificado influencias psicológicas y socioculturales para el consumo de las mismas, las cuales serán mostradas en la tabla 7:

*Tabla 7: Influencias psicológicas y socioculturales en el consumo de drogas en los adolescentes ( Moisener, 1994):*

	<b>Estadio 1</b>	<b>Estadio 2</b>	<b>Estadio 3</b>	<b>Estadio 4</b>
<b>Tipo de uso</b>	Experimental	Uso social con amigos	Operacional: también asociado como uso compensatorio (Nawinski, 1990)	Dependencia
<b>Razón de uso</b>	Aburrimiento, curiosidad, buscar diversión, presión social	Buscar un modo de diversión con amigos (Mac Donald y Newton, (1981)	Preocupación por ser aceptado en un grupo (Mac Donald y Newton, 1981)	Uso de droga para sentirse normal
<b>Características del uso de drogas</b>	Consciencia de la diferencia entre divertirse y	Se considera una forma confiable de	Adherido activamente a los efectos de la droga. Hay dos tipos de usuario	Los adolescentes gastan una gran parte de su tiempo

	ponerse en peligro	diversión para los jóvenes	operacionales: los que la buscan para sentirse mejor y los que usan droga para olvidar sus problemas	tratando de sentirse grandes: el sentido del ser es influido por el uso de la droga, se vuelven expertos y conocen todo tipo de droga
<b>Consecuencias del uso de drogas</b>	No tienen serios problemas de dependencia	Es un riesgo para seguirse drogando más adelante	Están en un grave riesgo de abusar de la droga	Corren riesgo de presentar problemas de la salud y la muerte.

La literatura indica que las familias abusivas, alcohólicas, y/o guiadas por uno solo de los padres y con inconsistencia de límites favorecen, el uso de drogas en el adolescente. Las niñas son más propensas a adherirse al uso de estas sustancias (Hart, Robinson, Kuprus y Kerr, 2000).

El uso de drogas entre pares es el factor que predispone más recurrentemente al uso de drogas entre los adolescentes que no las consumen (Chassin, et al. 1996).

En el siguiente capítulo se abordarán los diferentes contextos donde interactúa el adolescente en la actualidad.

## **CAPÍTULO 2: CONTEXTO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL DEL ADOLESCENTE ACTUAL**

### **1. El adolescente y su entorno familiar**

A lo largo de la mayor parte de la historia, la familia ha sido contemplada como patriarcal, considerándosele al padre, cabeza de familia, con autoridad y responsabilidad sobre otros miembros de la misma.

Gradualmente, la familia ha ido evolucionando hacia formas más democráticas. Este cambio se ha producido por diferentes razones. Entre otras, el auge del movimiento feminista que proporcionó un cierto poder económico y libertad a las mujeres. A medida que más mujeres tenían más ingresos, se exigía a los hombres mayor participación en las actividades del hogar, la tendencia general fue hacia una voz más igualitaria en la toma de decisiones y una distribución más equitativa de la responsabilidad de la familia.

Al ser en la familia el primer círculo social en el cual interactúa el niño, es ella la que en un futuro, le dará pautas para desarrollarse, relacionarse con otros adultos y pares, y saciarán las necesidades físicas y afectivas que el ser exigirá, por lo que la relación que se vaya dando con los padres es muy importante.

Para poder entender los conflictos que surgen en la familia, se tiene que reconocer qué tipo de familia es y las consecuencias de interactuar en la misma (Pick et al, 1995).

En la tabla 1 se mencionarán los tipos de familia y las consecuencias afectivas y conductuales, que representa para los adolescentes la socialización con cada una de ellas.

Tabla 1. Tipos de familia (Pick et al., 1995)

<b>Tipos de familia</b>	<b>Características</b>	<b>Consecuencias</b>
<b>Rígidas</b>	Los padres no aceptan que el hijo ha crecido y necesita cubrir otras necesidades.	Obediencia y frustración.
<b>Sobreprotectoras</b>	Preocupación excesiva de los padres por dar cuidado excesivos a los hijos.	Jóvenes que dependen de los padres. Inseguridad total para la toma de decisiones.
<b>Amalgamadas</b>	La familia se siente estable y feliz sólo si realizan actividades en grupo.	Nula independencia del adolescente. No existe respeto hacia el hijo.
<b>Evitadoras de conflictos</b>	Poca paciencia ante el estrés por lo que niegan que existan conflictos y no llegan a resolverlos.	El adolescente no soporta la presión ejercida por los problemas y explota en contra de la familia.
<b>Centradas en los hijos</b>	Conflictos entre los padres, al no resolverlos, se enfocan en los hijos.	El hijo no se independiza para no romper la estabilidad en casa.
<b>Con un solo padre</b>	El adolescente toma el papel del padre ausente, no puede experimentar su etapa libremente.	Genera estrés por tomar responsabilidades que no le corresponden.
<b>Seudo-democrática</b>	Nula disciplina y límites hacia los hijos.	No existe autoridad precisa. Se reta a los padres.
<b>Inestable</b>	No existen proyectos, valores o límites precisos.	Dificultad para mejorar el Yo. Se vuelve inseguro y tímido.

Durante la infancia, la dinámica con los hijos parece ser menos complicada si la comunicación y el respeto son agradables y llevaderos, pero cuando el niño llega a la etapa de la adolescencia, la mayoría de las veces la relación se vuelve complicada e incluso desagradable (Pick et al., 1995).

Los nuevos ideales tanto propios, como políticos y religiosos, al igual que el despertar de la sexualidad, algunas veces ya no concuerdan con lo establecido en casa, sin embargo, si los padres y adolescentes están abiertos a participar en una comunicación constante y abierta a dar soluciones, se puede recuperar o mejorar la armonía y respeto hacia ambas partes (Pick et al., 1995).



Una compilación de resultados de investigación indica que los jóvenes quieren y necesitan padres que desplieguen las características que se mencionarán a continuación:

*Tabla 2: Características que deben tener los padres de acuerdo con lo que un adolescente quiere (Newman, 1989):*

- "Tienen interés en nosotros y están dispuestos a ayudarnos en lo que necesitemos".
- "Nos escuchan e intentan comprendernos"
- "Nos hacen saber que nos quieren"
- "Muestran aprobación por nosotros"
- "Nos aceptan tal como somos, con nuestros errores"
- "Confían en nosotros y esperan lo mejor de nosotros"
- "Nos tratan como personas mayores"
- "Nos guían"
- "Son personas felices con buenas disposiciones y sentido del humor, que crean un hogar feliz y son un buen ejemplo para nosotros"

Los adolescentes quieren atención y compañía de sus padres (Henry, Wilson y Peterson, 1989). Se quejan de padres que tienen posiciones de alta responsabilidad que requieren una jornada larga fuera del hogar (Jensen y Borges, 1986). Muchos jóvenes de hoy cuyas madres y padres trabajan se tienen que quedar en casa solos después del colegio porque no están en casa.

La comunicación con los padres, se deteriora hasta cierto punto durante la adolescencia. Los adolescentes comentan que pasan menos tiempo interactuando con sus padres que cuando eran más pequeños. Dan menos información a sus padres y en ocasiones la comunicación se hace más difícil (Beaumont, 1996).

Quizá, la razón para esta falta de comunicación es que muchos padres no escuchan a sus hijos, tampoco aceptan sus opiniones como relevantes, ni intentan comprender sus sentimientos y puntos de vista.

Los adolescentes quieren padres que hablen con ellos, que tengan un oído atento y padres que consideren importantes las cosas que son de relevancia para sus hijos.

La comunicación es una llave para las relaciones armoniosas padres-jóvenes (Masselam, Marcus y Stunkard, 1990). Algunas familias pasan poco tiempo juntas. Si las familias tienen que hablar, tienen que estar juntas el tiempo suficiente para ello; también tienen que desarrollar una cierta apertura entre las generaciones.

Los malos entendidos entre los padres y el adolescente surgen como resultado de dos tipos de personalidades en adultos y en jóvenes, en la tabla 3 se mostrarán estas diferencias:

*Tabla 3: Personalidad del adulto de mediana edad y personalidad adolescente (Rice, 2000):*

<b>Generación adulto de mediana edad</b>	<b>Generación adolescente</b>
Es cuidadoso/experimentado	Es atrevido y aventurero; en ocasiones toma decisiones alocadas.
Mantiene el pasado; tiene tendencia a comparar el presente con el pasado	Es idealista, optimista
Es conservador en sus formas, su moral y sus costumbres.	Es liberal: reta las ideas tradicionales; experimenta nuevas costumbres
Está generalmente contento y satisfecho; acepta el estado actual de las cosas.	Es crítico con la situación actual de las cosas: tiene deseos de reforma.
Quiere seguir siendo joven; le da	Quiere ser un adulto, pero le disgusta la

miedo la edad	idea de ser viejo algún día.
Tiende a ser restrictivo en su visión sobre la conducta apropiada de la edad	Tiende a aceptar más que los adultos las acciones que violan las expectativas sociales con respecto a la conducta apropiada de la edad.

A pesar de las diferencias de personalidad, la investigación indica que las relaciones padres-adolescentes, son generalmente armoniosas (Stefanko, 1984). Cuando ocurre el conflicto, el foco puede estar en una de las siguientes cinco áreas (Hall, 1987; Laursen, 1995; Leslie, Noble, Adams, y Openshaw, 1989):

- **Vida y costumbres sociales:** Las fuentes más comunes de fricción, son la siguientes: elección de amigos y pareja, con qué frecuencia pueden salir de casa, a dónde se les permite ir, hora de volver a casa, edad en la que pueden tener citas y elección de ropa y peinado.
  
- **Responsabilidad:** Los padres esperan que los adolescentes muestren responsabilidad en los siguientes aspectos: cuando ganan y gastan el dinero, el uso del coche en la familia, el uso del teléfono, al realizar trabajos para los demás fuera de casa y el uso de pertenencias de la familia (herramientas, utensilios etc..).
  
- **Los estudios:** Los padres muestran preocupación por lo siguiente: calificaciones altas y nivel de rendimiento escolar bueno, hábitos de estudio y trabajo en casa, regularidad en la asistencia a clase, conducta en la escuela.
  
- **Relaciones familiares:** El conflicto surge con respecto a los siguientes temas: conducta inmadura, actitud general y nivel de respeto mostrado por los padres, peleas con los hermanos, relaciones familiares especialmente con los abuelos.
  
- **Valores morales:** Los padres muestran preocupación especialmente por los siguientes aspectos: beber, fumar o consumir drogas, el lenguaje y el habla, la honestidad, la conducta sexual y obedecer la ley.

En la sociedad industrial actual, la mayoría de la gente vive en grandes centros urbanos. La visión moderna sobre la familia tiende a resaltar no sólo la función instrumental, al decir que la familia existe para satisfacer las expectativas de la sociedad, hoy la gente se casa para satisfacer sus propias necesidades emocionales.

En la realidad actual la familia no está presente, la madre está muy ocupada con la casa y el trabajo y el padre está ausente, por estas razones existen conflictos encubiertos entre la pareja que los hijos pagan; sobre todo en el campo de la violencia intrafamiliar o social, ya que la violencia aumenta y los adolescentes la absorben.

El problema de la familia actual es que se considera demasiado permisiva con los adolescentes, no hay padres presentes y la tecnología es una forma sustitutiva de presencia.

Debido a los valores juveniles y posmaterialistas, a la juventud ya no le interesa obedecer a la autoridad ni a sus padres. En México como en muchas partes del mundo, surge como problema que los esquemas de libertad se confunden, dando como resultado que los jóvenes y sus padres terminan comportándose como les plazca. Así muchos adolescentes consideran que el “*valemadres*”, parte de sus progenitores. Esto no quiere decir que a estos últimos les valga todo, sino que ahora los valores de libertad y de crecimiento personal son los que imperan en las familias mexicanas “*norteamericanizadas*”.

A partir de una investigación de campo realizada (Glantz, E, 2010) se pudo concluir que los jóvenes opinan, que el origen de la actitud apática e irresponsable es definitivamente familiar, debido a la falta de vínculos afectivos, a la falta de educación y a la débil información de valores tradicionales. Ellos están seguros de que los padres están tan ocupados en sus propios asuntos que no le dan el verdadero valor a lo que hacen sus hijos, y eso último los desmotiva.

Los jóvenes viven a su edad, experiencias que muchas veces los padres consideran intrascendentes, con respecto a lo que ellos mismos hacen en su trabajo. Se les olvida que también una vez fueron jóvenes y de lo importante que entonces les parecía lo que ahora defienden sus hijos. De cualquier manera, la actitud de los padres da pie a que los hijos se comporten como si todo les valiera. Es un círculo vicioso.

Debido a esto se incrementan los niveles de agresividad con otros o consigo mismos; incurriendo en conductas como cortarse para llamar la atención. Muchos jóvenes caen en situaciones destructivas o intentos de suicidio por incompreensión familiar, problemas escolares o relaciones amorosas.

Familias que se encuentran desorganizadas, padres separados e infelices, rivalidad entre parientes, necesidades básicas insatisfechas, poco incentivo al estudio, violencia familiar o sexual, desvalorización de los valores morales; son algunos de los factores que determinan la elección de un grupo de riesgo.

Muchas familias en función de las circunstancias económicas valoran mucho el trabajo, descuidando otros factores de la formación del adolescente. Pocos cuidados con la rutina del hogar, desprecian hábitos importantes como: el horario de las comidas o las propias comidas, tareas escolares de los hijos, mantenimientos, conservación y organización de la casa, falta de colaboración de todos los miembros de la familia, variables que también son graves trabas para la organización emocional de un joven.

## **2. El adolescente y el contexto escolar**

En el ámbito escolar, los adolescentes actuales están propensas al fenómeno llamado “bullying” o acoso escolar.

En un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se hace referencia a que México es el país con el ambiente escolar más violento de 24 naciones estudiadas a nivel secundaria, ya que 61% de los alumnos padecen algún tipo de intimidación, abuso o agresión verbal (Gómez, 2011).

México es el país con más agresión efectuada hacia los niños y adolescentes, y aunque se han tomado algunas medidas, las cosas siguen empeorando y los afectados no cesan.

La violencia en el ámbito escolar, se vincula con las bases sociales, como son la familia, comunidad, cultura y estructura socioeconómica de un país; igualmente ataca a la institución encargada de facilitar los instrumentos de inserción de las nuevas generaciones en la sociedad más amplia (fuera del ámbito escolar) que es responsable de aportar recursos a las sociedades para su inclusión en el desarrollo mundial.

Cuando la violencia se da en el ámbito escolar, no sólo afecta a un estudiante, dado que la escuela es uno de los lugares de aprendizaje más importante para los adolescentes, un comportamiento violento tendrá posibilidades de ser aprendido por los demás estudiantes.

La violencia escolar se define como cualquier acto u omisión intencionada que, en la escuela, alrededores de la misma o en actividades extraescolares, daña a terceros (Sanmartín, 2006). No sólo se limita a las instalaciones u horarios de los centros escolares, sino a todo lo relacionado con él, maestros, comunidad, espacios cercanos, alumnos, así como la interacción entre estos, ya sea directa o indirectamente, personalmente o vía medios electrónicos.

Por su parte, Gil Moreno (en Krauskopf, 2006) señala que el concepto de violencia escolar se usa para designar diversas modalidades interactivas que contienen el uso de la fuerza, diferenciándolas como:

. En la escuela: Se manifiesta en la institución educativa, no siendo ésta la principal productora de la violencia.

. Contra la escuela: actos destinados a destruir materialmente la institución (edificio, mobiliario) y a descalificarla, marginarla o abandonarla socialmente.

. Institucional: Actos realizados por la institución o sus actores, en abuso de la función que desempeñan.

Existen cuatro elementos según Sanmartín (en Serrano, 2006) que la violencia escolar debe cumplir para ser tipificada como acoso escolar:

- . Ocurrir entre compañeros
- . En un marco de desequilibrio de poder
- . Reiterada
- . Intimidatoria

La violencia escolar, se caracteriza por presentarse como eventos ocasionales, circunstanciales, únicos, esporádicos, contra cualquier persona, a su vez, el acoso escolar es continuo, premeditado, contra ciertos jóvenes y ventajoso.

Bajo este lineamiento, se da paso al término bullying que es una forma de comportamiento violento intencional, dañino y persistente que se puede ejercer durante semanas, o incluso meses y supone una presión hacia las víctimas que las deja en situación de completa indefensión. En toda situación de bullying, hay siempre un abuso de poder y un deseo de intimidar y dominar (Sharp y Smith, 1996).

Para algunos autores (Sharp, 1996) es muy importante distinguir el bullying, de las peleas ocasionales o desacuerdos entre dos personas, ya que esto no se

clasificaría como tal. Para esto, es importante recalcar que si bien toda conducta violenta es rechazable y puede producir daños físicos, en el caso del bullying siempre hay daño emocional. Este daño emocional es una característica necesaria para poder hablar y definir un conducta como bullying.

Los rasgos característicos del fenómeno del bullying son:

- Se trata de una acción agresiva e intencionalmente dañina.
  - Se produce en forma repetida.
  - Se da en una relación en la que haya un desequilibrio de poder.
  - Se da sin provocación de la víctima.
  - Provoca daño emocional.
- El bullying es resultado de una acción intencional no es resultado de la casualidad, tampoco es accidental.
- El abuso de poder de un individuo sobre otro es un aspecto inherente al acoso y maltrato. El bully actúa contra su víctima porque sabe que está a su merced (porque físicamente es más débil, porque es el blanco de burlas del grupo, porque es inseguro, etc)
- Como se trata de una agresión abusiva y planeada, a la víctima le resulta imposible defenderse por si misma.
- La diferencia en las edades no debe ser mayor a 3 años; si es así se considera una situación de abuso pero no de bullying.( Sandra H. y Garth P., 2003, Voors, 2005)
- En términos generales, la mayoría de los autores (Sandra H. y Garth P., 2003, Voors, 2005) coinciden en dividir al bullying en tres grandes tipos: físico, verbal y gesticular. Sin embargo es necesario incluir otro tipo, el cyberbullying.

A continuación se darán las características correspondientes a los tipos de bullying:



## **. Bullying físico**

Incluye toda acción corporal, como golpes, empujones, patadas, formas de encierro, daño a pertenencias, etc.. Además de que estas acciones constituyen la forma más habitual de bullying, es importante mencionar que en los últimos años se han mezclado con diversas formas de abuso sexual, el acoso físico es la forma que más fácilmente se identifica ya que en la mayoría de los casos deja huellas corporales.

## **.Bullying verbal**

Incluye acciones no corporales, pero igualmente dañinas como poner apodos, insultar, amenazar, generar rumores, expresar dichos raciales o sexistas con la finalidad de discriminar, difundir chismes, realizar acciones de exclusión, bromas insultantes y repetidas, etc..

Este es el tipo de bullying, más utilizado por las mujeres en la medida que se van desarrollando hacia la adolescencia. Vale la pena mencionar que para algunos autores como Harris y Petrie (2003), este es el tipo más común de acoso.

## **.Bullying gesticular**

Estas agresiones son las más difíciles de detectar, ya que pueden consistir en una mirada, una señal obscena, una cara desagradable, un gesto, etc. Se trata de formas de agresión, amenaza o exclusión que por lo común se llevan a cabo a espaldas de cualquier persona. Este tipo de bullying, se utiliza frecuentemente para reforzar acciones llevadas a cabo con anterioridad, así como para mantener latente la situación de amenaza.

## **.Cyberbullying**

Este tipo de bullying es un fenómeno nuevo, derivado de los grandes avances tecnológicos. Estas herramientas dan la oportunidad de enviar mensajes desde el anonimato sin que el emisor del mensaje de la cara, y asuma la responsabilidad de sus palabras.

El cyberbullying se da a través de teléfonos celulares, con llamadas y mensajes de texto, y por Internet con correos, por medio del chat o en páginas como “La Jaula”, generalmente los mensajes incluyen amenazas, difamaciones, groserías y diferentes formas de comunicación agresivas y violentas.

En el bullying existen tres tipos de participantes que se expondrán en Tabla 4:

*Tabla 4: Participantes del bullying y sus características (Cobo, Tello , Romeo, ,2008)*

<b>Participantes</b>	<b>Características</b>
<p><b>Agresor:</b> Cuyo papel es de fácil detección ya que es la persona o personas que realizan el acto agresivo. Es decir, quien pega, lastima o dice algo con la finalidad de ejercer el acoso sobre otro. En ocasiones, puede tratarse de un joven que siente envidia por los otros y que tiene poca tolerancia a la frustración y resuelve estos problemas haciendo sentir menos a la persona por la cual siente envidia.</p>	<p>Se ha estudiado que muchos niños y jóvenes agresores, han crecido en entornos familiares en los que las conductas violentas son comunes, tanto porque las ejerzan los padres, como porque las fomenten al señalar que “en esta vida el que se deja pierde”. En este caso, los niños crecen con un gran temor a padecer más agresiones o con el temor de quedar mal ante los consejos de los padres.</p>
<p><b>Víctima:</b> Es sobre quien se realiza el abuso, es el individuo que más sufre, ya sea por maltrato físico directo, por el trato indirecto o por las consecuencias emocionales. En su vida adulta, estas personas suelen tener baja autoestima, problemas de introversión y pueden padecer una serie de situaciones depresivas que pueden incluso, llegar</p>	<p>Suelen ser niños o jóvenes con algún tipo de discapacidad, o bien, como comentan Harris y Petrie (2003) son niños situados en la parte baja de la escala social, normalmente poco o nada integrados con el resto de los compañeros.</p>

a intentos suicidas	
<p><b>Testigos:</b> Esta es la parte más complicada, reside en el hecho de que su presencia implica una especie de complicidad que no es aceptada fácilmente; además genera emociones que no suelen ser de fácil resolución. Por lo común experimentan sentimientos de enfado, tristeza, miedo o indiferencia ( Harris y Petrie, 2003) normalmente los testigos no se implican directamente en el abuso, pues tienen miedo y no quieren convertirse en la siguiente víctima.</p>	<p>Estos aparecen casi por casualidad. No tienen características específicas como participantes, pero serán sus características como individuos lo que desate en ellos diferentes tipos de sentimientos, y posteriormente de comportamiento. Es decir, si tenemos como testigos a personas con rasgos más parecidos a los de las víctimas, serán sujetos de sentimientos de inseguridad y baja autoestima, si por el contrario tienen características más agresivas pronto empezarán a comportarse como victimarios.</p>

Las consecuencias y riesgos del bullying, presentes en la mayoría de los participantes, serán expuestas en la Tabla 5:

*Tabla 5: Consecuencias y riesgos del bullying (Cobo , Tello , Romeo , 2008)*

- Baja autoestima
- Problemas de conducta
- Problemas de ansiedad
- Problemas de salud (colitis, dolores de estómago, fuertes dolores de cabeza, etc)
- Los niños y/o jóvenes dejan de ir a la escuela
- Comportamientos agresivos incluso delictivos
- Patologías de aislamiento social
- Desajustes sociales
- Personalidades depresivas
- Posibilidades de presentar trastornos psicopatológicos y sociopáticos
- Elevación de ideaciones de muerte y riesgos suicidas

De acuerdo con Harris y Petrie (2003), el bullying de más alta incidencia se da en niños 10 y 14 años de edad, y disminuye conforme los niños van creciendo; sin embargo, se ha observado que en México la edad límite llega por lo común en jóvenes de los 15 a 16 años.

En el número 10 de la revista TipKids se publicó el siguiente dato: Según una encuesta del INEGI del 2005, el 60% de los jóvenes de entre 12 y 17 años que desertan de la educación media y superior han recibido maltrato por parte del profesorado y de sus compañeros de grupo (Cobo , Tello , Romeo , 2008).

