



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8967-25



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA BAJA Y CONDUCTAS
AUTODESTRUCTIVAS
DE CORTARSE EN ADOLESCENTES”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LINDA ANGÉLICA LÓPEZ MADRID

ASESORA
MTRA. MARTHA PAOLA LÓPEZ GUTIÉRREZ

ORIZABA, VERACRUZ.

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

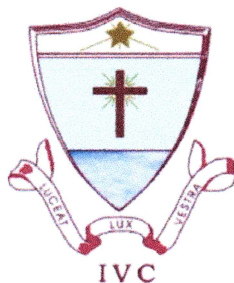


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008

Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011

Clave de Incorporación UNAM 8967-25

SUR 31 N° 272 TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

Orizaba, Ver., A 12 de octubre 2021.

**C. LINDA ANGÉLICA LÓPEZ MADRID
EGRESADA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
GENERACIÓN 2014 - 2018
P R E S E N T E**

Quien suscribe, directora técnica del Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz, con Clave de Incorporación UNAM 8967-25, notifica a usted con base en el reporte de aprobación del Trabajo de Titulación proporcionado por la Mtra. Martha Paola López Gutiérrez, Asesor de la Licenciatura en Psicología Plan de Estudios 2008, *Autoriza* imprimir la Tesis de Investigación: **“Relación entre la autoestima baja y conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes”**

Así también, cuenta con anuencia para presentar el Examen Profesional, en virtud de que el trabajo referido cumple con los criterios teóricos-metodológicos de la modalidad seleccionada.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

**MTRA. JUDITH ELIZABETH RODRÍGUEZ GIRÓN
DIRECTORA TÉCNICA**

AGRADECIMIENTOS

A mamá Linda, porque sonreíste al saber que había terminado la carrera y me animabas a tu manera.

A mis padres por dejarme elegir que quería hacer y a que dedicarme en la vida.

A mis profesores, aquellos que marcaron la diferencia e hicieron que me enamorara de la carrera, gracias.

ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción

Capítulo I. La Adolescencia	6
Definición y Etapas de la Adolescencia.....	6
La Adolescencia y la Autoestima.....	9
Capítulo II. La Autoestima	12
Definición y Naturaleza.....	12
<i>Características del Autoestima</i>	13
<i>Tipos de Autoestima</i>	16
<i>Factores de la Autoestima</i>	17
Niveles Hacia la Autoestima.....	18
<i>La Autoimagen</i>	20
<i>La Autovaloración</i>	21
<i>La Autoconfianza</i>	22
<i>El Autocontrol</i>	23
<i>La Autoafirmación</i>	24
<i>La Autorrealización</i>	25
Autoestima Baja	26
Autodesprecio vs Autoestima.....	28
Enfoques del Proceso de la Autoestima	29
<i>Enfoque Cognitivo Conductual y la Autoestima</i>	30

Capítulo III.

Conductas Autodestructivas de Cortarse 33

Definición y Tipos..... 33

Conductas Autolesivas..... 36

Conductas de Cortes 38

Capítulo IV. Metodología..... 40

Diseño de la Investigación..... 40

Instrumentos Aplicados 43

Cedula de Autolesiones 43

Prueba de Autoestima para Adolescentes 44

Cuestionario de Autoestima (Iga-2001)..... 47

Entrevista 49

Marco Contextual 50

Sujetos o Muestra de Estudio..... 51

Procedimiento 52

Resultados..... 54

Conclusiones..... 77

Recomendaciones 81

Referencias 83

Anexos

Índice de Tablas

Tabla 1 Datos generales de la población.....	54
Tabla 2 Grupo al que pertenecen	55
Tabla 3 Sexo de los participantes.....	55
Tabla 4 Edad de los participantes	56
Tabla 5 Reactivos severos de la Cedula de autolesiones	57
Tabla 6 Frecuencia de los cortes	58
Tabla 7 Edad de inicio de las conductas de cortarse	60
Tabla 8 Emoción del corte	61
Tabla 9 Lugar del cuerpo donde se realiza el corte.....	63
Tabla 10 Objeto con el que se realiza el corte.....	64
Tabla 11 Situaciones después del corte.....	66
Tabla 12 Puntuaciones finales de los instrumentos de Autoestima	69
Tabla 13 Totales del factor Percepción de si mismo/Yo	71
Tabla 14 Totales del factor Percepción de competencia/Fracaso-Trabajo- Éxito	72
Tabla 15 Totales del factor Relacion familiar/familia	73
Tabla 16 Totales del factor Enojo/Afectivo-Emocional	74
Tabla 17 Puntuaciones finales de los factores de la Escala P.A.A.....	75
Tabla 18 Puntuaciones finales de los factores del Cuestionario IGA-2001.....	75

Índice De Graficas

Gráfica 1 Frecuencia semanal de los cortes	59
Gráfica 2 Porcentajes de las emociones de cortarse	62
Gráfica 3 Porcentajes de los objetos de cortarse.....	65
Gráfica 4 Niveles del Proceso de la Autoestima	67
Gráfica 5 Comparación de puntuaciones de los instrumentos	70
Gráfica 6 Comparación de los factores bajos de ambos instrumentos	76

RESUMEN

La presente tesis, demuestra la relación que tiene la autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes. La investigación se llevó a cabo en la secundaria técnica industrial número 98 con adolescentes de entre 14 y 15 años.

Se considera la dimensión (actitudinal/conductual) y niveles de la autoestima más afectados que mantienen constante dichas conductas.

Los temas a tratar son, la Adolescencia, la autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse; puestos en este orden para entender su relación y tener una mejor comprensión de los mismos.

Es una investigación no experimental correlacional, debido a que recolecta datos de un momento determinado. Asimismo, el enfoque que maneja es mixto, ya que utiliza instrumentos de tipo Likert para obtener datos específicos y poder contabilizarlos.

Los instrumentos aplicados fueron la Cedula de Autolesiones de Marín, del 2013, la cual se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir temporalmente autolesión no suicida. El segundo fue la Prueba de Autoestima para Adolescentes (P.A.A.), conformada por 20 reactivos, agrupados en los cuatro factores: Percepción de sí mismo, Percepción de competencia personal, Relación familiar y Enojo.

El tercero fue el Cuestionario de Autoestima de Gonzales Arriata, compuesto por 25 reactivos, integrado por seis factores que son: yo, familia, fracaso, trabajo-intelectual, éxito y afectivo-emocional. Cada uno se aplicó simultáneamente a todos los integrantes de la muestra de estudio, con un tiempo de separación de una semana entre ellos. Por último, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas para obtener mayor información y corroborar los datos obtenidos de lo antes aplicado.

De esta forma se pudo demostrar la relación de una autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse, así como la importancia de la participación de la familia y la escuela en los adolescentes que practican estas conductas.

Palabras clave: adolescentes, baja autoestima, conductas autodestructivas de cortarse.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un término amplio, del cual existen varias teorías y autores para describir el fenómeno, dependiendo como sea visto o estudiado. La Organización Mundial de la Salud (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Por su parte, Susana Quiroga (2004), menciona tres etapas: la temprana, la intermedia y la tardía. La primera oscila entre los 13 y los 15 años, con la característica particular que es la intensificación de las conductas rebeldes, de la cual será objeto y parte importante en la elaboración de esta investigación.

Twenge y Campbell, (como se citó en Rodríguez N. y Caño G., 2012) establecen que la adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima. Así, los jóvenes manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta.

Cuando se habla de autoestima generalmente se viene a la mente la frase “quererse o amarse”. Sin embargo, es un concepto amplio y complejo, Mészerville (2009) propone como definición de autoestima, “la percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida” (p.19).

La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida del ser humano, principalmente basada en las experiencias, interpretadas en un diálogo interno como positivas o negativas. Según Nathaniel Branden (2008), está configurada por dos factores, uno interno, que son todas las creencias o ideas, prácticas o conductas que conforman a una persona, y uno externo, que son los factores del entorno, los mensajes transmitidos verbal y no verbalmente, o experiencias suscitadas por “personas significativas”. Los juicios influyen, ya sean propios o de terceras personas, quienes pueden llegar a poner condiciones para entablar una relación, disminuyendo o elevando la valía propia, influyendo en la autoestima.

Branden (2008) menciona que una autoestima saludable (alta) se relaciona con la racionalidad, la realidad y la intuición, por el contrario, una autoestima “baja”, se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad. En otras palabras, cuando una autoestima es baja, se considera deficiente y se expresa a través de una actitud de auto desprecio.

El sentimiento de autodesprecio pueden desencadenar conductas autodestructivas, incluso llegar a casos extremos como el suicidio. Por otra parte, en situaciones menos graves, aunque patológicas, las actitudes inconscientes de autodesprecio tienden a reflejarse en comportamiento autodestructivos de tipo vicioso, en patrones conflictivos de relación interpersonal que provocan reacciones agresivas contra sí mismo, y en situaciones repetitivas de fracaso en muchas de las cosas que se emprenden.

Castro, K., Kirchner, T. & Planellas, I. (2014), abordan la conducta autodestructiva o CA, “como toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos directos e indirectos y aspectos psicológicos”. Las conductas autodestructivas directas, se relacionan en la conducta y la consecuencia física inmediata, como lo son los golpes o cortes. Nock & Prinstein, et al, (como se citó en Castro, K. et al.,2014) plantean que muchos adolescentes que se dañan a sí mismos lo hacen como un intento de regular sus emociones y que las autolesiones pueden ser métodos disfuncionales de hacer frente a las emociones negativas.

Las conductas autodestructivas de cortarse, hoy conocido como “cutting”, es el acto de “cortarse” la piel en diversos lugares que pueden ser muñecas, brazos, piernas o cualquier otro lugar del cuerpo y esta acción puede ser desde cortes leves que no logre un sangrado, hasta otros más severos y profundos que requieran una intervención médica. (Águila, 2005).

Existen una variedad de problemáticas por las que atraviesan los adolescentes y las respuestas ante algunos de esos problemas, son las conductas autodestructivas de cortarse. Esta problemática es bastante sonada en el área escolar, y suele ser abordada desde el aspecto conductual, inclusive es reducida una “falta de control de impulsos”. No se profundiza en la cuestión personal del adolescente, particularmente

en su autoestima, en el hecho de cómo esta situación lo está afectado a nivel personal y como esta a su vez refuerza la conducta de cortarse.

En el año 2016, se llevó a cabo un taller para tratar el tema de “cutting” en estudiantes de tercer año de la Escuela la Secundaria Técnica No. 98. Con el objetivo de “Generar en los estudiantes una alternativa o manera distinta a la que utilizan para manejar sus emociones y sentimientos, eligiendo la más adecuada para cada uno de ellos, la cual los ayude a tomar mejores decisiones sobre sí mismos, evitando el desarrollo de conductas auto lesivas como el cutting” (Arauz, García, López y Pulido, 2016). Sin embargo, mientras se trataba dicho tema, la mayoría de los adolescentes mostraba cierto rechazo hacia sí mismos. Problemas con su autoimagen y autovaloración que no les permitía hablar de sí mismos durante algunas actividades.

Por otro lado, a principios del año 2017, se llevaron a cabo algunos talleres en la Escuela Secundaria General Margarita Maza P. de Juárez, ubicada en la ciudad de Orizaba, Veracruz. En uno de esos talleres, en primera instancia, el problema detectado por los docentes, hacía referencia a que los adolescentes se encontraban desganados y sin motivación alguna, y por lo tanto requerían un taller de autoestima. Sin embargo, al tratar con los jóvenes, comenzaron a surgir otras situaciones que eran necesarias considerar. Una de estas, eran las situaciones de conductas autolesivas (autodestructivas), motivo por el cual, se tuvieron que hacer algunas modificaciones al taller para tratar de abarcar ambas problemáticas.

En la revisión de algunos textos no se relaciona de forma directa a la autoestima como parte influyente en las conductas autodestructivas de cortarse, conocidas como cutting. Sin embargo, hoy en día, algunos jóvenes de secundaria, independientemente de sus cambios “normales”, presentan conductas autodestructivas de cortarse a sí mismos y una autovaloración deficiente. Lo que me lleva a plantearme la siguiente pregunta, ¿Una autoestima baja se relaciona con las conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes de 14 a 15 años?

Siguiendo la línea en cuestión y tomando en cuenta que la autoestima implica confianza y respeto por uno mismo, y es parte fundamental en el desarrollo óptimo de los adolescentes, se puede llegar a la hipótesis de que el acto autodestructivo de cortarse equivaldría a tener actitudes de autodesprecio, siendo así la parte contraria

de la autoestima, manifestando una autoestima baja, que solo reforzara tales conductas autodestructivas. Es decir, mientras exista una autoestima baja, mayor será la probabilidad de que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan y a su vez no permitan una mejora en la autoestima de los adolescentes de entre 14 y 15 años.

Por lo tanto, lo que se pretende alcanzar en este trabajo de investigación, como objetivo general es; Identificar la relación que hay entre una autoestima baja y las prácticas de conductas autodestructivas de cortarse en los adolescentes de entre 14 y 15 años de la Secundaria Técnica Industrial No. 98. Esto se logrará a través de los objetivos específicos que son, analizar los resultados de la escalas o cuestionarios aplicados, e información de las entrevistas semiestructuradas que se realizarán a los adolescentes de 14 a 15 años de la Secundaria Técnica Industrial No. 98.

Las variables a considerar son, las conductas autodestructivas de cortarse como dependiente, ya que la población seleccionada deberá contar con esta característica en específico, además de la edad de entre 14 a 15 años. Y como independiente se localizará a la autoestima baja, y los niveles o escalones que se involucran, puesto que será medida (mediante una escala) y tomada como punto de partida para determinar la asociación que tiene con la variable dependiente.

La investigación se comprobará por medio de la aplicación de tres instrumentos mexicanos, estos son, la “Prueba de Autoestima para Adolescentes”, actualizado en el año 2011. Que para una mayor objetividad se aplicará el Cuestionario de Autoestima de González Arratia (2011). Y también la Cedula de Autolesiones de Marín (2013).

Además, se realizarán entrevistas semiestructuradas, requeridas como complementación del tercer instrumento, para así poder distinguir la dimensión más afectada de la autoestima y por ultimo detectar los niveles o escalones que mayor influencia tienen y mantienen constante ambas variables.

Este estudio se divide en cuatro capítulos, el primero tratar sobre la adolescencia, su definición y etapas, así como la formación de la autoestima en esta fase tan importante de desarrollo humano.

El segundo capítulo, ahonda más sobre el tema de la autoestima, enfocándose en las características, tipos y factores, estos últimos son de relevancia para este estudio, ya que se retomarán en el apartado de resultados. También, se mencionan los niveles del “proceso de la Autoestima” en los cuales se basa la investigación, así como la definición de la autoestima baja y el auto desprecio que lleva a las conductas autodestructivas de cortarse.

En el tercer capítulo se abordan las conductas autodestructivas de cortarse, definición y tipos, centrándose en las conductas de cortes y en el cuarto capítulo se presenta la metodología utilizada a lo largo de la investigación. Por último, se presentan los resultados de la aplicación de instrumentos y entrevistas, así como las conclusiones generales y comprobación de hipótesis.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. LA ADOLESCENCIA

Definición y Etapas de la Adolescencia

La definición de adolescencia varía según el enfoque desde el cual se estudia, el biológico por lo general vas más encaminado a la pubertad y aparición de las hormonas sexuales. Generalmente se caracteriza a la adolescencia como una época de crisis y llena de conflictos: desequilibrios, dificultades e inestabilidad debido a los reajustes psicológicos, emocionales, físicos y sociales. (Cortez, 2015) Sin embargo, las edades de inicio y término de esta etapa no están delimitadas con exactitud, incluso es dividido en fases, dependiendo el autor.

Palacios, Marchesi y Coll, (como se citó en Cortez, 2015), le llaman pubertad al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida trasforma el cuerpo infantil para obtener una capacidad reproductora, mientras que adolescencia se refiere al periodo psicológico que se prolonga varios años más y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

La pubertad inicia alrededor de los 10 u 11 años, en la cual se activan los niveles hormonales que estimulan el desarrollo de los caracteres sexuales. En las mujeres se presenta la primera menarca, en los hombres la eyaculación. Esta termina cuando se alcanza la madurez sexual. Cortez (2015) menciona que se atribuye, a la madurez física y sexual las repercusiones emocionales en los adolescentes, como estados de abrumación, tristeza, estrés, tensión, entre otros. Por lo cual la adaptación a los cambios es un proceso de reajuste del auto concepto e identidad, tanto personal como social.

Susana Quiroga (2004), plantea que la adolescencia es un fenómeno multideterminado, la cual se ve atravesada por factores biológicos, psicológicos, cronológicos y sociales. La importancia de esta radica en sus consecuencias, ya que se manifiestan en los años de la madurez siguiente, en otras palabras, “La adolescencia, es un periodo de desarrollo humano, la transición de la niñez a la vida adulta”.

La Organización Mundial de la Salud (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Tomando en cuenta el primer punto de referencia del estudio de la adolescencia de Horrocks (2012), nos dice que la adolescencia es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo e intenta ponerse a prueba, sus conceptos, ideales, etc. Sin embargo, debe contrastar y considerar la realidad en la que se encuentra y estar en un continuo proceso para alcanzar la auto estabilización que lo ayudará a alcanzar su vida adulta.

El individuo que entra en esta nueva etapa, es decir que pasa de ser un niño para convertirse en un adolescente, comienza una búsqueda de identidad, estatus y equilibrio. Además, deben agregarse cambios físicos y hormonales, esto provocara un desequilibrio emocional y como consecuencia un nuevo patrón de conducta. Todo esto sumado, genera una lucha en la cual el adolescente se sentirá perdido y en ocasiones molesto, repercutiendo en sus conceptos de YO.

El adolescente tiene que dedicarse y elaborar conceptos de sí mismo, puesto que al entrar a la etapa de pensamiento operacional y adquirir la capacidad de elaborar hipótesis, intentará contestar las preguntas más antiguas: ¿Quién y que soy? y ¿hacia dónde voy?; por lo tanto, su ocupación está en elaborar y confirmar un concepto estable de su Yo, para lograrlo requiere poner la realidad a prueba una y otra vez, ocasionando un aislamiento cuando está mal ajustado, retirándose de la realidad, generando un despliegue de aberraciones psíquicas o somáticas (Lehalle, 1990).

Piaget (2007), dentro de sus etapas del desarrollo cognoscitivo del niño, las operaciones formales, considera que durante la adolescencia las operaciones mentales que surgieron en las etapas previas, se organizan creando un sistema más complejo, es decir, se desprende de lo concreto y se sitúa en lo real o en lo que puede ser posible, es la etapa de los ideales, el pensamiento abstracto y reflexivo.

Erik Erikson (como se citó en Horrocks, 2012), describió la secuencia del desarrollo en 8 etapas, cada una con un conflicto, del cual el individuo decidirá resolverlo de una forma óptima o de manera dañina siendo esta un fracaso y conforme atraviesa cada etapa, el individuo adquiere identidad de su ego. En la quinta etapa se

logra esta identidad, el foco de atención es el mismo, la forma como él cree ser para así poder elaborar un concepto de su Yo con el que pueda vivir.

Sin embargo, para lograr tal meta, necesitará integrar sus experiencias y la aceptación de los papeles sociales. Bronson (1959) menciona que la adolescencia fue vista como ese momento de la vida en que el individuo intenta la construcción de una autoimagen estable, en contraste con la identificación del ego, anterior visto por Erikson, y relaciona esta identidad con la “seguridad del concepto de sí mismo” y con la “estabilidad temporal de la autoestima”.

Para Rodríguez, (como se cita en Sandoval, 2017), las etapas de la adolescencia se dividen en tres estadios:

- I. La adolescencia temprana o comienzo de la adolescencia, durante este periodo existe la aceptación del cuerpo que crece y se transforma, con los esperados cambios de la autopercepción de la imagen y la autoestima... la imagen que tiene el individuo de sí mismo y del ambiente.
- II. En la adolescencia intermedia, se da la separación psicológica con la familia, las relaciones con los grupos de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad y ser parte del grupo.
- III. Finalmente, la adolescencia tardía, en esta se encuentra la búsqueda de un sentido de identidad sobre todo lo que se refiere a la vocación y a la sexualidad.

Según Quiroga (como se citó en Seoane, 2015) en la adolescencia por lo general se observan comportamientos “caóticos”, que va desde el desaliño, bajo desempeño académico, mala conducta, comportamiento opositor, hasta conductas que pueden poner en riesgo su integridad.

Quiroga, (como se cita en Vázquez, 2018) la adolescencia parte de tres momentos: *Temprana*, que oscila entre los 13 y los 15 años, su característica particular es la intensificación de las conductas rebeldes y mal desempeño escolar. *Media*, se encuentra entre los 15 y los 18 años, en esta se empieza a experimentar las relaciones de pares, ya sea en forma grupal y de noviazgo. *Tardía*, surge a partir de los 18 años, concluyendo aproximadamente 10 años más tarde, en este tiempo se da la resolución de problemas que conducen finalmente al adolescente a la vida adulta.

Considerando la adolescencia temprana como parte importante en esta investigación, lo que dice Susana Quiroga, (2004) tras su experiencia clínica y tomando en cuenta el punto de vista cronológico y su imposición de un orden al pensamiento como esquema de trabajo, plantea en el primer nivel o momento de la adolescencia, cronológicamente va de los 8 hasta los 15 años, y la divide en sub fases: Pre pubertad de los 8 a los 10 años; Pubertad, de los 10 a los 14 años; Adolescencia temprana, de los 13 a los 15 años.

Esta última sub fase, propiamente llamada “temprana”, es el final de la transformación física, ocurrida en las fases anteriores, y como ya se mencionó, la pubertad, deja una inestabilidad emocional que se tendrán que reajustar al final de la etapa temprana, es decir, es el primer paso para la concepción de una autoimagen partiendo de los cambios físicos sufridos en los años anteriores, y que se verán reforzados en el futuro.

La Adolescencia y la Autoestima

La autoestima se forma desde los primeros años de vida, en el proceso de crecimiento, y la interacción constante con los padres y personas alrededor, se van creando vínculos e influencias por parte de los adultos en los niños. Estos, conforme van creciendo van generando ideas y sacando conclusiones sobre quiénes son, etc.

Regresando al plano de los componentes externos de la autoestima, estos inician desde los gestos y actitudes expresados por los padres. Entonces al formular nuevos conceptos (componente interno) sobre si son amados y si merecen ser amados, llegan a la adolescencia con toda una carga de imágenes que hace que su autoestima crezca o baje según las situaciones que afronte más adelante.

Fridenberg (como se citó en Caso-Niebla et al., 2011), “El describiría al adolescente más específicamente en términos de desarrollo emocional, el efecto de los adolescentes sobre los adultos y la influencia de la escuela sobre la experiencia del adolescente y su autoestima”

Si para un adulto es “duro” una crítica sobre su persona, para un adolescente es un “golpe” que lo hace perder el equilibrio. La autoestima está formada por dos componentes, uno interno y otro externo. La parte interna en el adolescente está en

proceso de formación, en esta los pensamientos y fantasías están en constante elaboración y cambio. La parte externa es una de las principales causas de desajuste, generadora de conflictos. No quiere decir que sea la única, pero si es la que más abarca las cuestiones ambientales y sociales por la que pasa el joven.

“Un papel importante desempeña la retroalimentación recibida de otras personas significativas. Del entorno físico inmediato y de sí mismo, en la adquisición, mantenimiento y modificación de la autoestima” (Caso, N. J. y Hernández G. L., 2001) Es por eso que los adolescentes, están en constante valoración y análisis, a nivel cognición, sobre sí mismos y sobre el ambiente en el que se desenvuelven, generando así fluctuaciones en su autoestima.

Twenge y Campbell (como se citó en Rodríguez N. y Caño G., 2012), analizan que la adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma.

Como ya se ha mencionado el adolescente pasa por situaciones novedosas y a veces estresantes, dependiendo como lo evalúen, poniendo en desafío su propia percepción y estabilidad emocional, creando fluctuaciones en sus niveles de autoestima.

Coopersmith, Frydenberg (como se citan en Caso-Niebla et al., 2011) explican la relación entre la autoestima y el afrontamiento, uno atribuye la influencia del ambiente, la historia de éxito del niño y la forma como interpreta los fracasos, mientras que el otro propone que el adolescente al momento de afrontar una situación determinada, interpreta y evalúa características del ambiente, ya sea como amenaza, conflicto, peligro o desafío, o bien inofensivo.

Por lo tanto, la autoestima desempeña así un papel importante en la valoración inicial que hace el adolescente, en forma de cogniciones, de sí mismo ante las demandas situacionales. Si agregamos lo que menciona Bednar (también citado en Caso-Niebla et al., 2011), a esas cogniciones las acompañan emociones simultaneas, que definen su desempeño adaptativo.

En otras palabras, la autoestima en la etapa de adolescencia marca las pautas adaptativas y de realidad que el adolescente comenzará a manejar a lo largo de su desarrollo, por lo tanto, si la percepción que él tiene de sí mismo y del ambiente es desfavorable, buscará un medio de afrontamiento, “escape o desahogo” para equilibrar o expulsar esas ideas y emociones insoportables.

CAPÍTULO II. LA AUTOESTIMA

Definición y Naturaleza

Cuando se habla de autoestima generalmente se viene a la mente la frase “quererse o amarse”. Mézerville (2009) propone como definición de autoestima, “la percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida”.

Si a esta definición le agregamos lo expresado por Sánchez (2014), quien lo define desde la Psicología, “es la opinión emocional que las personas tienen de sí mismos, y que sobrepasan en sus causas la racionalización y lógica de dicho individuo, también puede expresarse como el amor que tenemos hacia nosotros mismos”. Ambas se complementan, mientras una nos habla sobre percepciones valorativas y el manejarse con propiedad y autonomía, la otra nos dice sobre la opinión emocional.

La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida del ser humano, principalmente basada en las experiencias, interpretadas en un diálogo interno como positivas o negativas. Los juicios influyen, ya sean propios o de terceras personas, quienes pueden llegar a poner condiciones para entablar una relación, disminuyendo o elevando la valía propia, influyendo en la autoestima.

Pope, McHale y Craighead (como se cita en Caso-Niebla, 1999), “puntualizan que la autoestima es una evaluación contenida en el auto concepto y procede de los sentimientos...”, es decir, cuando se realiza una evaluación de sí mismo, la parte afectiva que son los sentimientos y emociones intervienen. La autoestima evaluará dos vertientes, una objetiva y otra subjetiva, en otras palabras, un self real y un self ideal, creando una discrepancia, y dependiendo el grado de esta, se verá reflejado en el nivel de autoestima que tenga, a mayor discrepancia menor será el grado de autoestima y viceversa.

Branden (2017), en su modelo básico de autoestima, dice que su esencia es confiar en la propia mente y saber que se puede ser merecedor de la felicidad, hablando de una autoestima consumada, se puede decir que es “la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida”. Esto inspira o motiva a desarrollar un tipo de comportamiento, sin embargo, si

la conducta tiene resultados desagradables o dolorosos, se creará una desconfianza hacia la mente, hacia las creencias y hacia sí mismo, devaluando la autoestima y perdiendo esa “merecida felicidad”.

El auto concepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas sobre sí mismo, estas son el resultado de un análisis valorativo, de toda la información derivada de la propia experiencia y retroalimentación significativa que viva una persona. Dentro de este escalón se han distinguido los componentes físico, académico, personal y social, el termino autoestima, que aparece en la cumbre de la jerarquía, se ha empleado para referirse al componente global del auto concepto, sin embargo, se podría decir que es más transitoria, dependiente del contexto e inestable. (Rodríguez N. y Caño G., 2012)

Características de la Autoestima

Varios autores han hablado de dos aspectos o dimensiones importantes en la autoestima, uno interno y otro externo o ambiental. Todos llegan a la conclusión que la complementación de uno con el otro es lo que genera el “nivel o grado” de autoestima que posea una persona y a su vez da indicios de que sector o aspecto es el que debería reforzarse, para que, al entrelazarse una dimensión con la otra, se forme la autoestima que necesite cada individuo, de manera que exista una equidad de sus características individuales.

Alcántara (como se citó en Quispe Rojas, 2017), refiere tres componentes que forman la estructura de la autoestima, A) el cognitivo, que son los pensamientos, lo entrelaza con el auto concepto, que es como se considera una persona y en él se engloban las virtudes y defectos que cree poseer. B) el afectivo, que es la parte sentimental, se relaciona con la parte valorativa propia, ya sea positiva o negativa. C) el conductual, la forma de actuar, es la fuerza de voluntad y la toma de decisiones al efectuar alguna acción en un momento determinado, tratando de ser coherente, para así ser aceptados por los demás y por sí mismo.

La autoestima tiene dos aspectos interrelacionados: un sentido de eficacia o autoeficacia otro sentido de mérito personal o auto dignidad. En primero va encaminado a una confianza en el propio funcionamiento mental, es decir en la capacidad de pensar, comprender, juzgar y decidir sobre los hechos de la realidad que

estén dentro de los puntos de interés y necesidad de cada ser humano. Por otro lado, la auto dignidad se refiere a una seguridad de valía personal, es la actitud afirmativa de tener derecho a vivir y ser feliz. (Sepúlveda, 2013)

Ahora bien, la autoestima, se fundamenta de aspectos internos y externos. Los primeros son básicamente pensamientos e ideas que tiene el individuo sobre sí mismo y sobre quien es, muchas veces, regresando con los adolescentes, tienen ideas negativas o erróneas sobre ellos, basadas la mayoría de las veces de comentarios ajenos a su alrededor, estos comentarios, conforman el segundo aspecto, es decir lo externo. Todo lo expresado verbal y no verbalmente, es captado por los jóvenes, quienes interpretan y crean nuevos conceptos.

Las cuestiones físicas que proyecta una persona, si no está bien fortalecida su autoestima, siempre conllevaran comentarios positivos o negativos, estos al ser recibidos y desmenuzados en la mente del individuo, generaran ideas y conceptos nuevos sobre ellos mismos, lo cual los llevara a creerlos y proyectarlos, es decir la retroalimentación de un círculo vicioso. Existe una línea delgada entre lo que “yo creo de mi” y “lo que los demás dicen de mi”, muchas veces las personas suelen confundir estas dos vertientes. Suele haber introyectos respecto a quienes son y cómo deben comportarse, dejando a un lado quien es realmente.

“Afortunados son aquellos que, pese a los introyectos, no olvidan quienes son o reciben solo comentarios positivos y halagadores de su persona” (Sepúlveda, 2013). Sin embargo, incluso si solo reciben halagos, pueden caer en ideas de grandiosidad, saliéndose de los márgenes de la autoestima, creando una inestabilidad. Si una persona, quien tiene pensamientos negativos sobre si y los demás también opinan sobre él de una forma destructiva, la persona creerá que esto es cierto y se comportara de esa forma desvalorada. Por lo tanto, al querer hablar y trabajar sobre la autoestima se debe reforzar y complementar los dos componentes tanto internos como externos.

En cuento a lo que se refiere por negatividad, el término “crítica patológica”, acuñada por el psicólogo Eugene Sagan, la describe como la voz interior negativa que ataca, juzga y debilita la valía de cada persona cada día de su vida. Esta crítica utiliza como instrumentos las distorsiones cognitivas, que en realidad son malos hábitos de

pensamientos, usados de manera inmediata para interpretar la realidad de una forma irreal. (McKay, M. y Fanning, P., 2016) Estos son:

- 1. Sobregeneralización:** A partir de un hecho aislado se crea una regla universal. Una equivocación, un ligero error, la desaprobación o rechazo de otros, se interpreta como “todo me sale mal” o “Nadie me quiere”
- 2. Valoración global o etiquetaje:** Se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo de forma global. Si en algo el adolescente no tiene habilidad para realizarlo, se considera como alguien torpe o que fracasa.
- 3. Filtrado negativo:** Solo se destaca lo negativo de una situación sin considerar lo positivo que se puede tener.
- 4. Pensamiento polarizado:** es la interpretación en dos vertientes, por ejemplo, bueno o malo. Lo que implica que el adolescente se juzgara como fracasado o villano, al no alcanzar los estándares de triunfador o héroe.
- 5. Autoacusación:** Es el acto de culpabilizarse por todo, aunque no se tenga la responsabilidad por lo que ocurre, ejemplo, “Yo tengo la culpa de esto” o “Por mi culpa paso...”
- 6. Personalización:** el adolescente se convierte en el centro del universo, pero de forma desvalorizada, de manera que todo lo que ocurra a su alrededor, parecerá estar ligado a su conducta o valía personal.
- 7. Lectura del pensamiento:** Suposiciones sobre los pensamientos de las demás personas sobre su persona, sin evidencia o comprobación alguna, incitándolo a pensar que todos comparten una opinión negativa sobre él o ella.
- 8. Falacias de control:** es la sensación de omnipotencia y sobre responsabilidad sobre lo que ocurre alrededor del adolescente, lo cual lo llena de ansiedad, o a sentirse impotente y extremadamente controlado, lo que acentúa la inseguridad personal.
- 9. Razonamiento emocional:** es un universo emocional caótico, la parte racional esta silenciada y las emociones se convierten en criterios incuestionables de la realidad desvalorizada. (Mezerville, 2009)

Tipos de Autoestima

Si bien ya se ha mencionado que la autoestima, depende de varios componentes y dimensiones, también es importante mencionar que algunos textos manejan “tipos” de autoestima. Sánchez Barajas (2014) ve a la autoestima como una cualidad multidimensional, y que a pesar de que él argumenta que depende más del auto concepto, enmarca cuatro dimensiones o tipos de autoestima:

- I. Autoestima intelectual: es la valoración que cada persona hace de sus habilidades intelectuales, como conocer si disfruta al estudiar, o resolver algún crucigrama, hacer cálculos números o enseñar a alguien más sobre algún tema que domine.
- II. Autoestima físico-corporal: se define como valoración que cada individuo hace de sus habilidades de control sobre su cuerpo, y de la estética de este. En otras palabras, si le agrada como se ve, si cuida su cuerpo, su alimentación e higiene, incluso si es capaz de opinar sobre su aspecto y sobre el de los demás.
- III. Autoestima artística: es sobre las habilidades de expresión y apreciación del algún tipo de arte, va desde pintar, actuar, practicar algún tipo de danza, apreciar la música o tocar algún instrumento.
- IV. Autoestima afectivo-social: esta va encaminada a la conciencia y disfrute que tiene cada persona con respecto a sus habilidades para relacionarse con otros, y a su vez reconocer habilidades en otras personas.

En esta investigación es importante mencionarlos dada su relación con los niveles de la escalera que desarrollo Gaston de Merzerville, la cual el denominó “proceso de la autoestima”, que más adelante se ahondara más en ella y que pueden estar ligados de la siguiente manera: la autoestima intelectual, abarca la autovaloración; la autoestima físico-corporal enfocada a la autoimagen; la autoestima artística se enlaza con la autoconfianza; y la autoestima afectivo social tiene que ver con la autoconfianza y el autocontrol. De manera que en conjunto la persona se sienta auto realizada y con una autoestima plena.

Branden, en su libro “Los seis pilares de la Autoestima” hace referencia sobre una autoestima positiva, de la cual su importancia radica en la capacidad de un individuo en lucir y sentirse bien consigo mismo sin tener la necesidad de hacer sentir

mal a otro ser humano, siendo capaces de cuidar de sí mismos, es decir llegan a una independencia más allá de lo material. A diferencia de una negativa, en la cual se observa más bien en personas inseguras e incapaces de brindarse respeto a sí mismo, no permitiéndose vencer obstáculos (por ejemplo, la crítica patológica) ni buscar soluciones, encasillándose en sus fracasos o errores.

Factores de la Autoestima

Susan Harter (como se citó en Caso-Niebla, 1999), entiende a la autoestima de forma global, analizándola durante la niñez y la adolescencia, propone una jerarquía en la cual la autoestima global está en la parte más alta y en los niveles inferiores se encuentran las dimensiones o factores de competencia, aceptación social, apariencia física y comportamiento apropiado, en las cuales se recibe un apoyo social y un apoyo familiar.

Caso-Niebla en el año 1998 realizó dos estudios sobre la medición de la autoestima, uno referente a niños y otro con respecto a los adolescentes, tomó como base instrumentos que ya se conocían y los adaptó para darles una visión más amplia o darle una visión más global a la autoestima. Años después se realizaron actualizaciones de su segundo estudio de medición de la autoestima en adolescentes en colaboración con Hernandez-Guzman y Gonzales-Montesinos (2011).

Los factores que se plantean, desde la primera investigación que realizó Caso-Niebla, son cuatro, *percepción de sí mismo, percepción de competencia, relación familiar y manejo de emociones*; en la presente investigación se relacionaran dichos factores con el “proceso de la autoestima” que Gastón de Mezerville propone, y más adelante se explicaran con mayor profundidad.

- 1) Percepción de sí mismo: se considerarán las autopercepciones del individuo tanto negativas como positivas, siendo esta la parte evaluativa del Self. Visto desde el “proceso de la autoestima” quedaría empatado con el primer nivel o componente que propone Merzerville, la autoimagen, dado que este va encaminado con la imagen propia que tiene un individuo y el nivel de autoconocimiento que posea para así poder crear una percepción de sí mismo o un auto concepto real.

- 2) Percepción de competencia: ya sea en el ámbito escolar, donde el adolescente se siente orgulloso de su trabajo. Visto desde la visión del proceso de la autoestima, se puede relacionar con el tercer nivel que es la autoconfianza, es decir, “creer en sí mismo y en las propias capacidades” (Mezerville, 2009) y también se puede relacionar con el sexto componente que es la autorrealización, en el cual la importancia está en la expresión adecuada de las capacidades propias que sean satisfactorias para sí mismo y para los demás.
- 3) Relación familiar: el conflicto radica en el desempeño que tenga en la escuela y como será visto por su familia. Literalmente se basará en la parte relacional con los integrantes de su familia y este como la considera en su totalidad. Mezerville por su parte, en su segundo componente que es la autovaloración, expone que se trata de una apreciación como una persona importante para sí mismo y para los demás.
- 4) Manejo de emociones: anteriormente denominado este factor como “enojo”, se basa en la forma de actuar o reaccionar, dependiendo el ambiente donde se desenvuelva el adolescente, como se responsabiliza o no de sus conductas y las emociones que conlleva. Este a su vez se puede complementar con el cuarto y quinto nivel del proceso de la autoestima de Mezerville. Uno se trata del autocontrol que consiste en manejarse correctamente en la dimensión personal; y la autoafirmación, la cual se define “como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez” (Mezerville, 2009)

Niveles Hacia la Autoestima

Mézerville (2009) habla sobre conceptos interrelacionados que componen a la autoestima, y lo expresa de la siguiente manera, “me ha llevado a desarrollar sistemáticamente los seis componentes asociados más importantes, como parte de un proceso de interacciones ordenadas que permitan una mejor comprensión de la forma en que la autoestima se expresa y se consolida en el plano personal...Este modelo propio denominado *proceso de la autoestima*” (p.27). Estos componentes los considera desde dos perspectivas o dimensiones, la actitudinal inferida y la conductual

observable, cada una de estas dimensiones se subdivide en tres elementos, que son siguientes:

DIMENSIÓN	NIVELES	CONDUCTAS	PROBLEMAS
ACTITUDINAL (Inferido)	1. Autoimagen (autoconocimiento)	Conocerse	Autoengaño
	2. Autovaloración (autoaceptación/autor espeto)	Apreciarse	Autodevaluación
	3. Autoconfianza (seguridad personal)	Creer en si mismo	Inseguridad
CONDUCTUA L (Observable)	4. Autocontrol (autocuidado, autodisciplina, manejo de sí mismo)	Manejarse	Descontrol
	5. Autoafirmación (autodirección, asertividad personal)	Manifestarse	Autoanulación
	6. Autorrealizació n (autotrascendencia)	Proyectarse	Estancamiento
<u>TOTAL</u>	AUTOESTIMA	<i>Amarse</i>	<i>Autodesprecio</i>

“PROCESO DE AUTOESTIMA”, (Mezerville, 2009)

La Autoimagen

“La autoimagen consiste en la capacidad de verse a sí mismo no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es.” (Mézerville, 2009)

Puede considerarse al “autoconocimiento” como el primer escalón de la autoestima, inclusive muchos confunden el auto concepto con la autoimagen, y no está del todo equivocado, puesto que como lo expone Branden (como se citó en Mezerville, 2009), “...la autoestima no está ligada a la imagen de ser perfecto”. Esto quiere decir que parte de la imagen propia que el individuo tiene, debe haber un grado de conocimiento de el mismo, conocerse hasta en sus fallos y partiendo de ese punto generar la capacidad de verse de una manera realista, su imagen actual y crear un concepto de sí mismo para alcanzar una imagen potencial, en otras palabras, lo que puede llegar a ser.

Para cumplir lo que Branden menciona (como se citó en Mezerville, 2009) “las personas ven el mundo a través del filtro de sí mismas...”. Debe considerarse que la autoimagen se conforma de un autoconcepto generado de las percepciones propias de su pensar, sentir y actuar, y de un autoconocimiento, tanto de las posibilidades como limitaciones, fortalezas o debilidades. Ahora bien, en algunas ocasiones la falta de conocimiento de sí mismo, genera una autoestima inadecuada, deficiente, causada principalmente por el “autoengaño”. Este a su vez da una visión de inferioridad o superioridad, relacionadas con interpretaciones que se hacen de las expresiones verbales y no verbales de las demás personas que nos rodean, estas interpretación son fruto de un constructo personal, que pueden engrandecer a una persona haciéndola creer que es la mejor persona del mundo o inclusive un mal gesto puede atribuirse fácilmente a algún aspecto propio que refuerce una desvalorización generada de un concepto negativo que se tenga sobre sí mismo.

La falsa autoestima, creada del autoengaño, puede manifestarse en actitudes de arrogancia o sobreestimación de las capacidades. Suele ser común en los adolescentes, tras su búsqueda de identidad, criticarse de manera muy rigurosa, escuchan una voz negativa o patológica que no les permite avanzar, mientras unos admiran en exceso ciertas cualidades fisicas, ignorando los defectos evidentes, otros sobre enfatizan sus rasgos menos deseables.

Una parte importante de la autoimagen, es tener conocimiento de las capacidades y cualidades que se posea. La primera se refiere a aquellas aptitudes y habilidades que se puede identificar que un individuo posee y la segunda se refiere a la combinación de características que poseemos y nos hacen destacar de los demás. (Sánchez, 2014). Dentro de este descubrimiento y conocimiento de “mi persona”, debe iniciarse por reconocer la parte físico-corporal, la cual se constituye por la imagen externa o física que se muestra a los demás. Esta abarca desde el color piel, ojos o cabello, estatura, etc. hasta el número de lunares que tenga el rostro.

De ahí se puede pasar a identificar las preferencias, ya sean artísticas y/o intelectuales. Un joven puede disfrutar más ver una obra de teatro que una película, o inclusive otro puede preferir pasar su fin de semana leyendo un libro o redactando una historia, mientras que otro se siente más a gusto resolviendo problemas de matemáticas en su tiempo libre. El reconocer estas ligeras diferencias, empuja a dichos jóvenes a tener un concepto de ellos mismo y de la imagen que quieren alcanzar.

La Autovaloración

“La autovaloración es apreciarse como una persona importante para sí misma y para los demás” (Mézerville, 2009)

Los conceptos relacionados en este escalón son la autoaceptación y el autorespeto. Y en términos prácticos la autovaloración puede entenderse como un *percibir* con agrado esa imagen personal que el individuo tiene de sí. No simplemente se ve con claridad, sino que además valora positivamente aquello que ve, reaccionado con agrado ante la imagen que percibe de su propia personalidad (Mézerville, 2009).

La autovaloración implica la capacidad de relacionarse consigo mismo con un aprecio y agrado semejantes al que reservamos para nuestros grandes amigos. Sin embargo, para muchos individuos frecuentemente resulta más fácil apreciar a los amigos, que estimarse a ellos mismos, en este punto se encuentra una autodevaluación. Los sentimientos que generalmente lo acompañan son de autorechazo, lo que afecta en gran medida su capacidad para apreciar lo positivo de su vida.

Para poder llegar a una valoración propia adecuada, es de suma importancia tener bien esclarecido el primer escalón. Lo que respecta del auto concepto que es considerado el sistema de creencias que el individuo considera verdaderas sobre sí mismo, los cuales son resultados del análisis y autoconocimiento que tiene, entonces tomando en cuenta estos dos puede partir de la autoimagen que desea proyectar, generar un proceso de valoración.

La Autoconfianza

“La autoconfianza se caracteriza por creer que uno puede hacer bien distintas cosas y sentirse seguro de realizarlas” (Mézer ville, 2009)

Este nivel se traduce como en un “creer en sí mismo y en las propias capacidades” para enfrentar distintos retos que se van presentando en el trascurso de la vida. También puede motivar a las personas a buscar oportunidades que les permita demostrar sus áreas de competencia y a disfrutar generalmente lo que se hace.

Branden (como se cita en Mezerville, 2009) expone que “la eficacia personal no es la convicción de que no podemos cometer nunca un error, sino más bien la convicción de que somos capaces de pensar, juzgar, conocer y corregir nuestros errores”. Esto quiere decir que no necesariamente un individuo tiene que ser eficiente y capaz en todo lo que realice, sin embargo, la confianza surge de la capacidad de aprender lo que se necesite para conseguir los objetivos que se proponga. Todo esto encaminado a los intereses, valores o áreas del agrado de cada individuo para así concentrar y fortalecer habilidades.

La eficacia personal es igual a tener confianza en el funcionamiento propio, ya sea en pensamiento, comprensión, toma de decisiones e incluso tener confianza para entender hechos de la realidad que estén dentro del campo de interés y necesidades de cada persona.

Ser eficaz, es ser capaz de producir un resultado dado, Branden (2017), menciona que es la confianza en nuestra capacidad de aprender, de alcanzar lo que deseamos por medio de nuestras capacidades y habilidades, confiar en nuestros procesos mentales, mejorar gracias a los errores, ser consientes para dominar tareas y superar desafíos, es “*una disposición de esperar el éxito debido a nuestros esfuerzos*”.

La autoconfianza entra en juego cuando individuos que se desenvuelven en ciertas áreas están preparados para mostrar sus habilidades, sin embargo, la falta de confianza en sí mismos, hará que eviten situaciones donde tengan que mostrar sus capacidades por miedo al fracaso. Entonces, si el individuo es incapaz de superar sus fallos, la mayoría de las veces es a causa de su falta de confianza, ya que la *inseguridad* que posea es más grande que su fe en sus habilidades, presentando sentimientos de impotencia, incapacidad o ansiedad.

El Autocontrol

“El autocontrol consiste en manejarse correctamente en la dimensión personal, cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida” (Mézerville, 2009)

El autocontrol engloba diversos conceptos tales como son el autocuidado, la autodisciplina o manejo de sí mismo. Esto no significa que el individuo será tiranizado por el mismo, lo que ocurre es que, al ser consciente de sus habilidades y capacidades, también conocerá sus limitaciones y sus propios recursos, de manera tal, que será capaz de autorregular su conductas y vera por su propia seguridad, ya sea física como psicológica.

En algunas ocasiones, el adolescente, debido a su juventud pueden llegar a sentirse “indestructibles” o capaces de “tolerar cualquier cosa”. Lo cierto es que, aunque la juventud se imponga y puedan soportar desvelos, una alimentación inadecuada o no ingerir alimento alguno por horas, realizarse cortes en los brazos porque para ellos es “más tolerable” ese dolor, por poner algunos ejemplos, la mayoría no considera el cuidado de su cuerpo, cayendo en auto descuido.

La contraparte del autocontrol es el descontrol, este abarca el auto descuido y el sobre cuidado, dos extremos muy notables, mientras uno se relaciona con la falta de interés por sí mismo, desde conductas “simples” como son el no comer, no dormir adecuadamente o descansar, el otro punto nos habla de la exagerada preocupación por algún aspecto de la vida. Aspectos como dietas o ejercicios en exceso, también enmarcan un sobre cuidado prácticamente innecesario, puesto que de igual forma se están lastimando.

El descontrol puede reflejarse también en otras áreas, como lo es el manejo emocional, las relaciones interpersonales de tipo conflictivo, hábitos de trabajo y vida indisciplinados o la simple falta de organización tras la búsqueda de alguna meta. Si en un adulto ya es complicado llevar acabo alguna de las áreas antes mencionada, en el adolescente es aún más complejo, por lo tanto, si se inicia una base o con metas pequeñas que estén a su alcance comenzaran a practicar su autocontrol.

La Autoafirmación

“La autoafirmación puede definirse como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez” (Mézerville, 2009)

La característica de este escalón es la capacidad del individuo de manifestarse abiertamente al momento de expresar sus pensamientos, deseos o habilidades. Entre otras capacidades, que se relacionan con este escalón, son la autodirección y la asertividad. Este último concepto, utilizado en los últimos años en las escuelas, Herbert Fenterheim, proponente de la psicología de la asertividad, (como se cita en Mezerville, 2009), sostiene cuatro características que una persona asertiva posee. Estas abarcan desde el sentirse libre para expresar “este soy yo”, comunicarse con los demás sin temor, ser activo ante la vida y actuar sin juzgar, ya sea que gane o pierda.

La relación que existe entre la asertividad y la autoafirmación, no solo tiene que ver que el primer concepto es un anglicismo que al español se traduce como afirmarse, sino también tiene que ver con conceptos previos como lo son el autorespeto, puesto como lo dice el Dr. Branden, “si me respeto y exijo a los demás que me traten con respeto, me mostraré y comportaré de manera que aumente la probabilidad de que los demás respondan en forma apropiada...”, por lo tanto todo dependerá del grado de afirmación que tenga el adolescente de sí mismo.

La autodignidad o respeto a uno mismo, es la convicción de valía personal, el considerarse merecedor de premios o felicidad, en otras palabras, actuar con coherencia, que confirme y refuerce ese respeto, si no se logra este auto respeto, se reforzara la negatividad y no la consideración de ser buenos, la tendencia a juzgarse, hace que el respeto por uno mismo sufra cuando se fracasa al satisfacer algún estándar, creando un vacío entre los ideales y la práctica, (Branden, 2017)

La maduración es un proceso que como se sabe que va adquiriendo con el paso del tiempo, sin embargo, en cada etapa de la vida de las personas existe un grado más de maduración. No importa la edad, la capacidad de autoafirmación o la habilidad de tomar decisiones, así sean para realizar conductas simples, como elegir la ropa que vestirán, los lleva a reafirmarse como personas. Sin embargo, aquella persona con una estima personal pobre, en vez de autoafirmarse, lo que hará, será lo contrario, autoanularse, es decir, no se manifestará como es realmente o no se expresará de manera congruente con lo que siente y piensa. Incluso podrá caer en una dependencia hacia los demás en cuanto a la toma de decisiones.

La Autorrealización

“La autorrealización consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades propias, para vivir una vida satisfactoria que sea de provecho para uno mismo y para los demás” (Mézerville, 2009)

La realización personal implica la entrega de lo mejor de la persona al proyecto vital de su existencia, para así generar y transmitir vida a otros que resulten enriquecidos por ella. Le permite al individuo trascender en todo lo que hace más allá de sí mismo y transmitir ciertas características suyas por medio de las acciones que realiza. Todo esto podría sonar o establecerse al casi final de la vida de una persona, cuando ya ha realizado o alcanzado un plan de vida que se propuso. Y es posible que se visualice a una persona madura no solo en edad, sino también en experiencias.

En los adolescentes, es muy probable que no piensen en la trascendencia más allá de ellos mismos, sin embargo, si pasan por su mente cuestionamientos sobre qué es lo que quieren hacer, quienes son, etc. Estas interrogantes muy comunes en cualquier ser humano, son las que inician este camino hacia la autorrealización. Pasan por una sensación agobiante de estancamiento, en el cual “no saben qué hacer”.

La autorrealización es el último escalón de la autoestima, incluso se podría pensar que enmarca la totalidad de esta, pues engloba todo los demás escalones más un extra o un punto más, por lo tanto, si el adolescente no tiene los cimientos necesarios para estimarse a sí mismo, no podrá tener una clara visión de la realización personal a la que quiere alcanzar, necesita tener consciencia de quien es, y esto lo lograra a través de los demás escalones, de modo que pueda proyectarse en formas

concretas por medio de distintas áreas de interés, aptitudes o compromisos que le resulten significativos. Esto les permitirá realizarse tanto en cosas grandes como pequeñas, y así experimentar la satisfacción de sus logros que va dejando.

Autoestima Baja

Tomando en cuenta los niveles de la autoestima antes mencionados, sino se desarrollan de la manera más sana posible, se pueden desarrollar los “problemas”, como lo es el autoengaño, la autodevaluación, autoanulación, etcétera. Estos son los que llevan a desarrollar una autoestima baja.

La clasificación de la autoestima puede estar entre dos vertientes, alta o baja, entonces ¿si una persona es retraída o no habla, tiene autoestima baja, pero si la persona es sociable y segura de lo que dice, su autoestima es alta? En realidad, no es tan simple, puede ser, que un individuo no tema decir lo que piense sobre un tema, sin embargo, muy en el fondo no soporta verse al espejo, ya que su apariencia le es desagradable. Un solo aspecto no define o da valor absoluto al grado de autoestima que tiene una persona, en gran medida esto dependerá de los recursos, las habilidades y capacidades que tenga.