### **3. El adolescente y su entorno social**

La sociedad adolescente se refiere a las organizaciones estructurales de subgrupos dentro de un sistema social adolescente; en otras palabras, es la red organizada de relaciones y asociaciones entre los adolescentes.

La cultura adolescente, es la suma de las formas de vida de los adolescentes; se refiere al cuerpo de normas, valores, actitudes y prácticas reconocidas y compartidas por los miembros de la sociedad adolescente como guías de acción apropiadas. La sociedad adolescente, está constituida por las interrelaciones de los adolescentes dentro de su sistema social; su cultura describe la forma en que piensan, se comportan y viven.

La subcultura adolescente resalta la conformidad en el grupo de iguales y los valores que son contrarios a los valores adultos. Esta subcultura existe fundamentalmente en educación secundaria, donde constituye una pequeña sociedad, es decir, la mayoría de las interacciones importantes que se producen dentro de la misma mantienen sólo unos pocos lazos con la sociedad adulta externa.

Al igual que las estructuras sociales de los adultos, las sociedades de los adolescentes pueden dividirse en dos grupos: formal e informal, las cuales se describirán a continuación:

#### **. Sociedades formales:**

Incluyen fundamentalmente grupos de jóvenes en el centro escolar. Los vínculos entre compañeros están determinados por factores tales como el hecho de asistir a la escuela. El joven se identifica con su centro escolar particular, con su equipo y con sus profesores. También hay grupos religiosos o de jóvenes fuera del centro escolar, pero en la mayoría de los casos quienes participan en estas actividades son también jóvenes escolarizados.

## **. Sociedades informales:**

Las sociedades de adolescentes informales describen generalmente a aquellos grupos de jóvenes libremente estructurados fuera de la escuela, que se reúnen socialmente, pero que tienen poca oportunidad de participar en una red de relaciones sociales estructuradas formalmente. Estos jóvenes están demasiado separados y demasiado implicados en la tarea de intentar encontrar su posición dentro de la sociedad adulta, como para ser caracterizadas dentro de una sociedad adolescente separada.

En la actualidad, la formación de identidad de los adolescentes es un tema controversial, Jiménez (1994) define a ésta como la idea que tenemos acerca de quiénes somos y quiénes son los otros. Tener identidad se refiere a una congruencia entre lo que somos y lo que pensamos de nosotros.

Por su parte, de acuerdo a Di Caprio (1989), Erikson explica que el lograr un sentido de identidad ayuda a resolver muchos conflictos importantes en nuestras vidas. Ser capaces de encontrar continuidad en los diversos papeles que asumimos, da una cierta estabilidad y unidad. La identidad define nuestro lugar en la estructura social al identificarnos con papeles aceptables, que confirman nuestro sentido de dignidad.

Dos aspectos importantes de la identidad, son el compromiso ideológico y la fidelidad. El primero se refiere a tener valores y prioridades que funcionan en una sociedad en particular. El segundo tiene que ver con la capacidad de hacer compromisos y acatarlos.

La formación de la identidad, es un proceso crucial en el desarrollo de todos los seres humanos y en la adolescencia, es cuando más inestable es este proceso, debido a los cambios inherentes a esta etapa. Cabe distinguir algunos grupos de jóvenes que cuentan con una serie de ideas, que les son particulares, los cuales serán expuestos en la Tabla 6:

Tabla 6: Grupos juveniles actuales (Einsenber, ., 2010)

Grupo	Características
<b>Darquetos</b>	<p>Son jóvenes que se perciben a sí mismos como oscuros, y que sienten que no pertenecen a los demás. Están en contra de los jóvenes populares y no les gusta la música <i>pop</i> y alegre. Son muy introvertidos y la mayoría no ha logrado encajar con otros, por lo que permanecen aislados.</p> <p>Leen literatura sobre vampiros y algunos creen que la muerte, sangre y melancolía son elevadas formas artísticas, suelen presentar automutilaciones autoinflingidas, escuchan metal (rock muy pesado) y usan atuendos estrafalarios.</p> <p>Esta moda data de los años ochenta y comenzó a popularizarse en Europa y llegó a México en los años noventa.</p>
<b>Heavy metal</b>	<p>Esta moda data de finales de los años setenta, proviene de Inglaterra. Tomó mucha fuerza en Estados Unidos hacia la mitad de los ochenta. Estos jóvenes suelen traer el cabello largo, vestir ropa de mezclilla y playeras negras. La música que escuchan siempre trata sobre violencia y temas diabólicos, pero ello no quiere decir que sean satánicos, es una moda para encajar en el grupo.</p>
<b>Emos</b>	<p>Son jóvenes que se caracterizan por escuchar música depresiva y agresiva, por vestirse y pintarse como si acabaran de llorar. Una versión patológica de esta moda, que requiere atención especializada de inmediato, es la figura de los <b>cutters</b> quienes son jóvenes que se provocan lesiones y cortadas a propósito. Suelen ocultar sus heridas bajos su ropa.</p>
<b>Punquetos</b>	<p>Son seguidores de una moda que data de los años setenta y que se originó también en Inglaterra. Los punk eran pandilleros violentos, adictos a las drogas e idolatraban a grupos musicales con canciones que denunciaban a los <i>hippies</i> y desafiaba cualquier tipo de autoridad. La ropa que llevan es estrafalaria y su aspecto da la apariencia de suciedad. Están en contra del consumismo.</p>
<b>Skatos cholos</b>	<p>y Son grupos juveniles que, en sus inicios, estaban asociados a la venta de droga y a las pandillas estadounidenses de minorías raciales. Así, muchos jóvenes mexicanos, marginados, y pandilleros adoptaron esta moda, asociada principalmente a la violencia y a no dejarse de los demás. Son los que habitualmente rayan paredes con aerosol. La música que escuchan tiene una altísima carga sexual y violenta. Utilizan ropa deportiva muy costosa, algunos practican deportes no convencionales</p>

	(rappelling, skate, etc..)
<b>Nerds</b>	Han existido desde hace muchas generaciones, solo que en esta época no necesariamente son jóvenes brillantes en la escuela, hoy en día los <i>nerds</i> son jóvenes aficionados a la tecnología, a los temas mitológicos, a la ciencia ficción y con frecuencia a las animaciones japonesas. Son chicos muy introvertidos, aislados y no gustan de las fiestas.
<b>Intelectuales</b>	Son jóvenes de familias con ingresos económicos altos, que gastan fuertes cantidades de dinero en ropa casual. En las grandes ciudades, acuden a una gran cantidad de “antros” y bares.

A continuación se expondrá el papel de la tecnología en la sociedad adolescente actual.

Socialmente los medios de comunicación tienen un gran impacto en la vida de los jóvenes actuales, la nueva tecnología transforma la habilidad cognitiva en esta era global, los avances tecnológicos han expandido lo que podemos o no hacer. Con la gran independencia que afrontan los adolescentes en la actualidad, la tecnología provee un gran acceso a diversa información e imágenes alrededor del mundo.

Los adolescentes, pueden comunicarse con gente de su calle o en cualquier lugar del mundo, la nueva tecnología también permite que tengan nuevas formas de identidad (Valkenburg, Schouten y Peter,2005). Con el anonimato que proveen algunas tecnologías, los adolescentes pueden crear identidades virtuales que pueden reflejar quienes son o no.

En términos del desarrollo del adolescente, la utilización de instrumentos tecnológicos es relevante. Mientras las tecnologías globales pueden expandir las habilidades humanas, los procesos que maneja el desarrollo cognitivo permanece igual.

Los usos pedagógicos potenciales a través de la tecnología pueden aparecer en la superficie de tener una gran búsqueda en el acceso y uso de recursos



informativos, también apelan intuitivamente en que ofrecen la oportunidad de automotivación, aprendizaje y una autoevaluación.

Sin embargo, las desigualdades sociales y económicas que existen en la juventud y que son evidentes en las experiencias cotidianas, también existen y pueden ser exacerbadas en el ciberespacio.

Los tipos de tecnología que hacen que la comunicación global sea más accesible han transformado las habilidades de los adolescentes. Esencialmente, la tecnología en esta era global permite a los adolescentes la habilidad de protagonizar funciones que no necesariamente podrían hacer sin la presencia de ésta.

Con el uso de herramientas tecnológicas las habilidades cognitivas de los adolescentes pueden ser transformadas a corto plazo como funcionales y adaptadas, pero a largo plazo pueden resultar nocivas y conllevar a conductas maladaptadas.

Usando la ortografía como ejemplo, algunas investigaciones indican que la ausencia de una instrucción directa, hace que la ortografía sea aprendida como una función cognitiva implícita (Steffler, 2001). Muchas de las formas de comunicación sostenidas por las tecnologías globales son textuales (sitios web, mensajes de texto, salas de chat etc.), la exposición a la ortografía correcta o incorrecta puede afectar la ortografía en un futuro (Steffler, 2001).

El aprendizaje inconsciente o implícito, puede ser observado en contextos donde los avances tecnológicos no están presentes. Las posibilidades para el aprendizaje implícito se incrementan con el gran acceso a la información e imágenes que proveen las tecnologías globales.

La auto motivación y la autoevaluación, usando las nuevas tecnologías, permite la exposición más frecuente a la información e imágenes que sirven esencialmente para el propósito de reforzar esquemas preexistentes de estereotipos.

El gran acceso a información e imágenes sostenidas por las nuevas tecnologías, incrementan las preferencias de los adolescentes para encontrarse con información e imágenes que pueden tener implicaciones, en su desarrollo de identidad, sin tomar en cuenta que estas pueden aumentar los efectos negativos en su desarrollo de la misma.

En otras palabras, los procesos de aprendizaje implícitos pueden estimular o reforzar la adquisición de esquemas cognitivos que faciliten el desarrollo de un estereotipo consciente, pero es la ausencia de una instrucción constructivista guiada (hablando en el sentido de Vygotsky) puede afectar el desarrollo de identidad.

En términos de exposición el promedio general que pasan adolescentes y niños es de seis y media horas al día viendo TV o usando la computadora (Roberts et al., 2005) se muestra que los chicos ven tres horas de TV por día, notablemente 1 de cada 5 niños en el estudio de Roberts (2005) reportó ver 5 horas o mas de televisión, el estudio también reveló que los padres no ejercen mucho control sobre las experiencias tecnológicas de sus hijos.

Una de las diferencias más visibles de la infancia actual en relación con épocas anteriores es la precocidad: las generaciones cada vez cambian más rápido. Muchas veces, los adultos no entendemos a los jóvenes actuales, pero nos da una gran sorpresa encontrarnos con que ellos, no entienden a los que apenas inician su adolescencia. Los jóvenes consideran enfáticamente que la generación actual es “más tranquila” en comparación con los de menor edad.

Los jóvenes opinan que se debe a la influencia de los medios de comunicación masiva, los cuales presentan modelos sociales de adolescentes con problemas de adultos. En el otro extremo, muestran niños que tienen problemas de adolescentes y sus padres no están presentes para aconsejarlos debidamente.

Lo anterior, les estimula a sentirse con libertad para actuar y pensar como “si fueran adultos”, lo que lleva irremediablemente a que deseen comportarse como tales a temprana edad para ser más populares y tener amigos.

Otra posible razón es la edad, el problema es que las escuelas consideran que los estudiantes de preparatoria son suficientemente maduros para hacerse cargo de ellos mismos, cuando en realidad no es así. El comportamiento de estas generaciones, demuestra una importante confusión generalizada: no se distingue claramente la maduración moral de la maduración psicológica.

La tecnología está llamada a facilitarnos la vida, pero también puede complicárnosla. En algunas circunstancias, esta puede llegar a convertirse en un fin y no en un medio. Si hay una obsesión enfermiza por adquirir la última novedad tecnológica o la tecnología se transforma en el instrumento prioritario del placer, el ansia por estar a la última moda puede enmascarar necesidades más poderosas. Asimismo, las redes sociales de Internet pueden atrapar en algunos casos a un adolescente porque el mundo virtual contribuye a crear en él una falsa identidad y a distanciarle o distorsionar el mundo real (Becoña, 2006).

Cualquier inclinación desmedida hacia alguna actividad puede desembocar en una adicción, exista o no una sustancia química de por medio. La adicción genera dependencia y resta libertad al ser humano al restringir la amplitud de sus intereses.

Son, en realidad, las actividades placenteras las que pueden llegar a crear dependencia. Los mecanismos psicofisiológicos que subyacen al placer inducen a los seres vivos a actuar de la misma forma para que se vuelva a repetir. El circuito del placer recorre un conjunto de estructuras en torno al sistema límbico y en ellas actúan una serie amplia de sustancias químicas (las endorfinas y la dopamina especialmente) que se liberan de modo natural al sentir placer.

Lo que define a una conducta adictiva, no es tanto la frecuencia con que se realiza, sino la pérdida de control por parte del sujeto, es el establecimiento de

una relación de dependencia, la tolerancia (es decir, la necesidad progresiva de mayores dosis) y la interferencia grave en la vida cotidiana.

En resumen, la dependencia entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar el equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito, conforman el núcleo central de la adicción. Lo que caracteriza, por tanto, a una adicción sin droga como lo son las compras y el abuso de las tecnologías, no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que el sujeto establece con ella (Alonso-Fernández, 1996; De la Gándara, 1996).

La secuencia evolutiva de las adicciones sin droga es la siguiente (Echebúrua, Corral y Amor, 2005):

- La conducta es placentera y recompensante para la persona
- Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta
- La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente
- El sujeto tiende a quitar importancia al interés o deslumbramiento suscitados en él por la conducta.

A un nivel demográfico, los adolescentes constituyen un grupo de riesgo para desarrollar una adicción a las nuevas tecnologías, porque tienden a buscar percepciones nuevas y son los que más se conectan a Internet, además de estar más familiarizados con ellas.

Sin embargo, hay personas más vulnerables que otras a las adicciones. De hecho, la disponibilidad ambiental de las nuevas tecnologías en las sociedades desarrolladas es muy amplia, y sin embargo, sólo un reducido número de personas muestran problemas de adicción (Echebúrua y Fernández-Montalvo, 2006).

En algunos casos, hay características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones sin sustancias químicas de

por medio: la impulsividad, la disforia (estado normal de ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga etc..) como psíquicos (disgustos, preocupaciones); y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas. Hay veces, sin embargo, en que la adicción subyace un problema de personalidad como timidez excesiva, baja autoestima o rechazo de la imagen corporal.

Existen diversos factores de riesgo, que favorecen la aparición de adicciones sin sustancias químicas ,en la Tabla 8 se mostrarán algunos:

*Tabla 8: Factores de riesgo en conductas adictivas sin sustancias químicas (Echebúrua y Fernández-Montalvo, 2006).*

<b>Tipo de adicción</b>	<b>Factores de riesgo</b>
<b>Compras</b>	Las personas con probable adicción a las compras tienen una menor puntuación en la escala de salud, y una mayor puntuación para salir de fiesta y consumir algo de droga. De igual forma muestran mayor tolerancia a drogas legales, salen más con sus amigos ya que tienen menor compañía en casa, muestran niveles altos de depresión, menor felicidad, mayor impulsividad, rebeldía y menor satisfacción global.
<b>Internet</b>	Los adictos a Internet tienen mayor cantidad de modelos de conducta desviada, muestran mayor nivel de conflictos familiares que los que no son adictos, muestran mayor nivel de depresión, mayor agresividad y mayor nivel de déficit en habilidades sociales.
<b>Videojuegos</b>	Los adictos a los videojuegos muestran mayor impulsividad, agresividad, déficit en habilidades sociales y menor satisfacción en el trabajo.
<b>Teléfono Móvil</b>	Los adictos al teléfono móvil salen más con sus amigos, tienen un mayor consumo de drogas legales que sus amigos e intentan cambiar la actitud de los otros sobre las drogas, muestran mayor nivel de depresión, impulsividad, déficit en habilidades sociales.

La mayoría de los estudios sostienen que una determinada aplicación puede actuar como desencadenante del uso excesivo de Internet. Young (2000) describe cuatro subtipos de abuso de la red que serán descritos a continuación:

- Adicción cibersexual: Se ve favorecida por el fácil acceso a millones de lugares, disponibles las 24 horas del día y gratuitos, y donde el anonimato es un ingrediente fundamental. Hay multitud de chats que han sido diseñados para la interacción erótica.
  
- Relaciones por Internet: Se trata de ambientes interactivos que proporcionan apoyo, seguridad, aceptación y sensación de pertenencia a un grupo.
  
- Juegos interactivos: Además del claro componente social, tienen un componente de fantasía, como es el crear virtualmente caracterizaciones de si mismos.
  
- Sobrecarga de información: También crea un nuevo tipo de comportamiento impulsivo, cuando el sujeto pasa cada vez mayor tiempo buscando y recogiendo datos de la web y organizando la información.

Roberts, Smith y Pollack (1996) señalan que algunos servicios de Internet, sobre todo los de mensajería instantánea propician un uso intensivo de Internet, cuando se es nuevo usuario se produce una fase de encantamiento, en la que podrían aparecer problemas relacionados con el sobreuso y en la que podrían instaurarse un uso compulsivo. Pasado un tiempo puede venir una fase de desencanto que ofrece una percepción más objetiva de lo que es el uso de tecnologías y por último llega la fase de estabilidad donde el uso es de manera natural y cuando se necesita.

Los signos de alarma, deben saltar cuando el adolescente descuida las tareas escolares y desciende el rendimiento académico, cuando reacciona con irritación si se le interrumpe o se le imponen limitaciones horarias al uso del ordenador.

#### **4. La juventud frente al caos de la globalización**

## **-Alargamiento de la adolescencia**

Debido a la baja motivación para lograr algo, la adolescencia se está prolongando a edades de hasta 30 años o más. Por eso, se puede ver a muchos jóvenes ya en edad adulta, que siguen viviendo con sus padres o dependiendo de ellos económica y emocionalmente.

Con los cambios económicos que han sucedido en México, muchos alargan su adolescencia. Actualmente vivimos una mezcla de valores de libertad en los jóvenes, pero de protección por parte de los padres. La dura situación económica en nuestro país es otro factor importante: cada vez hay menos empleos disponibles y es más difícil obtener uno estable y gratificante.

Un nuevo valor, es el tiempo de permanencia en la escuela: hipotéticamente quien invierte más tiempo en ella, sabe más y es mejor. Ello ha desvirtuado al estudio. Debido a la competencia por obtener mejores empleos con mejores ingresos, se piensa que es necesario obtener un grado académico cada vez más alto, para ser exitoso. Las maestrías o doctorados son vistos como un requisito para sobresalir y para obtener un puesto gerencial, especialmente cuando se realizan en el extranjero. Pero no necesariamente es vivido por todos como una vía de conocimiento para ser mejores seres humanos.

## **-Jóvenes y desempleo**

Los jóvenes constituyen un grupo poblacional con serios problemas de inserción en el campo laboral. Particularmente aquellos que sufren una integración desfavorable en el mundo del trabajo componen una parte significativa de la población en situación de riesgo de exclusión social.

En Argentina , hablando en términos comparativos la tasa de desempleo juvenil es 2.5 veces mayor que la del total de la población y 3.6 veces mayor que la de los adultos de 25 a 59 años.

De acuerdo con datos analizados los pertenecientes al segmento más joven son los más vulnerables al desempleo: entre los adolescentes de 15 a 19 la tasa de desempleo alcanza 33.7%, 3.3 veces más que la del total de la Población Económicamente Activa y 4.8 veces más que la de los adultos (Lepore y Schlessner, 2004).

A efectos de avanzar en la descripción de las principales características del desempleo juvenil, señalaremos que la incidencia del desempleo de los jóvenes varía según su sexo, se observa que las mujeres presentan una mayor propensión al desempleo 30.1% frente a 21.3% de los varones y en el caso de los adolescentes esta tendencia se ve acrecentada a 42.3% en mujeres (Lepore y Schlessner, 2004).

Al considerar el nivel educativo de los desempleados parece afectar en mayor medida a los jóvenes menos calificados. La incidencia del desempleo entre los jóvenes sin estudios secundarios completos, 26.8% es superior a la de aquellos que completaron sus estudios 24.4% (Lepore y Schlessner, 2004)

La concentración de la problemática del desempleo juvenil en los estratos de menores recursos se vincula con la necesidad que tienen los hogares más empobrecidos de desarrollar estrategias ocupacionales tendientes a generar ingresos que permitan su supervivencia.

Esta incorporación temprana al mercado laboral tiende a estar fuertemente asociada a la deserción escolar. La situación de pobreza que impulsa a los adolescentes a incorporarse tempranamente al mercado de trabajo eleva la probabilidad de que deserten del sistema educativo, condicionando sus posibilidades futuras de obtener un empleo de calidad.



El desempleo juvenil abre una interrogante de porqué los jóvenes evidencian, en comparación con los adultos mayores tasas de desempleo:

Una primera hipótesis se orienta a explicar el fenómeno en términos de una falta de adecuación entre las características de oferta y la demanda de trabajo, que se expresa bajo la forma de entrada al empleo.

Una segunda hipótesis, tiende a explicarlo a partir del reconocimiento de los fenómenos asociados con la entrada al empleo (ingreso de personas a situaciones de desempleo) como resultado de la pérdida de trabajo y de la incorporación al mercado de trabajo (nuevos buscadores de empleo).

En el caso de los jóvenes, pueden identificarse dos dinámicas que hacen que los flujos de entrada al desempleo sean más acentuados en comparación con los adultos. Por un lado, los procesos de ingreso al mercado de trabajo adquieren entre los jóvenes mayor relevancia, puesto que para la mayor parte de los activos a primera búsqueda se da cuando son adolescentes o adultos jóvenes. Por otro lado, las transiciones de entrada al desempleo tienden a ser más frecuentes entre los jóvenes, por diversas razones: menor experiencia laboral, menores costos de despido, etc...

El otro determinante que contribuye a los flujos de entrada en el desempleo es la elevada inestabilidad que muestran en su inserción laboral, en el marco de un mercado de trabajo en el cual el desempleo tiende a formar parte de una dinámica mas amplia que articula recurrentemente breves periodos de desempleo y breves periodos de inserción en empleos precarios o de subsistencia.