A lo largo de los años conocer el nivel o grado de autoestima que tiene una persona, ha sido tema de varias investigaciones, que van desde psicólogos, psiquiatras, hasta pedagogos o especialistas en educación, y la mayoría se basan en ciertos aspectos o factores que les interesó investigar, obteniendo un resultado esperado según sea su campo, sin embargo a la hora de hablar de medición la mayoría cae en niveles alto y bajo, como lo dijo Sánchez, (2014) “La autoestima ha sido abordada hasta ahora como una cualidad que cambia su valor absoluto solo en dos sentidos: hacia arriba y hacia abajo”, pero , ¿acaso no podría haber otras terminaciones?

MMIRBET S.A.C. (como se citó en Quispe Rojas, 2017), señala que, si una persona se considera valiosa para el mismo y con los demás, podemos decir que tiene una buena o alta autoestima; pero si la persona no se valorara ni se siente capaz de realizar algo por si misma porque se siente poco productiva quiere decir que tiene una no tan buena o baja autoestima.

Rosenthal y Simeonsson (como se citó en Quispe Rojas, 2017), señaló “las personas con baja autoestima muestran una identidad cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía”. En otras palabras, son personas temerosas, que se minimizan, y se aíslan de los demás. No tienen control de sus vidas y se dejan manipular por otros dada su actitud reprimida y su miedo al rechazo.

Monge (202), explica que una de las causas más habituales de baja autoestima es la conciencia auto agresiva de los errores cometidos en la vida. El autculpabilizarse por las conductas equivocadas que se realizaron en la búsqueda de algún fin que traería felicidad o bienestar y no resultó así. Por aprendizaje de años atrás, desde niños, se cree que el cometer un error o fallar es algo malo, lo que genera en el niño una creencia de que él es malo. Y hablando de autoestima, no importan los errores o fracasos, o incluso los éxitos, sino la forma como se consideren o interpreten ambos, eso es lo que formara una autoestima buena (alta) o mala (baja).

Molina, Baldares y Maya (Quispe, 2017) atribuyen que “La persona de alta autoestima no es más que el mismo, se valora, se respeta, se conoce, no se cree la persona perfecta ya que sabe conocer que como todo ser humano tiene sus defectos, sin embargo, esto no lo hace menos que los demás”. Por lo tanto, los adolescentes con niveles de autoestima inferior, son más vulnerables al impacto de las experiencias situacionales que los presentan una mayor autoestima.

El significado de la palabra “Deficiencia”, es f. defecto o imperfección, Adj. Que tiene algún defecto o que no alcanza el nivel considerado anormal. Según la ONU,” Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”, entonces, si un individuo no cumple con todos los niveles o escalones que marcan o establecen varios autores sobre poseer una autoestima Alta o Normal, o pierde toda confianza en sí mismo, en sus capacidades etc., quiere decir, que la persona está en una deficiencia de su autoestima.

La autoestima como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, forma parte del desarrollo humano, involucrando contextos con los que interactúa un individuo a lo largo de su vida. En la adolescencia, por ejemplo, predominan el

contexto familiar, escolar y filial, por lo tanto, en los estudios sobre autoestima adolescente, se relaciona a la parte positiva con el rendimiento exitoso escolar y familiar, y se asocia lo negativo con la disfunción personal, como la depresión, entre otras (Caso-Niebla, Hernández-Guzmán y González- Montesinos, 2011). Esta parte negativa, podría llegar a abarcar conductas autodestructivas, incluidas las conductas de cortarse, creando así una disfuncionalidad en la autoestima.

Una autoestima deficiente o baja puede influir en muchos ámbitos de la vida cotidiana, en los pensamientos, sentimientos, relaciones y comportamientos. Branden (como se citó en García, 2002) detalla algunos síntomas que indican que una persona tiene baja autoestima: Autocrítica rigurosa, hipersensibilidad a la crítica de los demás, indecisión crónica, deseo excesivo de complacer, perfeccionismo, culpabilidad neurótica, hostilidad flotante y tendencias defensivas.

Cuando la autoestima es “baja”, la resistencia para afrontar las adversidades de la vida disminuye, de ahí el por qué se considera “baja”. Si una persona se siente incapaz de enfrentar estos desafíos, no tiene confianza en sí misma, ni en su mente, entonces se reconoce que tiene una autoestima deficiente, independientemente de que tenga otras cualidades. Esto es así dado a su falta de sentido básico de respeto hacia sí mismo y la reafirmación de sus carencias en su forma de pensar.

Autodesprecio vs Autoestima

La persona que se autodesprecia, aun cuando llegue alcanzar diversos logros que podría hacerlo feliz, renunciara a esa felicidad mediante conductas autodestructivas, pues se cree o se siente indigno de ser feliz. El Dr. Branden, (como se citó en Mézerville, 2009) “independiente del contexto en que se dé el comportamiento autodestructivo, o la forma que se tenga, el origen de tal comportamiento es el mismo: una baja autoestima. Porque es la baja autoestima la que nos provoca una relación contraria a nuestro bienestar”

El sentimiento de autodesprecio puede desencadenar conductas autodestructivas, incluso llegar a casos extremos como el suicidio. Por otra parte, en situaciones menos graves, aunque si patológicas, las actitudes inconscientes de autodesprecio tienden a reflejarse en comportamiento autodestructivo de tipo vicioso,

en patrones conflictivos de relación interpersonal que provocan reacciones agresivas contra sí mismo.

Las conductas autolesivas de cutting, son estos comportamientos autodestructivos de tipo vicioso, desencadenando un patrón conflictivo, que provocan estas reacciones agresivas hacia sí mismos, el acto de cortarse. Por lo tanto, si un adolescente tiene una autoestima baja o deficiente, es decir no se cumple apropiadamente los escalones que Mézerville menciona, esto quiere decir entonces que la persona se posiciona en la contraparte de dichos escalones, el autodesprecio, que a su vez lo manifiesta en un comportamiento autodestructivo que son el acto de cortarse.

Enfoques del Proceso de la Autoestima

Mezerville (1993) marca tres enfoques para la utilización del “proceso de la autoestima” o niveles que propone en su “escalera” sobre la autoestima. Tales enfoques pueden ser guías, dependiendo la situación o la visión que se quiera dar para un mejor rendimiento en la búsqueda de una autoestima favorable. Estos enfoques son: educativo, correctivo y terapéutico.

Enfoque educativo, tomando como base los niveles de autoestima que propone Mezerville, su objetivo principal o base, es el desarrollar mediante módulos, el aprendizaje de cada uno de los componentes de la autoestima, iniciando por la definición para pasar a los problemas (Mezerville, 1993), por ejemplo, definir o explicar que es la autoimagen, como está relacionado el autoconocimiento en este apartado y también como la falta de conocimiento de sí mismo puede llegar a generar el problema del autoengaño.

Enfoque correctivo, va en sentido contrario al educativo, en este se inicia desde la parte de los problemas: el autoengaño, la autodevaluación, la inseguridad, el descontrol, la autoanulación, el estancamiento y el auto desprecio. Asociándolos con su contraparte que son las conductas, como lo son el conocerse, apreciarse, etc., por lo tanto, que se pretende es hacer que la persona se dé cuenta cual es el área donde presenta más “problemas” para que así se pueda proponer metas conductuales (viables, reales y corto plazo) para que exista un cambio en al área de su autoestima que necesita mejorar. (Mezerville, 2009)

Enfoque terapéutico, en este enfoque es importante manejar el “proceso de la autoestima” por bloques, es decir utilizar las dimensiones actitudinal y conductual (inferido y observable). Aplicándolo de abajo hacia arriba y después revertirla sucesivamente para así lograr superar situaciones patológicas. (Mezerville, 1993). Es decir, se puede ir individualmente por nivel, teniendo como centro la dimensión en la que se va a desarrollar cada escalón, de manera que se trabajen los bloques enteros y a su vez se modifica o mejora la autoestima en general.

La importancia de este enfoque radica en la manera como va generando los cambios, dado que inicia de abajo hacia arriba, esto quiere decir que va de lo conductual a lo actitudinal, modificando primero la conducta, lo cual como dice Branden (citado en Mezerville, 2009) “el nivel de nuestra autoestima influye en nuestra forma de actuar y nuestra forma de actuar influye en el nivel de nuestra autoestima”, es decir, si es posible modificar una conducta negativa por una positiva, es posible entonces alterar la actitud con la que se realiza tal conducta, cambiando creencias erróneas y así mejorar la autoestima.

Enfoque Cognitivo Conductual y la Autoestima

Tomando en cuenta lo que dice Branden sobre los “mecanismos de defensa de la autoestima”, no es erróneo pensar que los mecanismos son de utilidad para las personas al protegerse de alguna situación insoportable que lastime su autoestima. De hecho, la comparación que hace sobre estos es muy coherente, si lo trasladamos a la adolescencia, punto crítico de la juventud, en esa etapa los jóvenes pasan por muchas situaciones atenuantes que los lleva a recurrir a estos mecanismos. Los cuales salen a flote, a causa de ciertas situaciones como pueden ser: a) comentarios negativos hacia su persona, b) poco conocimiento sobre sus emociones y c) poco manejo de estas o falta de expresión de las mismas, etc. por poner algunos ejemplos.

En ocasiones la parte cognitiva sale a flote como respuesta a los comentarios negativos de terceros, creando pensamientos o etiquetas distorsionadas sobre su persona, afectando su valía personal o autoestima, los adolescentes son susceptibles a este tipo de críticas internas puesto que inician o están pasando por una crisis multidimensional, quedándose en ocasiones sin herramientas para responder a tales amenazas.

Las teorías cognitivas, enfatizan en los pensamientos conscientes más que los inconscientes. Iniciando con Piaget, el cual decía que las personas construyen activamente su comprensión del mundo, nos brinda cuatro niveles, en el último, que es la etapa de la adolescencia (operaciones formales), el joven piensa de una manera más abstracta y lógica, elabora imágenes mentales de situaciones hipotéticas, reflexiona ideales, etc. Nos denota la importancia de la cognición en esta etapa de cambio y crisis.

Los psicólogos McKay y Fanning, parten de la premisa que “la autoestima proviene de las circunstancias de la vida...” y que estas la determinan, por lo tanto, lo que se tendría que hacer es cambiar dichas circunstancias, sin embargo, no es así de simple, dado que también influyen las ideas, los pensamientos, por lo tanto, lo que se debe cambiar es la cognición, así cambia la percepción y mejora la autoestima. (McKay, M. y Fanning, P., 2016)

En el segundo capítulo de este trabajo, dentro de las características de la autoestima, se mencionaron tres componentes, uno de ellos es el cognitivo, del cual se entrelaza con el autoconcepto, que es un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas de sí mismo, resultado de una análisis valorativo de toda la información derivada de la propia experiencia (Rodríguez, N: y Caño, G., 2012); este a su vez, está dentro del primer nivel del proceso de autoestima que maneja Mezerville, en el cual las percepciones son parte fundamental en la creación de la autoestima.

La crítica patológica, como igual ya se mencionó en capítulos anteriores, ataca, juzga y debilita la valía personal, es parte de una distorsión cognitiva que la persona, en este caso, el adolescente cree verdadero de sí mismo, de esta manera comenzará una deficiencia en su autoestima.

Las técnicas cognitivas estructuradas que exponen McKay y Fanning (2016) en su libro “Autoestima”, inician con una exploración a esa voz interior negativa (crítica patológica), personalizándola y notando su función principal, puesto que la voz en realidad esconde o compensa de algún modo un miedo, un rechazo, alguna culpa, etc. Después se discute, de forma sistemática las distorsiones cognitivas, en otras palabras, definir los conceptos o etiquetas que la persona se ha autoimpuesto y cambiarlas a un lenguaje más preciso y no generalizado. Para finalizar con una autoevaluación exacta

y “compasiva”, resaltando los puntos fuertes en vez de la negatividad, de esa manera alcanzar la autoaceptación, promoviendo un dialogo interno más constructivo y por ende mejorar la autoestima.

Tomando como punto de partida estas técnicas cognitivas, un adolescente que tiene conductas autodestructivas de cortarse, podrá ser capaz de combatir dichas conductas desde el interior, es decir, si su cognición negativa sobre sí mismo pasa por el proceso antes mencionado, será capaz de detener los cortes gracias a la mejora de su autoestima. Si cambia el pensamiento, cambia la creencia de sí mismo y se genera una autoaceptación y valoración adecuada, y es posible que detenga tales conductas autodestructivas.

CAPÍTULO III. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DE CORTARSE

Definición y Tipos

La palabra destrucción, está relacionada o trae una connotación negativa, pues tan solo el hecho de escucharla, de inmediato se vienen a la mente imágenes de desastres, cambios bruscos, peligro, etc. Usualmente esta palabra suele encontrarse en la descripción de algún desastre natural, o incluso en la demolición de algún edificio, sin embargo, cuando se habla de una persona que se lastima a sí misma, se le denomina como una conducta autodestructiva.

Castro, K., Kirchner, T. & Planellas, I. (2014), abordan la conducta autodestructiva o CA, “como toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos directos e indirectos y aspectos psicológicos”. Las CA directas, se relacionan en la conducta y la consecuencia física inmediata, como lo son los golpes o cortes, las indirectas son más tardadas y acumulativas, un ejemplo es el consumo de drogas. Por ultimo está el aspecto psicológico, las cuales van más encaminadas al autocastigo y emociones autodestructivas, tales como la envidia, vergüenza y culpa, etc.

Nock & Prinstein; Rodham, Hawton & Evans; y Mikolajczak, (como se citó en Castro, K. et al.,2014), plantean que muchos adolescentes que se dañan a sí mismos lo hacen como un intento de regular sus emociones y que las autolesiones pueden ser métodos disfuncionales de hacer frente a las emociones negativas o intentos desesperados por disminuir o regular los sentimientos negativos exacerbados mediante estrategias de afrontamiento emocionales ineficaces como autoculparse y sentirse impotentes.

Según el sitio web Eating Disorders Review (2018), una de las formas de tomar el control y proporcionar un alivio temporal a los niveles de estrés por los que pasa el adolescente por diversas situaciones, es mediante atracones o limitar la ingesta de alimentos, llegando incluso a desarrollar trastornos alimenticios tales como la anorexia y la bulimia, los cuales son comportamientos autodestructivos. Dichas

conductas pueden ser riesgosas o fatales, puesto que son impulsivos o compulsivos, incluso siendo propensos a intentos suicidas.

Ulriksen y Le Breton, (citados en Seoane, 2015) definen estas conductas de riesgo, el primero las plantea como “conductas adolescentes que ponen en jaque la vida, la salud, la integridad física y psíquica...”, mientras que el otro autor las define como “acciones desarrolladas por el joven, solo o con otros, que pone su vida en peligro físico o moral... se resuelven en un accionar que descarga la tensión proveniente de la imposibilidad de pensar el hecho.” Ambos consideran la crisis por la que el joven pasa, de acuerdo con Le Breton, la intención no es morir, sino de poner a prueba su determinación personal, relacionado con el sentimiento de ser indestructible, propio de la etapa, siendo estas conductas como una traducción a un grito ahogado, sufrimiento, mezclado en una búsqueda que solo encuentra significado después del hecho.

Aquellos que utilizan estrategias no constructivas como lo son la evasión o respuestas negativas a nivel emocional o cognitivo, aceptación-resignación, descarga o ventilación emocional, pensamiento fantasioso y culparse o criticarse a sí mismo tienen un mayor riesgo psicopatológico (Castro, K. et al., 2014) Una estrategia de afrontamiento ante eventos estresantes pueden ser las conductas de riesgo, su tendencia repetitiva se debe a su experiencia emocional que genera. De acuerdo con Carrera y colaboradores (como se citó en Cortez 2015) la experiencia emocional vivida y recordada por el adolescente predice e impulsa la repetición de las conductas de riesgo para experimentar la misma sensación y emoción inicial aun sabiendo las consecuencias de la conducta.

La dificultad de regular emociones es un factor común en los jóvenes al efectuar estrategias de afrontamiento peligrosas o como bien ya se mencionó, los encamina a desarrollar conductas riesgosas, que, si bien son repetitivas, llevan un desfogue momentáneo de sus problemas o preocupaciones, entonces el autolesionarse puede funcionar como un mecanismo para tratar con emociones abrumadoras.

Las conductas autodestructivas, son más frecuentes de lo que se cree y tienen distintas formas de expresarse: comer en exceso, fumar, beber mucho alcohol, consumir drogas, jugar de modo patológico, sostener relaciones de pareja

perjudiciales, no prestar atención a síntomas corporales, mantener vínculos nocivos, no tomar los medicamentos de manera correcta, posponer lo importante, tener accidentes, buscar situaciones de riesgo, etc. Abdala, en su artículo (2013) menciona que distintos investigadores han reconocido como causas frecuentes de esas conductas a los sentimientos de desesperanza, la baja autoestima (la cual es parte fundamental en esta investigación), la frustración prolongada, la ansiedad y la depresión, muchas veces oculta.

Los comportamientos impulsivos y autodestructivos no tienen que ser abiertos o visibles, algunos adolescentes que se cortan de forma autodestructiva, pueden hacerlo en áreas cubiertas de ropa o poco visibles. Golpearse la cabeza, es un ejemplo claro de dolor físico que ayuda a aliviar el dolor emocional por un lapso breve de tiempo. De esta forma, un comportamiento que podría parecer un accidente podría ser en realidad intencionalmente autodestructivo, algunos ejemplos incluyen la caída por las escaleras o tropezar con mesas o golpearse con paredes.

Elías Norberto Abdala, propone en su artículo “Conductas Autodestructivas” (2013), que dichas conductas tienen tres particularidades: 1) las mismas se realizan a pesar de ser reconocidas como no sanas o dañinas, 2) la mayoría están motivadas para encontrar placer o alivio en un corto plazo y 3) reflejan conflictos internos quizás desconocidos para el sujeto pero que en ese comportamiento encuentra un bálsamo transitorio.

El beneficio o placer que se obtiene al realizar alguna de estas conductas autodestructivas son lo que las lleva a mantenerse, también existe el hecho de una falta de interés o inconsciencias al practicar tales conductas, puesto que podrían verse como inofensivos, es decir, si se conoce que no es prudente manejar de manera acelerada o no ponerse el cinturón de seguridad, y sin embargo, por momentos se efectúan tales comportamientos, en un primer instante puede ser que no suceda nada, sin embargo, a largo plazo puede ser perjudicial al grado de provocar un accidente y salir lastimado.

Una conducta autodestructiva más directa como lo es el acto de cortarse, en un primer corte puede parecer poco perjudicial, sin embargo, la repetición del mismo con el paso del tiempo puede llegar a ser grave. Todo dependerá de la intensidad de la

emoción, estrés, o conflicto del cual se quiera una solución “rápida” o bien del sentimiento de ser autocastigado.

El riesgo de un comportamiento auto-destructivo se multiplica si el adolescente ha experimentado varios acontecimientos estresantes en un período de tiempo corto. 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”, y pretende según Rojas (2002), “...aliviar un dolor emocional insoportable, paradójicamente, es una forma de auto preservación”

Conductas Autolesivas

La Dra. Santos Bernard menciona que la autolesión incluye la palabra “auto”, lo que da a entender que uno mismo lo hace, que se considera repetitiva, ya que se realiza con frecuencia y se piensa en ella, aunque no se esté haciendo. Por otro lado, las emociones no expresadas son las que se vuelven intolerables e imposible de manejar adecuadamente, estas pueden ser tristeza, ansiedad, soledad, enojo, miedo, frustración, apatía, etc. (2016)

Karen Conteri y Wendy Lader (como se citaron en Mosquera, 2008) definen al daño autoinfligido, como una mutilación intencionada del cuerpo o parte de este, sin la intención de quitarse la vida, sino como una forma de manejar emociones doloras en extremo que no puedan ser expresadas de manera convencional con palabras y las cuales pueden ser el cortar la piel o quemarla, etc. Esto es así dado que para muchas personas es más fácil tolerar el dolor físico que un dolor emocional, puesto que al ser “papable” el dolor, podría sanar o sabrían como curarlo a diferencia de una emoción que los dejaría confusos con el siguiente paso a dar.

Testimonio de un paciente de 21 años: “¿Que por qué me autolesiono? Para tener lo que merezco. Cuando me lesiono pienso merezco eso y mucho más. Me suelo autolesionar cuando me siento culpable, cuando estoy enfadad, cuando me ilusiono con alguien y me falla... puede ser por cualquier cosa. Si discuten en casa me suelo cortar porque me siento muy mal, creo que soy la causante de las discusiones. Ya no

saben qué hacer conmigo, pero yo no puedo dejar de pensar que merezco un castigo”
(Mosquera, 2008)

Existen una inmensidad de testimonios similares al de este paciente, mostrando dolor, culpa, confusión, o como en este caso castigo, merecer el “corte en la piel”, la falta de recursos adaptativos se ve reflejado, la falla en sus mecanismos y el sentimiento de ser castigados, llevan a la persona a la destrucción. Como ya se mencionó, el auto despreció, puede generar creencias de ser indigno a la felicidad, desencadenado comportamientos autodestructivos.

Las conductas autolesivas tienen tres componentes, la dirección, referente a la intención, si esta es directa, su intención se logra en un lapso de tiempo corto y se está consciente de los efectos autodestructivo que a propósito se busca, de no ser así se considera indirecto. El segundo punto es la letalidad, si se piensa o no en la posibilidad de morir y por último la repetitividad, factor importante, que como ya se ha mencionado está presente en este tipo de conductas. (Santos Bernard, 2016)

Se ha mencionado que existen más de una forma de causarse daño propio, o de autodestruirse, sin embargo, los motivos pueden ser variados, uno de ellos es el “copiar o aprender” a cortarse, ya sea como un medio de identificación o para encajar en algún grupo, es importante mencionar que aquel que solo “copia” puede experimentar dolor y dejar de hacerlo, a diferencia de aquel que ve los “cortes” como una estrategia, este recurrirá a repetirlo para sentirse “aliviado”.

Estas conductas se clasifican en tres tipos, considerando el estado mental, emocional, y nivel de daño en el tejido del cuerpo. Primero está la autolesión típica o moderada/superficial, esta se presenta en una población en general, cuando alguien deliberadamente por su cuenta se hace daño en su cuerpo, de forma compulsiva, episódica o repetitiva. Causando una herida que puede resultar en cicatriz o marca. En este tipo la parte emocional es la determina la acción y enmascara la emoción intolerable.

El segundo tipo es una autolesión psicótica, atípica o mayor. Que es una perturbación grave en la realidad de una persona y ocurren estas conductas dentro de un estado psicótico pudiendo llegar a ser extremas, como es la amputación de alguna

parte de cuerpo. Por último está el tipo orgánico o estereotipada, muy común en personas con retraso mental o síndrome de índole genético. (Santo Bernard, 2016)

Conductas de Cortes

Considerando lo antes mencionado se puede decir que las conductas de cortarse son comportamientos autodestructivos del tipo autolesivo típico, puesto que son deliberadas y realizadas por acción propia, para evadir una emoción intolerable. Por lo tanto, son de intención directa, del tipo repetitivo y de baja a media letalidad.

Si bien ya se ha mencionado de como el juicio de personas ajenas pueden influir en la forma como una persona piensa de sí mismo, elevando o disminuyendo su autoestima, es importante resaltar, ya dentro de una conducta autolesiva o mejor dicho autodestructiva, que el individuo que realiza tales conductas, duda de sí mismo y sobrevalora las palabras de aquellos que le rodean.

Como ya se mencionó, la crítica patológica devalúa a la persona desde el interior, es decir, una autocrítica destructiva puede aplacar sentimientos intensos hacia otras personas como la cólera, proyectándolos hacia sí mismo para así poder desahogarse y reducir la tensión, sin entender realmente la verdadera causa a tales sentimientos sofocantes.

La sobregeneralización, expuesta en subtemas anteriores, se enfoca en los errores o rechazo de terceros, entonces, un comentario o una acción que se haya dado por cualquier tema, puede ser personalizado e interpretado por un individuo con una intensidad mayor a la real y acaban convirtiéndose en pensamientos negativos intolerables, así de simple una crítica como “no tienes ni idea”, “esto así no se hace”, o “está mal” se puede convertir en una confirmación de lo que la persona ya piensa de sí misma, incluso volviéndose en una autocrítica destructiva que necesitara ser frenada, en este caso por medio de conductas de cortes.

Si recordamos las dos dimensiones de la autoestima, interna y externa, las conductas autolesivas (autodestructivas) también poseen una dimensión externa, además claro está de la dimensión interna que tiene que ver con la parte emocional. La parte externa tiene que ver un poco con el control, como menciona Mosquera (2008), ella menciona que para algunas personas dejar de cortarse o hacerse daño, los

demás se olvidaran de ellos, puesto que han aprendido que la acción autolesiva tiene como respuesta atención por parte de los demás. Esto solo refuerza el hecho de que “las palabras” no las ven como solución, desencadenado aún más las conductas de cortarse.

Mosquera (2008) maneja una metáfora de un “volcán”, ella expone que las personas sufren tanto en su interior, que van acumulando al grado de explotar, como lo hace una olla exprés, puesto que no poseen medio de afrontación adaptativa o tiene una dificultad de verbalizar sus emociones, esta presión se vuelve insostenible que tiene que salir, y ella maneja esta acumulación como el primer episodio autolesivo o autodestructivo, cuando surge la necesidad de castigo, sin embargo, esto no termina ahí, ya que al ser un alivio temporal, se generara culpa, volviéndose un ciclo:

“culpa - necesidad de castigo – autolesión - culpa por comportamiento extraño - vergüenza - tiempo de tregua y/o reflexión con posible petición de ayuda y si no la piden vuelta a empezar” (Mosquera, 2008)

La culpa, se esconde tras esa distorsión cognitiva que utiliza la crítica patológica para que la persona o en este caso el adolescente no salga de ese ciclo, pues a escuchar diariamente esos términos peyorativos hacia su persona lo único viable para sentir alivio es el “corte”.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación

El enfoque mixto, Hernández Sampieri, (2004) menciona que es la integración entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. Ambos se combinan en todo el proceso de investigación o en la mayoría de las etapas, de manera que la investigación oscila entre los esquemas de pensamiento inductivo y deductivo

El enfoque que se adecua más a esta investigación es el mixto, debido a la utilización de instrumentos (cuantitativo) de tipo Likert que arrojan datos específicos para la creación de gráficas que ejemplificarán las áreas o factores que se encuentran afectados por una baja autoestima. Además de que se efectuaron entrevistas semiestructuradas (cualitativo) para la verificación de respuestas y recabar información adicional que esclarezca los objetivos propuestos. de esta manera se logró una mejor correlación de datos y estableció el patrón que sugiere la hipótesis planteada *“mientras exista una autoestima baja, mayor será la probabilidad de que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan...”*

Una investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Esto se debe a que se basa en la observación de un fenómeno en su contexto o situaciones que ya han ocurrido. En esta investigación las variables ya han ocurrido, por lo tanto, no es posible manipularlas, ni influir sobre ellas. (Sampieri, 2004)

En esta investigación lo que se pretendió fue “establecer la relación que hay entre una autoestima baja y las prácticas de conductas autodestructivas de cortarse en los adolescentes de 14 y 15 años”, en alumnos que ya presentaban dichas prácticas o conductas autodestructivas de cortarse, motivo por el cual no se llevó a cabo una intervención o se intentó interactuar con las variables, tan solo se realizó una observación de lo que ya sucede y una evaluación de la autoestima que permita obtener la relación que se tiene por objetivo.

Dentro de las investigaciones no experimentales, están los diseños de investigación transversal, en la cual se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es “describir y analizar su incidencia e interrelación en un

momento dado” (Sampieri, 2004). Otra categoría en los diseños transversales, se encuentran los *correlaciones-causales*. Estos diseños describen las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.

En otras palabras, se llevó a cabo una investigación no experimental transversal correlacional debido a que solo se recolectaron datos de un momento determinado de los adolescentes de 14 a 15 años que practicaban conductas autodestructivas de cortarse, motivo por el cual se eligió el tercer año de secundaria, puesto que los maestros tenían dos años de experiencia con sus alumnos y detectaron a los alumnos con “cortes” (conductas autodestructivas de cortarse).

En cuanto al tipo de investigación, Danhke, (como se cita en Sampieri, 2004) menciona que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Además, también es posible llegar a ofrecer la posibilidad de realizar predicciones o relaciones, aunque sean poco elaboradas. Mientras que los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre dos variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una única investigación, de igual forma, intentará predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la(s) variable(s) relacionada(s). (Sampieri, 2004)

Esta investigación fue del tipo descriptivo correlacional, dada esta razón, la investigación inició como descriptiva, ya que existe información previa de los puntos a tratar, sin embargo, aportó información sobre las características que presentaron los adolescentes con conductas autodestructivas de cortarse. Y se correlacionó con las características de la autoestima baja, que se buscó mediante la aplicación de un test, de esta manera se vio la relación de influencia de una con la otra.

Los estudios descriptivos van encaminados en generar una representación de un fenómeno estudiado a partir de sus características. Miden variables y conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes del fenómeno que se analiza. En esta investigación, se vio reflejado la parte descriptiva, gracias a la elaboración de entrevistas antes y después de la aplicación del test de autoestima, puesto que de esa

manera se observaron los factores que mantienen constantes las conductas autodestructivas de cortarse.

De igual manera un estudio correlacional pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos variables o más entre sí, dentro de un mismo contexto. En caso de existir tal relación, se entenderá que cuando una variable cambia, la otra también experimentara algún tipo de variación, lo que permitirá anticipar la manera cómo se comporta una por medio de las transformaciones que sufra la otra. (Grajales, 2000)

La parte correlacional se vio reflejada en la comprobación de la hipótesis ya mencionada en la parte inicial de este trabajo, la cual dice “el acto de cortarse equivaldría a tener actitudes de auto despreció, siendo así la parte contraria de la autoestima, ... Es decir, mientras exista una autoestima deficiente, mayor será la probabilidad que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan y a su vez no permitan una mejora en la autoestima de los adolescentes de entre 13 y 15 años que presentan tales conductas”

Por último, las variables a consideradas fueron la autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse. Se tomó como variable dependiente a las conductas autodestructivas de cortarse, dado a que es un factor que se desencadena por una autoestima baja, motivo por el cual esta fue vista como la variable independiente, puesto que da pie a las prácticas de las conductas de cortes.

Instrumentos Aplicados

A continuación, se detallan cada uno de los instrumentos utilizados en esta investigación. Se presentan en el orden como fueron aplicados.

Cedula de Autolesiones

En el año 2013, Miguel I. Marín Tejeda, presentó su tesis de grado doctoral en la cual, uno de sus objetivos es “Determinar las principales predictores de la autolesión en población adolescente”. (Marín, 2013, p. 166). En esa misma tesis, menciona a varios autores, quienes han investigado el tema de las autolesiones, y la forma en como evaluaron o medían tales conductas. La mayoría se basaba en preguntas directas sobre “lastimarse deliberadamente”, o un seguimiento a determinados adolescentes por un periodo de tiempo.

Es por eso que Marín, para obtener resultados en su tesis doctoral, desarrolló un cuestionario para su investigación. El cual se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir temporalmente autolesión no suicida. El cual aplicó a 455 estudiantes de los tres grados académicos de una escuela secundaria pública de la ciudad de México. Adolescentes que oscilaban entre 12 y 14 años, el promedio de edad fue de 13.9 años con una desviación estándar de .95 y se administró en grupos de 40 alumnos. El cuestionario tiene una puntuación de Alfa de Cronbach de 0.80.

En el año 2017, en una investigación realizada en Viña del Mar, Chile, enfocada en comprender las conductas autolesivas en adolescentes (Fierro, Ponce y Valenzuela, 2017). Se aplicó la cedula de autolesiones de Marín, junto con otros instrumentos, a 112 estudiantes chilenos de entre 14 y 17 años de edad; como resultados se presentó que el 72.12% de quienes se autolesionaban, lo hizo por primera vez a los 13 años.

Otro aspecto del instrumento es que se consideraron cinco reactivos como significativos o severas de autolesión y siete como autolesiones menos severas. Esto se mostró en el algoritmo que Marín desarrolló para la calificación del instrumento. Además, cabe destacar que este instrumento requiere de información adicional para confirmar un diagnóstico positivo, en otras palabras, es necesario corroborar las respuestas mediante la aplicación de una entrevista.

AUTOLESIONES SEVERAS	AUTOLESIONES MENOS SEVERAS
REACTIVOS CRITICOS	
1-Cortarse	2.-Rayar, marcar, pinchar la piel
3-Quemarse	4.-Impedir que sanen heridas
9.-Frotarse con objetos punzantes	5.-Sacarse sangre
10.-Frotarse con acido	6.-Estrellar parte del cuerpo
12.-Tratamiento requerido por la severidad	7.-Golpearse uno mismo
	8.-Morderse
	11.-Otras (especificar)

Prueba de Autoestima para Adolescentes

(The self-esteem test for adolescents)

Joaquín Caso Niebla, en el año de 1998 realizó su tesis de posgrado, en la cual explica ampliamente, después de una exhaustiva investigación, que la autoestima se puede llegar a relacionar con más de 100 variables. En aquel tiempo, tanto la autoestima como el auto concepto se veían cómo lo mismo, sin embargo con el paso del tiempo se fueron esclareciendo ambos términos.

Según Caso Niebla se pueden distinguir dos posturas para la medición de la autoestima, la primera enfatiza la naturaleza global de la autoestima, es decir los sentimientos de auto valía y autorespeto, y la segunda va hacia la multidimensionalidad de la autoestima, dependiendo de los distintos dominios de la vida de un individuo.

Durante ese año, Caso Niebla realizó dos estudios de medición de la autoestima. En el estudio uno midió la autoestima en niños de ocho a trece años. Y el estudio dos lo aplicó en adolescentes de edades entre 14 y 19 años, utilizó una *Adaptación de la Prueba de Autoestima Infantil de Pope, McHale y Craighead (1988)*, con las siguientes características:

- ◆ Muestra del tipo probabilística, participaron 615 estudiantes de preparatoria, de la parte suroeste de la ciudad de México. Los rangos de edad fluctuaron entre los 14 y 19 años. La duración de la aplicación no excede los 15 minutos. El re test se aplicó a 343 adolescentes pertenecientes a la población inicial, con un tiempo transcurrido de seis semanas.
- ◆ El instrumento contó con 21 reactivos (versión corta), con factores de evaluación positiva, percepción de competencia y negativa, sin embargo, para ampliar la distribución de las frecuencias, se aumentó a cinco opciones de respuesta. Lo cual agiliza la administración, calificación e interpretación. La instrucción de aplicación es “estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender como sienten los jóvenes de tu edad con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tu conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tú te sientas, y no como otros piensan que deberías sentir”
- ◆ Confiabilidad y validez. Los índices de confiabilidad de la prueba original son de .75, .63 y .68 respectivamente (a los factores de evaluación). Sin embargo, tres reactivos fueron eliminados para aumentar la confiabilidad de la prueba a un .9062
- ◆ Los factores a evaluar son cuatro: 1. Percepción de sí mismo; 2. Percepción de competencia personal; 3. Relación familiar; 4. Enojo (concierno al manejo y control de emociones en los entornos familiar y social)

En el volumen 18 de la Revista Mexicana de Psicología, se menciona que los componentes psicológicos que conforman la autoestima son: “a) el cognoscitivo, conjunto de auto descripciones que reflejan juicios valorativos con respecto a si mismo, b) el emocional, emociones y sentimientos que acompañan dichas evaluaciones, c) la conducta, competencias y habilidades.” (Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, 2001)

Uno de los escasos instrumentos de la autoestima que se utilizó en un estudio del 2001, publicado en el mismo volumen 18 de la Revista Mexicana de Psicología, fue el de Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, que en aquel momento seguía en proceso, este se basaba por un lado en un “modelo explicativo validado mediante la demostración de estrategias específicas del fortalecimiento de la autoestima” y por

otro lado “tomando en cuenta contextos socio ambientales como componentes psicológicos”. El propósito fue categorizar y esclarecer el desarrollo de la autoestima, dado a que fue un estudio del tipo transversal en dos etapas del desarrollo humano, la niñez y la adolescencia.

El estudio se aplicó a 921 niños y adolescentes, seleccionados al azar, de edades similares a las que aplico Caso-Niebla en su estudio de 1998. Aplicándose la misma adaptación de la Escala de Autoestima de Pope, McHale y Craighead (1988). Los reactivos se distribuyeron en cuatro factores, 1. Cognición, 2. Conducta, 3. Emoción (enojo) y 4. Familia. La escala total obtuvo un índice de confiabilidad del .84

En el año 2011, en la revista *Universitas Psychologica*, presentó un estudio para indagar la validez del constructo de la adaptación a la Prueba de Autoestima para Adolescentes (PAA) y actualizar los parámetros psicométricos resultantes de los estudios anteriores. Propone cuatro dimensiones principales de la autoestima adolescente: la académica, la personal, la familiar y la emocional. Este estudio, tiene como base, el realizado en el 2001, el cual cuenta ya con datos para población mexicana.

En esta última evaluación participaron 1581 estudiantes de edades entre 15 y 23 años. Seleccionados por el método de muestro aleatorio simple para grupos y aleatorio sistemático para estudiantes de cada grupo. La escala está conformada por 20 reactivos con cinco opciones de respuesta del tipo Likert con un índice de confiabilidad alfa de .88, agrupados en los cuatro factores que desde el primer estudio se dividió la prueba, cada una asociada a la dimensión que le corresponde mencionadas previamente.

Índices de consistencia interna de la Prueba de Autoestima para Adolescentes

Factor	No. de reactivos	Alpha de Cronbach
Factor 1: Percepción de sí mismo	6	0.88
Factor 2: Percepción de competencia	5	0.75
Factor 3: Relación familiar	5	0.75
Factor 4: Manejo de emociones	4	0.58
Escala total.	20	0.88

(Caso-Niebla, Hernández-Guzmán y Gonzáles- Montesinos, 2011)

Cuestionario de Autoestima (Iga-2001)

Elaborado por González Arratia en el año 2001. Está compuesto por 25 reactivos con tres opciones de respuesta; cuenta con 28.5% de la varianza y un Alpha de Cronbach que oscila entre un 0.80 y 0.90. En la última investigación del 2017 obtuvo un coeficiente alfa de 0.87. Está integrado por seis factores que son: yo, familia, fracaso, trabajo-intelectual, éxito y afectivo-emocional.

En el año 2003, se administró el cuestionario a un total de 422 alumnos entre 18 y 28 años de edad, de ambos sexos (77 hombres y 345 mujeres), divididos en tres grupos. Y en el año 2017, se trabajó a 188 niños (72 hombres, 116 mujeres) entre 9 y 12 años de edad, pertenecientes a una comunidad rural próxima a la ciudad de Toluca, Estado de México. Dos años más tarde en el 2019 se aplicó a un total de 593 participantes, adolescentes entre 15 y 18 años de edad (202 hombres y 391 mujeres), provenientes de una población no clínica, todos fueron estudiantes de bachillerato de tres instituciones públicas de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Este instrumento fue diseñado en el 2001 para medir la autoestima en niños y adolescentes de 7 a 15 años, sin embargo, en el 2003 fue aprobado para medir la autoestima en jóvenes universitarios. En los años posteriores 2004 y 2006 es aplicado en casi todas las edades, que va desde primaria, secundaria, preparatoria, universidad y adultos, con el objetivo de medir la autoestima en las diferentes etapas de la vida.

El instrumento es de tipo Likert, consta con tres opciones de respuesta (siempre, a veces y nunca). Puede aplicarse de manera individual o colectiva y las puntuaciones determinan la autoestima del individuo que van de 35 a 125 puntos. Por lo tanto, aquellos que obtengan una puntuación estandarizada de entre -62.06 a 2.47 se consideraron con baja autoestima, y de 1.92 a 24.43 se consideraron con una autoestima adecuada; esto equivale en términos del puntaje total no estandarizado de la escala a: de 35 a 103 puntos, se considera con baja autoestima y de 104 puntos a 125 se considera con alta autoestima.

Como ya se mencionó este instrumento evalúa seis factores los cuales determinados de la siguiente manera:

- Factor 1. Yo: ítems agrupados que hacen referencia a sí mismo, individual en forma positiva.
- Factor 2. Familia: ítems relacionados con la evaluación de la percepción que la persona tiene de familia para consigo mismo.
- Factor 3. Fracaso: en esta dimensión se localizan los reactivos con respecto a la percepción de experiencias de fracaso o poco exitosas.
- Factor 4. Trabajo intelectual: como parte importante de la estructura de autoestima del individuo, es la evaluación que tiene que ver con el ambiente escolar en donde se desarrolla el sujeto. Es la valoración que hace el individuo sobre su ejecución en cuanto a trabajo de tipo intelectual en el ambiente escolar.
- Factor 5. Éxito: son reactivos que se refieren a la percepción del éxito personal, cumplimiento de los objetivos y alcance de una meta, acompañada del sentimiento de bienestar.
- Factor 6. Afectivo-emocional: ítems relacionados con la parte afectiva en donde coloca al individuo en un objeto de valor y una jerarquía, mostrando así su percepción con respecto a personas significativas para él. (Camacho, Contreras y Cortés, 2011)

Entrevista

Elaborada con el propósito de obtener información más específica de la muestra de estudio, se realizaron entrevistas tomando como base los tres instrumentos antes mencionados.

De la Cedula de Autolesiones se tomó como base el reactivo dentro de las autolesiones severas, “cortase”. Las preguntas estaban encaminadas en centrar la información en ese reactivo, se complementaba algunos reactivos para especificar la edad cuando iniciaron a cortarse, frecuencia actual a la semana de los cortes, partes del cuerpo donde lo hacen, etcétera.

De los otros dos instrumentos de autoestima, se tomaron de base algunos reactivos y afirmaciones respectivamente, con la misma finalidad de obtener y centrar la información con las conductas autodestructivas de cortarse.

De la Escala P.A.A. se consideraron los siguientes reactivos:

- 1.-Me gusta como soy
- 4.- Estoy feliz de ser como soy
- 6.- Me siento bien cuando estoy en familia
- 12.- Soy malo para muchas cosas

Estos reactivos se consideraron ya la que mayoría tenía una respuesta negativa o puntaje bajo.

Del Cuestionario IGA-2001, de igual manera se consideraron las afirmaciones que tenían una respuesta negativa y que resultaba en autoestima baja, estos fueron:

- 2.- Soy importante para mi familia
- 5.- No puedo lograr lo que me propongo
- 13.- Me siento bien conmigo misma
- 25.-Creo que nadie se preocupa por mi

Marco Contextual

El ámbito donde se desarrolló la presente investigación es del tipo institucional, dado que se realizó en la Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98. Con la clave 30DST0098D. Turno matutino.

Información básica

<i>Dirección</i>	Calle Río Pánuco s/n, Unidad Habitacional Puerta Grande, Palmira, Mariano Escobedo, Veracruz, C.P. 94420.
<i>Teléfono</i>	27216397
<i>Correo electrónico</i>	secundariatecnica98@hotmail.com
<i>Blog</i>	http://supervisionorizaba.blogspot.com/
<i>Página oficial</i>	https://esti98.edu.mx/

El Servicio que ofrece esta escuela es secundaria técnica industrial, con sostenimiento federal transferido y bajo la responsabilidad de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica. La dirección está a cargo del Ing. Rubén Manuel Calvo Montero.

Misión: Integrar al alumno en la sociedad para que sea autogestor en sus propósitos, a través de una formación basada en competencias para el saber hacer y el saber ser.

Visión: Ser una institución que propicie una enseñanza de calidad, integrada por un personal comprometido ética y profesionalmente en la actualización constante, para que fomente en los alumnos las competencias y los valores como lo requiere la sociedad actual.

La escuela está conformada por 18 grupos en total, seis por cada grado, clasificados por letras de la A - F. Cada grupo tiene entre 47 y 48 alumnos.

Sujetos o Muestra de Estudio

La investigación se efectuó a una población específica, la cual fue elegida por medio del *muestreo probabilístico estratificado*. El cual se basa en estratificar la muestra en relación con categorías o estratos que representen una población en particular. Se divide la población en subpoblaciones y se relaciona una muestra por cada estrato, esto incrementa la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato. (Sampieri, 2004)

La escuela secundaria elegida, fue dividida por estratos correspondientes. Iniciando por grados, luego por grupos y al final por los adolescentes que presentan conductas autodestructivas de cortarse, que fueron derivados por los maestros que ya tienen experiencia o tiempo de conocerlos.

Otros aspectos que se tomaron en cuenta para población, son los criterios de inclusión:

- Adolescentes de entre 14 a 15 años de edad, que cursen el tercer año de secundaria, de la Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98. Que presenten conductas de cortarse, canalizados propiamente por los maestros de la institución.

También se consideraron criterios de exclusión:

- Adolescentes menores de 14 años y mayores de 15 años, que cursen el primer y segundo año de Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98. Que presenten conductas autodestructivas diferentes a las conductas de cortarse o que no presenten ninguna de las anteriores.

La población final constaba de 17 alumnos, derivados por los maestros que los conocen y que detectaron en cada uno de los adolescentes señales de conductas autodestructivas de cortarse. Todos cursan el 3° año de secundaria y provienen de los seis grupos en los que está dividido el 3° grado (A – F).

Procedimiento

El trabajo de investigación se realizó de la siguiente manera:

Primero se seleccionó la escuela donde se desarrolló el estudio, se presentó un oficio ante el director y la trabajadora social de la institución pidiendo autorización para poder tener acceso a los alumnos con las características necesarias para la investigación.

Se habló con los maestros y prefectos encargados de los grupos de tercer grado, que indicaran que alumnos ellos detectaron con las características de conductas autodestructivas de cortarse.

Ya teniendo la muestra de la población seleccionada, se dialogó con la trabajadora social, de la forma como se llevaría a cabo la investigación con los alumnos dentro de la institución. Quedando de la siguiente manera:

1º semana, pase de lista de la muestra de estudio, presentación con los alumnos, breve explicación de lo que se realizaría en las siguientes semanas y agradecimiento por su participación. En esa misma semana se aplicaron los 2 primeros instrumentos:

Se aplicó de forma simultánea a toda la muestra los dos primeros instrumentos. Se inició con la *Cédula de autolesiones de Marín* para verificar que todos los adolescentes presentaran conductas autodestructivas de cortarse. Y se aplicó la *Prueba de Autoestima para adolescentes (P.A.A.)*, de igual manera, para determinar que el nivel de autoestima de los sujetos de la muestra.

2º semana, pase de lista de la muestra de estudio, aplicación simultánea del tercer instrumento como refuerzo de uno de los anteriores:

El tercer instrumento aplicado fue el *Cuestionario de Autoestima de Gonzales Arriata*, este solo fue aplicado a 14 adolescentes, pues gracias a los resultados de los dos primeros instrumentos se descartaron tres adolescentes varones que no cumplían con uno de los criterios, “los cortes”. Este tercer instrumento rectifica los niveles bajos de autoestima que presentaban las adolescentes de la muestra final.

3° semana, después de obtener los resultados de los tres instrumentos, se habló con la trabajadora social sobre cómo se llevarían a cabo las entrevistas de forma individual. En ese momento las alumnas estaban en exámenes motivo por el cual la trabajadora daba el orden de como pasarían.

4° semana, se entrevistó a nueve alumnas, aquellas que no estuvieran en exámenes. Se entrevistaron de dos alumnas de lunes a jueves y una alumna el viernes.

5° semana, fue la última semana de trabajo en la escuela, se terminaron las entrevistas a las cinco alumnas que faltaban, solo fueron tres días, martes, miércoles y jueves.

Para las entrevistas como ya se mencionó en el apartado de instrumentos, se tomó como base la Cédula de autolesiones y los dos instrumentos de autoestima. Se preguntó nuevamente sobre los cortes, a lo que las 14 participantes de la muestra respondieron que “sí”. De esta forma se obtuvo mayor información y datos relevantes que se presentaran en el apartado de resultados.

Las semanas posteriores, se enfocaron en obtener los resultados finales, comprobación de la hipótesis, redacción de las conclusiones y recomendaciones pertinentes sobre la investigación.

RESULTADOS

Datos generales:

A continuación, se presentan tablas con las características de la muestra de estudio de acuerdo a sus datos escolares y criterios de inclusión.

Cabe destacar que la muestra de estudio derivada por los maestros de la institución fue de 17 adolescentes, sin embargo, por cuestiones de los criterios de exclusión, tres alumnos fueron descartados para esta investigación, quedando una población final de 14 adolescentes que si cumplían con todos los criterios.

En la tabla 1 se observa que los participantes de la muestra de estudio, pertenecen a la misma institución, asisten al mismo turno escolar y cursan el mismo grado, 3° año.

Tabla 1. Datos generales de la población

Generales

<i>Escuela</i>	Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98
<i>Turno</i>	Matutino
<i>Grado</i>	3° año

Fuente. Registros/Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98

Respecto a lo que varía es el grupo al que pertenecen. En la tabla 2, indica que el grupo “E” es el que presenta menos casos o situaciones en conductas autodestructivas de cortarse dentro de la muestra de estudio.

Tabla 2. Grupo al que pertenecen

Grupo	No. de Alumnos	Porcentaje
A	2	14.3
B	3	21.4
C	3	21.4
D	3	21.4
E	1	7.1
F	2	14.3
Total	14	100

Fuente. Registros/Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98

La tabla 3 indica que la muestra está constituida por el sexo femenino. Mostrando que este es el sexo de mayor prevalencia en conductas autodestructivas de cortarse.

Tabla 3. Sexo de los participantes

Sexo	No. de Alumnos	Porcentaje
Masculino	0	0
Femenino	14	100
Total	14	100

Fuente. Registro/Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98

En cuanto a la edad, la muestra osciló entre los 14 y 15 años. Siendo la edad de 14 años la que mayor porcentaje tiene en la muestra de estudio, con un 57.1%, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Edad de los participantes

<u>Edad</u>	<u>No. de Alumnos</u>	<u>Porcentaje</u>
14 años	8	57.1
15 años	6	42.8
Total	14	100

Fuente. Entrevista semiestructurada

A continuación, se presentan resultados de los instrumentos aplicados para este trabajo de investigación iniciando con la Cedula de Autolesiones y la Entrevista semiestructurada.

Cédula de autolesiones:

Antes de realizar las entrevistas, se aplicó a las participantes de la muestra, la Cedula de autolesiones (Marín, 2013). Que como ya se explicó en el apartado de Instrumentos del capítulo 5, cuenta con 13 reactivos de tipo dicotómico (Si/No). este instrumento divide sus reactivos en autolesiones severas (5 reactivos) y menos severas (7 reactivos). Para esta investigación solo se tomaron en cuentas los cinco reactivos severos (Cortarse, Quemarse, Frotarse con objetos punzantes, Frotarse con ácido y Tratamiento requerido por la severidad de la autolesión).

En la tabla 5 se muestran los cinco reactivos severos y se puede observar en la columna marcada con el reactivo 1. Cortes, que es el más significativo y que mayor frecuencia tiene, además de ser el rasgo de interés para esta investigación.

Tabla 5. Reactivos severos de la Cedula de autolesiones

Alumnos	1.- Cortes		3.- Quemar		9.- Objeto Punzante		10.- Acido		12.- Tratamiento	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1				1					
2	1				1				1	
3	1		1							
4	1				1					
5	1				1					
6	1		1		1					
7	1									
8	1								1	
9	1				1					
10	1									
11	1									
12	1									
13	1		1		1				1	
14	1									
Total	14	0	3	0	7	0	0	0	3	0

Fuente. Cedula de Autolesiones

Sin embargo, es importante mencionar que como se observa en la tabla 5, el reactivo 9 “Objeto punzante”, aparece en la mitad de la población y es relevante debido a su relación con las conductas autodestructivas de cortarse, ya que algunas participantes mencionaron haber comenzado picándose con tijeras o vidrios puntiagudos antes de iniciar con los cortes.

A continuación, se mostrarán las tablas y gráficas de la información obtenida en las entrevistas, relacionadas con las conductas autodestructivas de cortarse.

En la Cédula de autolesiones se encuentra la pregunta “¿Cuántas veces lo has hecho?”, esta pregunta abarca la frecuencia de los cortes y para mayor precisión durante las entrevistas se les volvió a preguntar esto agregando “en la semana” quedando la frecuencia de cortes semanal.

En la tabla 6 se muestra la “frecuencia” semanal con la que se cortaban las 14 participantes. Estas fueron: primera columna “6 a 9 veces”, segunda columna “10 veces” y tercera columna “20 veces”.

La diferencia entre la segunda y la tercera columna fue de una alumna. Como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 6. Frecuencia de los cortes

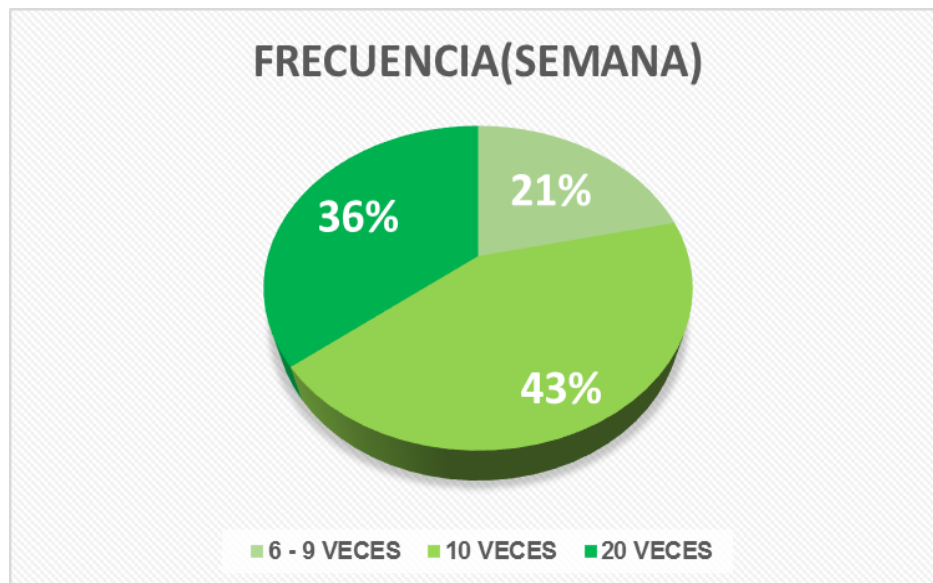
Alumnas	Frecuencia(Semana)		
	6 - 9 VECES	10 VECES	20 VECES
1			1
2			1
3		1	
4		1	
5		1	
6		1	
7	1		
8			1
9	1		
10			1
11		1	
12	1		
13			1
14		1	
Total	3	6	5

Fuente. Entrevista Semiestructurada

A pesar de que en la tabla 6 se observó una diferencia de una alumna entre la segunda y tercera columna.