A partir de estas explicaciones, se pueden clasificar cuatro tipos de jóvenes que se ven inmersos en la dinámica de entrada al desempleo, los cuales se mostrarán a continuación:

*Tabla 7: Clasificación de jóvenes inmersos en la dinámica de desempleo (Trejo, , Arzate., Palermo, 2010):*

<b>Clasificación</b>	<b>Características</b>
<b>Jóvenes desempleados que no estudian</b>	Los adolescentes que no asisten a la escuela constituyen un grupo especialmente vulnerable desde varios puntos de vista. En términos generales, se reconocen en ellos los problemas vinculados al abandono temprano de los estudios formales, en gran medida ocasionado por la necesidad de completar los insuficientes ingresos familiares mediante la inserción al mercado laboral.
<b>Jóvenes desempleados con responsabilidades familiares</b>	Los jóvenes desempleados con responsabilidades familiares constituyen otro grupo, objeto de atención prioritaria en materia de políticas sociales y de empleo, debido a la vulnerabilidad económica que introduce en sus hogares la carencia de ingresos derivada de la falta de empleo remunerado..
<b>Jóvenes con empleo precario que abandonaron sus estudios</b>	Por ser el tema de precariedad laboral el centro de la gravedad de la cuestión social que modifica en profundidad a nuestra sociedad y dada la alta tasa de jóvenes con empleo no registrado del total de 1'547,000 jóvenes que solo trabajan y abandonaron sus estudios incluiremos 965,000 jóvenes, como jóvenes con empleo precario entre los jóvenes vulnerables. Más de la mitad de los jóvenes con empleo precario que abandonaron sus estudios viven en hogares vulnerables, pobres o indigentes.
<b>Jóvenes que no trabajan ni buscan trabajo, ni estudian "ninis"</b>	<p>Si bien no se trata de jóvenes desempleados en sentido estricto, el diagnóstico del desempleo como momento de una dinámica más amplia que articula recurrentemente periodos de empleo y desempleo vuelve necesaria su consideración, no solo por conformar un núcleo duro de exclusión de ámbitos fundamentales de integración, sino también por constituir el desenlace de un proceso marcado por el ingreso temprano al mercado laboral, el abandono de estudios formales y los sucesivos fracasos en la búsqueda de una inserción laboral estable.</p> <p>En México, los ninis representan el 24.7% de los jóvenes entre 15 y 29 años de edad y de estos, 37.8% son mujeres, que no contribuyen al crecimiento del país. En total son 89 mil jóvenes más que en el 2010 revela el informe del OCDE (2013).</p>

La inserción laboral débil, temprana o tardía está relacionada con altos niveles de deserción escolar, afecta sobre todo a los hogares pobres, con los que se refuerza a transmisión intergeneracional de la pobreza. Los jóvenes con inserción laboral precaria son parte importante de la población de riesgo que enfrenta problemas de adaptación y marginación social.

Uno de los problemas más fuertes que presentan los países latinoamericanos es la generación de empleos; sin empleo, los jóvenes no pueden seguir progresando en su futuro. Se tienen que buscar alternativas ingeniosas. Por ejemplo, en India el 22% de los jóvenes no tiene empleo, pero hay más personas con educación superior que en ningún otro país del mundo. Ahí el sistema educativo, permite que las personas estudien indefinidamente cuando no encuentran empleo.

Los más de 100 millones de jóvenes que hoy habitan el continente latinoamericano, son el eje central de los dos principales problemas de la región: el desempleo y la inseguridad ciudadana, y son también un factor de gran relevancia en el tercer gran problema de la región: la fragilidad democrática. Por otra parte constituyen la promesa de las nuevas estrategias de desarrollo, basadas en una clara apuesta a la inversión de capital humano.

Desde el punto de vista de salud, las historias de cómo muere la juventud al no poder encontrar un proyecto de vida digno son espeluznantes desde los sudaderos en Centroamérica, pasando por la población carcelaria norteamericana que maquila a bajos costos para las multinacionales, las historias de explotación y muerte se repiten sistemáticamente. Un ejemplo puede ser en Birmania: en las montañas de Kachin, van a morir año tras año miles de jóvenes que tienen como distintivo la piel ennegrecida por las entrañas de la tierra. Todos trabajan sin descanso, para encontrar un pedazo de jade, siempre a las órdenes de capataces que dirigen las operaciones con pistola en mano. El virus del VIH se propaga sin freno entre jóvenes que para sobrevivir lo comparten todo jeringas, sexo, drogas. Los esclavos de jadeíta saben muy bien que el poco tiempo de vida en esas condiciones es muy breve. La mayoría morirá en pocos meses.

La globalización ha sido enfocada al ámbito económico, pero las repercusiones en el plano político, social y cultural son impactantes sobre todo en países en vías de desarrollo como México

Datos estadísticos del Censo del 2005 (INEGI) revelaron las siguientes cifras:

-Los jóvenes económicamente activos (25 a 39 años) representan el 23% de la población.

-Los jóvenes que se están preparando o que están terminando su educación para ingresar al campo laboral (15 a 24 años) representan el 19% de la población.

-La población que fluctúa entre los 0 a 14 años, representa el 32% de la población.

-En México cada día se pierden 2,500 empleos y durante los últimos dos años el número de empleados sin prestaciones aumentó 6%, osea, pasó de 24 a 25.4% millones de trabajadores.

### **- Jóvenes y violencia**

La violencia es un fenómeno que aqueja a la mayor parte de la población mundial. Es un conflicto que no se ha podido frenar desde hace años y cada día ocasiona muertos, heridos (física o psicológicamente), familias y sociedades destruidas, gastos económicos fuertes, generación de odio, rencor, desempleo, lo cual a su vez produce más violencia.

Berkowitz (1996), considera a la violencia como una forma extrema de agresión, un intento premeditado de causar daño físico grave. Esta definición complementa la anterior, ya que, desde este punto de vista, la agresión es parte de la violencia, de la misma manera, la violencia es un acto razonado, con el fin de causar un daño.

La OMS (2003) utiliza la siguiente clasificación de la violencia dividiéndola en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia, la cual será mostrada en la Tabla 8.

Tabla 8: Clasificación de la violencia según la OMS (2003)

<b>Violencia autoinflingida</b>	<b>Violencia interpersonal</b>	<b>Violencia Colectiva</b>
<p>Comprende el <b>comportamiento suicida</b> (pensamientos suicidas, intentos de suicidio, y suicidio consumado) y <b>autolesiones</b> (actos como la automutilación)</p>	<p>. <b>Violencia familiar o de pareja:</b> Sucede en el hogar. Se incluye maltrato a menores, pareja y personas mayores.</p> <p>. <b>Violencia comunitaria:</b> Se produce en quienes no guardan parentesco, pueden conocerse o no, por lo general es fuera del hogar. Abarca actos fortuitos, violación y violencia juvenil, en escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.</p>	<p>. <b>Violencia social:</b> Inflingida para promover intereses sociales sectoriales, incluye actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados.</p> <p>. <b>Violencia política:</b> Incluye la guerra y conflictos violentos, violencia del Estado y actos similares.</p> <p>. <b>Violencia económica:</b> Comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico.</p>

La violencia juvenil es una de las formas de violencia más visibles en la sociedad. Es así como, en casi todos los países, los adolescentes y adultos jóvenes son las principales víctimas, como los principales perpetradores de violencia (Krug y cols, 2003).

Por otra parte, en el año 2000, se produjeron a nivel mundial 199,000 homicidios de jóvenes. Un promedio de 565 niños, adolescentes y adultos jóvenes, de 10 a 29 años de edad, mueren cada día como resultado de la violencia interpersonal. Entre el 2005 y el 2010, según datos del INEGI (2012), la mayor parte de la población mexicana se concentra en los grupos de personas de las siguientes edades: 10 a 14, 5 a 9, 20 a 24 y finalmente de 0 a 4 años.

Como se puede constatar, México está inmerso en los países con mayor violencia en el mundo, así mismo los adolescentes forman parte del grupo de edad con mayor población (aproximadamente, entre los 10 a los 25 años de edad), por lo que debido a su edad y al lugar donde se desarrollan, son los que enfrentan un mayor riesgo de ser víctimas o de presentar conductas agresivas.

A continuación se abordará el tema central del presente trabajo de investigación la Autolesión sin Intencionalidad Suicida (ASIS).

# **CAPÍTULO 3: AUTOLESIÓN SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA (ASIS) Y SU RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.**

## **1. Antecedentes**

Desde el periodo neolítico han existido las modificaciones corporales: aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones, que implican: cortar, perforar, cercenar o lesionar de forma permanente el esqueleto, la piel, cartílago o los dientes. Esto ha interesado a investigadores socio-antropológicos y clínicos, especialmente entre jóvenes, tanto por sus complicaciones médicas ( psoriasis, esclerodermia, infecciones bacterianas y virales, tétanos, reacciones alérgicas etc..), como por la psicopatología subyacente (trastornos de personalidad como el límite, trastornos de ánimo como la depresión, trastornos de alimentación, disociativos y de ansiedad, entre otros).

Los orígenes de este fenómeno, no han sido definidos completamente, sin embargo, Doctors (2002) nos sugiere que la ASIS es el resultado de una reacción violenta debido a cierta ansiedad emocional, del mismo modo Rodríguez y Guerrero (2005), añaden que la ASIS se presenta cuando el individuo no es capaz de tolerar ciertas emociones, situación que desencadena “la búsqueda automática de un sustituto emocional por el dolor físico”.

Desde sus orígenes, como objeto de estudio, la ASIS ha sido nombrada de diferentes maneras, lo que ha constituido un problema, en tanto que hasta la fecha no existe un consenso respecto al término adecuado para describir este padecimiento. En la década de 1930, en su obra *El hombre contra si mismo*, Menninger (1938; citado por Matsumoto et al., 2005) denomina a la ASIS como *suicidio focal*, puesto que considera que al autolesionarse, los impulsos suicidas eran desplazados hacia alguna parte del cuerpo, misma que representaba a la persona completa.

Entre la década de 1960 y 1970, se documentó por primera vez la existencia de grupos de mujeres jóvenes, atractivas e intelectuales que cortaban habitualmente sus muñecas para reducir la tensión, mas no para suicidarse (Graff y Malin, 1967), fenómeno al que se le denominó *síndrome de auto-cortes delicados* (syndrome o delicate self-cutting; Pao 1969) y *síndrome del corte de muñecas* (wrist-cutting syndrome; Rosenthal et al., 1972). En 1975, Simpson (citado por Yates, 2004) sugiere el término *antisuicidio*, argumentando que el acto autolesivo constituía una estrategia capaz de prevenir el suicidio, mientras que Kreitman (1977; citado por Yates, 2004) introduce el término *parasuicidio*, mismo que contribuye a la aún vigente confusión entre el síndrome de autolesión sin intencionalidad suicida y suicidio.

La década de 1980, representa un momento de renovación para la terminología y la comprensión de la naturaleza de la autolesión sin intencionalidad suicida. Pattison y Kahan (1983), cuestionan el síndrome propuesto por Rosenthal y colegas, señalando que el 63% de las personas que incurrían en *auto-daño liberado*, como ellos nombraron a la autolesión, utilizaban otros métodos además de cortarse. Por su parte Favazza (1996), populariza el término *automutilación* dentro de la literatura científica, denominación que prevalece hasta nuestros días.

En la actualidad, los términos más utilizados para referirse a la ASIS son : *auto-daño* (Straker, 2006; Croyle y Waltz, 2007); *auto daño liberado* (Hawton, Zahl y Weatherall, 2003; Mangall y Yurkovich, 2008); *auto-daño liberado sin intencionalidad suicida* (Brown, 2009; Nixon, Cloutier y Jansson, 2008); *automutilación* (Evren y Evren, 2005; Sánchez, 2008); *conducta autolesiva* (Gonzalez, 2008; Henestrosa, 2006; Withlock, Eckenrode y Silverman, 2006); *autolesion* (Claes, Vandereycken y Vertommen, 2007; Nock, 2008), y por último, *autolesion sin intencionalidad suicida o non suicidal self- injury* en lengua inglesa (Klonsky y Olin, 2008; Ross, Muehlenkamp, 2009), este es el término elegido para representar el objeto de estudio del presente trabajo.

Las influencias de la cultura en el cuerpo humano son muy importantes, la habilidad de hablar un lenguaje particular, por ejemplo, depende de una organización cultural específica neural que influencia el proceso cognitivo en la estructura de la percepción de una persona (Castillo, 1995, Sperry, 1987).



Algunos estudios muestran que en la actualidad, Internet permite el desarrollo de vínculos mediante la formación de redes sociales (Hampton y Wellman, 2003; Kavanaugh y Patterson, 2001). También indican que el Internet permite el incremento del aislamiento de la vida real, expone y refuerza las conductas mal adaptadas y permite la navegación de individuos que son peligrosos para la sociedad (Whitlock, Powers y Eckenrode, 2006; Ybarra y Mitchell, 2005).

La relación entre la ASIS y la tecnología tiene algunas limitaciones. La primera es que no existe un mecanismo estandarizado para identificar la autolesión en películas, shows de televisión y música.

## **2. Definición**

La ASIS es un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo, dejando una marca que dura al menos una hora. Se define como una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y tensión fisiológica provocada por emociones intolerables; no es un intento de suicidio. (Santos, 2006).

Desafortunadamente, el mayor obstáculo que los científicos e investigadores han encontrado es la inconsistencia en términos y definiciones que son utilizados para describir a la ASIS, por esta razón se han limitado los esfuerzos de los investigadores y, a que se invaliden los estudios realizados al respecto.

Por ejemplo, es muy común para clínicos y científicos, usar términos como auto daño deliberado para referirse a los dos tipos de autolesión con intencionalidad suicida (intentos suicidas) y sin intencionalidad suicida (cortarse, quemarse).

El desarrollo para aclarar términos, definiciones y guías acerca de lo que es la ASIS y como se pueden distinguir sus distintas formas ha sido obstaculizada por la escasez de información de estos comportamientos en el DSM-IV-TR, la razón por

la que ocurre esto es porque los pensamientos y comportamientos de las personas que se autolesionan, son conceptualizados por muchos, como comportamientos simples en comparación con otros trastornos mentales más severos.

Una de las definiciones más precisas es la proporcionada por Winchel y Stanley (1991), quienes señalan que la ASIS es:

*“...el cometer daño deliberado al propio cuerpo. El daño es hecho a uno mismo, sin la ayuda de otra persona, y es lo suficientemente severo como para provocar daño tisular (como cicatrices). Los actos que se cometen con intencionalidad suicida consciente o que están asociados a la actividad sexual, se excluyen”.*

Mangall y Yurkovich (2008), también han definido a la ASIS como una conducta directa, capaz de provocar daño físico de menor a moderado, que es llevada a cabo sin intencionalidad suicida consciente, y que ocurre en ausencia de psicosis y/o impedimentos intelectuales u orgánicos. Mientras que Walsh (2006) afirma que la ASIS es un acto intencional y autoinfligido, que conlleva un daño corporal de baja letalidad, de naturaleza socialmente inaceptable, y que se efectúa con la finalidad de reducir el dolor emocional.

Estas tres definiciones sugieren un movimiento claro hacia la integración de lo que es el término “autolesión”, puesto que todos los casos señalan lo que es fundamental:

- El carácter deliberado, no letal y autoinfligido del daño tisular;
- La ausencia de psicosis o impedimentos intelectuales
- El rechazo social ante esta práctica
- Su habilidad para aminorar el dolor emocional.

Se ha propuesto que la ASIS que se realiza repetitivamente, sea incluida en el DSM como un nuevo diagnóstico con el nombre de Síndrome de Autodaño Deliberado (Favazza, 1996; Favazza y Rosenthal, 1993; Muehlenkamp, 2005;

Pattison y Kahan, 1983). La primera gran distinción que debe hacerse, es ver si existe intento de quitarse la vida o se trata de dañarse sin que exista el deseo de morir.

La conducta de auto-daño es la que realiza una persona en una situación de riesgo emocional o físico. Las conductas de auto-daño se clasifican en (Santos, 2006) :

**-Las relacionadas con la comida:** bulimia, anorexia, comer compulsivamente.

**-Las relacionadas con conductas de riesgo:** realizar deportes de alto riesgo, tener actividad sexual sin responsabilidad, romper la ley (pasarse altos, manejar a exceso de velocidad)

**-Las relacionadas con el uso de sustancias nocivas:** adicción al alcohol y al cigarro, abuso y adicción a drogas.

**-Las relacionadas con la ingesta:** automedicación, sobredosis de medicamentos, auto-envenenamiento, inhalar sustancias tóxicas.

**-Las relacionadas con la autolesión:** cortarse, quemarse, golpearse.

Existen tres componentes que se relacionan con los actos de autodaño según Kahan, y Pattison,(1983) que son:

**-Dirección:** Se refiere a la intención de la conducta, se considera un acto directo porque su intención se logra en un lapso corto de tiempo, y está consciente de los efectos dañinos que tiene y propositivamente se busca lograrlos.

**-Letalidad:** Un acto de alta letalidad tiene la intención de acercarse a la muerte y lograrlo, sino se quiere o no se piensa en la posibilidad de morir, el acto se considera de baja o mediana letalidad.

**-Repetitividad:** Se refiere a que el acto, se repita varias veces por un periodo de tiempo.

La ASIS se considera según estos criterios:

**-Conducta directa**, cuando la persona tiene la intención de hacerse daño y lo hace en el momento que lo necesita.

**-De baja letalidad**, cuando la intención de la persona no es poner un alto definitivo a su vida, su intención lejos de morir es vivir sin el dolor emocional que la acosa.

**-Repetitiva**, cuando cada vez que se siente que no puede sobrellevar su dolor emocional, se autolesiona.

Es importante saber distinguir entre la conducta de autolesión típica y el acto suicida, cuya intención es la de causar la muerte.

La autolesión con intencionalidad suicida se puede clasificar en numerosas subcategorías. La ideación suicida se refiere a comportamientos donde se pretende acabar con la propia vida, esto se distingue de pensamientos pasivos de muerte, un plan de suicidio se refiere a la realización de un método específico en que se intenta llegar a la muerte, además un plan suicida es una construcción cognitiva relacionada al pensamiento de matarse uno mismo, la mayoría de la gente que reporta ideación suicida es hábil para distinguir entre los dos (Santos,2006).

La ASIS, se refiere a situaciones en las que las personas sienten la necesidad de acoplarse a esta conducta, se diferencia de las amenazas de suicidio porque la persona que la realiza no hace creer a los demás que tiene deseos de morir.

Se puede clasificar con el término de ASIS si hay evidencia de que no existen en absoluto intentos de muerte, aunque en ocasiones es difícil poder confiar en un reporte de la persona de que no pueda existir en ella pensamientos suicidas.

En términos generales se considera que la autolesión no representa un intento fallido de suicidio, ni una llamada de alarma en ese sentido. Sin embargo hay que recalcar que:

-La presencia de autolesión indica que la persona está pasando por momentos difíciles y requiere de atención profesional.

-Algunas personas que han tenido pensamientos suicidas, han tenido historias de autolesión.

-Hay personas que se autolesionan para evitar ideas suicidas,

-Cuando autolesionarse ya no ayuda a aliviar el dolor emocional, es probable que la persona decida terminar con su vida.

### **3. Ciclo de la ASIS**

Cuando una persona se siente sola, triste, ansiosa, frustrada, enojada, sintiendo un vacío existencial busca una forma de expresar y manejar estos sentimientos, pero hay veces que estas formas de manejar los sentimientos no funcionan, y poco a poco, se termina en medio de una tormenta emocional. Para evitar esta tormenta se recurre a diferentes conductas como: beber alcohol o sustancias nocivas, purgarse o vomitar, fumar, hacerse cortadas, o trabajar en exceso. Lo que tienen en común estas conductas es que ayudan a evitar sentimientos produciendo sensaciones placenteras que enmascaran la realidad.

Algunas de estas conductas son socialmente aceptadas como apostar o trabajar en exceso, otras se consideran “enfermas” como hacerse cortadas y vomitar.

Hay conductas que pueden llevar a poner en riesgo la vida a corto plazo, como por ejemplo: el beber alcohol en exceso conlleva a un alto riesgo de que ocurra un accidente vehicular, mientras otras ponen en riesgo la vida después de un largo plazo, como puede ser fumar que a la larga conlleva a tener enfisema pulmonar.

La conducta de ASIS, según Santos, (2011) puede describirse mediante un ciclo que crea apego en la persona que la realiza. El cual se compone de las siguientes etapas:

**-Emociones dolorosas e insoportables:** Todos vivimos emociones dolorosas que preferiríamos evitar y no sentir. Estas emociones surgen en situaciones o recuerdos que pueden generar sentimientos intensos como miedo, estrés, vergüenza, rabia, desamparo y la sensación de no tener control sobre lo que nos rodea.

**-Comienza la tensión y el sufrimiento:** Las emociones dolorosas, tienen un efecto sobre los pensamientos, sobre las sensaciones y en el cuerpo. Esto empieza a producir un grado de tensión fisiológica y sufrimiento mental.

**-Incapacidad de manejo y expresión del dolor emocional:** Este es el momento crucial. En general aprendemos a manejar y expresar lo que nos preocupa o tensiona de una forma positiva. La persona que se autolesiona no sabe cómo expresar y transmitir lo que está sintiendo o lo hace de una manera impulsiva o destructiva.

**-Aumenta la tensión y el sufrimiento:** Una de las consecuencias de no comunicar el dolor emocional, es que aumenta todavía más la tensión y el sufrimiento.

**-Necesidad de parar “la tormenta emocional”:** La persona en estos momentos vive su dolor como una tormenta que lo arrastra, provocando angustia, miedo y soledad incontenibles. Surge así la necesidad de poner fin a la tormenta para tener “la calma” de enfrentar la realidad.

**-Pensamientos de autolesión:** Autolesionarse es una forma de poner un alto inmediato a ese tumulto de emociones que no dejan a un individuo “respirar”.

Dado que es una conducta, que le ha servido en el pasado para este fin, y que en este momento no existen las condiciones para parar la tormenta de otra forma, decide que este acto le ayudará a salir adelante.

**-Desconexión instantánea:** Dado que evitar el dolor es un instinto básico, la persona que necesita autolesionarse requiere de manera inconsciente desconectarse unos segundos para poder hacerse daño.

**-Autolesión:** Llega el momento de autolesionarse y de manera consciente decide cómo y dónde se 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 a un hospital.

**-Relajamiento físico y emocional:** Comúnmente después de producir la herida, la persona se siente liberada de la tensión física como del dolor emocional.

**-Bienestar y reintegración:** Se acaba la tormenta emocional y viene una etapa de tranquilidad, gracias a ello puede retomar y guardar la compostura.

**-Auto-cuidado:** Curar la herida es parte importante de la conducta. El auto-cuidado tanto inmediato como a mediano y largo plazo, tiene dos funciones principales:

La primera es el control de las consecuencias de su acto: hacer que deje de sangrar, que no se infecte, que la ampolla no se rompa, etc. Gracias a este cuidado la persona no requiere atención médica y por ende no necesita decir que se autolesiona. La segunda función es la de brindarse ella misma cuidado y protección. En la vida cotidiana, la persona que se autolesiona encuentra difícil darse cariño a si misma, así como pedirlo y recibirlo, el curar la herida le da la oportunidad y el “permiso” de tratarse bien.

**-El secreto:** En un principio mantener en secreto la autolesión, es un factor importante de la conducta. Es indispensable que nadie vea las heridas y cicatrices. La persona siente que tiene que cuidar algo privado, especial y único, ya que las cicatrices secretas simbolizan que lograron enfrentar la tormenta emocional.

**-Culpa y vergüenza:** El secreto es consecuencia de la culpa y vergüenza que genera la conducta. 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.

**-Miedo a que lo dejen de querer, se siente “malo”:** 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.

**-Debilitamiento emocional:** La necesidad de autolesionarse, aún cuando preferiría no hacerlo, hace que se sienta debilitada para enfrentar los problemas cotidianos, sin el alivio temporal de la autolesión.

**-Emociones dolorosas:** Una situación o recuerdo le provoca nuevamente una emoción dolorosa y se reinicia el ciclo de la autolesión.

El ciclo de la ASIS cumple funciones que no deben ser subestimadas:

-Produce un alivio temporal y sirve como medio de distracción o escape al dolor emocional agobiante.

-Es un idioma sin palabras, un lenguaje silencioso, para darle voz al dolor.

-Es un relajante que produce de inmediato una sensación de calma y bienestar.

-Sirve como método para sentir que tienen el control de si mismos en el momento, pero a mediano-largo plazo perpetúa el desamparo y el malestar.



Cada persona tiene una percepción de si misma y de la manera en que la interactúa consigo misma y con los demás.

La autolesión como forma de apaciguar el dolor emocional, se vuelve un hábito, haciendo que la persona se sienta amenazada y “perdida” si sabe que no puede recurrir a ella cuando la necesita.

Mientras no se tenga control sobre la ASIS y se solucione el problema de raíz, la persona seguirá dependiendo de la ASIS para enfrentar su situación emocional.

### **Incapacidad en el manejo del dolor emocional**

Para entender por qué una persona se autolesiona, hay que tomar en cuenta que la ASIS se debe a una imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional (Santos, 2006).

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

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

La imposibilidad del manejo del dolor emocional puede deberse a tres razones:

- La dificultad en el reconocimiento o identificación de emociones.
- La dificultad en la expresión de lo que se está sintiendo.
- La falta de control de las emociones y sentimientos.

Las habilidades que requiere una persona para el manejo de emociones incluyen:

- Identificar las experiencias emocionales
- Modular su activación física
- Tolerar el malestar
- Inhibir reacciones impulsivas
- Meditar cómo expresar el malestar de manera aceptable

Las posibles causas de la incapacidad de expresar y manejar sus sentimientos y las características generales de una persona que se autolesiona son las siguientes:

### **Analfabetismo emocional**

La alfabetización emocional es el fundamento para identificar y expresar emociones.

Una persona “analfabeta emocional” tiene serias limitaciones para:

- Identificar lo que siente
- Articular lo que le pasa
- Pedir ayuda

Si una persona padece las limitaciones descritas, usualmente no tiene el lenguaje verbal para expresar sus diferentes emociones, tanto positivas como negativas. La autolesión es un lenguaje no verbal que cataliza lo que le sucede.

Cuando la persona no sabe ni puede identificar lo que siente, la autolesión le permite experimentar el dolor en forma concreta.

Si es imposible articular lo que le está sucediendo, la autolesión le da expresión a su sufrimiento y le permite consolidar la consciencia de que algo le debe estar pasando en realidad.

Cuando no hay manera de pedir ayuda, existe la fantasía de que alguien descubra sus heridas, para que dicha persona se dé cuenta del intenso dolor emocional que está viviendo y le brinde ayuda.

La persona que se autolesiona, se encuentra limitada para el manejo del dolor emocional ya que no ha desarrollado todavía la capacidad y habilidad de identificar y expresar lo que le sucede (Santos,2006).

### **Disregulación emocional**

Se define como disregulación emocional a una vulnerabilidad con bases biológicas que implica un incremento en la reactividad emocional; así como una incapacidad de utilizar estrategias efectivas para controlar las emociones (Sullivan,, Helma,, Kliewer,, y Goodman, 2010)

Una persona que presenta disregulación emocional y que se autolesiona, reacciona de una de las siguientes tres maneras cuando se enfrenta a una situación difícil de manejar:

.Contesta brusca e intempestivamente- La persona se enciende rápido y no sabe como expresar su enojo de manera efectiva.

.Actúa impulsivamente- Su enojo, frustración y tristeza son emociones a tal grado sobrecogedoras, intensas e incómodas que sin más la persona procede a autolesionarse.

.Se siente abrumado y necesita calmarse a si mismo- No sabe ni registra lo que siente, pero sabe que necesita cariño y protección contra su dolor.

Esto significa que las emociones que presentaban estas personas, cuando eran niños no eran tomadas en cuenta, ni en serio y eran desacreditadas y a menudo castigadas. Por ejemplo, reprimirle el llanto a un niño o burlarse de él cuando está triste o enojado, es devaluar su expresión de emociones difíciles y dolorosas.

Llega un momento en que ignoran o reprimen sus emociones tanto leves como moderadas, hasta que llega a un nivel crítico en el que se viven como una tormenta emocional, ya que no ha desarrollado la capacidad y habilidad de controlar lo que siente y sus reacciones se vuelven impulsivas y dañinas.

En la mayoría de las personas que se autolesionan, las experiencias vividas en la infancia en ambientes caóticos o invalidantes los deja:

- Sintiéndose incapaces de protegerse a sí mismos o a sus seres queridos.
- Imposibilitados para expresarse.
- Más propensos a presentar desregulación emocional.

#### **4. Modelos explicativos de la ASIS**

Actualmente se pueden observar cuatro modelos que pueden ayudar a entender el por qué las personas se adhieren con facilidad a la ASIS, estos serán expuestos en la:

*Tabla 1: Modelos explicativos de la ASIS (Nock, M.K. 2008)*

<b>Modelo</b>	<b>Características</b>
<b>Psicológico</b>	El modelo psicoanalítico antisuicida propone que los individuos que se adhieren a esta conducta considerados microsuicidas lo

	<p>hacen para calmarse ellos mismos activamente y evitar el suicidio total (Firestone y Seiden, 1990; Menninger, 1983).</p> <p>Otros modelos psicoanalíticos indican que mediante el desplazamiento, la ASIS, tiene la finalidad de dañar alguna parte del cuerpo para dirigir hacia esta la fantasía de dañar los genitales vistos como la fuente de impulsos (Friedman, Glasser, Laufer, Laufer y Wahl, 1972 pag.182).</p>
<b>Funcional</b>	<p>Nock y Prinstein (2004,2005) propusieron un modelo de cuatro funciones de la ASIS difiriendo a lo largo de dos funciones dicotómicas: el reforzamiento que podía ser tanto positivo (seguido de la presentación de un estímulo favorable) o negativo (seguido por el removimiento de un estímulo aversivo) y contingencias que pueden ser automáticas (intrapersonales) o sociales (interpersonales).</p> <p>La primera función propuesta en este modelo es un reforzamiento negativo automático en el que la ASIS se ejecuta para remover o escapar de un estado afectivo aversivo. Esta es la principal función por la que los participantes incurren en esta conducta.</p> <p>La segunda función es un reforzamiento automático positivo, en el que la ASIS se lleva a cabo con el propósito de generar alguna sensación, la gente que se apoya en esta conducta generalmente reporta anhedonia , insensibilidad ,y adherirse a la autolesión le hace sentir algo, la sensación es la recompensa en este contexto.</p> <p>La tercera función de la ASIS es un reforzamiento social positivo en el que a través de la autolesión se obtiene atención y acceso a los recursos del ambiente que rodea a la persona.</p> <p>La cuarta función es el reforzamiento negativo social, en el que la ASIS logra remover una demanda interpersonal.</p>
<b>Interpersonal</b>	<p>Teóricos indican que perturbaciones en las relaciones a temprana edad pueden estar asociadas con la ASIS a través de varios mecanismos (Yates, 2004). Por ejemplo, investigadores indican que experiencias interpersonales mal adaptadas experimentadas en la niñez, deja a los individuos con una capacidad disminuida para soportar experiencias interpersonales de adultos y/o una inadecuada regulación emocional en el desarrollo.</p>

	<p>Como ha sido demostrado en otras formas de autolesión (Davila y Daley, 2000) se observa que algunos estresores interpersonales le preceden automáticamente a la adhesión de la conducta autolesiva.</p> <p>Estos factores incluyen una soledad intensa, rechazo o pérdida interpersonal, un conflicto reciente con la familia, con la pareja, o una figura de autoridad (Hawton y Harris, 2007).</p>
<p><b>Biológico</b></p>	<p>Muchas hipótesis han sido formuladas acerca del por qué los humanos se adhieren a la conducta autolesiva. A continuación se mencionarán algunas:</p> <p><b>-El rol de los opioides:</b> Los opioides endógenos han sido implicados en la expresión de la ASIS, así como en el desarrollo de diversos desórdenes psiquiátricos y de desarrollo, incluyendo trastorno límite de la personalidad, retardo mental y autismo (Schmahl, Mc Glashan, y Bremer, 2002; Tiefenbacher et al., 2005 citado en Nock, K. 2009).</p> <p>La deficiencia de opioides puede resultar de un estrés crónico y severo proveniente de la infancia, así como de un trauma como abuso, pérdida y negligencia.</p> <p><b>-Serotonina:</b> Los estudios biológicos implican una reducida neurotransmisión serotoninérgica en conductas agresivas internas o externas, especialmente las impulsivas (Stein, Hollander y Liebowitz, 1993).</p> <p><b>-El sistema hipotalámico-pituitario-adrenérgico:</b> Experiencias adversas a temprana edad y un trauma experimentado han sido ligados a largos y perdurables cambios en las respuestas centrales y periféricas del sistema de respuestas al estrés (Kahler et al., 2001).</p> <p><b>-Dopamina:</b> La teoría de que la modulación en la función de la dopamina juega un rol en el comienzo de la ASIS viene de dos hipótesis, que incluyen alteraciones en las señales de dopamina e incrementan los receptores de la misma.</p> <p>Muchos datos sustentan que una alteración de segregación de dopamina puede inferir en la conducta autolesiva en individuos con algún retraso en el desarrollo (Lloyd et al., 1981).</p>

## 5. Características de las personas que se autolesionan

Se han encontrado características que son comunes en las personas que se autolesionan las cuales serán expuestas en la siguiente tabla:

*Tabla 2: Características de las personas que se autolesionan (Santos,, 2011)*

<ul style="list-style-type: none"><li>-Viven emociones intensas por periodos prolongados</li><li>-Analfabetismo emocional</li><li>-Disregulación emocional</li><li>-Falta de seguridad emocional</li><li>-Aislamiento emocional</li><li>-Viven a la defensiva</li><li>-Auto concepto mental, emocional y físico deteriorado</li><li>-Historia de abuso físico y/o sexual en su infancia o adolescencia</li><li>-Poca habilidad para formar y sostener amistades y relaciones estables</li><li>-Tienen una sensación de vergüenza generalizada</li><li>-Pensamiento “blanco o negro”</li><li>- Les gusta hacer las cosas bien hechas</li><li>- Llevan una vida académica y/o laboral sin problemas llegando a ser sobresalientes.</li><li>- Son buenos escuchas.</li><li>- Tienen un espíritu altruista</li><li>- Tienen facilidad para lograr la empatía con el otro.</li></ul>
---

## 6. Factores asociados a la ASIS

Existen múltiples factores asociados a la ASIS en la Tabla 3 se mostrarán algunos de los más relevantes:

*Tabla 3: Factores relacionados a la ASIS (Santos, D., 2011)*

<b>Factor</b>	<b>Relación con la ASIS</b>
<b>Miedo o vergüenza de la pubertad</b>	<p>El adolescente es muy frágil en su relación con los demás porque internamente no se siente seguro de casi nada. Su autoestima puede ser fácilmente herida y necesita ser aceptado por sus amigos.</p> <p>El despertar de la sexualidad empieza en algunos más tarde que en otros. La presión social para crecer, para desarrollarse antes de estar listo psicológicamente hace que algunos jóvenes castiguen su cuerpo autolesionándose.</p>
<b>Maltrato infantil</b>	<p>El maltrato influye negativamente los procesos de desarrollo, a través de múltiples niveles, incluyendo la autoestima (imagen corporal, auto presentación), regulación de afecto y control de impulsos (conducta alrededor de otros, disociación memorial, patrones de relación (desconfianza, sensibilidad al rechazo) y neurofisiológicamente (modulación del arousal simpático y parasimpático).</p> <p>Con respecto al maltrato infantil, estudios recientes demuestran relaciones predictivas entre la ASIS y la crítica directa de los padres en estudiantes de preparatoria indican que los intercambios negativos emocionales en la familia pueden contribuir a la ASIS en el adolescente (Wedig y Nock, 2007 citado en Nock, K. 2009). Sin embargo, la potencial contribución del abuso emocional infantil asociado a la autolesión sin intencionalidad suicida espera información adicional al respecto.</p>



<b>Abuso sexual</b>	Existen diversas explicaciones del por qué una persona que sufre o sufrió abuso sexual se autolesiona. La relación no ha sido totalmente aclarada. Una explicación es que una persona que sufrió abuso sexual puede presentar trastorno de estrés postraumático, que aunado a una mala regulación de emociones, la lleva a autolesionarse, otra explicación es que las heridas psicológicas que deja el abuso sexual se manifiestan en las heridas corporales de la autolesión.
<b>Padres alcohólicos</b>	<p>Un niño con este tipo de familia puede tener varios problemas: sentimientos de culpa, angustia o ansiedad, vergüenza, incapacidad para mantener relaciones interpersonales, confusión a raíz de la inconsistencia en rutinas diarias y los estados anímicos de los padres, como serían el enojo o la depresión.</p> <p>A esto se le suma la carga de mantener en secreto lo que sucede en casa. Los jóvenes que se autolesionan encuentran que al hacerlo pueden “escapar” por unos instantes del ambiente caótico en el que viven. También les permite “tener algo suyo”, que guarde en secreto la situación familiar. Al mismo tiempo, al hacerse las heridas y cuidarlas se sienten reconfortados porque pueden depender al menos de sí mismos.</p>
<b>Padres que se autolesionan</b>	<p>La dinámica familiar es tormentosa, y los hijos comienzan a autolesionarse por imitación, cumpliendo dos propósitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer algún tipo de conexión emocional con los padres, tratando de ser queridos y vistos.</li> <li>-Como arma de poder y castigo, tratando de dar salida al enojo e impotencia que sienten con respecto a la conducta de sus padres.</li> </ul>
<b>Duelos y pérdidas</b>	<p>La enfermedad y la muerte de un familiar, producen una diversidad de sentimientos, muchas veces simultáneos y aparentemente contradictorios: rabia, tristeza, alivio, paz, tormento y desamparo.</p> <p>Si la persona encuentra que es imposible expresar y compartir todo este dolor, siente confusión por las emociones contradictorias y puede sentir mucha culpa y creer que requiere de un castigo. Una forma de castigarse y de concretar la culpa es autolesionándose.</p>
<b>Expectativas</b>	Cuando un joven siente que está fracasando en el

<b>altamente elevadas</b>	cumplimiento de las expectativas de sus padres o de su pareja, siente que fracasa en complacerlos y se torna triste, descorazonado y desmotivado. El dolor de no sentirse querido por sus padres o pareja cuando falla, provoca que el joven tenga que castigarse a sí mismo, antes que recibir el castigo de sus padres o el abandono de su pareja.
---------------------------	--

## **7. Diagnóstico de la ASIS: Incidencia, Prevalencia y Recurrencia.**

### **-Prevalencia e Incidencia**

En términos de prevalencia de, 100,000 personas la constante en cuestión de rangos de suicidio en Estados Unidos es de 13 personas, mientras que el rango de personas que se autolesionan es de 1,200 personas,(Favazza y Conterio, 1989).

En una muestra de 24 personas que incurrieron en la ASIS comparados con otros que no la realizaban, se observó que las personas que se autolesionaban mostraron: un humor inestable, quejas de vacío, un fuerte interés en trabajar en el ámbito paramédico, uso excesivo de alcohol y drogas, historia de desórdenes alimenticios, historia de hospitalización o cirugía en la infancia, un hogar roto por divorcio, muerte o privación de los padres, dificultad para verbalizar emociones y necesidades, un patrón de cortarse y sangrar después de un periodo de despersonalización, seguido de relajación y volver a la normalidad (Favazza y Conterio,1989).

Los adolescentes occidentales que tienen dificultades con su proceso de maduración cuando son adultos pueden cortarse para escapar de sentimientos de soledad y abandono y conseguir elevar su autoestima con una consciencia de adulto (Morinis, 1985, p.167). Los cortes pueden ser desesperados, intentos primitivos para ganar aceptación social e integración en el mundo adulto, son pactos inconscientes sellados con sangre indicando el deseo del adolescente por reconciliarse con la sociedad.

Cuando los cortes son descubiertos, los adolescentes se ven forzados a reconsiderar su relación con la autolesión y con ellos mismos en algunos casos, la reconsideración es constructiva incluso integral. En otros casos desafortunadamente, la psicopatología que existe en las personas involucradas resulta en un intenso alejamiento; casi la mitad de las personas que se autolesionan han sido abusadas por familiares (Favazza y Conterio, 1989).

Algunas prácticas de modificación corporal, se realizan para promover belleza y con fines sexuales, para poder pertenecer a un grupo, para imitar la conducta de gente pública como atletas, artistas y actores que tienen tatuajes o piercings, para expresar rebeldía e individualidad, ejemplos de esto es perforar el oído para introducir joyería, la inserción de tatuajes.

La extensa moda de piercings y tatuajes en las naciones occidentales, puede ser consecuencia de una insatisfacción con una sociedad burocrática y guiada por la tecnología, en la que la gente se identifica con números y contraseñas, en las que los productos artificiales están reemplazando a “las cosas reales” y la forma de vida es experimentada pasivamente viendo la televisión, escuchando música con audífonos por horas e interactuando principalmente con figuras virtuales mientras utilizan videojuegos.

Otros factores que pueden jugar un papel importante, incluyen el incremento de una familia fragmentada por el divorcio y los dos padres trabajando que generalmente da como resultado niños aburridos con mucho tiempo libre y no saber en qué emplearlo. La calidad de la comunicación entre pares, ha sido deteriorada por opciones de alta tecnología como mensajes de texto o mensajes instantáneos (Kraut et al. 1998; Van den Eijnden, Meerkerk, Spijkerman, y Engels, 2008).

La aceptación social de la ASIS ,es evidenciada por el aumento de sitios en Internet y chats enfocados a la modificación del cuerpo y conductas desviadas como cortarse e incluso la amputación.

Actualmente parece haber un incremento en esta conducta aunque la conducta fue escondida hasta los años 90's (Ross y Heath, 2000).

### **-Recurrencias**

Rangos estimados de la ASIS se han alineado ampliamente de 400 a 1,400 casos por 100,000 anualmente (Favazza, 1998; Pattison y Kahan, 1983).

Muchos estudios realizados en Estados Unidos, se han enfocado en casos clínicos y estiman un rango entre 4 y 20% (Briere y Gil, 1998) para adultos y arriba de 40% para adolescentes (Hurry 2000).

Muehlenkamp (2005) notó a través de algunos estudios que la ocurrencia de conductas autolesivas, está aumentando especialmente entre adolescentes y estudiantes de preparatoria y universidad.

En el 81% de los participantes, indicaron que se habían adherido a la conducta con dos años de anterioridad antes de haber atendido el problema. Solo el 26% reportó que lo hacía desde hace 6 años, tomando en cuenta que la ASIS disminuye con el tiempo. Más estudios sobre este tipo en comunidades podrá ayudar a los investigadores a explorar el curso de este comportamiento a través del tiempo, y asesorar sobre factores de riesgo para seguir adhiriéndose a esta conducta.

Recientes estudios han reportado un promedio de iniciación entre los 12 y los 14 años (Muehlenkamp y Gutierrez, 2004, Nock y Prinstein, 2004; Ross y Heath, 2000), estudios recientes sugirieron que la ASIS es rara en niños por debajo de los 14 años, usualmente aparece en edades entre 14 y 24 años (Favazza y Conterio, 1988, Herpetz, 1995).

Prescindiendo de la edad de inicio, seguir un episodio de autolesión es común. Por ejemplo Klonsky (2007) notó que las estimaciones en el promedio de

repeticiones de la conducta está entre un rango de 3.4 y 50.0, Jacobsen y Gould (2007) también enfatizaron el rango de la frecuencia reportada en la que los adolescentes se autolesionan y sugirieron una búsqueda especializada para clarificar los factores de riesgo que fomentan la repetición de la autolesión.

Los adolescentes tardíos que siguen identificándose con esta conducta, indican que pueden tener un amplio rango de intentos de suicidio en la adultez joven y otros trastornos mentales adversos, especialmente depresión (Ferguson, Horwad, Ridder y Beautrais, 2005) así como riesgo actual de suicidio (Hawton y Harris, 2007; Hawton, Zahl y Weatherall, 2003). Existen estudios de gente joven que ha muerto por suicidio, muestran una asociación entre autolesión y suicidio.

Por ejemplo, en una investigación sobre intentos de suicidio en una muestra de 174 personas entre 13 y 24 años, el 44.87% decían tener una historia de autodaño inflingido, generalmente a través de la autolesión sin intencionalidad suicida (Hawton, Houston y Shepperd, 1999). Similarmente en autopsias de gente joven que murió por suicidio entre un cuarto y dos tercios, se informó que presentaron señales de conducta de autodaño (Brent et al; 1993)

Se piensa que los adultos jóvenes entre 18 y 25 años, podrían estar en un alto riesgo de adherirse a esta conducta, por ejemplo Favazza, DeRosear, y Conterio (1989) encontraron que el 12% de los estudiantes universitarios se autolesionaban.

En México se reportó que en Guanajuato, en una muestra de 2530 adolescentes, el 3.1% de los varones y el 10.7% de las mujeres se había autolesionado una vez (González, C, Alvarez M., Saldaña A, Carreño S., Chávez A, y Pérez R. 2005). En el Distrito Federal se realizó un estudio con 10,578 adolescentes que indicó que el 17.4% de hombres y el 15% de las mujeres se había autolesionado al menos una vez en su vida (Alcántara, I., y Villatoro, J. (2002). Otro estudio en la misma entidad (Santos, D. 2006) con una muestra de 1000 adolescentes, arrojó que al menos el 10% se autolesionan de manera repetitiva al menos un año.