Si se puede observar en la gráfica 1, que esa adolescente marcó la diferencia de la frecuencia de cortes a la semana, siendo así el 43% de toda la muestra “10 veces”, seguido por “20 veces” con un porcentaje de 36% y por ultimo un 21% lo hace de “6 a 9 veces”.

Gráfica 1. Frecuencia semanal de los cortes



Fuente. Entrevista Semiestructurada

La edad de inicio que las participantes de la muestra mencionaron van de los 9 a los 14 años. La mayor proporción de la muestra inició entre las edades de 12 y 13 años.

En estas edades la mayoría se encontraba cursando el primer año de secundaria.

A excepción de dos alumnas que iniciaron a la edad de 9 años y lo hacían durante su formación primaria. Así como se muestra en la tabla 7

Tabla 7. Edad de inicio de las conductas de cortarse

Alumnas	Edad de Inicio				Año que Cursaba	
	9	12	13	14	1° sec.	Primaria
1				1	1	
2			1		1	
3				1	1	
4			1		1	
5		1			1	
6		1			1	
7			1		1	
8			1		1	
9			1		1	
10		1			1	
11		1			1	
12		1			1	
13	1					1
14	1					1
Total	2	5	5	2	12	2

Fuente. Entrevista Semiestructurada

Las emociones que predominan durante “su práctica” de conductas autodestructivas de cortarse, de acuerdo a la entrevista realizada, son la Tristeza y el Enojo.

En la tabla 8 se observa como la Tristeza es la emoción que predomina en la mayoría de los sujetos de estudio. Solo dos alumnas mencionaron tener ambas emociones cuando realizaban estas conductas de cortarse.

A continuación, se muestran los datos descritos para una mejor comprensión de los mismos.

Tabla 8. Emoción del corte

Alumnas	Emociones	
	Tristeza	Enojo
1		1
2	1	
3		1
4	1	
5	1	
6		1
7	1	
8	1	1
9	1	
10	1	1
11	1	
12	1	
13	1	
14		1
Total	10	6

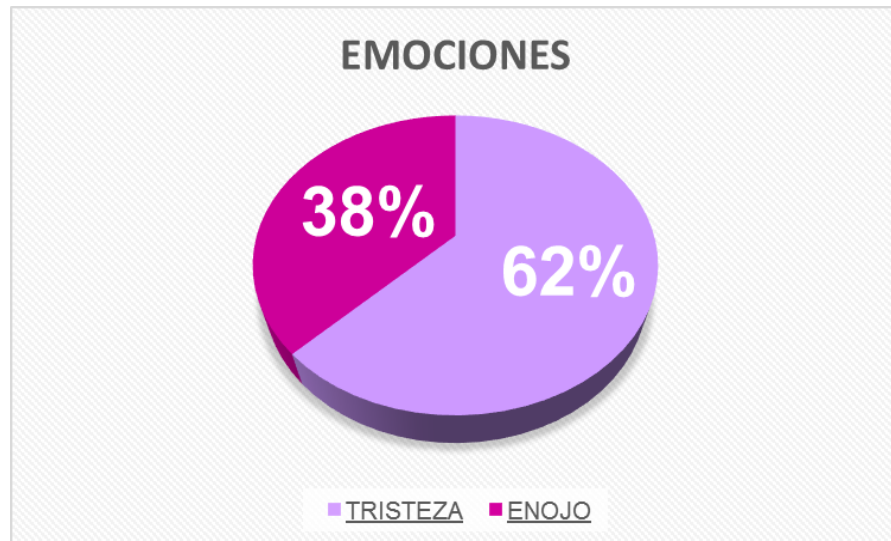
Fuente. Entrevista Semiestructurada

Es importante mencionar que estas son las emociones que las adolescentes sienten antes de realizarse un corte y que buscan “desvanecer” o “aliviar”.

A su vez es de suma importancia recalcar que estas son palabras textuales obtenidas durante la entrevista semiestructurada.

En la gráfica 2 se observan los porcentajes de estas emociones y claramente se puede observar que el 62% de la muestra busca aliviar su tristeza, mientras que el 38% busca desvanecer su enojo mediante las conductas autodestructivas de cortarse.

Gráfica 2. Porcentajes de las emociones de cortarse



Fuente. Entrevista Semiestructurada

En cuanto al lugar o parte del cuerpo donde se realizan los cortes se encuentra: brazos, manos, piernas y estómago.

El total de la población menciona cortarse en los brazos, 3 alumnas mencionaron cortarse en manos y brazos, 5 alumnas en brazos y piernas y sólo una menciona cortarse en el estómago.

Aunque algunas se “cortan” en dos lugares, todas coinciden que la parte del cuerpo en donde mayormente suelen realizar estas conductas es en los brazos. En la tabla 9 se encuentran estos datos para una mejor comprensión.

Tabla 9. Lugar del cuerpo donde se realiza el corte

Alumnas	Lugar Del Corte			
	Brazos	Manos	Piernas	Estómago
1	1			
2	1			
3	1	1		
4	1			
5	1	1		1
6	1	1		
7	1		1	
8	1		1	
9	1			
10	1		1	
11	1		1	
12	1			
13	1			
14	1		1	
Total	14	3	5	1

Fuente. Entrevista Semiestructurada

Respecto al objeto con el que se realiza el corte se identifican los siguientes datos.

En la tabla 10 se presentan los objetos con los que las participantes de la muestra se realizan los cortes.

La mayoría suele utilizar la navaja del sacapuntas, ya que, como lo mencionan “es muy fácil tener una” o “la puedes conseguir donde sea”.

Como se puede observar en la siguiente tabla la mayoría de las adolescentes utilizan un sacapuntas, navajas, objetos filosos, tijeras y cuchillos para realizar los cortes.

Tabla 10. Objeto con el que se realiza el corte

Alumnas	Objeto				
	Navaja (Saca Puntas)	Tijeras	Navaja (Rastrillo)	Cuchillo	Objeto Filoso
1	1				
2	1	1			
3	1				
4	1				
5			1	1	
6					1
7	1				
8	1				
9					1
10	1				
11	1				
12	1				
13			1		
14	1				
TOTAL	10	1	2	1	2

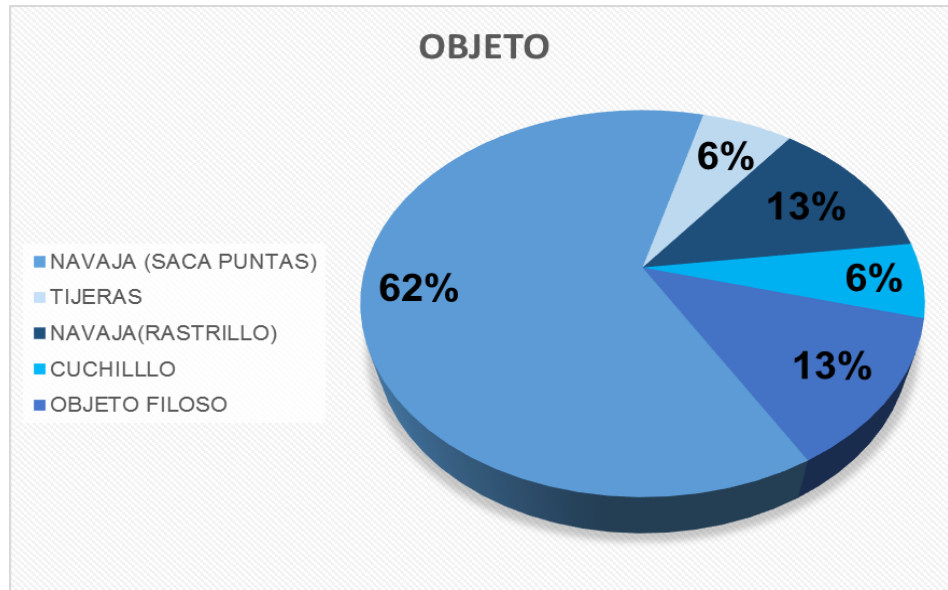
Fuente. Entrevista Semiestructurada

Hablando de porcentajes el 62% de las adolescentes de la muestra, tienen la facilidad de convertir un sacapuntas en un objeto de “alivio de su tristeza o desvanecimiento de su enojo”.

Posteriormente se identifican otros objetos como navajas convencionales de rastrillo y objetos filosos, ambos con un 13%.

Por último, con solo 6% se encuentran las tijeras y los cuchillos. Lo cual se puede observar en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Porcentajes de los objetos de cortarse



Fuente. Entrevista Semiestructurada

Por último, se les preguntó hasta qué grado se realizan el corte, si se sangraban, se arrepentían después de realizarlo y si han pensado en volverlo hacer, desde su última vez.

En la tabla 11, en la primera columna, se puede observar que un poco arriba de la mitad se ha cortado hasta sangrarse.

De igual forma en la segunda columna, más de la mitad de las adolescentes se han arrepentido del corte después de ver su sangre.

Es importante resaltar que, aunque es en menor proporción se identifican 5 alumnas que no se arrepienten.

Tabla 11. Situaciones después del corte

Alumnas	Sangre		Arrepentimiento		Pensado Otra Vez	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1		1		1	
2	1		1		1	
3		1	1		1	
4	1		1		1	
5	1			1	1	
6	1		1		1	
7	1		1			1
8	1			1		1
9		1		1	1	
10		1		1	1	
11		1	1		1	
12		1	1		1	
13	1		1		1	
14		1		1		1
TOTAL	8	6	9	5	11	3

Fuente. Entrevista Semiestructurada

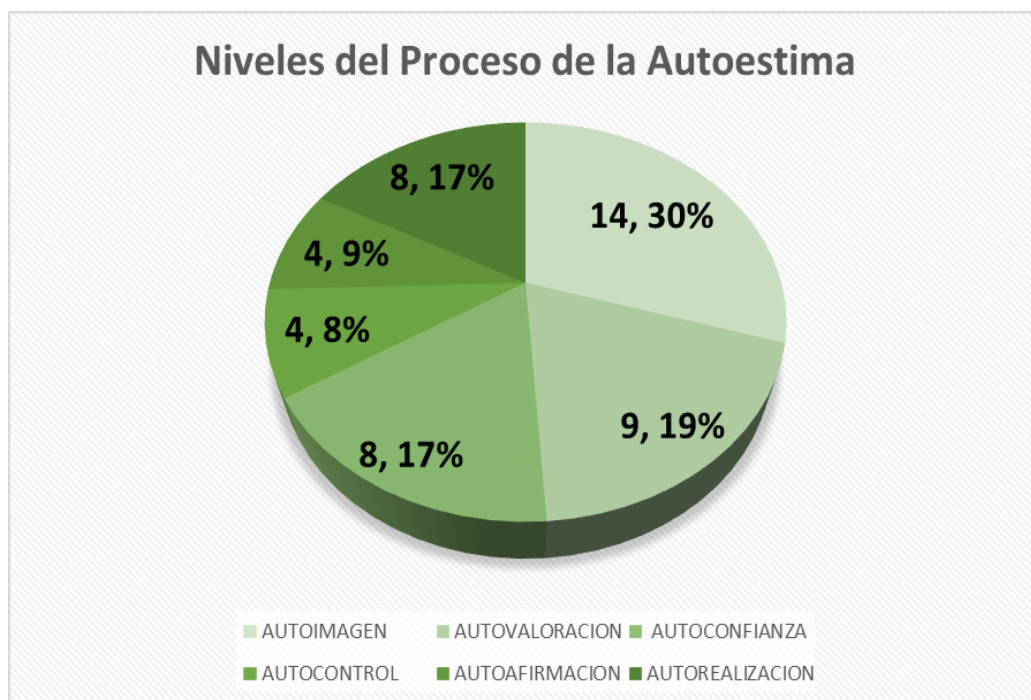
En la última columna de la tabla, más del 50% ha pensado en volverlo hacer, a pesar de sentir arrepentimiento después de realizar dicha conducta. Solo tres alumnas mencionaron que no lo han pensado. Y no es necesariamente por el motivo de la “sangre” que no lo han pensado, ya que si comparamos a la alumna No. 7 que, si llegó a sangrarse y que, si se arrepiente, su respuesta a volver hacerlo fue un “no”, en cambio la participante No. 14, no llegó a sangrarse y no se arrepiente de “sus cortes” y tampoco

no ha pensado en volverlo hacer, tan solo ambas llegaron a la conclusión de no “pensar” en volver hacerlo, sin embargo, el sentimiento de repetir “la conducta autodestructiva de cortarse”, es latente en las 14 adolescentes.

Es importante mencionar que, durante la entrevista, se hicieron preguntas específicas respecto a los niveles del proceso de la autoestima: Autoimagen, Autovaloración, Autoconfianza, Autocontrol, Autoafirmación y Autorrealización.

Y con base a los resultados se identifica que los más afectados fueron: “Autoimagen”, “Autovaloración”, “Autoconfianza” de los cuales las participantes de la muestra mencionaron percibirse “feas y gordas”, además de sentirse incapaces y poco inteligentes, siendo así la escuela una carga para ellas. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Niveles del proceso de la Autoestima



Fuente. Entrevista Semiestructurada

Para finalizar, se muestran los resultados de los dos instrumentos de autoestima, la escala I.G. A. y el cuestionario P.A.A.

Escala y Cuestionario de Autoestima:

En la tabla 12 se muestra el total de los resultados de la prueba de autoestima para adolescentes (Escala P.A.A.) y del cuestionario de autoestima de González Arratia (cuestionario IGA 2001) de las 14 participantes de la muestra de estudio.

Antes que nada, es importante aclarar que la calificación de cada instrumento es diferente, y que la obtención de puntaje final no significa lo mismo en uno como en otro.

El primer instrumento de autoestima, la Escala P.A.A. (Prueba de Autoestima para Adolescentes), nos dice que entre menor sea el puntaje obtenido, significa que la autoestima es baja.

En cambio, en el Cuestionario IGA-2001 (Cuestionario de Autoestima de González Arratia), nos dice que, si se obtiene un puntaje alto, se considerara baja autoestima.

La tabla consta de dos columnas para cada instrumento, la primera dice el puntaje obtenido de cada alumna, mientras que la segunda es la interpretación de esos puntajes, muestra el intervalo de puntuaciones que determinan que tiene baja su autoestima.

En cuanto a la calificación e interpretación de los instrumentos aplicados dentro de esta tesis de investigación se identificó que la autoestima de las 14 alumnas en ambos instrumentos es baja. Lo cual se puede observar en la tabla no. 12.

Tabla 12. Puntuaciones finales de los instrumentos de Autoestima

Puntuaciones Totales				
Alumnos	Escala P.A.A.	Interpretación	Cuestionario Iga-2001	Interpretación
1	28	De 20 a 55 = bajo	70	De 51 a 75 = bajo
2	29	De 20 a 55 = bajo	67	De 51 a 75 = bajo
3	30	De 20 a 55 = bajo	64	De 51 a 75 = bajo
4	32	De 20 a 55 = bajo	69	De 51 a 75 = bajo
5	34	De 20 a 55 = bajo	63	De 51 a 75 = bajo
6	35	De 20 a 55 = bajo	63	De 51 a 75 = bajo
7	36	De 20 a 55 = bajo	65	De 51 a 75 = bajo
8	36	De 20 a 55 = bajo	65	De 51 a 75 = bajo
9	37	De 20 a 55 = bajo	65	De 51 a 75 = bajo
10	45	De 20 a 55 = bajo	61	De 51 a 75 = bajo
11	47	De 20 a 55 = bajo	61	De 51 a 75 = bajo
12	47	De 20 a 55 = bajo	61	De 51 a 75 = bajo
13	48	De 20 a 55 = bajo	62	De 51 a 75 = bajo
14	54	De 20 a 55 = bajo	54	De 51 a 75 = bajo

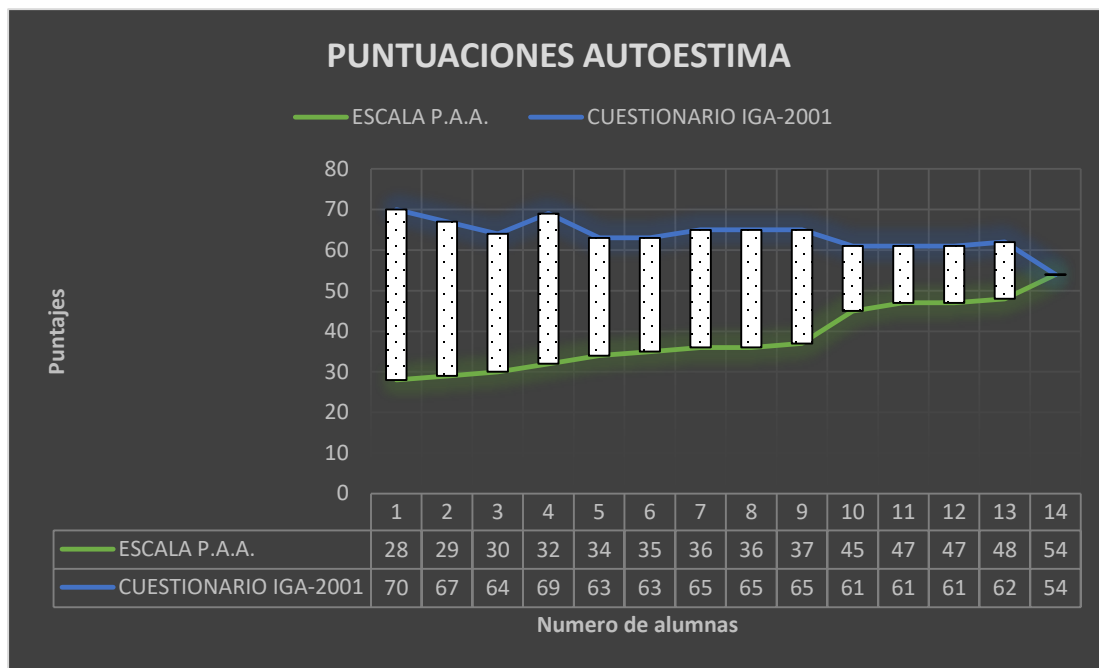
Fuente: Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

De esta forma, en la Gráfica 5 se muestran los puntajes de ambos instrumentos, en la cual, el cuestionario IGA-2001, reafirma lo que dice la Escala P.A.A. con respecto a que las 14 adolescentes presentan una baja autoestima.

Se puede apreciar como la línea azul (IGA-2001) va de forma descendente, en comparación con la línea verde (P.A.A.) que va de forma ascendente. Ambas líneas van en la dirección correspondiente a los puntajes obtenidos, son casi paralelas entre la

mayoría de las adolescentes, y que en ambos instrumentos de acuerdo a su interpretación indican una autoestima baja.

Gráfica 5. Comparación de puntuaciones de los instrumentos



Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Factores:

Con respecto a los dos instrumentos aplicados de Autoestima, cada uno, como ya se explicó anteriormente en el apartado de instrumentos, evalúa factores determinados, sin embargo, se identificaron algunos que se refuerzan entre sí.

Para este estudio se tomaron en cuenta los factores de la escala P.A.A., los cuales se relacionan mejor con el “proceso de Autoestima” que se menciona en el capítulo 2, estos se vieron reforzados por los factores del Cuestionario IGA-2001, lo cual le da una mayor objetividad y ratifica los resultados de la autoestima.

Para tener un mejor entendimiento se mostrarán cada uno de los factores en las siguientes tablas. En la tabla 13 se muestra la correlación del factor “percepción de sí mismo” de la escala P.A.A. junto con el factor “yo” del cuestionario IGA-2001, uno refuerza al otro, por lo que podemos observar que todas las participantes tienen puntuaciones que indican tener una autoestima baja.

La tabla 13, presenta dos columnas de cada instrumento, en una se muestran los puntajes y en la otra la interpretación que dice el rango de puntuación en el que deben estar para catalogar dichos factores.

Tabla 13. Totales del factor Percepción de sí mismo/ Yo

Factor 1: Percepción De Si Mismo/Yo				
Alumnos	Escala P.A.A.	Interpretación	Cuestionario Iga-2001	Interpretación
1	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
2	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
3	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
4	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
5	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
6	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
7	6	Del 6 al 12 = bajo	14	Del 13 al 15= bajo
8	9	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
9	9	Del 6 al 12 = bajo	14	Del 13 al 15= bajo
10	9	Del 6 al 12 = bajo	13	Del 13 al 15= bajo
11	9	Del 6 al 12 = bajo	13	Del 13 al 15= bajo
12	10	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
13	11	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
14	11	Del 6 al 12 = bajo	13	Del 13 al 15= bajo

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Los factores “fracaso”, “trabajo” y “éxito” (IGA-2001), son los que mejor se asemejan al factor “percepción de competencia” (P.A.A.). Estos factores varían en puntaje y frecuencia (número de alumnas).

En la tabla 14 se presenta el número de adolescentes que tienen afectado dichos factores. Como se puede observar la escala P.A.A muestra puntajes bajos y se corrobora con el cuestionario I.G.A. No siendo así en os casos 12, 13 y 14.

Tabla 14. Totales del factor Percepción de competencia/Fracaso-Trabajo-Éxito

Factores: Percepción De Competencia/Fracaso, Trabajo Y Éxito				
Alumnos	Escala P.A.A.	Cuestionario Iga-2001		
	Percepción De Competencia	Fracaso	Trabajo	Éxito
1	6	15	11	7
2	6	15	6	9
3	9	13	8	5
4	8	13	10	8
5	5	15	6	6
6	10	10	8	9
7	5	15	12	9
8	9	13	7	9
9	5	15	11	6
10	9	11	12	9
11	9	15	11	9
12	18	12	6	6
13	17	11	8	9
14	11	10	12	5

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

En la tabla 15, se muestra los puntajes de los factores “relación familiar de la escala P.A.A. y el factor “familia” del cuestionario IGA-2001. Se puede observar que la mayor proporción de la población se encuentra con autoestima baja en dichos factores.

Tabla 15. Totales del factor Relación familiar/Familia

Factor Relacion Familiar/Familia				
Alumnos	Escala P.A.A.	Interpretación	Cuestionario Iga-2001	Interpretación
1	4	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
2	5	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
3	6	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
4	8	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
5	9	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
6	9	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
7	9	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
8	9	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
9	10	Del 4 Al 10= Bajo	15	Del 13 Al 15= Bajo
10	11	Del 11 Al 25= Alto	7	Del 5 Al 12= Alto
11	13	Del 11 Al 25= Alto	8	Del 5 Al 12= Alto
12	14	Del 11 Al 25= Alto	6	Del 5 Al 12= Alto
13	15	Del 11 Al 25= Alto	10	Del 5 Al 12= Alto
14	19	Del 11 Al 25= Alto	6	Del 5 Al 12= Alto

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Por último, los factores “enojo” y “afectivo-emocional”, tienen diferencias en la frecuencia (número de alumnas).

En la tabla 16, se observa que en la escala P.A.A el factor enojo tuvo a ocho participantes con puntaje bajo (cuadros verdes).

Al igual que en el cuestionario IGA-2001, el factor afectivo-emocional también tuvo un total de ocho adolescentes afectadas (cuadros azules).

Tabla 16. Totales del factor Enajo /Afectivo-Emocional

Factor Enajo/Afectivo-Emocional		
Alumnos	Escala P.A.A.	Cuestionario Iga-2001
1	12	9
2	11	9
3	10	9
4	9	9
5	11	9
6	8	7
7	14	7
8	9	9
9	11	7
10	12	6
11	16	6
12	8	9
13	13	8
14	14	6

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Los factores con mayor frecuencia entre las 14 participantes de la muestra, que reflejan una baja autoestima, de acuerdo al puntaje que obtuvieron dentro de la escala P.A.A. y que se puede observar en la tabla 17 son:

En primer lugar, percepción de sí mismo (14 alumnas), posteriormente percepción de competencia (11 alumnas), seguido de familia (9 alumnas) y finalmente enojo (8 alumnas). Dichos datos se observan a continuación.

Tabla 17. Puntuaciones finales de los factores de la Escala P.A.A.

Total De Alumnos	Escala P.A.A.			
	Percepción De Si Mismo	Percepción De Competencia	Relación Familiar	Enojo
14	14	11	9	8

Fuente. Escala P.A.A.

En cuanto al cuestionario IGA-2001, (tabla 18) los factores que tuvieron mayor frecuencia dentro de la muestra de estudio y que obtuvieron el menor puntaje lo cual corresponde a una autoestima baja fueron: Primer lugar yo, segundo lugar fracaso, tercer lugar familia y cuarto lugar afectivo emocional.

Tabla 18. Puntuaciones finales de los factores del Cuestionario IGA-2001

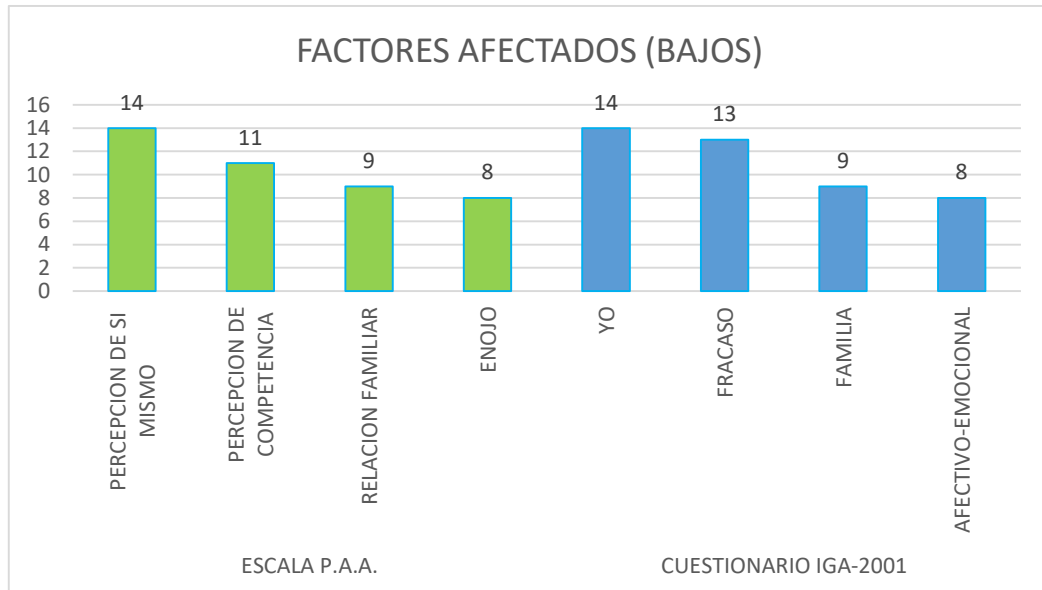
Total De Alumnos	Cuestionario IGA. 2001			
	Yo	Fracaso	Familia	Afectivo-Emocional
14	14	13	9	8

Fuente. Cuestionario IGA-2001

Entonces en la gráfica 6, se puede observar mejor los factores que destacan y que contribuyen a mantener una autoestima baja en las participantes. Estos factores son: percepción de sí mismo/yo, que claramente es el que está más afectado, puesto que se encuentra en todas las participantes.