## **8. Clasificación de la ASIS**

Para clasificar la conducta de ASIS, se puede considerar el estado mental y emocional que lleva a la persona a hacerse daño, así como el nivel de daño en el tejido del cuerpo. De acuerdo con Favazza (1996) la autolesión se clasifica en tres tipos:

*Tabla 4: Tipos de ASIS (Favazza, A.R. 1996)*

<b>Tipo</b>	<b>Características</b>
<b>Típica moderada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Se presenta cuando la persona se hace daño sin ayuda de otra. La herida es lo suficientemente severa para causar daño en los tejidos del cuerpo y dar como resultado cicatrices o marcas. El estado en que se presenta la autolesión típica está permeado por la soledad, la angustia, el miedo, la tristeza, el enojo y la impotencia.</li> </ul>
<b>Psicótica mayor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Debido a la pérdida de contacto con la realidad, las autolesiones que ocurren durante un estado psicótico tienen el potencial de ser extremas, algunos ejemplos de autolesiones psicóticas con la amputación de partes del cuerpo como sería sacarse los ojos o la castración. El tratamiento de la autolesión en personas que experimentan estados psicóticos es la reducción o eliminación de la psicosis.</li> </ul>
<b>Orgánica estereotípica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Es un comportamiento relativamente común en individuos con retraso mental y en síndromes de índole genético, como el autismo. Los individuos con estos desórdenes tienden a lesionarse de maneras particulares se golpean la cabeza, se dan bofetadas y se muerden los labios. En este caso la autolesión responde a dos funciones primarias: autoestimulación y obtener un refuerzo positivo o negativo.</li> </ul>

## 9. ASIS y su relación con otros trastornos psiquiátricos

En los siguientes trastornos mentales expuestos en la Tabla 5, la autolesión puede llegar a presentarse como uno de sus síntomas:

*Tabla 5: ASIS y su relación con otros trastornos psiquiátricos (Durand, , Barlow, 2007)*

<b>Trastorno</b>	<b>Relación con la ASIS</b>
<b>Trastorno de Personalidad Límitrofe</b>	<p>Para un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad deben presentarse al menos cinco de los diez criterios listados en el Manual de Diagnóstico Diferencial del DSM-IV, entre los cuales va incluida la presencia de ASIS.</p> <p>Desafortunadamente este diagnóstico es el más popular que se le asigna a cualquier persona que se autolesiona, debido al peso excesivo que le da el especialista a la ASIS. Si un médico diagnostica este trastorno en la primera cita habrá que buscar una segunda opinión, en casos de adolescentes se requiere de un seguimiento de al menos 4 años para llegar a un diagnóstico preciso.</p>
<b>Trastornos de control de impulsos</b>	<p>Estos trastornos son caracterizados porque aquellos que los padecen se dejan llevar por un impulso irresistible y potencialmente nocivo. A este grupo pertenecen quienes son incapaces de resistir los siguientes impulsos: agredir, incendiar, jugar y apostar, arrancarse el cabello.</p> <p>La autolesión se llega a considerar dentro de los trastornos de control de impulsos debido a que su descripción es semejante al ciclo de la autolesión.</p>
<b>Trastornos de alimentación</b>	<p>La conducta de autolesión y los trastornos de alimentación coinciden con mucha frecuencia, en particular con el comportamiento bulímico (Muehlenkamp, Engels , Wadeson , Crosby,, Wonderlich, Simonich, y Mitchell, 2009).</p> <p>Se ha demostrado que hasta un 55% de personas con bulimia se autolesionan (Claes , Vandereycken, Vertommen. 2003). Investigaciones indican que específicamente la asociación con la autolesión se da más con el tipo purgativo (atrancarse y luego purgarse) (Paul, , Schoeter, , Dahme, 2002.) que con el</p>

	<p>tipo no purgativo (atracarse, luego ayuno o ejercicio intenso).</p> <p>El cortarse y purgarse se usan como un intento de solucionar un problema emocional. En ambos casos, la persona se logra sentir mejor a corto plazo, pero a la larga no soluciona el problema de fondo, por lo que sigue, las más de las veces de manera ascendente con la conducta dañina.</p>
<p><b>Depresión mayor y trastorno bipolar</b></p>	<p>La ASIS se puede presentar en personas con depresión mayor y trastornos bipolar. Una de las posibles causas que subyacen a estos dos trastornos está ligada a la serotonina que regula el humor de la persona.</p> <p>Las investigaciones realizadas en este rubro consideran la hipótesis de que la autolesión resulta de la disminución de neurotransmisores cerebrales. Los medicamentos que hacen que llegue más serotonina al cerebro (agonistas) parecen tener cierto efecto en la disminución de la conducta de autolesión.</p> <p>No se sabe si los niveles bajos de serotonina son causados por experiencias de trauma/abuso/invalidación o bien, si algunos individuos con este tipo de anomalías no pueden aprender maneras efectivas para manejar situaciones estresantes o experiencias traumáticas.</p> <p>Cabe resaltar que aún cuando el aumento de serotonina en el cerebro pueda tener el efecto de disminuir la depresión o mejorar el humor, no implica que la persona se abstenga de recurrir a la autolesión en momentos difíciles, pero si puede comenzar a detectar sus sentimientos y así empezar a entender la causa por la que se autolesiona.</p>
<p><b>Trastorno de estrés postraumático</b></p>	<p>Entre los síntomas que presentan las personas que tienen este trastorno, están las pesadillas y los flashbacks recurrentes relacionados con el evento. A menudo se tiene la percepción de que el acontecimiento traumático está ocurriendo en tiempo presente y surgen respuestas exageradas de sobresalto, irritabilidad o ataques de ira. Las personas que se autolesionan intentan cada vez que se hacen daño expresar y manejar experiencias emocionales que los abruman.</p>



## **10. Modelos de intervención para la ASIS y Técnicas de evaluación**

### **.Terapia cognitivo conductual**

La terapia cognitiva conductual es uno de los tipos de terapia mejor investigados y ha demostrado eficacia con un número extenso de desórdenes mentales como depresión mayor, ansiedad social, estrés postraumático, esquizofrenia y bulimia (Lewinsohn et al., 1990; March, Amaya- Jackson, Murray y Schult, 1998; Wilson, 2005) a través de diferentes fases de desarrollo humano (niñez, adolescencia, adultez y vejez) (Compton, 2004; Wright y Beck, 1995).

La mayoría de las terapias cognitivo conductuales involucran un número de principios en común:

- . La cognición, media y causa los propios sentimientos y conductas, lo que permite a los pacientes cambiar sus creencias mal adaptadas para sentirse más adaptadas a la sociedad.

- . Las creencias de los pacientes son primordialmente resultado de las experiencias aprendidas y pueden modificarse; la meta del tratamiento es desaprender sentimientos y comportamientos relacionados con estas creencias y crear otras positivas.

- . Se debe poner énfasis en al aquí y el ahora en pensamientos y creencias específicas.

- . La esencia de una terapia efectiva es asistir a los pacientes en desarrollar conscientemente el rol de las creencias irracionales en la angustia y ayudar a cambiarlas.

En el caso de la ASIS, las intervenciones de la terapia cognitiva-conductual ayudan a enseñar a los clientes alternativas o formas más adaptables para trabajar la angustia emocional, a usar una auto instrucción positiva para demora la acción en estímulos de auto daño, a pensar en ellos mismos, y en la relación con sus cuerpos en caminos que no conduzcan a la autolesión sin intencionalidad suicida y a ser más auto suficientes.

### **-Terapia dialéctica conductual**

Este enfoque terapéutico, fue desarrollado por Linehan (2003) en un inicio lo manejó como tratamiento integral (con duración de un año) para el trastorno de personalidad límite, particularmente para el manejo de síntomas como conducta suicida, autolesión repetitiva y disregulación emocional. Actualmente los investigadores en el campo de la ASIS, reconocen que este es uno de los enfoques más eficaces en el manejo de esta conducta (Jacobson et al., 2008; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Nock et al., 2007).

Esta terapia conjunta elementos de la terapia cognitiva conductual, del Budismo Zen, de la terapia de resolución de problemas y del entrenamiento en habilidades (Linehan, 2003).

Los objetivos generales de este enfoque, son la reducción de conductas que amenazan la vida del paciente (conducta suicida o autolesión), conductas que interfieren en la terapia, conductas que interfieren en la calidad de vida, el reemplazo de conductas no adaptativas por conductas positivas de afrontamiento (Linehan, 1993; Dimeff y Koemer, 2007). El logro de estas metas se obtiene siguiendo un sistema jerárquico de estadios (Linehan, 1993; Muehlenkamp, 2006):

**-Pretratamiento:** Se obtiene el compromiso del paciente con la terapia.

**-Estadio 1:** El enfoque es la reducción de la autolesión u otras conductas y el mantenimiento de la colaboración terapeuta-paciente.

**-Estadio 2:** Se evalúan maneras de trabajar con experiencias traumáticas y ambientes invalidantes.

**-Estadio 3:** Se enfatiza el desarrollo y mantenimiento del auto respeto mientras se sintetizan las habilidades aprendidas.

Cabe destacar que este tipo de terapia, ha sido adaptada para la población adolescente con la importante modificación de la familia en proceso terapéutico (Miller y Smith, 2008) y probándose empíricamente su eficacia en el decremento de la autolesión y la conducta suicida en este grupo de edad (Katz et al., 2002; citado por Nock et al., 2007).

### **-Terapia de solución de problemas**

También es conocida como entrenamiento en resolución de problemas, la premisa principal de este enfoque señala que, las conductas disfuncionales de afrontamiento derivan de un quiebre cognitivo o conductual en el proceso de resolución de problemas (D’Zorrilla y Nezu, 2001).

El objetivo de esta terapia, es ayudar al paciente a identificar y resolver los problemas de la vida diaria, así como enseñar habilidades generales de afrontamiento y resolución de problemas que pueden utilizarse en futuras situaciones de conflicto.

### **-Terapia grupal de regulación emocional basada en la aceptación**

Este enfoque desarrollado por Gratz y Gunderson (2006), tiene como puntos de partida la terapia dialéctico conductual y la terapia emocional, es decir. la apertura a experimentar emociones negativas que surgen en la búsqueda de éstas.

Los módulos grupales son de naturaleza dialéctica y combinan ejercicios grupales y actividades para trabajar en casa. Algo esencial en este tratamiento es la generalización de las habilidades adquiridas en la vida cotidiana, de manera similar a la terapia dialéctico conductual, se les solicita a los pacientes llenar

tarjetas de monitoreo, referentes a la conducta de ASIS, añadiendo información sobre las emociones primarias y secundarias que acompañan a la conducta.

### **- Terapia basada en las fortalezas**

Esta perspectiva sugiere un enfoque ecológico donde la persona es considerada un ser integral y la experiencia del paciente es focalizada en su evaluación y tratamiento (Saleebey, 1997).

Los beneficios de esta perspectiva se enfocan en la decodificación, exploración y desarrollo de las fortalezas del cliente, en la generación de recursos para la resolución de problemas, actualización de metas, satisfacción de necesidades y que la implementación de esta terapéutica puede realizarlo por otros profesionales en contacto directo con la población vulnerable, como los maestros (Yip, 2006; Saleebey, 2007) establecen los siguientes principios básicos de esta perspectiva:

- . Cada individuo, grupo, familia, y comunidad tienen sus propias fortalezas.
- . El trauma, abuso, enfermedad y conflicto provocan daños, pero también son la fuente de retos y oportunidades.
- . Debe asumirse el desconocimiento del límite de capacidad de crecimiento y cambio de los pacientes.
- . Se sirve mejor a los pacientes cuando se colabora con ellos.
- . Todo entorno está lleno de recursos.

### **- Psicoterapia focalizada en la transferencia**

Se basa en la teoría de las relaciones objetales, este enfoque terapéutico tiene como punto central las representaciones mentales derivadas de la internalización de relaciones de apego con los cuidadores.

Las metas principales de esta terapia, son la reducción de la conducta suicida y la ASIS, la facilitación del control conductual, la mejoría de la regulación emocional, el establecimiento de relaciones interpersonales gratificantes y la habilidad de realizar metas.

Este tratamiento se imparte dos veces por semana y posee un encuadre altamente estructurado, en el que se enfatiza el contrato terapéutico, la relación terapeuta-paciente, así como una lista de prioridades en las que se debe enfocar la terapia como el manejo del comportamiento autolesivo y otras conductas que interfieren en el tratamiento (Clarkin, Yechmans y Kerurberg, 1999; López, 2004).

La psicoterapia focalizada en la transferencia, propicia el cambio a través de la ruptura de los ciclos nocivos en los que el paciente ,despierta reacciones extremas en su entorno a razón de la expresión conductual de su disregulación emocional.

En vez de atacar estas conductas mediante medios educativos, se le lleva al paciente a enfocarse en las representaciones mentales internas, a fin de entenderlas, modificarlas e integrarlas, siendo fundamental el desarrollo de la introspección.

### **-Enfoque psicológico interpersonal y del self**

Este enfoque parte del modelo conversacional de Hobson (1985), citado por Levy et al., (2007) y tiene como premisa la introspección.

La evidencia empírica para este enfoque, proviene del estudio realizado por Stevenson y Meares (1992), quienes evaluaron los efectos de este tratamiento en un grupo de pacientes con trastorno límite de personalidad, encontrando que al término del tratamiento, mostraron un decremento del número de episodios de ASIS, visitas médicas, frecuencia y duración de hospitalizaciones.

## **-Terapia basada en la mentalización**

Este enfoque desarrollado por Bateman y Fonagy (1999), propone que el mecanismo de cambio en el tratamiento del trastorno límite, involucra la mentalización, que se refiere a la capacidad de pensar acerca de los estados mentales en uno mismo y los demás en términos de deseos e intenciones.

Se considera que la mentalización, implica procesos mentales inconscientes que se activan junto con el sistema de apego en el contexto de situaciones interpersonales investidas de afecto, así como representaciones integradas de estados mentales del self y los otros.

El apoyo empírico para este enfoque proviene del estudio de Bateman y Fonagy (1999), quienes aplicaron esta terapia a un grupo de pacientes en un programa hospitalario de 1 día por un espacio de 18 meses. Al comparar los resultados con un grupo de pacientes que recibieron tratamiento psiquiátrico común, estos investigadores detectaron decrementos significativos en conductas suicidas, ASIS y síntomas depresivos, así como mejoras en el desempeño social e interpersonal.

## **-Tratamiento con medicamentos**

### **.Naltrexona**

Tiene efectos en la ausencia de opioides (Reisine y Pasternak, 1995) indicando un efectivo tratamiento (resultando en disminuir la ASIS), ya que se adhiere al sistema opioide endógeno.

Intentos para explicar la variación en los patrones de respuesta en individuos con tratamiento de naltrexona guió a investigar sobre señales que predijeran su eficacia.

En una serie de estudios los investigadores, reportaron que la línea de base de niveles de beta endorfinas, fueron relacionados positivamente a cambios en el comportamiento después del tratamiento con naltrexona en cinco niños con autismo (Ernst et al., 1993).

Los niveles terminales-C de beta endorfina disminuyeron después de tomar naltrexona solo en los que respondieron bien al tratamiento (Bouvard et al., 1995). La autolesión y la buena respuesta a la naltrexona en algunos participantes estaba relacionada con altos niveles de opioides endógenos (Seifo et al., 1996) y participantes que respondían con niveles bajos de beta endorfinas después el tratamiento con naltrexona tuvieron un mejoramiento en su comportamiento (Cazzullo et al., 1999).

### **.Benzodiacepinas**

Resultados contradictorios se han reportado para el tratamiento de la ASIS con benzodiacepinas (Bond, Mandos y Kurtz., 1989; Cowdry y Gardner, 1988).

Una importante nota cautelosa indicó que las benzodiacepinas tienen un potencial adictivo, así como reacciones paradójicas con la activación conductual especialmente en adolescentes. El tratamiento no debe ser más largo de 4 o 6 semanas y no debe administrarse a quienes tienen una historia de adicciones.

### **.Clonidina**

El receptor alfa adrenérgico agonista clonidina ha sido considerado como un reductor de ideación suicida y reductor de tensión en un estudio realizado con 14 mujeres con trastorno límite de la personalidad (Phillipsen et al., 2004) así como también para reducir la necesidad de autolesionarse.

### **-Anticonvulsiantes (estabilizadores de humor)**

El litio es el estabilizador de humor más conocido en el tratamiento de trastorno bipolar (Burgess, 2001; Ciprani, Pretty, Hawton y Geddes, 2003). De igual manera ha sido promovido por sus efectos antisuicidas, aunque esta demanda sigue siendo discutida (Burgess et al., 2001).

Es importante señalar que el litio es una droga que puede ser peligrosa en sobredosis, por eso es utilizado en casos de adolescentes suicidas, con alta impulsividad que necesitan ser estrictamente monitoreados (Soloff et al., 1993).

Además del litio, los anticonvulsivos carbamazepina, oxacarbazepina y divalproex fueron utilizados como estabilizadores de humor en tratamientos de trastorno límite de la personalidad (Cardish, 2007).

Cardish (2007) también señaló que en estudios donde se usó carbamazepina en trastorno límite de la personalidad hubo pocas consecuencias medibles como porcentaje de autolesión y permanece contradictoria su acción.

Para la oxacarbazepina, Bellino, Paradiso y Bogetto (2005) mostraron un mejoramiento en códigos de tratamiento del trastorno límite de la personalidad pero no para la “conducta parasuicida”.

Cardish (2007) sostuvo que el divalproex puede ser visto como un anticonvulsionante mejor estudiado en desórdenes de personalidad y estudios a su alrededor indican que tiene un efecto en la reducción de la agresión impulsiva.

### **-Ácidos grasos omega 3**

El rol de los ácidos grasos omega 3, ha sido investigado en varios estudios. Zanarini y Frankenburg (2003) encontraron que el ácido graso etil-



eicosapentanoico era efectivo en la disminución de la agresión y depresión en 30 mujeres con trastorno límite de la personalidad.

### **-Técnicas de evaluación**

Con los recientes avances en el entendimiento de la ASIS, han surgido métodos para monitorear esta conducta en métodos bien diseñados y que tienen importantes beneficios.

Algunos de estos son:

#### **-Self Injury Inventory- (Inventario de Autolesión)**

El Inventario de Autolesión (Zlotnick et al., 1997), es un auto reporte diseñado para asesorar sobre la frecuencia, duración y tipos de autolesión en el que incurre la persona.

Este inventario fue diseñado con una muestra de mujeres admitidas en una unidad psiquiátrica (Zlotnick et al, 1997) también ha sido utilizado en otras poblaciones, incluyendo adolescentes y adultos jóvenes en hospitales psiquiátricos (Zlotnick, Woldsdorf, Johnson y Spirito, 2003). Así como también en adultos jóvenes admitidos en un hospital privado en un programa de abuso de sustancias (Zlotnick et al., 1997).

Se conforma de dos subescalas: La subescala de autolesión, basada en actos autodestructivos, y actos indirectos de lesión en el cuerpo, comúnmente reportados en literatura (manejar un auto a gran velocidad, tener sexo sin protección, comprar compulsivamente etc..) y la subescala de automutilación, que mide conductas que son deliberadas, es decir actos directos contra el cuerpo (esta escala se considera más consistente para la conducta autolesiva) ya que se manejan conductas como quemarse o cortarse.

### **-Self Harm Inventory – (Inventario de Autodaño)**

El Inventario de Autodaño (Sansone, Weiderman y Sansone, 1998), es un breve auto reporte de 22 items diseñado para ligar las historias de vida de los participantes con las conductas autodañinas.

Se utiliza un formato de respuesta si/no y el número total de cualquiera de estas respuestas, refleja el total de conductas autodañinas que tiene el participante.

Ejemplos de conducta que se manejan en este inventario son: cortarse, sobredosis de sustancias, comer compulsivamente, abuso de sustancias, relaciones emocionales de abuso e intentos de suicidio.

Este inventario fue desarrollado en tres subejemplos: mujeres obesas presentando un mal cuidado por parte de su médico, mujeres y hombres con desórdenes alimenticios o abuso de sustancias, y madres de adolescentes con obesidad (Sansone et al., 1998).

### **-Self Injury Motivation Scale II- (Escala II de Motivación para la autolesión)**

Originalmente diseñada para grupos de adultos esta escala (Osuch, Noll y Putnam, 1999), es un auto reporte diseñado para medir las motivaciones de la conducta autolesiva desde la perspectiva de los participantes.

La versión original de esta escala consta de 35 reactivos y los factores que se pueden observar en ella y que son sujetos a medición son la modulación afectiva, desolación, influencia de otros, autoestimulación y autocastigo.

Los reactivos se califican en una escala del 1 al 10 empezando por (nunca hay una razón) hasta (siempre hay una razón) al final se cuentan los puntos en cada apartado para ver cuales son los factores más pronunciados dentro de los individuos que se sienten motivados para autolesionarse.

### **-Deliberate Self-Harm Inventory – (Inventario de Autodaño Deliberado)**

Este inventario (Gratz, 2001) es un reporte de 17 reactivos que pretende medir la frecuencia, severidad, duración y tipo de autolesión deliberada con intención suicida consciente.

Se derivan dos escalas de este inventario: una escala dicotómica de autolesión, que clasifica a los participantes en dos rangos: los que nunca se han adherido a algún tipo de autolesión deliberada y los que si; y la segunda es una escala de la frecuencia total de la conducta.

### **-Ottawa Self Injury Inventario- (Inventario de Autolesión de Ottawa)**

Este inventario (Cloutier y Nixon, 2003) es un cuestionario diseñado para identificar las correlaciones clínicas y psicosociales de la conducta autolesiva en adolescentes.

Está constituido por 27 reactivos cubriendo los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y ambientales y requiere de 20 minutos para completarse.

Una pregunta que ilustra las razones del empiezo y la continuación de la autolesión está compuesta de 33 reactivos que son contestadas en una escala 5 de 5 puntos (0= nunca, 2= a veces hay una razón, 4= siempre hay una razón).

También existen dos tipos de entrevistas estructuradas:

### **Suicide Attempt Self – Injury Interview (Entrevista sobre Intento de Suicidio y Autolesión)**

Esta entrevista (Linehan, Comtois, Brown, Heard y Wagner, 2006) es estructurada y diseñada para asesorar en la frecuencia, método, severidad, contexto, intencionalidad, razones y consecuencias de la conducta autolesiva.

Los reactivos, fueron desarrollados en bases de mediciones ya existentes acerca de la conducta y en las características de intentos de suicidios y ASIS en la literatura.

Incluye una combinación de respuestas de opción múltiple, preguntas abiertas y cerradas, respuestas si/no y tipo Lickert.

Existen seis subescalas: Intento de suicidio (4 reactivos), influencia interpersonal (8 reactivos), alivio emocional (6 reactivos), comunicación suicida (2 reactivos), letalidad (3 reactivos).

### **-Self Injurious Thoughts and Behaviors Interview (Entrevista de pensamientos y comportamientos autolesivos)**

Esta entrevista (Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007) está estructurada por 109 reactivos compuestos de cinco módulos que evalúan la presencia, frecuencia y características de ideación suicida, planes de suicidio, rasgos suicidas, intentos de suicidio y ASIS.

Fue desarrollada y evaluada en una muestra de adolescentes extraídos de clínicas psiquiátricas y en comunidades.

Las características que se pueden extraer en este instrumento son edad de inicio, métodos utilizados, severidad, funciones de la conducta, experiencias dolorosas, uso de alcohol y drogas, pensamientos y comportamientos autolesivos, impulsividad, influencia de pares y futuras probabilidades de incurrir en pensamientos o comportamientos autolesivos (Nock et al, 2007).

El último capítulo del presente trabajo consiste en la propuesta desarrollada con el fin de trabajar sobre el tema de la ASIS.

## **CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE LA INTERVENCIÓN “CONOCIENDO Y ENTENDIENDO LA ASIS” .**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

La paradoja de la ASIS es que lo que normalmente trae dolor, en este caso brinda alivio emocional. La clave está en el entendimiento, ya que se trata de una estrategia de irritación emocional, entre otras razones, forma parte de un grupo ciertamente no aceptable; pero entender las razones para recurrir a este comportamiento es un importante primer paso.

De las dos razones más comunes para autolesionarse son: controlar el dolor extremo, la experiencias de emociones abrumadoras y escapar de un sentimiento horrible de soledad.

Desafortunadamente no es fácil observar lo que está pasando cuando se tiene un hijo adolescente, un joven que se va directo a su cuarto después de la escuela puede no revelar las emociones que lo están atormentando en el momento.

Cuando los padres de un adolescente y el psicólogo, entienden que el chico se autolesiona para tener alivio inmediato del dolor emocional que padece se puede comenzar a resolver el problema.

Entender la conducta de un hijo adolescente, puede ayudar a los padres en dos importantes caminos, el primero, disminuir la ansiedad que provoca no entender algo y segundo disminuir el miedo o preocupación al no saber qué hacer o cómo actuar.

Por otra parte la disregulación emocional que estos jóvenes presentan puede ser manifestada de diferentes maneras, lo que es el problema central de la conducta autolesiva, es que generalmente está asociada al evento previo que provoca una reacción emocional importante que los hace vulnerables.

- La gente con disregulación emocional cae en tres patrones de reacción asociados con emociones: que son relativamente distintos:

A) En el primer patrón están los chicos que se pelean cuando están bajo un estado de tensión y al no poder regular lo que sienten, tienen reacciones rápidas con pobre expresión de su enojo, una vez que este pasa se sienten culpables por su comportamiento.

B) El segundo patrón incluye chicos que actúan impulsivamente pues terminan relaciones o renuncian al trabajo y actividades bajo los efectos de un mal manejo de emociones y después de hacer eso se autolesionan.

C) El tercer patrón es el que se presenta cuando los chicos se sienten abrumados y necesitan aliviarse a si mismos.

La disregulación emocional puede afectar todos los aspectos de la vida de un joven, y que tendrá dificultades para comunicar sus necesidades, además tendrá la creencia de que sus sentimientos no son válidos por lo que emplea estrategias conflictivas como recurrir a la autolesión para calmar lo que siente y regular sus reacciones emocionales.

La presencia de los padres y de la familia puede representar un factor de protección que favorezca la solución de este comportamiento; el involucramiento de la familia, puede ser iniciado en la participación de programas psicoeducativos sobre jóvenes con problemas de salud mental.

En un estudio realizado a familias, con psicoeducación en el tratamiento de adolescentes con trastorno bipolar (Stanford et al., 2006) se encontró que los adolescentes mostraron un gran mejoramiento en su funcionamiento social y en sus relaciones familiares que aquellos que recibían el tratamiento usual.

El programa que fue presentado a los miembros de la familia se enfocó en incrementar el conocimiento del trastorno bipolar y su efecto en la familia, fortalecer las interacciones familiares en cuanto a comunicación, reducir el aislamiento y fomentar las relaciones de soporte.

De igual manera se debe brindar psicoeducación en el aspecto de la ASIS para los padres y cuidadores, para que conozcan los principales aspectos de la conducta y sepan cómo tratarla y prevenirla.

Por lo tanto, se plantea una propuesta de intervención, por medio de un curso-taller el cual pretende desde una perspectiva del modelo dialéctico conductual y familiar incluir bajo ciertos ajustes al adolescente que se autolesiona y a su familia, así como maestros y autoridades escolares para abordar el tema de la ASIS, al cual se enfrentan adolescentes de educación secundaria y media superior.

Dicha propuesta tiene el fin de promover un ambiente familiar positivo, mejorar las interacciones familiares y la comunicación, incrementar la conexión emocional entre padres e hijos y habilitar tareas de desarrollo para los adolescentes.

De esta manera los padres y adolescentes, podrán aprender los temas que se desarrollarán en el curso-taller, comprender y entender que la autolesión no es una llamada de atención, es un problema de no saber cómo expresar de forma asertiva emociones que se consideran negativas como miedo, enojo, tristeza o angustia y de no saber cómo manejarse a sí mismos, frente a situaciones desfavorables que todo ser humano experimenta.

Se debe destacar que el curso-taller solo se enfocará a tratar el tema de la ASIS, no abarca otros trastornos donde se pudiera presentar dicha conducta.

La intervención que se plantea, intenta ser de un perfil teórico y dinámico, con actividades que permitan entender bien la problemática, para que de esta forma los participantes del grupo que asistan puedan reconocerse como parte del



problema, identifiquen qué rol juegan y sepan con quién acudir y qué medidas tomar frente a un caso de autolesión.

Es importante que el curso-taller, sea impartido por un psicólogo , ya que cada grupo que asista tiene una distinta forma de expresarse, actuar y dirigirse y tienen una historia familiar diferente, es importante que el psicólogo pueda canalizar cada caso y pueda actuar de forma asertiva e inmediata y así evitar que los participantes caigan en una situación de riesgo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo primordial del curso- taller es proponer un modelo de intervención profesional enfocado en el conocimiento, entendimiento y prevención de la ASIS, al crear un ambiente propicio para la convivencia entre padres, maestros y adolescentes.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Generar a través de ejercicios de reflexión, estilos de afrontamiento asertivo de los adultos frente a la ASIS del joven.
  
- Ofrecer información que promueva la comprensión y canalización de las necesidades del adolescente.
  
- Desarrollar herramientas de autocontrol para maestros, padres y adolescentes.
  
- Brindar psicoeducación sobre la conducta de autolesión.

### **PARTICIPANTES:**

El curso-taller está diseñado para ser impartido por un psicólogo clínico, que tenga conocimiento del manejo de grupos que incluye maestros, padres, así como adolescentes que presenten conductas de riesgo y pleno conocimiento del tema a desarrollar.

Será dirigido a maestros, padres y adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 19 años de edad, que cursen la educación secundaria o media superior, padres de familia o maestros con residencia en el D.F o entidades cercanas. De acuerdo a los ajustes del taller se trabajará con los distintos sectores por separado.

Se trabajará con grupos de 20 personas por sesión, o con un mínimo de 10 para poder desarrollar las actividades y obtener una buena retroalimentación.

Se propone que el curso-taller sea impartido de preferencia por las tardes o bien convenir el horario de acuerdo a las necesidades de los participantes. Se formará el curso-taller en base a los grupos familiares que se interesen y que tengan en casa un joven que incurra en la conducta de autolesión.

#### **MATERIALES:**

Serán descritos en la siguiente tabla:

*Tabla 1: Materiales*

<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>Cartulinas</b>	Para el desarrollo de las dinámicas donde se requieran.	1 por cada grupo
<b>Cojines</b>	Para que los participantes estén cómodos en las actividades.	1 por persona
<b>Cuestionario</b>	Cuestionario Pretest-Postest.	1 por cada integrante del grupo.
<b>Gafetes</b>	Para el desarrollo de la dinámica de introducción.	1 por cada integrante del grupo.
<b>Globos</b>	Globos inflados con gas helio para realizar una de las dinámicas de introducción.	1 por persona

<b>Hojas de papel y plumas</b>	Hojas blancas tamaño carta y plumas de distintos colores.	Suficientes para cada integrante del grupo.
<b>Música</b>	Música de relajación para sentirse a gusto en el curso puede ser ambiental con sonidos de naturaleza.	Número de CD'S que el psicólogo considere.
<b>Pañuelos desechables</b>	Para la realización de las dinámicas donde se puedan requerir.	Una caja por grupo.
<b>Película</b>	Cuyo fin sea el de ver cual es la finalidad de la conducta autolesiva.	1
<b>Pizarrón</b>	Pizarrón de buen tamaño para anotar conceptos clave de la información dada.	1
<b>Plumones</b>	Para poder escribir en las cartulinas y en lo que se requieran.	Un paquete para cada grupo.
<b>Plumones o gises para pizarrón</b>	Depende del tipo de pizarrón.	Los que necesite el psicólogo.
<b>Proyector</b>	Aparato en el cual se puede tener una buena visión de las diapositivas que presentará el psicólogo. .	1
<b>Sillas</b>	Para que los participantes puedan sentarse en las actividades donde se requiera.	1 por persona.
<b>Reproductor de música y video.</b>	Aparato con el cual se pueda reproducir la música y la película que se utilizará.	1
<b>Televisor</b>	Aparato para proyectar la película correspondiente.	1
<b>Velas</b>	Velas pequeñas (pueden ser aromáticas) para la dinámica de cierre.	1 por cada integrante del grupo.

## ESCENARIO:

El curso-taller debe ofrecerse en un lugar en el que los participantes se sientan cómodos. Puede ser dentro de algún centro escolar, donde haya un salón que ofrezca las instalaciones necesarias para impartirlo.

Se requiere de un espacio amplio que tenga una buena iluminación, buena ventilación, instalaciones necesarias para poder impartir el curso que sería el pizarrón, un televisor y reproductor de video para poder ver la película, y el proyector para poder ver las diapositivas.

Como mobiliario será necesario tener sillas y mesas para poder escribir, y para poder acomodarse en grupos.

.Para hacer un ambiente más favorable y propiciar la convivencia, se recomienda dar un descanso de 15 a 20 minutos según convenga, para que los participantes puedan relajarse y platicar sobre lo que han aprendido, se recomienda ofrecer un pequeño refrigerio y siempre tener disponible agua, té y galletas.

## **PROCEDIMIENTO:**

Para poder impartir el taller se necesita contar con los criterios establecidos en los apartados arriba mencionados, es importante encontrar un buen lugar de intervención para poder impartir el curso para entonces poder difundirlo de una manera adecuada, se recomendaría que fuera en centros escolares ya que es donde más acuden adolescentes, padres de familia y maestros, al igual que en centros deportivos.

Se recomendaría difundirlo a través de carteles, trípticos o bien también podría recurrirse a difusión por medio de radio o algún medio escrito, al igual que en redes sociales.

Es importante señalar que tomar este taller no es suficiente para resolver el problema de la ASIS, sirve como herramienta para concientizar sobre la seriedad del fenómeno, pero se necesita tener un buen seguimiento, por lo cual se recomendaría establecer contacto periódicamente con el grupo del que se trate

para reforzar, corregir diversos contenidos así como canalizar individualmente a ciertas personas que lo requieran a otras instituciones sanitarias.

El curso-taller tendrá una duración de 16 horas 10 mins aproximadamente, conformado por 7 sesiones (una por día) a continuación se mostrará una tabla de la distribución de las mismas:

*Tabla 2: Distribución de las sesiones*

<b>SESIÓN</b>	<b>HORAS</b>
1	2:30
2	2:30
3	2:30
4	2:30
5	2:30
6	2:30
7	2:30
<b>TOTAL</b>	<b>16:10</b>

Los temas que se desarrollarán en el curso serán descritos en la tabla 3:

*Tabla 3: Sesiones*

<b>SESIÓN</b>	<b>NOMBRE</b>
1	Identificándonos, soltando miedos
2	Conociendo y entendiendo la adolescencia
3	Alguien cercano a mi se autolesiona ¿qué hago?
4	No se como expresarme “tengo miedo”
5	Reconociendo la autolesión
6	Creando un ambiente seguro
7	Canalizando mi enojo, tristeza y ansiedad .Cierre

## SESIÓN 1:

**OBJETIVO:** Que los participantes presentes se conozcan los lineamientos del curso y se cree un ambiente armonioso desde el inicio, identificando nombres e intereses.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
"Identificándonos"	<b>Identificando nombres</b>	<p>Cada integrante de un grupo, se pondrá de pie, dirá su nombre, el motivo por el cual se encuentra en el curso qué espera de el y alguno de sus gustos o intereses.</p> <p>A cada participante se le entregará un gafete y un pedazo de papel donde escribirá su nombre y permanecerá con el tiempo que dure el taller para poder llamarlo por su nombre.</p>	<p>1 gafete por persona</p> <p>1 pedazo de hoja de papel blanca.</p> <p>Plumones de colores.</p>	45 mins.	Con esta dinámica será fácil para los participantes y el psicólogo llamar a los participantes como les guste e identificarse con alguien que tenga gustos similares.
	<b>Presentación del curso y del psicólogo</b>	Los participantes se sentarán, y el psicólogo se presentará. Posteriormente se expondrá de qué tratará el curso, los temas que abordará, las reglas que deberán seguir los integrantes y la distribución de las sesiones.	Pizarrón Plumones o gises	15 mins.	Los participantes podrán observar si el curso-taller les será de utilidad para lo que necesitan, si hay empatía o no con el psicólogo y si desean permanecer en él.

	<b>Refrigerio</b>	Se les ofrecerá algo de comer a los integrantes y se les dará tiempo para comentar dudas o socializar con sus demás compañeros.	Lo que el psicólogo desee ofrecer.	20 mins.	Esto servirá para relajarse y conversar con los demás compañeros.
	<b>Técnica de relajación.</b>	Para iniciar la segunda parte de la sesión, se iniciará con una pequeña relajación, donde los participantes permanecerán sentados, se les pondrá música para relajarse con los ojos cerrados y se les pedirá que se vayan con la mente a un lugar que les produzca paz y tranquilidad.	Reproductor de música.  Música relajante.	20 mins.	Esta dinámica servirá de relajación y se hace con la finalidad de tranquilizar la mente y desviarla de pensamientos negativos con el fin de reducir el estrés y que el participante pueda estar más atento a lo que se le imparte en el curso-taller.
	<b>Soltando miedos</b>	Cada integrante escribirá en una hoja el miedo más grande que tiene al acudir al curso-taller, puede ser alguna percepción de desconfianza o alguna vivencia que los haya marcado, y la compartirá con algún integrante del taller, se pedirá trabajar en parejas o triadas, al finalizar todos saldrán a la calle o a un patio si lo hubiera, amarrarán la hoja al globo que se les repartirá y lo soltarán dejando ir ese	Globos  Hojas de papel y plumas	50 mins.	Esta dinámica servirá para reconocer una de las emociones que más impide avanzar al ser humano en su vida que es el miedo, a saber expresarlo de una mejor manera, aprender a soltarlo de manera segura y a tener confianza en que todos los sentimos en algún momento.



		miedo.			
--	--	--------	--	--	--

## SESIÓN 2:

**OBJETIVO:** Que los participantes comprendan la etapa de la adolescencia y cómo viven actualmente los adolescentes.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
<b>Conociendo y entendiendo la adolescencia</b>	<b>Técnica de relajación</b>	Para el inicio de la sesión, los participantes se sentarán cómodos y se les pondrá música para que se relajen y se desestresen.	Reproductor de música.  Música ambiental	20 mins.	Esta dinámica se aplicará para reducir el nivel de estrés y poder prestar mejor atención al curso.
	<b>Comparando</b>	Se les repartirá a cada grupo 1 cartulina, en la cual expondrán las principales diferencias que consideren que existen entre la adolescencia actual y los cambios normales por los que pasa un adolescente. Si son adultos se les pedirá que vayan con su mente a su etapa de adolescentes.	Cartulinas  Plumones .	10 mins	Esta dinámica ayudará a los participantes a comprender la situación actual de los jóvenes a comprenderlos mejor y poder ayudarlos.
	<b>Refrigerio</b>	Los participantes tendrán un breve descanso y podrán comer algo y comentar con los demás compañeros dudas o platicar lo que necesiten.	Lo que el psicólogo desee ofrecer.	15 mins.	

	<b>Exposición</b>	El psicólogo explicará de manera breve y concisa el proceso de adolescencia tomando en cuenta los cambios más importantes, las situaciones más estresantes y hablará de la situación actual de los adolescentes.	Proyector Pizarrón Plumones o gises	45 mins.	Este espacio servirá para aclarar los puntos más importantes que los participantes necesiten saber.
	<b>Pretest</b>	Se les aplicará el cuestionario (Anexo 1)	Cuestionario	30 mins.	El cuestionario tendrá como objetivo evaluar qué tanto conocimiento tienen los participantes de los temas de adolescencia, adolescencia actual y la autolesión
	<b>Entendiéndonos y pidiendo disculpas</b>	Cada integrante del grupo expresará a los demás integrantes lo que siente hacia algún familiar o amigo con quien sienta algún asunto pendiente, es un momento para poder expresar enojos, miedos, agradecimientos, tristezas lo que tengan que decirse, esto con la finalidad de que cada integrante pueda expresarse y dejar ir rivalidades y pedirse	Sillas Pañuelos desechables	30 mins.	Esta dinámica tiene como propósito expresar sentimientos negativos y positivos, hacia alguna persona con quien sientan que lo necesitan, para que queden sanadas heridas del pasado y puedan identificar distintos sentimientos, y esto ayudará a que exista una mejor comunicación entre el adolescente y la

		disculpas por errores cometidos voluntaria o involuntariamente			familia.
--	--	--	--	--	----------

### SESIÓN 3

**OBJETIVO:** Que los participantes conozcan el tema de la ASIS, lo comprendan y sepan qué hacer con el integrante de la familia que recurra a esta conducta.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
<b>Alguien cercano a mi se autolesiona ¿qué hago?</b>	<b>Técnica de relajación</b>	Para el inicio de la sesión, los participantes se sentarán cómodos y se les pondrá música para que se relajen y se desestresen.	Reproductor de música.  Música ambiental	20 mins.	Esta dinámica se aplicará para reducir el nivel de estrés y poder prestar mejor atención al curso
	<b>¿Qué es la ASIS?</b>	El terapeuta expondrá de manera breve y precisa los puntos más importantes de la ASIS, qué es, cómo tratarla y cómo prevenirla.	Proyector  Pizarrón Plumones o gises	40 mins.	Este espacio servirá para que los participantes conozcan los puntos más importantes de la ASIS y sepan qué hacer frente a un caso.
	<b>Refrigerio y repartición de material</b>	Los participantes tendrán un descanso para socializar y comer, y se les repartirán 2 hojas (Anexos 2 y 3) con consejos y señales para detectar la ASIS, que se debe y que no se debe hacer.	Hojas impresas	15 mins	El material repartido constará de 2 hojas donde se señalarán puntos importantes para los participantes.
	<b>Lluvia de</b>	Se le pedirá a cada	Pizarrón	30 mins.	Se podrán aclarar dudas en

	<b>ideas</b>	integrante del taller que exprese la idea o concepto que le pareció más relevante de la información dada por el psicólogo.	Plumones o gises.		esta dinámica y ver si algún concepto no quedó claro o hace falta añadir información al respecto.
	<b>Comparando situaciones</b>	El adolescente que se autolesione formará un grupo con los demás y cada uno comentará su situación personal y como llegaron a tomar la decisión de autolesionarse y la compararán con los demás compañeros.  Lo mismo harán los adultos se juntarán con los demás integrantes y comentaran su sentir con respecto a la ASIS.	Sillas o cojines  Pañuelos desechables	45 mins.	Esta dinámica servirá para abrirse y ver que no son los únicos que viven experiencias difíciles que existen otros casos iguales o peores que ellos, que puedan hacer nuevos amigos y apoyarse mutuamente en una situación desfavorable y comparar su situación con la de los demás compañeros. ,

## SESIÓN 4

**OBJETIVO:** Que los participantes reconozcan el motivo por el cual recurren a la autolesión, lo puedan expresar y no tengan miedo de sus emociones.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
No se como expresarme “ <i>tengo miedo</i> ”	Técnica de relajación	Para el inicio de la sesión, los participantes se sentarán cómodos y se les pondrá música para que se relajen y se desestresen	Reproductor de música.  Música ambiental	20 mins.	Esta dinámica se aplicará para reducir el nivel de estrés y poder prestar mejor atención al curso
	Sociodrama	Los participantes se juntarán en triadas y plantearán situaciones en las cuales habrá roles de familiares, adolescentes y adolescentes que se autolesionen, intercambiarán roles y propondrán soluciones al respecto.	Sillas o cojines	30 mins	Los participantes podrán comprender el papel que juegan los involucrados en el conflicto y el psicólogo analizará cada caso.
	Refrigerio	Los participantes tendrán un breve descanso y podrán comer algo y comentar con	Lo que el psicólogo desee ofrecer	15 mins.	

		los demás compañeros dudas o platicar lo que necesiten.			
	<b>¿Cuándo comencé a autolesionarme?</b>	Todos los participantes compartirán con los demás la primera vez que se autolesionaron, porqué lo hicieron y cómo se sintieron en ese momento.	Pañuelos desechables	30 mins.	Esta dinámica servirá para que los demás compañeros puedan conocer distintos casos y para que puedan comenzar a reconocer emociones y no tener miedo de expresarlas.
	<b>Reconociendo emociones</b>	El psicólogo proyectará diversas situaciones donde se puedan distinguir distintas emociones positivas y negativas, se les pedirá a los participantes que les pongan nombre en una hoja de papel, las imágenes irán numeradas y al final se compararán resultados entre los equipos formados para ver si pudieron reconocer la emoción correcta.	Proyector Hojas de papel y plumas	15 mins.	Esta dinámica tendrá como objetivo que los participantes aprendan a ponerle nombre a las emociones y a saber en qué situaciones pueden presentarse.
	<b>Meditación</b>	Se les pedirá a los participantes que se sienten en una postura cómoda, puede ser en un cojín o en una silla, se les pondrá una música con sonidos de naturaleza, se les pedirá que	Pañuelos desechables Sillas Cojines	40 mins.	Esta dinámica servirá para poder expresar sentimientos reprimidos que pueden somatizarse más adelante en forma de enfermedad si no se expresan de una manera



		<p>se relajen y a los jóvenes que se autolesionan se les pedirá que con su mente vayan a la primera vez que se autolesionaron, que si pueden repitan la escena, vuelvan a sentir lo que sintieron en ese momento, si hay necesidad de llorar pueden hacerlo, y a los familiares se les pedirá que recreen alguna situación de su adolescencia que les haya causado miedo, tristeza o angustia y donde hayan sentido que no podían con ella, si hay necesidad de expresar algo se puede, el psicólogo podrá contenerlos si así se requiere, y cuando hayan terminado de expresar lo que sentían, se les pedirá que recreen una situación placentera o vayan con la mente a un lugar que les provoque bienestar , para concluir se les pedirá que coloquen sus manos en el corazón y cuando se sientan listos abran los ojos.</p>			<p>correcta, también es un recurso para los participantes en una situación desfavorable en donde no sepan que hacer con su emoción.</p>
--	--	---	--	--	---

## SESIÓN 5

**OBJETIVO:** Que los participantes puedan discernir, evaluar y valorar el comportamiento autolesivo

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
<b>Reconociendo la autolesión</b>	<b>Técnica de relajación</b>	Para el inicio de la sesión, los participantes se sentarán cómodos y se les pondrá música para que se relajen y se desestresen	Reproductor de música.  Música ambiental	20 mins.	Esta dinámica se aplicará para reducir el nivel de estrés y poder prestar mejor atención al curso
	<b>Estudio de casos</b>	Se retomará algo de información dada en las sesiones y se pondrá una película, el psicólogo podrá elegir alguna escena para analizar, al final de la sesión se puede escoger según el criterio de los participantes.	Televisor  Reproductor de video  Proyector	120 mins.	Se pondrá a reflexionar a los participantes sobre la temática de la película y compararla con su vida.
	<b>Refrigerio y discusión</b>	Se cerrará la sesión con una discusión sobre la película y se ofrecerá algo de comer a los participantes, se pueden aclarar dudas y platicar sobre lo visto en la misma con el psicólogo y compañeros.	Lo que el psicólogo desee ofrecer.	15 mins.	Se pondrá a reflexionar a los participantes sobre la temática de la película, aterrizarla con los conceptos vistos en el curso y compararla con la situación de cada quien.

## SESIÓN 6

**OBJETIVO:** Que los participantes adquieran nuevas habilidades para crear un ambiente seguro entre ellos mismos y sus familias, que puedan trabajar en sus valores , reafirmarlos y modificar los que no les ayuden a crear un ambiente armonioso y tener buena comunicación.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
<b>Creando un ambiente seguro</b>	<b>Creando confianza</b>	Se les pedirá a los participantes que se junten en parejas, con integrantes , y den una vuelta al salón con los ojos cerrados, un compañero guiará al otro y luego se invertirán los roles.		30 mins	Esta dinámica servirá para crear confianza en los participantes en los demás y en si mismos.
	<b>Modificando creencias y valores familiares</b>	Se les pedirá a cada grupo formado que mencionen cuales son sus creencias y valores con respecto a la familia, a la adolescencia,el psicólogo les dirá si es necesario modificar algunos.	Pizarrón Plumones o gises	30 mins.	La dinámica tendrá que ser guiada por el psicólogo para ayudar a los participantes a modificar ciertas creencias o valores que no les permitan tener una mejor comunicación entre ellos y tener un ambiente sano y amoroso.

	<b>Puedo confiar en ti?</b>	Se les pedirá a los participantes de cada grupo que escriban tres razones por las cuales pueden confiar en las personas que los rodean.	Hojas Plumas	30 mins.	Esta dinámica servirá para que los participantes reconozcan cualidades entre ellos y fortalezcan los valores y puedan reafirmar su confianza en los demás..
	<b>Reconociéndome y aceptándome</b>	Se les pedirá a los participantes que escriban en una hoja de papel del lado izquierdo las cualidades que consideren que tengan y del lado derecho los defectos. En una segunda hoja del lado izquierdo pondrán que harían para reforzar sus cualidades y del lado derecho que harían para modificar sus defectos, y en una tercera hoja se les pedirá que se escriban una carta a si mismos reconociendo errores, pidiendo disculpas a quien consideren y agradeciéndose a si mismos por todo lo bueno que ha dejado la situación en cuando a aprendizaje y a los que necesiten agradecerles	3 hojas blancas por participante Plumas	30 mins	Como seres humanos estamos conformados de luces y sombras, las cuales debemos reconocer e integrar para tener un mejor funcionamiento en la sociedad, esta dinámica pretende lograr este objetivo y que los participantes logren aceptarse tal como son y puedan convivir con los demás de una forma más asertiva.

		por apoyarlos.			
<b>Canalizando mi enojo, tristeza y ansiedad</b>	<b>Aprendiendo a respirar y relajarme</b>	<p>Los participantes se sentarán en una postura cómoda y la actividad consistirá en enseñar a los participantes a respirar en forma pausada y profunda elevando el abdomen, inhalando y sosteniendo el aire por cinco seg. y dejarlo salir de forma suave.</p> <p>Al mismo tiempo se le enseñará a los participantes a distender los músculos al tiempo que realizan la respiración.</p>	Sillas o cojines	30mins	Esta dinámica servirá inhibir la ansiedad, también para elevar la capacidad pulmonar y la cantidad de oxígeno.