Después se encuentra el factor percepción de competencia/fracaso, ambos son los segundos lugares de cada instrumento, seguido por el factor relación familiar/familia, y por último se encuentran los factores enojo/ afectivo-emocional.

Gráfica 6. Comparación de los factores bajos de ambos instrumentos



Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Es importante resaltar, el hecho de que los factores que igualan tanto en puntajes como en similitud son, el factor de percepción de sí mismo con el factor yo. Ambos corresponden a la misma área dentro del proceso de autoestima (cap. 2) y ambos son los más afectados en las 14 participantes.

También podemos observar que el factor percepción de competencia y el factor fracaso, son los segundos lugares de cada instrumento y ambos corresponden al mismo ámbito dentro del proceso de autoestima que se evalúa. Los siguientes factores que son iguales son relación familiar y familia, ambos corresponden a la misma área de la autoestima y tienen el mismo número de alumnas afectadas. Por último, el factor enojo y afectivo-emocional, se encuentran ambos en cuarto lugar, comparándolos ambos tienen mismo número de alumnas y corresponden al mismo nivel de autoestima dentro del proceso de la misma.

CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados de los instrumentos, se puede concluir que las 14 participantes de la muestra de estudio, practicaron conductas autodestructivas de cortarse y que tienen baja autoestima. Así como lo demuestran los resultados de los tres instrumentos y entrevista aplicados.

También se puede concluir que las conductas autodestructivas de cortarse, son más practicadas por el sexo femenino que por el masculino, ya que la muestra de estudio pasó de ser de 17 adolescentes a solo 14 chicas, es decir que los tres únicos varones de la muestra fueron excluidos ya que no cumplían con el criterio de conductas de cortes.

La edad de la muestra oscilaba entre los 14 y 15 años y se encontraban cursando el tercer año de secundaria. Y con base a los resultados obtenidos se puede concluir que la edad de inicio en practicar conductas autodestructivas de cortarse, fue entre los 12 y 13 años, que concuerda también con que se encontraban cursando el primer año de secundaria, así como se mostró en la tabla 3 de resultados.

Las 14 adolescentes de la muestra tanto en la cédula de autolesiones, como en la entrevista afirmaron practicar conductas autodestructivas de cortarse. La mitad también mencionó que iniciaron “picándose” con objetos punzantes antes de hacer cortes.

Por otro lado, los objetos con los que mayormente solían cortarse, son las navajas de sacapuntas. También es importante mencionar que la parte del cuerpo que ocupa el primer lugar en “cortes” son los brazos, seguido por las piernas y por último las manos.

La frecuencia semanal de las conductas de cortes que mencionó la mayoría de la muestra es de 10 veces a la semana. Y la emoción que más predomina durante “su práctica” es la tristeza. Por lo cual se puede concluir que, corroborando estos resultados con datos de la entrevista, entre más busquen “desvanecer” o “aliviar” esa tristeza mayor será el número de veces que practiquen las conductas autodestructivas de cortarse.

Es importante destacar que más del 50% de la muestra, se ha llegado a sangrar cuando practica dichas conductas autodestructivas de cortarse, se arrepienten después de hacer el corte y sin embargo, es importante destacar que han pensado en volver a realizarlos.

Respecto a la autoestima las 14 adolescentes mostraron puntajes significativos que indican autoestima baja, corroborado por los dos instrumentos de medición (Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001), y se puede determinar que el factor “Percepción de sí mismo/Yo”, “Percepción de competencia/Fracaso-Éxito-Trabajo” y el factor “Relación familiar/Familia” son los más afectados como se muestra en la gráfica 7.

El factor “percepción de sí mismo/Yo”, se relaciona directamente con el primer nivel del proceso de la autoestima, la “Autoimagen”, que abarca el autoconocimiento. También se relaciona con la autoestima físico corporal, este control y estética del cuerpo esta a su vez afectada no solo por los cortes, sino por la forma en cómo se perciben, pues más de la mitad menciono en la entrevista no gustarle su cuerpo, que se sentían y veían “feas y gordas”, siendo este uno de los motivos por los que se cortaban.

El factor “Percepción de competencia/Fracaso-Éxito-Trabajo”, está relacionado con la “Autoconfianza” y con la “Autorrealización” que es la parte donde el adolescente se siente orgulloso de su propio trabajo y sus capacidades. Que se ve dañado en su autoestima intelectual, puesto que la mayoría de las integrantes de la muestra expresan no sentirse “capaces” en el ámbito escolar, no se consideran inteligentes y el estudio se vuelve una carga.

El factor “Relación familiar/Familia”, por su parte se relaciona con la “Autovaloración”, ligado a la auto aceptación y el auto respeto. Que se basa en la parte relacional con los integrantes de su familia y como se sienten apreciadas o importantes dentro de esta, lo cual claramente no es así en las adolescentes de la muestra.

El factor “Enojo/Afectivo-Emocional”, está basado en la forma de actuar y reaccionar, asociado con el “Autocontrol” y la “Autoafirmación”, en otras palabras, se refiere a la parte donde el adolescente se hace responsable de sus emociones y de las conductas que desencadenan dichas emociones, por lo tanto, se puede decir que su

toma de decisiones a partir de su mal manejo emocional los lleva a practicar las conductas de corte y no a manejarse con madurez.

Es importante mencionar que son cuatro los niveles del proceso de la autoestima, Autoimagen, Autovaloración, Autoconfianza y Autorrealización, los más afectados (Grafica 5), sin embargo, los primeros tres, pertenecen a la primera dimensión de dicho proceso, esta es la “Actitudinal (inferido)”. Estos tres niveles a su vez se relacionan con los factores “Percepción de sí mismo/Yo”, “Percepción de competencia/Fracaso-Éxito-Trabajo” y “Relación familiar/familia”.

Por lo tanto, estas 14 adolescentes, generan una actitud destructiva hacia ellas mismas, de manera que su forma de comportarse ya sea intelectual o emotivamente, ante una situación o persona será comprendido por ellas de forma negativa. Aquí entra en juego la parte cognitiva, en su manera de conocerse y apreciarse, si su percepción es mala y caen en críticas patológicas, estos niveles del proceso de la autoestima estarán mal cimentados y su autoestima estará baja, así como lo demuestran los resultados.

Entonces, los resultados demuestran que existe una relación entre las conductas autodestructivas de cortarse y baja autoestima. Por lo tanto, se puede contestar la pregunta de investigación de forma afirmativa que, una autoestima baja influye en las conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes de 14 a 15 años.

Esto es así, puesto que no es posible tener una alta autoestima y tener conductas autodestructivas, en especial conductas de cortarse. Esto ocurre cuando existe una conciencia auto agresiva por los errores y fallas propios, generando así un auto despreció, el cual provoca una relación contraria al bienestar propio, en otras palabras, un comportamiento autodestructivo se relaciona directamente con una baja autoestima, comprobando así la hipótesis de esta investigación.

“Es decir, mientras exista una autoestima baja, mayor será la probabilidad de que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan y a su vez no permitan una mejora en la autoestima de los adolescentes de entre 14 y 15 años.”

La relación existe ya que la dimensión actitudinal inferida es la que se encuentra comprometida, en otras palabras, la parte cognitiva es la que genera. que la

percepción de cada una de las 14 chicas sea deficiente. Por ende, el primer nivel “Autoimagen”, “Autovaloración” y la “Autoconfianza”, nos indican que estas adolescentes no se conocen realmente o se ven con claridad, tampoco se perciben con agrado ni se autorespetan y no se sienten capaces intelectualmente. Motivo por el cual los “cortes” parecieran ser una opción viable a situaciones que les generan emociones muy fuertes como la tristeza.

Para finalizar, y reflexionando lo antes mencionado, cabe mencionar que existen ciertas limitantes cuando se habla de autoestima y conductas autodestructivas de cortarse, puesto que a veces estas conductas son consideradas por “moda” o que son debido a una depresión. Algunas alumnas tenían una idea sobre su autoestima, pero desconocían realmente que tan afectada estaba. Se basaban en un “no me gusto” y no en el trasfondo de esa frase.

Puedo decir, que, si bien por cuestiones de pandemia me fue imposible aplicar un taller a esas 14 adolescentes, al menos tuve la oportunidad de escuchar sus historias, clarificar dudas respecto a su autoestima e incluso crearles la inquietud de iniciar su propio proceso terapéutico.

Aquí recalco y finalizo, que el escuchar a otro ser humano, el permitirle expresarse con libertad sin ser juzgado, es un punto de partida de sanación, estas 14 chicas necesitaban hablar y me alegra el haber estado ahí para escucharlas y hacerlas sentir comprendidas, pese a que haya sido por un periodo breve, me motiva a un más a querer especializarme en esta bella carrera.

RECOMENDACIONES

Puesto que se identificó la edad de inicio de las conductas autodestructivas de cortarse, que fue entre los 12 y 13 años, y el año escolar que se cursaba fue el primero de secundaria. Y con base a que es una población de riesgo, sería pertinente trabajar a nivel preventivo a través de pláticas sobre todo en los primeros grados, acerca de las conductas autodestructivas de cortarse, dándoles alternativas para canalizar sus emociones, como podrían ser los deportes o áreas artísticas.

De igual manera, a nivel preventivo, se recomienda que las instituciones implementen “escuela para padres”, en donde se aborde la identificación de conductas autodestructivas de cortarse, con el fin de evitar la aparición de casos nuevos.

Respecto a la edad a la cual fue dirigida la investigación, con las alumnas de 14 y 15 años que practican estas conductas de cortarse, se recomienda llevar un seguimiento con ellas, ya sea mediante pláticas de intervención sobre las conductas autodestructivas de cortarse y talleres sobre autoestima.

A sí mismo a nivel institución, dado al hecho de que convierten las navajas de los sacapuntas en medios para realizarse cortes y que muchas veces lo efectúan en las instalaciones escolares, se recomienda capacitar a los docentes en la identificación, detección y canalización de adolescentes que presentes conductas autodestructivas de cortarse.

Por otro lado, se considera importante colaborar con los maestros, dándole seguimiento al avance de las alumnas de la muestra, haciendo cada determinado tiempo una revisión de sus brazos y cerciorarse si continúan o no cortándose.

También es importante y recomendable se realicen acciones en el área familiar en cada una de las adolescentes que practican estas conductas autodestructivas, encaminadas a que la familia funja como un factor protector y no como un factor de riesgo para reforzar dichas conductas de cortes.

A su vez es recomendable también llevar a cabo talleres a padres, sobre todo en los casos en los que ya se presenten las conductas autodestructivas de cortarse, en

donde se les oriente y se les den herramientas para que puedan apoyar a sus hijas a dejar estas prácticas.

Ahora bien, respecto a los primeros niveles del proceso de la autoestima, Autoimagen, Autovaloración y Autoconfianza, se recomienda la implementación de un taller que aborde estos aspectos, para que cada una de las adolescentes de la muestra se reconozcan como realmente son y alcancen una imagen potencial de lo que pueden llegar a ser, de tal forma que se vean con agrado y pese a la historia familiar de cada una de ellas, tengan la capacidad de apreciar su vida.

Por último, se recomienda también, que, de forma personalizada, las alumnas que han pensado en volver a practicar las conductas autodestructivas de cortarse, inicien su propio proceso terapéutico, puesto que, como ya se mencionó las emociones de tristeza y enojo están afectándolas, y a su vez la autoimagen, autovaloración y autoconfianza requieren ser atendidas por un profesional.

Por mi parte, en cuando la pandemia lo permita y con previa autorización de la escuela, sería prudente regresar y darle seguimiento a la situación de conductas autodestructivas de cortarse y autoestima baja. Tomando en cuenta la parte preventiva y la detección de conductas autodestructivas de cortarse. Ya que como bien se demostró existe una relación de estas conductas y se pueden llevar a cabo algunos talleres.

Se recomienda trabajar con talleres enfocados en las dos dimensiones de la autoestima. Dándole énfasis a la dimensión actitudinal inferida, pues resulta ser el más afectado.

Se sugiere abordar los primeros tres niveles de la autoestima, en sesiones de dos horas, con actividades reflexivas que permitan crear cambios en la cognición de los adolescentes y, por consiguiente, un cambio o mejora en sus conductas.

REFERENCIAS

Bibliográficas

- Camacho Fernández, M.; Contreras Garduño, J.; y Cortés López, L. C. (2011) *Estudio exploratorio de la autoestima de los alumnos de la facultad de contaduría y administración de la universidad del estado de México*. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Caso Niebla, J. (1998), *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes* (Tesis de posgrado) Universidad Autónoma de México, México D.F.
- Cortez Vázquez, G.G. (2015), *La educación de la afectividad a través de la atención plena: una vía para el desarrollo integral del adolescente*, (tesis de pregrado), Universidad Autónoma de México, México, D.F.
- Fierro Castillo, A., Ponce Astorga, N., y Valenzuela Cortez, C. (2017) *Conductas autolesivas en adolescentes: Una relación entre regulación emocional, afrontamiento y disociación*. Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile.
- García M., J. A. (2002). Autoestima y Salud. GONZALES, *MIS La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Horrocks, John E. (reimp. 2012). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas
- Keating, D. P. (1997) *El pensamiento adolescente*. Antología de lecturas (2006), p. 321.
- Lehalle, H. (Ed.) (1990). *Psicología de los adolescentes*, México, D.F.: Editorial Grijalbo, S.A.
- Marín Tejeda, M. I., (2013). *Desarrollo y evolución de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan* (Tesis de grado doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Osorio, F. (2015). *Cortarse*. – 1ª ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Urano
- Pérez, Olvera, M. (2006), *Desarrollo de los adolescentes IV Procesos cognitivos* (Antología de lecturas) Aguascalientes, México.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (2007), *Psicología del niño*. Madrid, España: Morata

Sánchez B., R. (2014). *Las autoestimas múltiples: dimensiones de la autovaloración*. México: Trillas.

Sandoval M. S., (2017). *Representación simbólica de la familia en adolescentes y sus padres*. (Tesis de especialización). Universidad Autónoma de México, México.

Vázquez R. A., (2018). “*Propuesta estratégica para fortalecer el autoestima en los adolescentes*”, (Tesina). Universidad Tecnológica Iberoamericana s.c., Xalatlaco, Edo. De México.

Revistas (Jornal)

Caso-Niebla, J. y Hernandez-Guzman, L. (2001). ¿Son los contextos socio-ambientales los que definen las dimensiones de la Autoestima en Niños y Adolescentes? *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 229-237

Caso-Niebla, J., Hernández-Guzmán, L. y Gonzáles-Montesinos, M. (2011). Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10(2), 535-543

Quispe Rojas., E. E. (2017). La autoestima (Monografía de grado Bachiller), Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.

Rodríguez, N., C. y Caño G., A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403

Medios electrónicos sin DOI

Anónimo, *Desarrollo de la autoestima en los adolescentes*. Recuperado de <http://boj.pntic.mec.es/~lbarrioc/padres/autoestima.pdf>

Bronson, G. W. (1959). Identity diffusion in late adolescents. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(3), 414-417. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0046969>

Calleja, Nazira. (2011), *INVENTARIO DE ESCALAS PSICOSOCIALES EN MÉXICO*, recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>

- Gonzalez-Arratia, N. i.; Valdez Medina, J. L.; y Serrato García, J. M. (2003) Autoestima en Jóvenes universitarios. *Ciencia Ergo Sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, Vol. 10(2) Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=104/10410206>
- Grajales G. T. (2000) Tipos de investigación. Recuperado de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- J Eat Disord, (2018). *When People with Anorexia Injure Themselves*, (Vol. 29 / No. 6). Recuperado de <https://eatingdisordersreview.com/when-people-with-anorexia-injure-themselves/>
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión, el lenguaje del dolor*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/oBoiNnVTk8lYpaGx6eUffSTEyTuk/view>
- Sánchez, C. (2020). Bibliografía. Normas APA (7ma edición). Recuperado de <https://normas-apa.org/formato/titulos-y-subtitulos/>
- Santos Bernard, D. (2016). *AUTOLESIÓN. Qué es y cómo ayudar*. Recuperado de https://es.scribd.com/embeds/393750758/content?start_page=1&view_mode=scroll&access_key=key-DXFMtVntRav5tlToCCWR
- Seoane, A. (2015). Adolescencia y conductas de riesgo. (Trabajo de grado, monografía), Universidad de la Republica Uruguay, Montevideo. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%2Ofinales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf
- Sepúlveda, P. (2013, 6 de junio). Autoestima. Wordpress.com. Recuperado de <https://saluniver.wordpress.com/2013/06/06/autoestima-paolasepulveda/>

Medios electrónicos con DOI

- Castro, K., Kirchner, T. & Planellas, I. (2014), *Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento*. doi: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v13n1/v13n1a11.pdf>
- González Arratia López Fuentes, N. I., Domínguez Espinosa, A. C., & Valdez Medina, J. C. (2017). Autoestima como mediador entre afecto positivo-negativo y resiliencia en una muestra de niños mexicanos. *Acta Universitaria*, 27(1), 88-94. doi: 10.15174/au.2017.1140

Honorato Bernal, T.; González Arratia López Fuentes, N.; Martínez, A.; y Palos, P. (2019). Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova Scientia*. 11. 413. Doi:10.21640/ns.v11i22.1825.

Mezerville Z., G. (1993-2007) El aprendizaje de la autoestima como proceso educativo y terapéutico. *Revista educación*. 17(1): 5-13. DOI [10.15517/REVEDU.V17I1.12688](https://doi.org/10.15517/REVEDU.V17I1.12688)

ANEXOS

ANEXO A

Cedula de Autolesiones

Instrucciones:

Por favor conteste cada pregunta en las secciones SI/NO indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una X donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un claro propósito de lastimarte/ herirte, pero sin intención de quitarte la vida. Si contestas que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes. Si contestas que NO, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

	Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida	¿Alguna vez?		Cuántas veces lo has hecho					¿Cuándo fue la última vez?						
		NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20	Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de 1 año		
1	¿Cortarse hasta lastimarte/ sangrar la piel?														
2	Raya, marca, pinchar tu piel (sin sangrar)														
3	Quemarte (con cigarro u otro objeto)														
4	Impediste que sanaran tus heridas														
5	Sacarte sangre														
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/ pared para lastimarte														
7	Te golpeaste con las manos con 1 objeto hasta dejarte 1 moretón o cicatriz														
8	Te mordiste al grado de hacer que sangrar a tu piel														
9	Frotaste tu piel con algún objeto punzante (vidrio/ fichas)														
10	Usa ácido u otra sustancia agresiva para frotar su piel														
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anóotala aquí)														
12	Necesitaste tratamiento para alguna de estas conductas														
13	Si alguna vez has hecho alguna de estas conductas descritas ¿qué edad tenías al hacerlo la primera vez?	Nunca lo he hecho		9 o menos	10	11	12	13	14	15	16	17			

ANEXO B

Prueba De Autoestima Para Adolescentes

INTRUCCIONES:

"Estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender como sientes los jóvenes de tu edad respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tu sientas y no como otros piensan que deberías sentir."

En cada reactivo marca con una "X" la casilla con la respuesta que mejor se adapte a tu forma de sentir.

REACTIVO	SIEMPRE	USUAL MENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1.- Me gusta como soy					
2.- Hago enojar a mis padres					
3.- Me siento fracasado					
4.- Estoy feliz de ser como soy					
5.- Si me enojo con un amigo (a) lo (a) insulto					
6.- Me siento bien cuando estoy con mi familia					
7.- Mi familia está decepcionada de mi					
8.- Tengo una de las mejores familias de todo el mundo					
9.- Soy muy lento para realizar mis trabajos escolares					
10.- Soy tonto (a) para hacer los trabajos de la escuela					
11.- Estoy orgulloso (a) del trabajo que hago en la escuela					
12.- soy malo para muchas cosas					
13.- Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer lo que yo quiero					
14.- Estoy orgulloso (a) de mi					
15.- Les echo la culpa a otros por cosas que yo hago mal					
16.- Pienso que mis padres serian felices si yo fuera diferente					
17.- Soy un (a) buen (a) amigo (a)					
18.- Tengo una mala opinión de mí mismo					
19.- Me gustaría ser otra persona					
20.- Me gusta la forma como me veo					
21.- Siento ganas de irme de mi casa					

ANEXO C

Cuestionario De Autoestima (Iga-2001)

NOMBRE

SEXO		EDAD	
GRADO		GRUPO	

Instrucción: A continuación, se presentan 25 afirmaciones. Lee con atención y marca con una "X" la respuesta que mejor se adapte a tu persona.

AFIRMACION	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Tengo plena confianza en mí mismo			
2. Soy importante para mi familia			
3. Me siento un perdedor			
4. Soy un alumno aplicado			
5. No puedo lograr lo que me propongo			
6. Creo que no valgo nada o valgo muy poco			
7. Estoy orgulloso de mi mismo			
8. Siento el amor que mi familia			
9. Me siento un inútil			
10. Soy inteligente			
11. Cumpló las metas que me propongo			
12. Creo que soy una persona que nadie quiere			
13. Me siento bien con migo mismo (a)			
14. Creo que me toman en cuenta en mi casa			
15. Me siento inseguro (a)			
16. Soy una persona trabajadora			
17. Yo tengo éxito en lo que hago			
18. Creo que nadie se preocupa por mí			
19. Me siento feliz			
20. En casa me aceptan como soy			
21. Siento que nadie me quiere			
22. Soy una persona exitosa			
23. Me quiero mucho a mí mismo (a)			
24. Mis padres me alienta para hacer las cosas			
25. Todo me sale mal			

ANEXO D

Entrevista

Ficha de identificación

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Grado y grupo:

Integrantes de su familia con quien vive:

Elaboración de Familiograma: Obtención de información respecto a la relación familiar, como se siente dentro de esta y que tanta libertad tiene para expresar su emociones y sentimientos.

Preguntas base:

- ◆ ¿En algún momento te has dañado a ti misma? ¿Te has cortado?
- ◆ ¿Cuándo fue la primera vez que te hiciste un corte?
- ◆ ¿Qué edad tenías? ¿En ese momento estabas en (grado escolar)?
- ◆ ¿Con que frecuencia lo haces? ¿Cuántas veces a la semana?
- ◆ ¿Qué emoción experimentas en el momento de cortarte?
- ◆ ¿En qué parte del cuerpo lo haces?
- ◆ ¿Con qué lo haces? (objeto)
- ◆ ¿Llegas a sangrarte?
- ◆ ¿Te duele o sientes alivio?
- ◆ ¿Qué pasa por tu mente cuando haces esto?
- ◆ ¿Hay algo en ti que no te gusta?
- ◆ ¿Qué tan bien te sientes contigo misma?
- ◆ ¿Cuándo te sientes incapaz de realizar algo, recurres a esto?
- ◆ ¿Sientes arrepentimiento?
- ◆ ¿Has pensado en volverlo hacer últimamente?



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8967-25



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA BAJA Y CONDUCTAS
AUTODESTRUCTIVAS
DE CORTARSE EN ADOLESCENTES”**

TESIS

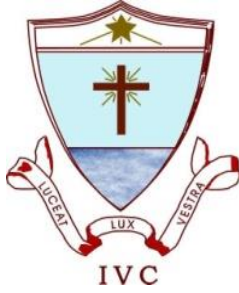
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LINDA ANGÉLICA LÓPEZ MADRID

ASESORA
MTRA. MARTHA PAOLA LÓPEZ GUTIÉRREZ

ORIZABA, VERACRUZ.

OCTUBRE 2021



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008

Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011

Clave de Incorporación UNAM 8967-25

SUR 31 N° 272 TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

Orizaba, Ver., A 12 de octubre 2021.

C. LINDA ANGÉLICA LÓPEZ MADRID
EGRESADA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
GENERACIÓN 2014 - 2018
P R E S E N T E

Quien suscribe, directora técnica del Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz, con Clave de Incorporación UNAM 8967-25, notifica a usted con base en el reporte de aprobación del Trabajo de Titulación proporcionado por la Mtra. Martha Paola López Gutiérrez, Asesor de la Licenciatura en Psicología Plan de Estudios 2008, *Autoriza* imprimir la Tesis de Investigación: **“Relación entre la autoestima baja y conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes”**

Así también, cuenta con anuencia para presentar el Examen Profesional, en virtud de que el trabajo referido cumple con los criterios teóricos-metodológicos de la modalidad seleccionada.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

MTRA. JUDITH ELIZABETH RODRÍGUEZ GIRÓN
DIRECTORA TÉCNICA

AGRADECIMIENTOS

A mamá Linda, porque sonreíste al saber que había terminado la carrera y me animabas a tu manera.

A mi mamá por dejarme elegir que quería hacer y a que dedicarme en la vida.

A mis profesores, aquellos que marcaron la diferencia e hicieron que me enamorara de la carrera, gracias.

ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción

Capítulo I. La Adolescencia	6
Definición y Etapas de la Adolescencia.....	6
La Adolescencia y la Autoestima.....	9
Capítulo II. La Autoestima	12
Definición y Naturaleza.....	12
<i>Características del Autoestima</i>	13
<i>Tipos de Autoestima</i>	16
<i>Factores de la Autoestima</i>	17
Niveles Hacia la Autoestima.....	18
<i>La Autoimagen</i>	20
<i>La Autovaloración</i>	21
<i>La Autoconfianza</i>	22
<i>El Autocontrol</i>	23
<i>La Autoafirmación</i>	24
<i>La Autorrealización</i>	25
Autoestima Baja	26
Autodesprecio vs Autoestima.....	28
Enfoques del Proceso de la Autoestima	29
<i>Enfoque Cognitivo Conductual y la Autoestima</i>	30

Capítulo III.