## SESIÓN 7

**OBJETIVO:** Que los participantes aprendan a canalizar emociones que se puedan presentar cuando pasamos por una situación difícil.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	FORMA DE EVALUACIÓN
	<b>Desensibilización Sistemática</b>	<p>Se inicia el entrenamiento pidiéndole a los participantes que se sienten cómodos y se relajen, después se les pedirá que hagan una lista en forma jerárquica de estímulos que les produzcan ansiedad comenzando de menos a más.</p> <p>El psicólogo guiará a los participantes para que de manera gradual se expongan a los estímulos de manera que puedan enfrentarlos.</p>	<p>Sillas</p> <p>Cojines</p> <p>Hojas blancas (1 por persona)</p> <p>Plumas</p>	50 mins.	Con esta dinámica se pretenderá disminuir los niveles de ansiedad al enfrentar a los participantes a estímulos que les provoquen malestar.
	<b>Modificando el pensamiento dicotómico</b>	Se les pedirá a los participantes que escriban algunas situaciones que les moleste de los familiares que	Hojas blancas (1 por persona)	40 mins	Esta dinámica servirá para poder canalizar de mejor manera el enojo, y trabajar con la disregulación

		<p>los acompañan, y se les pedirá que traten de encontrar alguna cualidad que esa persona pueda tener.</p> <p>Ejemplo: Si la molestia es <i>“Siempre llega tarde”</i> se puede modificar por <i>“No me gusta lo que hace pero es una buena persona”</i></p>	Plumas		emocional que a menudo causa pensamiento blanco y negro.
	<b>¿Cómo canalizo mi tristeza?</b>	El psicólogo les brindará algunos consejos a los participantes para poder manejar la tristeza, algunas pueden ser realizar actividades físicas de modo constante, realizar actividades placenteras, es decir programar su tiempo para cosas que les guste realizar, tener contacto con la naturaleza y realizar actividades constructivas.	Pizarrón Plumones o gises	20 mins.	Esta dinámica le servirá a los participantes para que adquieran habilidades más asertivas para canalizar su tristeza y tengan un mejor funcionamiento en la sociedad.
	<b>Cierre y de aplicación Postest.</b>	Se les pedirá a los participantes que expresen de manera breve qué utilidad les dejó el taller, qué fue lo que aprendieron, con qué sensación se van y qué mejorarían del mismo, después se les aplicará el cuestionario	Velas pequeñas Cuestionario	40 mins	Con esta dinámica se dará por terminado el curso-taller y servirá para expresar dudas, inquietudes y lo que se lleva cada participante de la experiencia y con la palabra final se podrá

		<p>(Anexo 1) y después se les repartirán velas pequeñas, el psicólogo encenderá la primera y se irán pasando la luz de uno en uno, esto simbolizará el entendimiento, se les pedirá que cierren los ojos inhalen y exhalen tres veces y cuando se sientan listos abran los ojos, para concluir cada participante cerrará con una palabra que definirá con qué sensación se retira del taller.</p>			<p>observar si pudieron identificar emociones. Con la aplicación del cuestionario se podrá observar si los conocimientos adquiridos en el taller eran los que se esperaba.</p>
--	--	---	--	--	--



## **SUGERENCIAS ADICIONALES**

Dependiendo del psicólogo y de los participantes las sesiones podrán variar y ser más flexibles, para que los resultados sean mejores se sugiere que al final de cada sesión se haga una síntesis de lo aprendido.

No se necesita de mucha inversión, ya que está diseñado para que los costos no sean muy altos y se pueda aplicar en un mayor número de lugares y esté disponible para toda la gente que lo necesite.

Se puede requerir de uno o más psicólogos para impartirlo, ya que al ser diferentes dinámicas y grupos familiares, se pueden necesitar diferentes formas de intervención por parte de los psicólogos.

## **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Para realizar una evaluación sobre esta intervención y determinar si se cumplieron las metas planteadas, se propone la aplicación de un instrumento no estandarizado en las sesiones 2 y 7 del curso-taller, como pretest-postest.

De esta manera se podrá confirmar si los participantes obtuvieron el aprendizaje que se requería y tuvieron una buena comprensión de los temas desarrollados en el curso, y ver si hubo dudas y si no quedó algo claro para poder mejorarlo en un próximo curso.

## **CONCLUSIONES**

La adolescencia en los seres humanos y en primates, es un periodo en general, donde ocurren cambios significativos en los sistemas bioquímicos y fisiológicos al

igual que en la conducta, los cuales pueden ser modificados por la influencia del ambiente y el contexto social.

Sin embargo, en la especie humana algunos eventos recientes han cambiado drásticamente la experiencia de la adolescencia haciéndola más difícil que nunca, entre estos cambios están:

- **La duración del tiempo de la adolescencia:** Actualmente en la cultura occidental, los cambios físicos en los adolescentes han comenzado antes de lo esperado, anteriormente la edad de inicio de la menstruación era entre los 13 y 15 años, hoy en día hay casos de niñas de 8 años que comienzan su periodo reproductivo.

- **La confusión en las mentes jóvenes, acerca de los roles adultos y la dificultad de ver su futuro:** En la adolescencia actual, existe más ambigüedad y complejidad acerca de lo que significa la preparación para la adultez, esto es reforzado por la imagen creada por los medios de comunicación que crean una mezcla de realidad y fantasía sobre lo que es ser un adulto.

Si comparamos con épocas anteriores en las que la adolescencia y juventud eran estigmatizadas como grupo rebelde y conflictivo, era porque no se comprendía el significado de sus expresiones conductuales, colocándolas en un espacio sin pertenencia ni a la infancia ni a la adultez, quedando abandonada a su suerte y separada por el abismo del mundo adulto.

Actualmente, todavía en alguna proporción, persiste esta incompreensión, porque todavía se piensa que los adolescentes son responsables de los males y la crisis que sufre la sociedad, sin considerar que más bien éstos son el resultado y consecuencia de las actitudes y prácticas de la sociedad y del contexto que le rodea.

Analizando la situación del mundo actual, vemos que este ha experimentado cambios trascendentales como los avances tecnológicos ,la conquista del espacio,

sin embargo, en otros aspectos se ha deshumanizado, afectando la esencia misma de la existencia humana, destruyendo en vez de construir, dejando inerte a la sociedad y la juventud, ya que no encuentra imágenes de identificación que les permita construir proyectos de vida y encontrar caminos conducentes a una auténtica felicidad.

La sociedad se ha vuelto indiferente, ya no se asombra al contemplar y vivir en medio de la supremacía de los valores materiales y en la ausencia de valores espirituales tales como: el amor, la hermandad, paz, justicia, equidad, responsabilidad.

La familia ha perdido su rol de protección y guía de los hijos, se ha disgregado por la necesidad de sobrevivencia, que hace que tanto padres como hijos, aún los pequeños, salgan a la calle a trabajar, esta falta de dedicación por exceso de trabajo, el deficiente control, la delegación de responsabilidades a otras instituciones como la escuela, la falta de comunicación, influirá sin duda alguna en el estilo de vida de los adolescentes.

La escuela en la sociedad actual, asume cada vez más responsabilidades y mayor protagonismo en su función de formar y educar, pero no responde a las necesidades educativas de los adolescentes, no les ofrece instrumentos para afrontar los problemas de la vida, ni los prepara para el enfrentamiento de los desafíos de la sociedad actual.

Qué decir de los medios masivos de comunicación social, que no cumplen su misión de educar por el sensacionalismo que despliegan como única meta.

El Estado tampoco cumple su responsabilidad de mejorar las condiciones de vivienda, saneamiento ambiental, empleos, servicios de salud, políticas sociales, legislación favorable que les permita un desarrollo óptimo. (Guillen., M. 2005).

La disyuntiva entre el desarrollo biológico y social es que el organismo humano madura en la adolescencia temprana, mientras que el cerebro alcanza su máximo

desarrollo hacia finales de la adolescencia, lo cual hace que jóvenes entre 10 y 15 años tomen decisiones equivocadas para sus vidas ya que son inmaduros para saber las consecuencias de sus actos.

La vida es confusa para los adolescentes, pero para aquellos que no saben lo que sienten es más confusa todavía. Los chicos que no saben reconocer sus emociones y no tienen guía para dirigir sus acciones, experimentan un estado de confusión sobre lo que sienten, además tienen una gran dificultad en pedir ayuda y optan por caminos equivocados para calmar las emociones negativas, como es el caso de la conducta autolesiva.

Así como los adictos a las drogas, que necesitan aumentar la dosis para sentirse mejor, en los momentos que los jóvenes se autolesionan, el cuerpo libera ciertas sustancias (similares a las de una droga) como una manera de manejar el dolor, cuando los jóvenes se adaptan a ciertos niveles de estos químicos, necesitan dañarse más frecuentemente para poder obtener la misma sensación de calma.

Cuando nuestras emociones son intolerables, la experiencia de la vida resulta más estéril, nada parece tener mucho sentido, por lo cual es difícil proponerse metas, es difícil permanecer en este estado por mucho tiempo, por lo mismo los jóvenes que viven estas experiencias tienden a adherirse a conductas de riesgo, que tienen como finalidad acabar con el sentimiento de sentirse “muerto en vida” aunque estos representen un daño físico o emocional como autolesionarse o drogarse.

Todos los actores sociales de los diferentes ámbitos mencionados, el malfuncionamiento de la familia, la escuela, los medios y la sociedad en general, se constituyen en fuentes y origen de los males que aquejan a la sociedad y que exponen a los adolescentes, a múltiples riesgos que son la causa del alarmante incremento en este grupo de graves enfermedades sociales como el alcoholismo, consumo de drogas, violencia, embarazo temprano, abortos, infecciones de transmisión sexual etc.

Son estos mismos los actores sociales, que rodean al adolescente, los que pueden contribuir ofreciéndoles un entorno favorable, donde encuentren comprensión, apoyo, ayuda, guía, orientación, en la solución de sus dificultades y que les señale el camino con todas las opciones que tienen para el logro de sus proyectos de vida.

## **ALCANCES**

El presente trabajo se realizó con una amplia investigación de diversos temas para lograr un conocimiento más específico de: autolesión sin intencionalidad suicida (ASIS), adolescencia y adolescencia actual.

Se pretende que el lector obtenga un mejor conocimiento de los temas mencionados, así mismo que la propuesta del curso-taller sirva como base para intervenciones posteriores.

## **LIMITACIONES**

La propuesta planteada necesita ser ajustada para poder trabajarla en forma independiente o con grupos de acuerdo a las necesidades que el curso plantea, se hace hincapié en que se trabaje de manera, que todos los grupos pueden sentirse más cómodos y de esta manera pueden expresarse mejor y tener un mejor desempeño durante la impartición del mismo.

Si se trabaja con adolescentes es más factible que se abran a expresar de forma más fluida las causas que los llevan a autolesionarse, algo similar puede ocurrir con los maestros y autoridades escolares ya que podrían mostrar una apertura mayor al participar con sus colegas para atender un fenómeno tan grande como la ASIS. Mientras que si se trabaja con papás y adolescentes, pueden sentirse incómodos, y de igual manera es mejor que se trabaje con los padres de familia únicamente para que puedan expresar lo que sienten con respecto a la conducta de sus hijos.

También podría trabajarse en equipo, pero si se necesitaría que el psicólogo tuviera buenas herramientas para poder trabajar con ambos participantes y lograr crear un ambiente armonioso entre los mismos y que de esta manera puedan obtener la información adecuada del taller y puedan sentirse en confianza.

El taller se podría impartir de igual manera con maestros y autoridades educativas, para que sepan qué hacer frente a un caso de autolesión en la escuela. Esto sería de utilidad para difundir el tema en las escuelas que es donde más frecuentemente se está presentando esta problemática.

Otra limitación es que el instrumento no fue piloteado, por lo que fue posible analizar sus efectos, utilidad y obtener resultados finales.

Por ser un tema que apenas se está estudiando, es probable que sigan actualizándose los estudios e investigaciones al respecto, por lo cual se recomienda añadir información actual a futuros trabajos enfocados a este tema.

## BIBLIOGRAFIA

Alcántara Escalera, L, González Forteza, C y Villatoro, F. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México; 1997 y 2002. *Salud Mental*, vol. 25-6 1-12.

Allen Meares, P. (1989). Adolescent sexuality and premature parenthood: Role of the Black Church in prevention. *Journal of Socialwork and Human Sexuality*. (p.133-142).

Allison, K.W., Marshall, S., Perez-Fables, A., Yarrington, J., Kirsch, L.B., et al (1999). Life experiences among urban adolescents: Examining the role of context. *Child Development*. (p. 1017-1029).

Alonso-Fernández (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed)* Washington, D.C. Author.

Bateman, A.W., y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (p.1563-1569).

Beaumont, S.L. (1996). "Adolescent Girls" Perceptions of Conversations with Mothers and Friends. *Journal of Adolescent Research*, 11 (p.325-346).

Becker, K., Mayer, M., Wagenburg, M., El-Faddagh, M., y Schmidt, M.H. (2004). Parasuicide online: Can suicide websites trigger suicidal behavior in predisposed adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, (p.111-114).

Becoña, E. (1996) *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.

Bell, D. (1994). *Las contradicciones culturales del capitalismo*. México: Alianza.

Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente (4 ed)*. Madrid: Prentice Hall Iberia. (p.322,323,324).

Berkowitz, L, (1996). *Agresión, causas, consecuencias y control*. Editorial Desolee de Brower. España.

Blake, B.J. y Bentou, C. (2001). Geographical mapping of unmarried teen births and selected sociodemographic variables. *Public Health Nursing*, (p.33-39).

Bond, W., Mandos, L., y Kuntz (1989). Aggressivity and violence in three retard patients. *American Journal of Psychiatry* (925-926).

Bouvard, M.P., Leboyer, M., Launay, J.M., Recasens, C., Plumet, M.H., Waller-Perotte, et al. (1995). Low-dose naltrexone effects on plasma chemistries and clinical symptoms in autism: A double-blind, placebo controlled study. *Psychiatry Research*, 58, (p.191-201).

Brady, S. et al (2009). Supportive friendships moderate the association between skillfull life events and sexual risk taking among African American adolescents. *Health Psychology*, (p.238-248).

Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., y Roth, C. (1993). Firearms and adolescent suicide: A community case-control study. *American Journal of Diseases in Children*, 147 (p.1066-1071).

Briere, J. y Gil, E (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry* 68 (4) (p.609-620).

Brooks, K., Schiraldi, V., y Ziedenberg, J. (2000). School house hype: Two years later. Washington, DC Justice Policy Institute.

Brooks-Gunn, J., Guo, G., y Furstenberg, F.F, Jr. (1993). "Who drops out of and Who continues beyond High School? A Twenty-Year Follow-Up of Black Urban Youth. *Journal of Research on Adolescence*, 3 (p.271-294).

Brown, S., (2009). Personality and non suicidal deliberate self-harm trait differences among a clinical population. *Psychiatric Research*. (p.28-32).

Burgess, S., Geddes, J., Hawton, K., Jownsend, E., Jamison, K., y Goodwin, G. (2001). Lithium for maintenance treatment of mood disorders. *Cochrane System Review* CD003013.

Calabrese, R. L., y Adams, J. (1990). "Alienation: A Cause of Juvenile Delinquency". *Adolescence*, 25 (p.435-440).

Calabrese, R.L. (1987). "Adolescence: A Growth Period conducive to Alienation. *Adolescence*", 22 (p.929-938).



Capuzzi, D., Gross R.D. (2008). Youth at risk: A prevention Resource for Counselors, Teachers and Parents 4<sup>th</sup> Edition, Pearson, Prentice Hall.

Cardish, R.J. (2007). Psychopharmacologic management of suicidality in personality disorders. Canadian Journal of Psychiatry. (p. 1155-1278).

Castillo, R. (1995). Culture, trance and mind-brain. Anthropology of Consciousness, 6 (p.17-34).

Cazzullo, A.G., Musetti, M.C., Musetti, L., Bajo, S., Sacerdote, P., y Parepally, H. (1999). Beta endorphin levels in peripheral blood mononuclear cells and long-term naltrexone treatment in autistic children. European Neuropsychopharmacology, 9, (p.361-363).

Centers for Disease Control (2008). National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention, August, 4, 2008, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, <http://www.cdc.gov/InjuryPublications/VactBook?>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2007). Web-based injury statistics reporting system. (WISQ ARS) Retrieved January 24, 2008 from [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) (C459cars).

Chassin, I., Curran, P.J., y Weinfurt, K.P. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow up study. Journal of Abnormal Psychology. (p.70-80).

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., y Geddes, J. R., (2003). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders. A systematic review of randomized trials. American Journal of Psychiatry. (p.1805-1819).

Claes, L., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. Personality and Individual Differences, 42 (p.611.621).

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O.F. (2007). A multiwave RCT evaluating three treatments for borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 162 (p.1-8).

Cloutier, P.F., y Nixon, M. K. (2003). The Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary evaluation. Abstracts to the 12th International Congress

European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *European Child and Adolescent Psychiatry* (1).

Cobo, O., Tello, G., Romeo, O., (2008). *Bullying en México. Conducta violenta en niños y adolescentes*. Ed. Quarzo.

Cole, D.E., Protinsky, H.O., y Cross, L. H. (1992). "An Imperical Investigation of Adolescent Suicidal Ideation". *Adolescence*, 27 (p.813.-818).

Connell, D.K., y Meyer, R.G. (1991). "Adolescent Suicidal Behavior and Popular Self-Report Instruments of Depression, Social Desirability, and Anxiety". *Adolescence*, 26 (p.113-119).

Cowdry, R.W., y Gardner, D.L. (1988). *Pharmacotherapy for borderline personality disorder*. *Archives of General Psychiatry* (p.111.119).

Croyle, K., y Waltz, J. (2007). *Subclinical self-harm: range of behaviors, extent and associated characteristics*. *American Journal of Orthopsychiatry*. (p.332-342).

D'Zurrilla, T. J., y Nezu, A. M. (2001). *Problem solving therapies*. En K. Dobson (Ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (2ª ed) (p. 211-245). New York: Guildford Press.

Di Caprio, N.S. (1989). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Dimeff, L.A., y Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. New York: Guilford.

Doctors, S., (2002). *Avances de la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia*. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado el 10 de enero de 2008 de <http://www.aperturas.org/27doctors.html>.

Dukes, R.L., y Lorch, B.D. (1989). "The Effects of School, Family, Self-Concept, and Deviant Behavior on Adolescent Suicide Ideation". *Journal of Adolescence*, 12 (p.329-251).

Durand, V.y Barlow, H. (2007). *Psicopatología. Un enfoque de la Psicología Anormal*. 4ª ed. Ed. Thomson.

Echúburua, E., Corral, P., y Amor, P.J., (2005). *El reto de las nuevas adicciones. Objetivos terapéuticos y vías de intervención*. *Psicología Conductual*. (p.511-525).

Eisenberg, G. (2010). *Jóvenes apáticos, padres ciegos*. TEC Monterrey.

- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E.H. (1959). *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth, and Crisis*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed*. New York: W.W. Norton.
- Ernst, M., Devi, L., Silva, R.R., Gonzalez, M.N., Small, A.M., Malone, R.P. y Campbell, M. (1993). Plasma beta-endorphin levels, naltrexone, and haloperidol in autistic children. *Psychopharmacology Bulletin*, 29 (p.221-227).
- Evren, C. y Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament, and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*. 80 (p.15-22).
- Faroh, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotsky. ¿Dos caras de la moneda? (Versión electrónica) *Boletín Academia Paulista de Psicología*, julio-diciembre. Año/Volumen XXVII. No. 002. Academia Paulista de Psicología. Sao Paulo, Brasil. (p.148-166). Recuperado de <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/946/94627214>.
- Favazza A.R., y Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79 (p.253-289).
- Favazza, A. y Conterio, K. (1988). Female habitual self-mutilators. *Suicide Behavior in Mental Hospitals*. Sep 18.
- Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (p.259-268).
- Favazza, A.R. Y Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation *Hospital and Community Psychiatry*, 44, (p.134-410).
- Favazza, A.R., (1996). *Bodies under siege: Self Mutilation and Body Modification in culture and Psychiatry*, (2 ed) Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A.R., De Rosear, L., y Conterio, K. (1989). Self-mutilators and eating disorders: *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19 (p.352-356).

Fergusson, D.M., Herwood, L.J., Ridder, E.M. y Beautrais, A.L. (2005). Suicidal behavior in adolescents and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychologic Medicine*, 35 (p.983-993).

Fernández Montalvo J., y Echúburua, E. (1997). Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.

Firestone, R.W., y Seiden, R.H. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, 38 (p.201-213).

Freud, S. A. (1946). *The Ego and the Mechanism of Defence*. New York: International Universities Press.

Freud, S.A. (1953b). *Three Essays on the Theory of Sexuality*, vol. 7. London: Hogarth Press.

Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., y Wohl, M. (1992). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observation from a psychoanalytic research project. *International Journal of Psychoanalysis*. (p.179-183).

Gándara, de la J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid: Cauce.

Gil, M., en Krauskopf, D. OPS, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (2006). Estado del arte de los programas de Prevención de la violencia en ámbitos escolares. En el marco del Proyecto Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia (OPS-GT2). Tomado de la pag electrónica: <http://www.paho.org/spanish/ad/fchl/ca/arte.violencia.pdf>. Consultada el 5 de enero del 2011.

Gispert, M., Wheeler, K., Marsh, L., y Davis, M.S. (1985). "Suicidal Adolescents: Factors in Evaluation, *Adolescence*, 20 (p.753-762).

Gómez de Anda, L., En México uno de cada 10 adolescentes se autolesiona. Disponible en <http://www.razon.com.mx/spip.pharticle109298>. Recuperado el 4 de febrero del 2012.

González Forteza C, Alvarez M, Saldaña, L, Carreño, S, Chávez A, y Pérez R (2005). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, México: 2003. *Social Behavior and Personality* 33 (8) (p.777-791).

Gonzalez, R. (2008). Descripción y evaluación de las conductas autolesivas en relación a actitudes compulsivas e impulsivas en adolescentes hospitalizados. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina UNAM.

Gordon-Larson P., et al (1999). Adolescent physical activity and inactivity vary ethnicity: The national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Pediatrics*, 135 (p.301-306).

Graff, H., y Malin, R., (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Medical Psychology* (p.195-206).

Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (p.253-263).

Gratz, K. y Gunderson, J. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37 (p.25-35).

Guillen, M., (2005). *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría versión Impresa* ISSN 1024-10675. Rev. Bol.Ped. v. 44 La Paz. Jun. 2005.

Gutstein, S.E., y Rudd, M.D. (1990). "An Outpatient Treatment Alternative for Suicidal Youth." *Journal of Adolescence*, 13 (p.265-277).