Conductas Autodestructivas de Cortarse 33

Definición y Tipos..... 33

Conductas Autolesivas..... 36

Conductas de Cortes 38

Capítulo IV. Metodología..... 40

Diseño de la Investigación..... 40

Instrumentos Aplicados 43

Cedula de Autolesiones 43

Prueba de Autoestima para Adolescentes 44

Cuestionario de Autoestima (Iga-2001)..... 47

Entrevista 49

Marco Contextual 50

Sujetos o Muestra de Estudio..... 51

Procedimiento 52

Resultados..... 54

Conclusiones..... 77

Recomendaciones 81

Referencias 83

Anexos

Índice de Tablas

Tabla 1 Datos generales de la población.....	54
Tabla 2 Grupo al que pertenecen	55
Tabla 3 Sexo de los participantes.....	55
Tabla 4 Edad de los participantes	56
Tabla 5 Reactivos severos de la Cedula de autolesiones	57
Tabla 6 Frecuencia de los cortes	58
Tabla 7 Edad de inicio de las conductas de cortarse	60
Tabla 8 Emoción del corte	61
Tabla 9 Lugar del cuerpo donde se realiza el corte.....	63
Tabla 10 Objeto con el que se realiza el corte.....	64
Tabla 11 Situaciones después del corte.....	66
Tabla 12 Puntuaciones finales de los instrumentos de Autoestima	69
Tabla 13 Totales del factor Percepción de si mismo/Yo	71
Tabla 14 Totales del factor Percepción de competencia/Fracaso-Trabajo- Éxito	72
Tabla 15 Totales del factor Relacion familiar/familia	73
Tabla 16 Totales del factor Enojo/Afectivo-Emocional	74
Tabla 17 Puntuaciones finales de los factores de la Escala P.A.A.....	75
Tabla 18 Puntuaciones finales de los factores del Cuestionario IGA-2001.....	75

Índice De Graficas

Gráfica 1 Frecuencia semanal de los cortes	59
Gráfica 2 Porcentajes de las emociones de cortarse	62
Gráfica 3 Porcentajes de los objetos de cortarse.....	65
Gráfica 4 Niveles del Proceso de la Autoestima	67
Gráfica 5 Comparación de puntuaciones de los instrumentos	70
Gráfica 6 Comparación de los factores bajos de ambos instrumentos	76

RESUMEN

La presente tesis, demuestra la relación que tiene la autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes. La investigación se llevó a cabo en la secundaria técnica industrial número 98 con adolescentes de entre 14 y 15 años.

Se considera la dimensión (actitudinal/conductual) y niveles de la autoestima más afectados que mantienen constante dichas conductas.

Los temas a tratar son, la Adolescencia, la autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse; puestos en este orden para entender su relación y tener una mejor comprensión de los mismos.

Es una investigación no experimental correlacional, debido a que recolecta datos de un momento determinado. Asimismo, el enfoque que maneja es mixto, ya que utiliza instrumentos de tipo Likert para obtener datos específicos y poder contabilizarlos.

Los instrumentos aplicados fueron la Cedula de Autolesiones de Marín, del 2013, la cual se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir temporalmente autolesión no suicida. El segundo fue la Prueba de Autoestima para Adolescentes (P.A.A.), conformada por 20 reactivos, agrupados en los cuatro factores: Percepción de sí mismo, Percepción de competencia personal, Relación familiar y Enojo.

El tercero fue el Cuestionario de Autoestima de Gonzales Arriata, compuesto por 25 reactivos, integrado por seis factores que son: yo, familia, fracaso, trabajo-intelectual, éxito y afectivo-emocional. Cada uno se aplicó simultáneamente a todos los integrantes de la muestra de estudio, con un tiempo de separación de una semana entre ellos. Por último, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas para obtener mayor información y corroborar los datos obtenidos de lo antes aplicado.

De esta forma se pudo demostrar la relación de una autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse, así como la importancia de la participación de la familia y la escuela en los adolescentes que practican estas conductas.

Palabras clave: adolescentes, baja autoestima, conductas autodestructivas de cortarse.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un término amplio, del cual existen varias teorías y autores para describir el fenómeno, dependiendo como sea visto o estudiado. La Organización Mundial de la Salud (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Por su parte, Susana Quiroga (2004), menciona tres etapas: la temprana, la intermedia y la tardía. La primera oscila entre los 13 y los 15 años, con la característica particular que es la intensificación de las conductas rebeldes, de la cual será objeto y parte importante en la elaboración de esta investigación.

Twenge y Campbell, (como se citó en Rodríguez N. y Caño G., 2012) establecen que la adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima. Así, los jóvenes manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta.

Cuando se habla de autoestima generalmente se viene a la mente la frase “quererse o amarse”. Sin embargo, es un concepto amplio y complejo, Mészerville (2009) propone como definición de autoestima, “la percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida” (p.19).

La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida del ser humano, principalmente basada en las experiencias, interpretadas en un diálogo interno como positivas o negativas. Según Nathaniel Branden (2008), está configurada por dos factores, uno interno, que son todas las creencias o ideas, prácticas o conductas que conforman a una persona, y uno externo, que son los factores del entorno, los mensajes transmitidos verbal y no verbalmente, o experiencias suscitadas por “personas significativas”. Los juicios influyen, ya sean propios o de terceras personas, quienes pueden llegar a poner condiciones para entablar una relación, disminuyendo o elevando la valía propia, influyendo en la autoestima.

Branden (2008) menciona que una autoestima saludable (alta) se relaciona con la racionalidad, la realidad y la intuición, por el contrario, una autoestima “baja”, se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad. En otras palabras, cuando una autoestima es baja, se considera deficiente y se expresa a través de una actitud de auto desprecio.

El sentimiento de autodesprecio pueden desencadenar conductas autodestructivas, incluso llegar a casos extremos como el suicidio. Por otra parte, en situaciones menos graves, aunque patológicas, las actitudes inconscientes de autodesprecio tienden a reflejarse en comportamiento autodestructivos de tipo vicioso, en patrones conflictivos de relación interpersonal que provocan reacciones agresivas contra sí mismo, y en situaciones repetitivas de fracaso en muchas de las cosas que se emprenden.

Castro, K., Kirchner, T. & Planellas, I. (2014), abordan la conducta autodestructiva o CA, “como toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos directos e indirectos y aspectos psicológicos”. Las conductas autodestructivas directas, se relacionan en la conducta y la consecuencia física inmediata, como lo son los golpes o cortes. Nock & Prinstein, et al, (como se citó en Castro, K. et al.,2014) plantean que muchos adolescentes que se dañan a sí mismos lo hacen como un intento de regular sus emociones y que las autolesiones pueden ser métodos disfuncionales de hacer frente a las emociones negativas.

Las conductas autodestructivas de cortarse, hoy conocido como “cutting”, es el acto de “cortarse” la piel en diversos lugares que pueden ser muñecas, brazos, piernas o cualquier otro lugar del cuerpo y esta acción puede ser desde cortes leves que no logre un sangrado, hasta otros más severos y profundos que requieran una intervención médica. (Águila, 2005).

Existen una variedad de problemáticas por las que atraviesan los adolescentes y las respuestas ante algunos de esos problemas, son las conductas autodestructivas de cortarse. Esta problemática es bastante sonada en el área escolar, y suele ser abordada desde el aspecto conductual, inclusive es reducida una “falta de control de impulsos”. No se profundiza en la cuestión personal del adolescente, particularmente

en su autoestima, en el hecho de cómo esta situación lo está afectado a nivel personal y como esta a su vez refuerza la conducta de cortarse.

En el año 2016, se llevó a cabo un taller para tratar el tema de “cutting” en estudiantes de tercer año de la Escuela la Secundaria Técnica No. 98. Con el objetivo de “Generar en los estudiantes una alternativa o manera distinta a la que utilizan para manejar sus emociones y sentimientos, eligiendo la más adecuada para cada uno de ellos, la cual los ayude a tomar mejores decisiones sobre sí mismos, evitando el desarrollo de conductas auto lesivas como el cutting” (Arauz, García, López y Pulido, 2016). Sin embargo, mientras se trataba dicho tema, la mayoría de los adolescentes mostraba cierto rechazo hacia sí mismos. Problemas con su autoimagen y autovaloración que no les permitía hablar de sí mismos durante algunas actividades.

Por otro lado, a principios del año 2017, se llevaron a cabo algunos talleres en la Escuela Secundaria General Margarita Maza P. de Juárez, ubicada en la ciudad de Orizaba, Veracruz. En uno de esos talleres, en primera instancia, el problema detectado por los docentes, hacía referencia a que los adolescentes se encontraban desganados y sin motivación alguna, y por lo tanto requerían un taller de autoestima. Sin embargo, al tratar con los jóvenes, comenzaron a surgir otras situaciones que eran necesarias considerar. Una de estas, eran las situaciones de conductas autolesivas (autodestructivas), motivo por el cual, se tuvieron que hacer algunas modificaciones al taller para tratar de abarcar ambas problemáticas.

En la revisión de algunos textos no se relaciona de forma directa a la autoestima como parte influyente en las conductas autodestructivas de cortarse, conocidas como cutting. Sin embargo, hoy en día, algunos jóvenes de secundaria, independientemente de sus cambios “normales”, presentan conductas autodestructivas de cortarse a sí mismos y una autovaloración deficiente. Lo que me lleva a plantearme la siguiente pregunta, ¿Una autoestima baja se relaciona con las conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes de 14 a 15 años?

Siguiendo la línea en cuestión y tomando en cuenta que la autoestima implica confianza y respeto por uno mismo, y es parte fundamental en el desarrollo óptimo de los adolescentes, se puede llegar a la hipótesis de que el acto autodestructivo de cortarse equivaldría a tener actitudes de autodesprecio, siendo así la parte contraria

de la autoestima, manifestando una autoestima baja, que solo reforzara tales conductas autodestructivas. Es decir, mientras exista una autoestima baja, mayor será la probabilidad de que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan y a su vez no permitan una mejora en la autoestima de los adolescentes de entre 14 y 15 años.

Por lo tanto, lo que se pretende alcanzar en este trabajo de investigación, como objetivo general es; Identificar la relación que hay entre una autoestima baja y las prácticas de conductas autodestructivas de cortarse en los adolescentes de entre 14 y 15 años de la Secundaria Técnica Industrial No. 98. Esto se logrará a través de los objetivos específicos que son, analizar los resultados de la escalas o cuestionarios aplicados, e información de las entrevistas semiestructuradas que se realizarán a los adolescentes de 14 a 15 años de la Secundaria Técnica Industrial No. 98.

Las variables a considerar son, las conductas autodestructivas de cortarse como dependiente, ya que la población seleccionada deberá contar con esta característica en específico, además de la edad de entre 14 a 15 años. Y como independiente se localizará a la autoestima baja, y los niveles o escalones que se involucran, puesto que será medida (mediante una escala) y tomada como punto de partida para determinar la asociación que tiene con la variable dependiente.

La investigación se comprobará por medio de la aplicación de tres instrumentos mexicanos, estos son, la “Prueba de Autoestima para Adolescentes”, actualizado en el año 2011. Que para una mayor objetividad se aplicará el Cuestionario de Autoestima de González Arratia (2011). Y también la Cedula de Autolesiones de Marín (2013).

Además, se realizarán entrevistas semiestructuradas, requeridas como complementación del tercer instrumento, para así poder distinguir la dimensión más afectada de la autoestima y por ultimo detectar los niveles o escalones que mayor influencia tienen y mantienen constante ambas variables.

Este estudio se divide en cuatro capítulos, el primero tratar sobre la adolescencia, su definición y etapas, así como la formación de la autoestima en esta fase tan importante de desarrollo humano.

El segundo capítulo, ahonda más sobre el tema de la autoestima, enfocándose en las características, tipos y factores, estos últimos son de relevancia para este estudio, ya que se retomarán en el apartado de resultados. También, se mencionan los niveles del “proceso de la Autoestima” en los cuales se basa la investigación, así como la definición de la autoestima baja y el auto desprecio que lleva a las conductas autodestructivas de cortarse.

En el tercer capítulo se abordan las conductas autodestructivas de cortarse, definición y tipos, centrándose en las conductas de cortes y en el cuarto capítulo se presenta la metodología utilizada a lo largo de la investigación. Por último, se presentan los resultados de la aplicación de instrumentos y entrevistas, así como las conclusiones generales y comprobación de hipótesis.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. LA ADOLESCENCIA

Definición y Etapas de la Adolescencia

La definición de adolescencia varía según el enfoque desde el cual se estudia, el biológico por lo general vas más encaminado a la pubertad y aparición de las hormonas sexuales. Generalmente se caracteriza a la adolescencia como una época de crisis y llena de conflictos: desequilibrios, dificultades e inestabilidad debido a los reajustes psicológicos, emocionales, físicos y sociales. (Cortez, 2015) Sin embargo, las edades de inicio y término de esta etapa no están delimitadas con exactitud, incluso es dividido en fases, dependiendo el autor.

Palacios, Marchesi y Coll, (como se citó en Cortez, 2015), le llaman pubertad al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida trasforma el cuerpo infantil para obtener una capacidad reproductora, mientras que adolescencia se refiere al periodo psicológico que se prolonga varios años más y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

La pubertad inicia alrededor de los 10 u 11 años, en la cual se activan los niveles hormonales que estimulan el desarrollo de los caracteres sexuales. En las mujeres se presenta la primera menarca, en los hombres la eyaculación. Esta termina cuando se alcanza la madurez sexual. Cortez (2015) menciona que se atribuye, a la madurez física y sexual las repercusiones emocionales en los adolescentes, como estados de abrumación, tristeza, estrés, tensión, entre otros. Por lo cual la adaptación a los cambios es un proceso de reajuste del auto concepto e identidad, tanto personal como social.

Susana Quiroga (2004), plantea que la adolescencia es un fenómeno multideterminado, la cual se ve atravesada por factores biológicos, psicológicos, cronológicos y sociales. La importancia de esta radica en sus consecuencias, ya que se manifiestan en los años de la madurez siguiente, en otras palabras, “La adolescencia, es un periodo de desarrollo humano, la transición de la niñez a la vida adulta”.

La Organización Mundial de la Salud (2017) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Tomando en cuenta el primer punto de referencia del estudio de la adolescencia de Horrocks (2012), nos dice que la adolescencia es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo e intenta ponerse a prueba, sus conceptos, ideales, etc. Sin embargo, debe contrastar y considerar la realidad en la que se encuentra y estar en un continuo proceso para alcanzar la auto estabilización que lo ayudará a alcanzar su vida adulta.

El individuo que entra en esta nueva etapa, es decir que pasa de ser un niño para convertirse en un adolescente, comienza una búsqueda de identidad, estatus y equilibrio. Además, deben agregarse cambios físicos y hormonales, esto provocara un desequilibrio emocional y como consecuencia un nuevo patrón de conducta. Todo esto sumado, genera una lucha en la cual el adolescente se sentirá perdido y en ocasiones molesto, repercutiendo en sus conceptos de YO.

El adolescente tiene que dedicarse y elaborar conceptos de sí mismo, puesto que al entrar a la etapa de pensamiento operacional y adquirir la capacidad de elaborar hipótesis, intentará contestar las preguntas más antiguas: ¿Quién y que soy? y ¿hacia dónde voy?; por lo tanto, su ocupación está en elaborar y confirmar un concepto estable de su Yo, para lograrlo requiere poner la realidad a prueba una y otra vez, ocasionando un aislamiento cuando está mal ajustado, retirándose de la realidad, generando un despliegue de aberraciones psíquicas o somáticas (Lehalle, 1990).

Piaget (2007), dentro de sus etapas del desarrollo cognoscitivo del niño, las operaciones formales, considera que durante la adolescencia las operaciones mentales que surgieron en las etapas previas, se organizan creando un sistema más complejo, es decir, se desprende de lo concreto y se sitúa en lo real o en lo que puede ser posible, es la etapa de los ideales, el pensamiento abstracto y reflexivo.

Erik Erikson (como se citó en Horrocks, 2012), describió la secuencia del desarrollo en 8 etapas, cada una con un conflicto, del cual el individuo decidirá resolverlo de una forma óptima o de manera dañina siendo esta un fracaso y conforme atraviesa cada etapa, el individuo adquiere identidad de su ego. En la quinta etapa se

logra esta identidad, el foco de atención es el mismo, la forma como él cree ser para así poder elaborar un concepto de su Yo con el que pueda vivir.

Sin embargo, para lograr tal meta, necesitará integrar sus experiencias y la aceptación de los papeles sociales. Bronson (1959) menciona que la adolescencia fue vista como ese momento de la vida en que el individuo intenta la construcción de una autoimagen estable, en contraste con la identificación del ego, anterior visto por Erikson, y relaciona esta identidad con la “seguridad del concepto de sí mismo” y con la “estabilidad temporal de la autoestima”.

Para Rodríguez, (como se cita en Sandoval, 2017), las etapas de la adolescencia se dividen en tres estadios:

- I. La adolescencia temprana o comienzo de la adolescencia, durante este periodo existe la aceptación del cuerpo que crece y se transforma, con los esperados cambios de la autopercepción de la imagen y la autoestima... la imagen que tiene el individuo de sí mismo y del ambiente.
- II. En la adolescencia intermedia, se da la separación psicológica con la familia, las relaciones con los grupos de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad y ser parte del grupo.
- III. Finalmente, la adolescencia tardía, en esta se encuentra la búsqueda de un sentido de identidad sobre todo lo que se refiere a la vocación y a la sexualidad.

Según Quiroga (como se citó en Seoane, 2015) en la adolescencia por lo general se observan comportamientos “caóticos”, que va desde el desaliño, bajo desempeño académico, mala conducta, comportamiento opositor, hasta conductas que pueden poner en riesgo su integridad.

Quiroga, (como se cita en Vázquez, 2018) la adolescencia parte de tres momentos: *Temprana*, que oscila entre los 13 y los 15 años, su característica particular es la intensificación de las conductas rebeldes y mal desempeño escolar. *Media*, se encuentra entre los 15 y los 18 años, en esta se empieza a experimentar las relaciones de pares, ya sea en forma grupal y de noviazgo. *Tardía*, surge a partir de los 18 años, concluyendo aproximadamente 10 años más tarde, en este tiempo se da la resolución de problemas que conducen finalmente al adolescente a la vida adulta.

Considerando la adolescencia temprana como parte importante en esta investigación, lo que dice Susana Quiroga, (2004) tras su experiencia clínica y tomando en cuenta el punto de vista cronológico y su imposición de un orden al pensamiento como esquema de trabajo, plantea en el primer nivel o momento de la adolescencia, cronológicamente va de los 8 hasta los 15 años, y la divide en sub fases: Pre pubertad de los 8 a los 10 años; Pubertad, de los 10 a los 14 años; Adolescencia temprana, de los 13 a los 15 años.

Esta última sub fase, propiamente llamada “temprana”, es el final de la transformación física, ocurrida en las fases anteriores, y como ya se mencionó, la pubertad, deja una inestabilidad emocional que se tendrán que reajustar al final de la etapa temprana, es decir, es el primer paso para la concepción de una autoimagen partiendo de los cambios físicos sufridos en los años anteriores, y que se verán reforzados en el futuro.

La Adolescencia y la Autoestima

La autoestima se forma desde los primeros años de vida, en el proceso de crecimiento, y la interacción constante con los padres y personas alrededor, se van creando vínculos e influencias por parte de los adultos en los niños. Estos, conforme van creciendo van generando ideas y sacando conclusiones sobre quiénes son, etc.

Regresando al plano de los componentes externos de la autoestima, estos inician desde los gestos y actitudes expresados por los padres. Entonces al formular nuevos conceptos (componente interno) sobre si son amados y si merecen ser amados, llegan a la adolescencia con toda una carga de imágenes que hace que su autoestima crezca o baje según las situaciones que afronte más adelante.

Fridenberg (como se citó en Caso-Niebla et al., 2011), “El describiría al adolescente más específicamente en términos de desarrollo emocional, el efecto de los adolescentes sobre los adultos y la influencia de la escuela sobre la experiencia del adolescente y su autoestima”

Si para un adulto es “duro” una crítica sobre su persona, para un adolescente es un “golpe” que lo hace perder el equilibrio. La autoestima está formada por dos componentes, uno interno y otro externo. La parte interna en el adolescente está en

proceso de formación, en esta los pensamientos y fantasías están en constante elaboración y cambio. La parte externa es una de las principales causas de desajuste, generadora de conflictos. No quiere decir que sea la única, pero si es la que más abarca las cuestiones ambientales y sociales por la que pasa el joven.

“Un papel importante desempeña la retroalimentación recibida de otras personas significativas. Del entorno físico inmediato y de sí mismo, en la adquisición, mantenimiento y modificación de la autoestima” (Caso, N. J. y Hernández G. L., 2001) Es por eso que los adolescentes, están en constante valoración y análisis, a nivel cognición, sobre sí mismos y sobre el ambiente en el que se desenvuelven, generando así fluctuaciones en su autoestima.

Twenge y Campbell (como se citó en Rodríguez N. y Caño G., 2012), analizan que la adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma.

Como ya se ha mencionado el adolescente pasa por situaciones novedosas y a veces estresantes, dependiendo como lo evalúen, poniendo en desafío su propia percepción y estabilidad emocional, creando fluctuaciones en sus niveles de autoestima.

Coopersmith, Frydenberg (como se citan en Caso-Niebla et al., 2011) explican la relación entre la autoestima y el afrontamiento, uno atribuye la influencia del ambiente, la historia de éxito del niño y la forma como interpreta los fracasos, mientras que el otro propone que el adolescente al momento de afrontar una situación determinada, interpreta y evalúa características del ambiente, ya sea como amenaza, conflicto, peligro o desafío, o bien inofensivo.

Por lo tanto, la autoestima desempeña así un papel importante en la valoración inicial que hace el adolescente, en forma de cogniciones, de sí mismo ante las demandas situacionales. Si agregamos lo que menciona Bednar (también citado en Caso-Niebla et al., 2011), a esas cogniciones las acompañan emociones simultaneas, que definen su desempeño adaptativo.

En otras palabras, la autoestima en la etapa de adolescencia marca las pautas adaptativas y de realidad que el adolescente comenzará a manejar a lo largo de su desarrollo, por lo tanto, si la percepción que él tiene de sí mismo y del ambiente es desfavorable, buscará un medio de afrontamiento, “escape o desahogo” para equilibrar o expulsar esas ideas y emociones insoportables.

CAPÍTULO II. LA AUTOESTIMA

Definición y Naturaleza

Cuando se habla de autoestima generalmente se viene a la mente la frase “quererse o amarse”. Mézerville (2009) propone como definición de autoestima, “la percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida”.

Si a esta definición le agregamos lo expresado por Sánchez (2014), quien lo define desde la Psicología, “es la opinión emocional que las personas tienen de sí mismos, y que sobrepasan en sus causas la racionalización y lógica de dicho individuo, también puede expresarse como el amor que tenemos hacia nosotros mismos”. Ambas se complementan, mientras una nos habla sobre percepciones valorativas y el manejarse con propiedad y autonomía, la otra nos dice sobre la opinión emocional.

La autoestima se desarrolla a lo largo de la vida del ser humano, principalmente basada en las experiencias, interpretadas en un diálogo interno como positivas o negativas. Los juicios influyen, ya sean propios o de terceras personas, quienes pueden llegar a poner condiciones para entablar una relación, disminuyendo o elevando la valía propia, influyendo en la autoestima.

Pope, McHale y Craighead (como se cita en Caso-Niebla, 1999), “puntualizan que la autoestima es una evaluación contenida en el auto concepto y procede de los sentimientos...”, es decir, cuando se realiza una evaluación de sí mismo, la parte afectiva que son los sentimientos y emociones intervienen. La autoestima evaluará dos vertientes, una objetiva y otra subjetiva, en otras palabras, un self real y un self ideal, creando una discrepancia, y dependiendo el grado de esta, se verá reflejado en el nivel de autoestima que tenga, a mayor discrepancia menor será el grado de autoestima y viceversa.

Branden (2017), en su modelo básico de autoestima, dice que su esencia es confiar en la propia mente y saber que se puede ser merecedor de la felicidad, hablando de una autoestima consumada, se puede decir que es “la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida”. Esto inspira o motiva a desarrollar un tipo de comportamiento, sin embargo, si

la conducta tiene resultados desagradables o dolorosos, se creará una desconfianza hacia la mente, hacia las creencias y hacia sí mismo, devaluando la autoestima y perdiendo esa “merecida felicidad”.

El auto concepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas sobre sí mismo, estas son el resultado de un análisis valorativo, de toda la información derivada de la propia experiencia y retroalimentación significativa que viva una persona. Dentro de este escalón se han distinguido los componentes físico, académico, personal y social, el termino autoestima, que aparece en la cumbre de la jerarquía, se ha empleado para referirse al componente global del auto concepto, sin embargo, se podría decir que es más transitoria, dependiente del contexto e inestable. (Rodríguez N. y Caño G., 2012)

Características de la Autoestima

Varios autores han hablado de dos aspectos o dimensiones importantes en la autoestima, uno interno y otro externo o ambiental. Todos llegan a la conclusión que la complementación de uno con el otro es lo que genera el “nivel o grado” de autoestima que posea una persona y a su vez da indicios de que sector o aspecto es el que debería reforzarse, para que, al entrelazarse una dimensión con la otra, se forme la autoestima que necesite cada individuo, de manera que exista una equidad de sus características individuales.

Alcántara (como se citó en Quispe Rojas, 2017), refiere tres componentes que forman la estructura de la autoestima, A) el cognitivo, que son los pensamientos, lo entrelaza con el auto concepto, que es como se considera una persona y en él se engloban las virtudes y defectos que cree poseer. B) el afectivo, que es la parte sentimental, se relaciona con la parte valorativa propia, ya sea positiva o negativa. C) el conductual, la forma de actuar, es la fuerza de voluntad y la toma de decisiones al efectuar alguna acción en un momento determinado, tratando de ser coherente, para así ser aceptados por los demás y por sí mismo.

La autoestima tiene dos aspectos interrelacionados: un sentido de eficacia o autoeficacia otro sentido de mérito personal o auto dignidad. En primero va encaminado a una confianza en el propio funcionamiento mental, es decir en la capacidad de pensar, comprender, juzgar y decidir sobre los hechos de la realidad que

estén dentro de los puntos de interés y necesidad de cada ser humano. Por otro lado, la auto dignidad se refiere a una seguridad de valía personal, es la actitud afirmativa de tener derecho a vivir y ser feliz. (Sepúlveda, 2013)

Ahora bien, la autoestima, se fundamenta de aspectos internos y externos. Los primeros son básicamente pensamientos e ideas que tiene el individuo sobre sí mismo y sobre quien es, muchas veces, regresando con los adolescentes, tienen ideas negativas o erróneas sobre ellos, basadas la mayoría de las veces de comentarios ajenos a su alrededor, estos comentarios, conforman el segundo aspecto, es decir lo externo. Todo lo expresado verbal y no verbalmente, es captado por los jóvenes, quienes interpretan y crean nuevos conceptos.