Hall, J.A. (1987). "Parent-Adolescent Conflict: An Empirical Review." *Adolescence*, 22 (p.767-789).

Hampton, K.N., y Wellman, D. (2003). Neighboring in Netville: How the Internet supports community and social capital: in a suburb, city and community. 2 (p.277-311).

Harris, M., (1990). *Caníbal y reyes: Los orígenes de las culturas*. México: Alianza.

Harris, S., y Petrie, G.F. (2003). *El acoso en la escuela. Los agresores, las víctimas y los espectadores*. España Ed. Paidós.

Hart, S., Robinson, Kurpius S.E., Kerr, B. (2001). Adolescent at risk behaviors: Effects on parents, older siblings and peers. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental Tasks and Education*. 3ª ed. New York: David McKay.

Hawton, K. y Harris, L. (2007). Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: Characteristics and outcome of a 20 year study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 68 (p.1574-1583).

Hawton, K., Zahl, D., y Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self harm: long term follow up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, (p.537-542).

Henestrosa, K. (2006). El alivio del dolor emocional a través de las conductas autolesivas. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina. UNAM.

Henry, C.S. Stephenson, A.L, Hanson, M. F., y Hargett, W. (1993). Adolescent Suicide in Families: An Ecological Approach. *Adolescence*, 28 (p.291-308).

Henry, C.S., Wilson, S.M., y Peterson, G.W., (1989). Parental Power Bases and Processes as Predictors of Adolescent Conformity. *Journal of Adolescence Research*, 1 (p.15-32).

Hepworth, D.H., Farley, O.W., Y Griffiths, J. C., (February 1986). Research Capsule. *Social Research Institutue Newsletter Salt Lake City UT: Graduate School of Sotial Work*.

Herpetz, S. (1995). Self-injury behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandivavica*, 91 (p.57-68).

Huband, n. y Tantam, D. (2000).Attitudes to self-injury within a group of mental health staff.*British Journal of Medical Psychology*, 73 (p.495-504).

Hurry, J. (2000). Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 1 (p.31-36).

Iannotti, R.J., Bush, P.J., y Weinfurt, K.P. (1996). Perceptions of friend's use of alcohol, cigarettes, and marijuana among urban school children: A longitudinal analysis .*Addictive Behaviors*. (p.615-632).

Inaba, D.S., y Cohen, W. (2000). Uppers, downers and all arounders: Physical and mental effects of Psychoactive drugs. Ashland, OR. CNS.Publications.

Jacobsen, C.M., y Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review. *Archives of Suicide Research*, 11 (p.129-147).

Jacobson, c., Muehlenkamp, J., Miller, A., y Turner, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (2) (p.363-375).

Jensen, L, y Borges, M. (1986). The Effect of Maternal Employment on Adolescent Daughters. *Adolescence*, 21 (p.659-666).

Jiménez, José (1994). "Cultura e identidad". La identidad un concepto estratégico en las ciencias sociales. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad, para Fried Schnitman Buenos Aires, Paidós.

Joe, S. et al (2009). 12-Month and lifetime prevalence of suicide attempts among black adolescents in the National Survey of American Life. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (p.271-282).

Kavanaugh, A. y Patterson, S.J. (2001). The impact of community computer networks on social capital and community involvement. *American Behavioral Scientist*. (p. 456-459).

Kirby ,P. (2001). Understanding what works and what doesn't work in reducing adolescent sexual-risk-taking. *Family Planning Perspective* (p.276-281).

Klonsky, D. y Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*. In Session, 63 (11) (pag.1045-1056).

Klonsky, D. y Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1) (p.22-27).

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and Psychological well-being. *American Psychologist*, 53 (p.1017-1031).

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R., OPS: Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la OMS. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, E.U.A. Tomado de la página electrónica oficial de la PAHO: [http://www.paho.org/spanish/dd/pub/violencia\\_2003htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pub/violencia_2003htm). Consultada el 4 de enero del 2012.

Laursen, B. (1995). Conflict and Social Interaction in Adolescent Relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 5 (p.55-70).

Lazarus y Folkman, (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York; NY: Springer.

Lee, S et al (2004). Relationships among depressive symptoms, sexually transmitted infections and pregnancy in African American adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, (p. 19-23).

Lepore Eduardo y Diego Schlessler (2004). *Diagnóstico del desempleo juvenil*. Buenos Aires , Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social CMTE Y SS.

Leslie, L.A., Huston, T.L., y Johnson, M.P. (1986). Parental Reactions to Dating Relationships: Do They Make a Difference? *Journal of Marriage and the Family* 48 (p.57-66).

Lester, D., y Gatto, J. (1989). Self-Destructive Tendencies and Depression as Predictors of Suicidal Ideation in Teenagers. *Journal of Adolescence*, 12 (p.221-223).

Levy, K., Yeomans, F. y Diamond, D. (2007). Psychodynamic treatments of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. In Session, 63 (11) (p.1105-1120).

Lewinsohn, P. et al (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (p.56-63).

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

Linehan, M.M., Comtors, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L., y Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview: Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, (p.303-312).

Lloyd-Richardson, E, Perrine, N., Dierker, L., y Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37 (p.1185-1192).

Logan, D.D., Calder, J.A., y Cohen, B.L. (1980). Toward a Contemporary Tradition for Menarche. *Journal of Youth and Adolescence*, 9 (263-2699).



López-Garza, D. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. México: Editores de Textos Mexicanos.

Mangall, J. y Yurkovich, E. (2008). A literatura review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*. (P.175-184).

Masselam, V.S., Marcus, R.F., y Stunkard, C.L. (1990). Parent-Adolescent Communication, Family Functioning and School Performance, *Adolescence*, 25 (p.725-737).

Masten A.S., y Coatsworth, J.P. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist* 53(2) (p.205-220).

Matsumoto, J., Yamaguchi, A., Asami, T., Yoshikawa, K.Y., Hirayashu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and clinical Neurosciences*, (p-319-326).

Mayer, M.J., y Leone, P.E. (1999). A structural analysis of school violence and disruption: Implications for creating safer schools. *Education and Treatment of Children*, 22, (p.333-358).

McCary, J.L., y McCary, S.P. (1982). *McCary's Human Sexuality*, 4<sup>a</sup> ed Belmont, CA: Wadsworth.

McCullough, M.Y. y Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy: Contributing factors and strategies for prevention. *Adolescence* (p.809-816).

Mendoza, Y. y Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*. 25 (4) (p.10-16).

Menninger, K. (1983). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace and World.

Meza Luna, Dianela (2010). Autolesión sin Intencionalidad Suicida: El afrontamiento del dolor emocional a través de las heridas. Tesina Licenciatura Facultad De Psicología UNAM.

Miller, A. y Smith, H. (2008). Adolescent non-suicidal self-injurious behavior: The latest epidemic to assess and treat. *Applied and Preventive Psychology* 12 (p.178-188).

Moisener, P.P. (1999). *Understanding and treating adolescent substance use*. Thousand Oaks, Ort: Sage.

- Morinis, A. (1985). The ritual experience. *Ethos*, 13 (p.150-174).
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry* 75(2) (p.324-333).
- Muehlenkamp, J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28 (2) (p.166-185).
- Muehlenkamp, J. J. y Gutierrez, P. (2004). An investigation of the differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (p.120-123).
- Muehlenkamp, J., Engel, S., Wadeson, S., Crosby, R., Wonderlich, S., Simonich, H. y Mitchell, J. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behavior Research and Therapy*, 47 (p.83-879).
- Neiger, B.L., y Hopkins, R.W. (1988). Adolescent Suicide: Character Traits of High-Risk Teenagers. *Adolescence*, 23 (p.469-475).
- Newman, B.M. (1989). The Changing Nature of the Parent-Adolescent Relationship from Early to Late Adolescence. *Adolescence*, 96 (p.915-924).
- Nijman, H., Dautzenberg, M., Merckelbach, H., Jung, P., Wessel, I., y Campu, J. (1999). Self-mutilation behavior of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 17 (p.1-7).
- Nixon, K., y Heath, L. (2009). *Self-injury in youth : the essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge.
- Nixon, m., Cloutier, P. y Jansson, M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*.178 (3) (p.306-312).
- Noble, P.S., Adams, G.R., y Openshaw, D.K. (1989). Interpersonal Communication in Parent-Adolescent Dyads". *Journal of Family Psychology*, 2 (p.483-494).
- Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12 (p.159-168).

Nock, M., Holmberg, E., Photos, V. y Michel, B. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*.19 (3) (p.309-317).

Nock, M., Teper, R., y Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 63 (11) (p. 1081-1089).

Nock, M., y Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior.*Journal of Consulting and Clinical Psychology, In Session* 72 (5) (p.885-890).

Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I., y Michel, B.D. (2007). The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, (p.309-312).

Nock, M.K., y Banaji, M.R. (2007) Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *American Journal of Psychiatry* (p.820-823).

Nock, M.K., y Prinstein, M.J. (2005) Clinical factors and behavioral functions of adolescent self-mutilation.*Journal of Abnormal Psychology*, 114 (p.140-146).

Nock, K. (2009). Understanding nonsuicidal self-injury : origins, assessment, and treatment. American Psychological Association.

Nwobo, C. y Johnson, C. (2007). Targeting obesity to reduce risk of type 2 diabetes and other co-morbidities in African American Youth: A review of the literature and recommendations for prevention, *Diabetes and vascular Disease Research* (p.311-319).

Odgen, C. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States.1999-2004.*Journal of the American Medical Association* (p.1549-1555).

Osuch, E. A., Woll, G.G., y Putnam, F.W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric patients.*Psychiatry* (p.334-346).

Papalia, D.E. y Olds. S.W. (1997). *Desarrollo Humano*. México. Mc Graw-Hill.

Pattinson, E.M., y Kahan, J., (1983). The deliberate self-harm syndrome.*American Journal of Psychiatry*. (p.867-872).

Pattison, E.M y Kahan, J. (1983).The deliberate self-harm syndrome.American Journal of Psychiatry, 140 (7) (p.867-872).

Paul, T., Schorecter, K., Dahme, D., y Nutzinger, D.O. (2002). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Mileu versus social learning programs. Cambridge, MA, Harvard University Press.

Peck, D.L (1987). Social-Psychological Correlates of Adolescent and Youthful Suicide".Adolescence, 22 (p.863-878).

Philipsen, A, Richter, H., Schmahl, C., Peters, J., Rusch, N., Bonus, M., et al (2004).Clonidine in act to aversive inner tensión and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. Journal of Clinical Psychiatry (1414-1419).

Piaget e Inhelder, (1984). Desarrollo Humano. México- Mc Graw Hill.

Piaget, J. e Inhelder, (2002) Psicología del niño (16 ed), Madrid; Morata (p.133,134,136).

Pick, S., Aguilar, J., Rodriguez, G., Reyes, J., Collado, M., Pier, P., Acevedo M.,y Vargas, E. (1995). Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes. Manual para el Instructor. (7ed). México: Planeta, (p.29,30,31,32,235,236,237,238,250,251,277,278,279).

Powell, C.M. Szozyпка, G. y F.J. (2007b). Exposure to food advertising on television among U.S. children.Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine (p.553-560).

Reisine, J. y Pasternack, G. (1996).Opioid analgesics and antagonists. In J.G Hardman, L.E., Limbrad, P.B., Molinoff, R.W., y A.G. Gilman (Eds) The pharmacological basis of therapeutic (p.521-556). New York: Mc Graw Hill.

Reshick M., Brum, R., Bose, J., Smith, M.Y., (1990). Characteristics of unmarried adolescent mothers: Determinants of child rearing versus adoption. American Journal of Orthopsychiatry. (p.577-584).

Rice (1989).Human Sexuality.Prentice Hall.

Rice, F.P( 2000). Adolescencia, Relaciones y Cultura. Madrid. Prentice Hall.

Rich, C.L., Sherman, M, y Fowler, R.C. (1989). San Diego Suicide Study: The Adolescents. Adolescence 25 (p.855-865).

Roberts, D.F., Foehr, V.G., y Rideout, V. (2005). Generation M: Media in the lives of 8-18 years old. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Roberts, L., Smith, L., y Pollack, C., (2006). A model of social interaction via computed mediated communication in real-time text based virtual environments. Comunicación presentada en la Reunión anual de la Australian Psychological Society. Sydney, Australia.

Rodríguez M., Gempeler J., Pérez V., Solano S., Meluk A., Guerrero E., y Liemann E. (2002). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de las narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34 (3).

Rodríguez, M., y Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinflingidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (p.34).

Rogers, J.R. (1992). Suicide and Alcohol: Conceptualizing the Relationship from a Cognitive-Social Paradigm. *Journal of Counseling and Development*, 70 (p.540-543).

Rojas, A. (2002). Después de romper el silencio. *Psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil*. Editorial Universidad de Costa Rica, (p-175).

Rosenthal, R., Rineler, C., Walish, R., y Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*. (p.1363-1368).

Ross, S., y Heath N. (2000). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1 (p.67-77).

Ross, S., Heath, N. y Toste, J. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in High School students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 79 (1) (p.83-92).

Saleebey, D. (1997). *The strengths perspective in social work practice*. 2ª ed New York: Longman.

Saluj, G. et al (2007). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, (p.760-765).

Sánchez, M. (2008). Propuesta de campaña de publicidad social sobre el síndrome de automutilación. "Sentir sin herir". Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM.

Sanmartin, J. en Serrano, A. (2006). Acoso y violencia en la escuela. Como detectar, prevenir y resolver el bullying. España: Ariel.

Sansone, R.A., Wiederman, M. W., y Sansone, L.A. (1998). The self-harm Inventory (SHI) : Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* (p.973-983).

Santos D. (2006). Encuesta vía Internet para conocer la conducta de autolesión en países hispanohablantes. XIV Congreso Mexicano de Psicología Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.

Santos, D., (2011). Autolesión, ¿Qué es y como ayudar? Ed. Ficticia.

Sartori, G., (1997). Homo videns: La sociedad teledirigida Madrid: Taurus.

Scifo, R., Cioni, M., Nicolosi, A, Batticane, N., Tirolo, C., Testa, N., et al. (1996). Opiod-immune interactions in autism: Behavioral and immunological assessment during a double-blind treatment with naltrexone. *Annali dell'Superiore di Sanita*, 32 (p.351-359).

Sharp, S., Smith, P. (1999). Tackling Bullying in your school. Ed. Rout.

Sharp. S. (1996). The role of peers in tackling bullying in schools. *On Educational Psychology in Practice* , vol 11, Año 4.

Sherrod, L.R., Haggerty, R.J., y Featherman, D.L. (1993). Introduction: Late Adolescence and the Transition to Adulthood. *Journal of Research on Adolescence*, 3 (p.217-226).

Smith, P.B., Buzi, R.S., Weinman, M.L. Y Murnford, D.C. (2001). The use of focus groups to identify needs and expectations of young fathers in a male programs. *Journal of Set Education an Therapy*, (p.100-105).

Sobeck, J., Abbey, A., Agus, E., Clinton, M. y Harrison, K. (2000). Addicting early adolescent substance use: Do risk factors differ depending on age of sunset. *Journal of Substance Abuse*. (p.89-102).

Soloff, P.H., Cornelius, J., George, A., Northon, S, Porel, J. M., y Ulrich, R. I. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* (p.377-385).

Sommer, B. (1994) *The Troubled Teen: Suicide, Drug Use and Running Away*, *Women's Health*, 9 (p.117-141).

Soria Romero, A.P. (2013). *Propuesta de un taller de asertividad y autoestima para adolescentes víctimas de bullying*. Tesina Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.

Sperry, R. (1987). Structure and significance of the consciousness revolution. *The Journal of Mind and Behavior*, 8 (p.37-65).

Stack, S. (May,1985). The Effect of Domestic/Religious Individualism in Suicide, 1954-1978. *Journal of Marriage and Family*, 47 (p.431-447).

Stefanko, M. (Spring, 1984). Trends in Adolescent Research: A Review of Articles Published in *Adolescence*- 1976-1981. *Adolescence*, 19 (1-14).

Steffler, D.J. (2001). Implicit cognition and spelling. *Development Review*. (p.168-204).

Stevens- Simon,C., Kaplan, D., McAnarney, E. (1993). Factors associated with preterm delivery among pregnant adolescents. *Society for Adolescent Medicine*, (p.340-324).

Stevenson, J. y Meares. R. (1992).An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*.149 (3) (p.358-362).

Stivers, c. (1988). Parent-Adolescent Communication and It's Relationship to Adolescent Depression and Suicide Proneness. *Adolescence*, 23 (p.291-295).

Sullivan, J., Helma, S, Kliewer, W, y Goodman K. (2010). Associations between sadness and anger regulation coping, emotional expression and physical and relational aggression among urban adolescents. *Social Developments*. (p.30-51).

Swanson, D.P, Edwards, M.C., Spencer, M.B. (2010). *Adolescence: Development during a Global Era*. Academic Press.

Tishler, C.L. (1992). Adolescent Suicide: Assessment of Risk, Prevention and Treatment. *Adolescent Medicine*, 3 (p.51-60).

Trejo, S., Arzate, S, Palermo, I. (2010). *Desigualdades sociales y ciudadanía desde las culturas juveniles en América Latina*. Ed. Porrúa.

- UNAIDS/WHO (2006). AIDS epidemic update: Geneva: UNAIDS/WHO.
- Valkenburg, P., Schouten, A, y Peter, J. (2005). Adolescents identity experiments on the Internet. *Newry Media and Society* (p.383-402)-
- Van den Eijnden, R.J., Meerkerk, G.J., Vermulst, A.A., Spijkerman, R., y Engels, R.C. (2008). Online communication, Compulsive Internet Use, and psychosocial well-being among adolescents: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 44 (p.655-665).
- Viñas López, Lucía Regina (2013). Propuesta de una intervención dirigida a adolescentes para el manejo y control de la violencia en el contexto escolar. Tesis Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.
- Voors, W. (2005). *Bullying, El acoso escolar*. Barcelona Ed. Oniro.
- Voydanoff y Donnelly B. (2000). *Adolescent sexuality and pregnancy*. Newsbury Park, CA: Sage.
- Wade, N.L. (1987). Suicide as a Resolution of Separation-Individuation among Adolescent Girls. *Adolescence*, 22 (169-177).
- Wadsworth, M.E., y Compas, B.E. (2002). Coping with economic strain and family conflict: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12 (p.243-274).
- Walsh, B. (2006). *Treating self-injury: a practical guide*. New York, United States: Guilford Press.
- Wang, Y. et al (2006). Obesity prevention in low socioeconomic status urban African American adolescents design and preliminary findings of the HEALTH- KIDS study. *European Journal of Clinical Nutrition* (p.92-103).
- White, C y White, M. (1999). The Adolescent Family Life Act: Content, findings, and policy recommendations for pregnancy prevention programs: *Journal of Clinical Child Psychology* (p.58-70).
- Whitlock, J. Eckenrode J. y Silvermann, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117 (p.1939-1948).
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., y Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, (p.407-417).



Winchel, R., y Stanley, B. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148 (3) (p.306-317).

Wright, L. S. (1985). Suicidal Thoughts and Their Relationship to Family Stress and Personal Problems among High School Seniors and College Undergraduates. *Adolescence*, 20 (p.575-580).

Wu, L.I y Thomson, E. (2001). Race differences in family experience and early initiation *Journal of Marriage and the Family*. (p.682-697).

Yangik (2000). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet Addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley and Sons.

Yates, T. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in post-traumatic adaptation. *Clinical Psychology Press*. (p.35-74).

Ybarra, M.L., y Mitchell, K.J. (2005). Exposure to Internet pornography among children and adolescents: A national Survey. *Cyberpsychology and Behavior*, (p.473-486).

Yip, K. (2006). A strengths perspective in working with an adolescent with self-cutting behaviors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23 (2) (p.134-146).

Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R. (2003). Omega- 3 fatty and treatment of women with borderline personality disorder: A double-blind placebo – controlled pilot study. *American Journal of Psychiatry*. (p.167-169).

Zlotnick, C., Shea, M.T., Recupero, P., Bidadki, K., Pearlstein, J., y Brown, P. (1997). Trauma, dissociation, impulsivity and self-mutilation among substance abuse patients. *American Journal of Orthopsychiatry*. 67 (p.650-659)

# ANEXOS

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO NO ESTANDARIZADO- FORMA DE APLICACIÓN PRETEST- POSTEST

- 1.- ¿Cuáles son los cambios más importantes que consideras suceden en la adolescencia?
  
- 2.- ¿Qué diferencias encuentras entre los cambios normales de la misma y la adolescencia actual?
  
- 3.- ¿Qué problemas consideras que afectan más al adolescente de hoy?
  
- 4.- ¿Qué valores consideras que el adolescente actual ha perdido y deberían conservarse para que los jóvenes vivieran una adolescencia más sana?
  
- 5.- ¿Has oído hablar de la autolesión?
  
- 6.- ¿Qué sabes al respecto?
  
- 7.- ¿Consideras que es un problema o es algo que “está de moda”?
  
- 8.- Desde tu punto de vista ¿porqué crees que un adolescente pueda autolesionarse?
  
- 9.- ¿Qué piensas de esta conducta?

10.- Si una persona cercana a ti se autolesionara ¿qué harías al respecto?

11.- ¿Cómo piensas que podrías ayudar para que la sociedad sepa más sobre este tema?

12.- Si tú te autolesionaras ¿pedirías ayuda?

13.- ¿Qué clase de ayuda pedirías?

14.-¿ Consideras que alguna persona cercana a ti se autolesiona (amigo, vecino, etc..)?

15.- Si tu respuesta fue afirmativa ¿Sabrías que hacer para ayudarlo?

## **SEÑALES PARA DETECTAR LA CONDUCTA AUTOLESIVA**

- Heridas, rasguños y cortadas inexplicables.
- Usar ropa inapropiada para el clima (cuello alto, manga larga en verano, ropa holgada) para cubrir brazos, muslos y abdomen)
- Tener amistades que se autolesionen
- Marcas negras o azules en el cuello
- Conductas secretas como pasar mucho tiempo encerrado o en áreas aisladas de la escuela.
- Conductas de riesgo como jugar con armas, actividad sexual sin protección, correr entre los autos, o brincar de lugares altos.
- Evidencias de desórdenes alimenticios y abuso de sustancias
- Signos de depresión, aislamiento y desconexión

### **ANEXO 3**

## QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER EN UN CASO DE AUTOLESIÓN

### QUÉ HACER:

- 1.- Tratar de acercarse al chico cariñosamente
- 2.- Aceptarlo aunque no sea bien vista la conducta
- 3.- Dejarle saber que le preocupa y que puede confiar en usted
- 4.- Entender los motivos por los cuales se autolesiona
- 5.- Referirlo a un profesional especializado en el tema
- 6.- Acompañarlo a pedir ayuda terapéutica
- 7.- Ayudarlo a reconocer sus fortalezas y alentarle a que pueda usarlas
- 8.- Ayudarlo a involucrarse en un área de su interés (deporte, club etc..)
- 9.- Dejar que el chico hable y ser accesible

### QUÉ NO HACER:

- 1.- Decir algo que haga sentir culpa o vergüenza al joven como por ejemplo: ¿por qué te hace eso?
- 2.- Actuar asustado ante la revelación de la conducta
- 3.- Hablar del problema de autolesión frente a sus amigos o gente cercana
- 4.- Juzgar al joven
- 5.- Usar el castigo o algo parecido si se descubre que el joven se autolesiona



**"QUIEN MIRA HACIA AFUERA SUEÑA  
QUIEN MIRA HACIA ADENTRO DESPIERTA"**

**CARL JUNG**