Las cuestiones físicas que proyecta una persona, si no está bien fortalecida su autoestima, siempre conllevaran comentarios positivos o negativos, estos al ser recibidos y desmenuzados en la mente del individuo, generaran ideas y conceptos nuevos sobre ellos mismos, lo cual los llevara a creerlos y proyectarlos, es decir la retroalimentación de un círculo vicioso. Existe una línea delgada entre lo que “yo creo de mi” y “lo que los demás dicen de mi”, muchas veces las personas suelen confundir estas dos vertientes. Suele haber introyectos respecto a quienes son y cómo deben comportarse, dejando a un lado quien es realmente.

“Afortunados son aquellos que, pese a los introyectos, no olvidan quienes son o reciben solo comentarios positivos y halagadores de su persona” (Sepúlveda, 2013). Sin embargo, incluso si solo reciben halagos, pueden caer en ideas de grandiosidad, saliéndose de los márgenes de la autoestima, creando una inestabilidad. Si una persona, quien tiene pensamientos negativos sobre si y los demás también opinan sobre él de una forma destructiva, la persona creará que esto es cierto y se comportara de esa forma desvalorada. Por lo tanto, al querer hablar y trabajar sobre la autoestima se debe reforzar y complementar los dos componentes tanto internos como externos.

En cuento a lo que se refiere por negatividad, el término “crítica patológica”, acuñada por el psicólogo Eugene Sagan, la describe como la voz interior negativa que ataca, juzga y debilita la valía de cada persona cada día de su vida. Esta crítica utiliza como instrumentos las distorsiones cognitivas, que en realidad son malos hábitos de

pensamientos, usados de manera inmediata para interpretar la realidad de una forma irreal. (McKay, M. y Fanning, P., 2016) Estos son:

1. **Sobregeneralización:** A partir de un hecho aislado se crea una regla universal. Una equivocación, un ligero error, la desaprobación o rechazo de otros, se interpreta como “todo me sale mal” o “Nadie me quiere”
2. **Valoración global o etiquetaje:** Se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo de forma global. Si en algo el adolescente no tiene habilidad para realizarlo, se considera como alguien torpe o que fracasa.
3. **Filtrado negativo:** Solo se destaca lo negativo de una situación sin considerar lo positivo que se puede tener.
4. **Pensamiento polarizado:** es la interpretación en dos vertientes, por ejemplo, bueno o malo. Lo que implica que el adolescente se juzgara como fracasado o villano, al no alcanzar los estándares de triunfador o héroe.
5. **Autoacusación:** Es el acto de culpabilizarse por todo, aunque no se tenga la responsabilidad por lo que ocurre, ejemplo, “Yo tengo la culpa de esto” o “Por mi culpa paso...”
6. **Personalización:** el adolescente se convierte en el centro del universo, pero de forma desvalorizada, de manera que todo lo que ocurra a su alrededor, parecerá estar ligado a su conducta o valía personal.
7. **Lectura del pensamiento:** Suposiciones sobre los pensamientos de las demás personas sobre su persona, sin evidencia o comprobación alguna, incitándolo a pensar que todos comparten una opinión negativa sobre él o ella.
8. **Falacias de control:** es la sensación de omnipotencia y sobre responsabilidad sobre lo que ocurre alrededor del adolescente, lo cual lo llena de ansiedad, o a sentirse impotente y extremadamente controlado, lo que acentúa la inseguridad personal.
9. **Razonamiento emocional:** es un universo emocional caótico, la parte racional esta silenciada y las emociones se convierten en criterios incuestionables de la realidad desvalorizada. (Mezerville, 2009)

Tipos de Autoestima

Si bien ya se ha mencionado que la autoestima, depende de varios componentes y dimensiones, también es importante mencionar que algunos textos manejan “tipos” de autoestima. Sánchez Barajas (2014) ve a la autoestima como una cualidad multidimensional, y que a pesar de que él argumenta que depende más del auto concepto, enmarca cuatro dimensiones o tipos de autoestima:

- I. Autoestima intelectual: es la valoración que cada persona hace de sus habilidades intelectuales, como conocer si disfruta al estudiar, o resolver algún crucigrama, hacer cálculos números o enseñar a alguien más sobre algún tema que domine.
- II. Autoestima físico-corporal: se define como valoración que cada individuo hace de sus habilidades de control sobre su cuerpo, y de la estética de este. En otras palabras, si le agrada como se ve, si cuida su cuerpo, su alimentación e higiene, incluso si es capaz de opinar sobre su aspecto y sobre el de los demás.
- III. Autoestima artística: es sobre las habilidades de expresión y apreciación del algún tipo de arte, va desde pintar, actuar, practicar algún tipo de danza, apreciar la música o tocar algún instrumento.
- IV. Autoestima afectivo-social: esta va encaminada a la conciencia y disfrute que tiene cada persona con respecto a sus habilidades para relacionarse con otros, y a su vez reconocer habilidades en otras personas.

En esta investigación es importante mencionarlos dada su relación con los niveles de la escalera que desarrollo Gaston de Merzerville, la cual el denominó “proceso de la autoestima”, que más adelante se ahondara más en ella y que pueden estar ligados de la siguiente manera: la autoestima intelectual, abarca la autovaloración; la autoestima físico-corporal enfocada a la autoimagen; la autoestima artística se enlaza con la autoconfianza; y la autoestima afectivo social tiene que ver con la autoconfianza y el autocontrol. De manera que en conjunto la persona se sienta auto realizada y con una autoestima plena.

Branden, en su libro “Los seis pilares de la Autoestima” hace referencia sobre una autoestima positiva, de la cual su importancia radica en la capacidad de un individuo en lucir y sentirse bien consigo mismo sin tener la necesidad de hacer sentir

mal a otro ser humano, siendo capaces de cuidar de sí mismos, es decir llegan a una independencia más allá de lo material. A diferencia de una negativa, en la cual se observa más bien en personas inseguras e incapaces de brindarse respeto a sí mismo, no permitiéndose vencer obstáculos (por ejemplo, la crítica patológica) ni buscar soluciones, encasillándose en sus fracasos o errores.

Factores de la Autoestima

Susan Harter (como se citó en Caso-Niebla, 1999), entiende a la autoestima de forma global, analizándola durante la niñez y la adolescencia, propone una jerarquía en la cual la autoestima global está en la parte más alta y en los niveles inferiores se encuentran las dimensiones o factores de competencia, aceptación social, apariencia física y comportamiento apropiado, en las cuales se recibe un apoyo social y un apoyo familiar.

Caso-Niebla en el año 1998 realizó dos estudios sobre la medición de la autoestima, uno referente a niños y otro con respecto a los adolescentes, tomó como base instrumentos que ya se conocían y los adaptó para darles una visión más amplia o darle una visión más global a la autoestima. Años después se realizaron actualizaciones de su segundo estudio de medición de la autoestima en adolescentes en colaboración con Hernandez-Guzman y Gonzales-Montesinos (2011).

Los factores que se plantean, desde la primera investigación que realizó Caso-Niebla, son cuatro, *percepción de sí mismo, percepción de competencia, relación familiar y manejo de emociones*; en la presente investigación se relacionaran dichos factores con el “proceso de la autoestima” que Gastón de Mezerville propone, y más adelante se explicaran con mayor profundidad.

- 1) Percepción de sí mismo: se considerarán las autopercepciones del individuo tanto negativas como positivas, siendo esta la parte evaluativa del Self. Visto desde el “proceso de la autoestima” quedaría empatado con el primer nivel o componente que propone Merzerville, la autoimagen, dado que este va encaminado con la imagen propia que tiene un individuo y el nivel de autoconocimiento que posea para así poder crear una percepción de sí mismo o un auto concepto real.

- 2) Percepción de competencia: ya sea en el ámbito escolar, donde el adolescente se siente orgulloso de su trabajo. Visto desde la visión del proceso de la autoestima, se puede relacionar con el tercer nivel que es la autoconfianza, es decir, “creer en sí mismo y en las propias capacidades” (Mezerville, 2009) y también se puede relacionar con el sexto componente que es la autorrealización, en el cual la importancia está en la expresión adecuada de las capacidades propias que sean satisfactorias para sí mismo y para los demás.
- 3) Relación familiar: el conflicto radica en el desempeño que tenga en la escuela y como será visto por su familia. Literalmente se basará en la parte relacional con los integrantes de su familia y este como la considera en su totalidad. Mezerville por su parte, en su segundo componente que es la autovaloración, expone que se trata de una apreciación como una persona importante para sí mismo y para los demás.
- 4) Manejo de emociones: anteriormente denominado este factor como “enojo”, se basa en la forma de actuar o reaccionar, dependiendo el ambiente donde se desenvuelva el adolescente, como se responsabiliza o no de sus conductas y las emociones que conlleva. Este a su vez se puede complementar con el cuarto y quinto nivel del proceso de la autoestima de Mezerville. Uno se trata del autocontrol que consiste en manejarse correctamente en la dimensión personal; y la autoafirmación, la cual se define “como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez” (Mezerville, 2009)

Niveles Hacia la Autoestima

Mézerville (2009) habla sobre conceptos interrelacionados que componen a la autoestima, y lo expresa de la siguiente manera, “me ha llevado a desarrollar sistemáticamente los seis componentes asociados más importantes, como parte de un proceso de interacciones ordenadas que permitan una mejor comprensión de la forma en que la autoestima se expresa y se consolida en el plano personal...Este modelo propio denominado *proceso de la autoestima*” (p.27). Estos componentes los considera desde dos perspectivas o dimensiones, la actitudinal inferida y la conductual

observable, cada una de estas dimensiones se subdivide en tres elementos, que son siguientes:

DIMENSIÓN	NIVELES	CONDUCTAS	PROBLEMAS
ACTITUDINAL (Inferido)	1. Autoimagen (autoconocimiento)	Conocerse	Autoengaño
	2. Autovaloración (autoaceptación/autor espeto)	Apreciarse	Autodevaluación
	3. Autoconfianza (seguridad personal)	Creer en si mismo	Inseguridad
CONDUCTUA L (Observable)	4. Autocontrol (autocuidado, autodisciplina, manejo de sí mismo)	Manejarse	Descontrol
	5. Autoafirmación (autodirección, asertividad personal)	Manifestarse	Autoanulación
	6. Autorrealizació n (autotrascendencia)	Proyectarse	Estancamiento
<u>TOTAL</u>	AUTOESTIMA	<i>Amarse</i>	<i>Autodesprecio</i>

“PROCESO DE AUTOESTIMA”, (Mezerville, 2009)

La Autoimagen

“La autoimagen consiste en la capacidad de verse a sí mismo no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es.” (Mézerville, 2009)

Puede considerarse al “autoconocimiento” como el primer escalón de la autoestima, inclusive muchos confunden el auto concepto con la autoimagen, y no está del todo equivocado, puesto que como lo expone Branden (como se citó en Mezerville, 2009), “...la autoestima no está ligada a la imagen de ser perfecto”. Esto quiere decir que parte de la imagen propia que el individuo tiene, debe haber un grado de conocimiento de el mismo, conocerse hasta en sus fallos y partiendo de ese punto generar la capacidad de verse de una manera realista, su imagen actual y crear un concepto de sí mismo para alcanzar una imagen potencial, en otras palabras, lo que puede llegar a ser.

Para cumplir lo que Branden menciona (como se citó en Mezerville, 2009) “las personas ven el mundo a través del filtro de sí mismas...”. Debe considerarse que la autoimagen se conforma de un autoconcepto generado de las percepciones propias de su pensar, sentir y actuar, y de un autoconocimiento, tanto de las posibilidades como limitaciones, fortalezas o debilidades. Ahora bien, en algunas ocasiones la falta de conocimiento de sí mismo, genera una autoestima inadecuada, deficiente, causada principalmente por el “autoengaño”. Este a su vez da una visión de inferioridad o superioridad, relacionadas con interpretaciones que se hacen de las expresiones verbales y no verbales de las demás personas que nos rodean, estas interpretación son fruto de un constructo personal, que pueden engrandecer a una persona haciéndola creer que es la mejor persona del mundo o inclusive un mal gesto puede atribuirse fácilmente a algún aspecto propio que refuerce una desvalorización generada de un concepto negativo que se tenga sobre sí mismo.

La falsa autoestima, creada del autoengaño, puede manifestarse en actitudes de arrogancia o sobreestimación de las capacidades. Suele ser común en los adolescentes, tras su búsqueda de identidad, criticarse de manera muy rigurosa, escuchan una voz negativa o patológica que no les permite avanzar, mientras unos admiran en exceso ciertas cualidades fisicas, ignorando los defectos evidentes, otros sobre enfatizan sus rasgos menos deseables.

Una parte importante de la autoimagen, es tener conocimiento de las capacidades y cualidades que se posea. La primera se refiere a aquellas aptitudes y habilidades que se puede identificar que un individuo posee y la segunda se refiere a la combinación de características que poseemos y nos hacen destacar de los demás. (Sánchez, 2014). Dentro de este descubrimiento y conocimiento de “mi persona”, debe iniciarse por reconocer la parte físico-corporal, la cual se constituye por la imagen externa o física que se muestra a los demás. Esta abarca desde el color piel, ojos o cabello, estatura, etc. hasta el número de lunares que tenga el rostro.

De ahí se puede pasar a identificar las preferencias, ya sean artísticas y/o intelectuales. Un joven puede disfrutar más ver una obra de teatro que una película, o inclusive otro puede preferir pasar su fin de semana leyendo un libro o redactando una historia, mientras que otro se siente más a gusto resolviendo problemas de matemáticas en su tiempo libre. El reconocer estas ligeras diferencias, empuja a dichos jóvenes a tener un concepto de ellos mismo y de la imagen que quieren alcanzar.

La Autovaloración

“La autovaloración es apreciarse como una persona importante para sí misma y para los demás” (Mézerville, 2009)

Los conceptos relacionados en este escalón son la autoaceptación y el autorespeto. Y en términos prácticos la autovaloración puede entenderse como un *percibir* con agrado esa imagen personal que el individuo tiene de sí. No simplemente se ve con claridad, sino que además valora positivamente aquello que ve, reaccionado con agrado ante la imagen que percibe de su propia personalidad (Mézerville, 2009).

La autovaloración implica la capacidad de relacionarse consigo mismo con un aprecio y agrado semejantes al que reservamos para nuestros grandes amigos. Sin embargo, para muchos individuos frecuentemente resulta más fácil apreciar a los amigos, que estimarse a ellos mismos, en este punto se encuentra una autodevaluación. Los sentimientos que generalmente lo acompañan son de autorechazo, lo que afecta en gran medida su capacidad para apreciar lo positivo de su vida.

Para poder llegar a una valoración propia adecuada, es de suma importancia tener bien esclarecido el primer escalón. Lo que respecta del auto concepto que es considerado el sistema de creencias que el individuo considera verdaderas sobre sí mismo, los cuales son resultados del análisis y autoconocimiento que tiene, entonces tomando en cuenta estos dos puede partir de la autoimagen que desea proyectar, generar un proceso de valoración.

La Autoconfianza

“La autoconfianza se caracteriza por creer que uno puede hacer bien distintas cosas y sentirse seguro de realizarlas” (Mézer ville, 2009)

Este nivel se traduce como en un “creer en sí mismo y en las propias capacidades” para enfrentar distintos retos que se van presentando en el trascurso de la vida. También puede motivar a las personas a buscar oportunidades que les permita demostrar sus áreas de competencia y a disfrutar generalmente lo que se hace.

Branden (como se cita en Mezerville, 2009) expone que “la eficacia personal no es la convicción de que no podemos cometer nunca un error, sino más bien la convicción de que somos capaces de pensar, juzgar, conocer y corregir nuestros errores”. Esto quiere decir que no necesariamente un individuo tiene que ser eficiente y capaz en todo lo que realice, sin embargo, la confianza surge de la capacidad de aprender lo que se necesite para conseguir los objetivos que se proponga. Todo esto encaminado a los intereses, valores o áreas del agrado de cada individuo para así concentrar y fortalecer habilidades.

La eficacia personal es igual a tener confianza en el funcionamiento propio, ya sea en pensamiento, comprensión, toma de decisiones e incluso tener confianza para entender hechos de la realidad que estén dentro del campo de interés y necesidades de cada persona.

Ser eficaz, es ser capaz de producir un resultado dado, Branden (2017), menciona que es la confianza en nuestra capacidad de aprender, de alcanzar lo que deseamos por medio de nuestras capacidades y habilidades, confiar en nuestros procesos mentales, mejorar gracias a los errores, ser consientes para dominar tareas y superar desafíos, es “*una disposición de esperar el éxito debido a nuestros esfuerzos*”.

La autoconfianza entra en juego cuando individuos que se desenvuelven en ciertas áreas están preparados para mostrar sus habilidades, sin embargo, la falta de confianza en sí mismos, hará que eviten situaciones donde tengan que mostrar sus capacidades por miedo al fracaso. Entonces, si el individuo es incapaz de superar sus fallos, la mayoría de las veces es a causa de su falta de confianza, ya que la *inseguridad* que posea es más grande que su fe en sus habilidades, presentando sentimientos de impotencia, incapacidad o ansiedad.

El Autocontrol

“El autocontrol consiste en manejarse correctamente en la dimensión personal, cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida” (Mézerville, 2009)

El autocontrol engloba diversos conceptos tales como son el autocuidado, la autodisciplina o manejo de sí mismo. Esto no significa que el individuo será tiranizado por el mismo, lo que ocurre es que, al ser consciente de sus habilidades y capacidades, también conocerá sus limitaciones y sus propios recursos, de manera tal, que será capaz de autorregular su conductas y vera por su propia seguridad, ya sea física como psicológica.

En algunas ocasiones, el adolescente, debido a su juventud pueden llegar a sentirse “indestructibles” o capaces de “tolerar cualquier cosa”. Lo cierto es que, aunque la juventud se imponga y puedan soportar desvelos, una alimentación inadecuada o no ingerir alimento alguno por horas, realizarse cortes en los brazos porque para ellos es “más tolerable” ese dolor, por poner algunos ejemplos, la mayoría no considera el cuidado de su cuerpo, cayendo en auto descuido.

La contraparte del autocontrol es el descontrol, este abarca el auto descuido y el sobre cuidado, dos extremos muy notables, mientras uno se relaciona con la falta de interés por sí mismo, desde conductas “simples” como son el no comer, no dormir adecuadamente o descansar, el otro punto nos habla de la exagerada preocupación por algún aspecto de la vida. Aspectos como dietas o ejercicios en exceso, también enmarcan un sobre cuidado prácticamente innecesario, puesto que de igual forma se están lastimando.

El descontrol puede reflejarse también en otras áreas, como lo es el manejo emocional, las relaciones interpersonales de tipo conflictivo, hábitos de trabajo y vida indisciplinados o la simple falta de organización tras la búsqueda de alguna meta. Si en un adulto ya es complicado llevar acabo alguna de las áreas antes mencionada, en el adolescente es aún más complejo, por lo tanto, si se inicia una base o con metas pequeñas que estén a su alcance comenzaran a practicar su autocontrol.

La Autoafirmación

“La autoafirmación puede definirse como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez” (Mézerville, 2009)

La característica de este escalón es la capacidad del individuo de manifestarse abiertamente al momento de expresar sus pensamientos, deseos o habilidades. Entre otras capacidades, que se relacionan con este escalón, son la autodirección y la asertividad. Este último concepto, utilizado en los últimos años en las escuelas, Herbert Fenterheim, proponente de la psicología de la asertividad, (como se cita en Mezerville, 2009), sostiene cuatro características que una persona asertiva posee. Estas abarcan desde el sentirse libre para expresar “este soy yo”, comunicarse con los demás sin temor, ser activo ante la vida y actuar sin juzgar, ya sea que gane o pierda.

La relación que existe entre la asertividad y la autoafirmación, no solo tiene que ver que el primer concepto es un anglicismo que al español se traduce como afirmarse, sino también tiene que ver con conceptos previos como lo son el autorespeto, puesto como lo dice el Dr. Branden, “si me respeto y exijo a los demás que me traten con respeto, me mostraré y comportaré de manera que aumente la probabilidad de que los demás respondan en forma apropiada...”, por lo tanto todo dependerá del grado de afirmación que tenga el adolescente de sí mismo.

La autodignidad o respeto a uno mismo, es la convicción de valía personal, el considerarse merecedor de premios o felicidad, en otras palabras, actuar con coherencia, que confirme y refuerce ese respeto, si no se logra este auto respeto, se reforzara la negatividad y no la consideración de ser buenos, la tendencia a juzgarse, hace que el respeto por uno mismo sufra cuando se fracasa al satisfacer algún estándar, creando un vacío entre los ideales y la práctica, (Branden, 2017)

La maduración es un proceso que como se sabe que va adquiriendo con el paso del tiempo, sin embargo, en cada etapa de la vida de las personas existe un grado más de maduración. No importa la edad, la capacidad de autoafirmación o la habilidad de tomar decisiones, así sean para realizar conductas simples, como elegir la ropa que vestirán, los lleva a reafirmarse como personas. Sin embargo, aquella persona con una estima personal pobre, en vez de autoafirmarse, lo que hará, será lo contrario, autoanularse, es decir, no se manifestará como es realmente o no se expresará de manera congruente con lo que siente y piensa. Incluso podrá caer en una dependencia hacia los demás en cuanto a la toma de decisiones.

La Autorrealización

“La autorrealización consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades propias, para vivir una vida satisfactoria que sea de provecho para uno mismo y para los demás” (Mézerville, 2009)

La realización personal implica la entrega de lo mejor de la persona al proyecto vital de su existencia, para así generar y transmitir vida a otros que resulten enriquecidos por ella. Le permite al individuo trascender en todo lo que hace más allá de sí mismo y transmitir ciertas características suyas por medio de las acciones que realiza. Todo esto podría sonar o establecerse al casi final de la vida de una persona, cuando ya ha realizado o alcanzado un plan de vida que se propuso. Y es posible que se visualice a una persona madura no solo en edad, sino también en experiencias.

En los adolescentes, es muy probable que no piensen en la trascendencia más allá de ellos mismos, sin embargo, si pasan por su mente cuestionamientos sobre qué es lo que quieren hacer, quienes son, etc. Estas interrogantes muy comunes en cualquier ser humano, son las inician este camino hacia la autorrealización. Pasan por una sensación agobiante de estancamiento, en el cual “no saben qué hacer”.

La autorrealización es el último escalón de la autoestima, incluso se podría pensar que enmarca la totalidad de esta, pues engloba todo los demás escalones más un extra o un punto más, por lo tanto, si el adolescente no tiene los cimientos necesarios para estimarse a sí mismo, no podrá tener una clara visión de la realización personal a la que quiere alcanzar, necesita tener consciencia de quien es, y esto lo lograra a través de los demás escalones, de modo que pueda proyectarse en formas

concretas por medio de distintas áreas de interés, aptitudes o compromisos que le resulten significativos. Esto les permitirá realizarse tanto en cosas grandes como pequeñas, y así experimentar la satisfacción de sus logros que va dejando.

Autoestima Baja

Tomando en cuenta los niveles de la autoestima antes mencionados, sino se desarrollan de la manera más sana posible, se pueden desarrollar los “problemas”, como lo es el autoengaño, la autodevaluación, autoanulación, etcétera. Estos son los que llevan a desarrollar una autoestima baja.

La clasificación de la autoestima puede estar entre dos vertientes, alta o baja, entonces ¿si una persona es retraída o no habla, tiene autoestima baja, pero si la persona es sociable y segura de lo que dice, su autoestima es alta? En realidad, no es tan simple, puede ser, que un individuo no tema decir lo que piense sobre un tema, sin embargo, muy en el fondo no soporta verse al espejo, ya que su apariencia le es desagradable. Un solo aspecto no define o da valor absoluto al grado de autoestima que tiene una persona, en gran medida esto dependerá de los recursos, las habilidades y capacidades que tenga.

A lo largo de los años conocer el nivel o grado de autoestima que tiene una persona, ha sido tema de varias investigaciones, que van desde psicólogos, psiquiatras, hasta pedagogos o especialistas en educación, y la mayoría se basan en ciertos aspectos o factores que les interesó investigar, obteniendo un resultado esperado según sea su campo, sin embargo a la hora de hablar de medición la mayoría cae en niveles alto y bajo, como lo dijo Sánchez, (2014) “La autoestima ha sido abordada hasta ahora como una cualidad que cambia su valor absoluto solo en dos sentidos: hacia arriba y hacia abajo”, pero , ¿acaso no podría haber otras terminaciones?

MMIRBET S.A.C. (como se citó en Quispe Rojas, 2017), señala que, si una persona se considera valiosa para el mismo y con los demás, podemos decir que tiene una buena o alta autoestima; pero si la persona no se valorara ni se siente capaz de realizar algo por si misma porque se siente poco productiva quiere decir que tiene una no tan buena o baja autoestima.

Rosenthal y Simeonsson (como se citó en Quispe Rojas, 2017), señaló “las personas con baja autoestima muestran una identidad cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía”. En otras palabras, son personas temerosas, que se minimizan, y se aíslan de los demás. No tienen control de sus vidas y se dejan manipular por otros dada su actitud reprimida y su miedo al rechazo.

Monge (202), explica que una de las causas más habituales de baja autoestima es la conciencia auto agresiva de los errores cometidos en la vida. El autculpabilizarse por las conductas equivocadas que se realizaron en la búsqueda de algún fin que traería felicidad o bienestar y no resultó así. Por aprendizaje de años atrás, desde niños, se cree que el cometer un error o fallar es algo malo, lo que genera en el niño una creencia de que él es malo. Y hablando de autoestima, no importan los errores o fracasos, o incluso los éxitos, sino la forma como se consideren o interpreten ambos, eso es lo que formara una autoestima buena (alta) o mala (baja).

Molina, Baldares y Maya (Quispe, 2017) atribuyen que “La persona de alta autoestima no es más que el mismo, se valora, se respeta, se conoce, no se cree la persona perfecta ya que sabe conocer que como todo ser humano tiene sus defectos, sin embargo, esto no lo hace menos que los demás”. Por lo tanto, los adolescentes con niveles de autoestima inferior, son más vulnerables al impacto de las experiencias situacionales que los presentan una mayor autoestima.

El significado de la palabra “Deficiencia”, es f. defecto o imperfección, Adj. Que tiene algún defecto o que no alcanza el nivel considerado anormal. Según la ONU,” Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”, entonces, si un individuo no cumple con todos los niveles o escalones que marcan o establecen varios autores sobre poseer una autoestima Alta o Normal, o pierde toda confianza en sí mismo, en sus capacidades etc., quiere decir, que la persona está en una deficiencia de su autoestima.

La autoestima como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, forma parte del desarrollo humano, involucrando contextos con los que interactúa un individuo a lo largo de su vida. En la adolescencia, por ejemplo, predominan el

contexto familiar, escolar y filial, por lo tanto, en los estudios sobre autoestima adolescente, se relaciona a la parte positiva con el rendimiento exitoso escolar y familiar, y se asocia lo negativo con la disfunción personal, como la depresión, entre otras (Caso-Niebla, Hernández-Guzmán y González- Montesinos, 2011). Esta parte negativa, podría llegar a abarcar conductas autodestructivas, incluidas las conductas de cortarse, creando así una disfuncionalidad en la autoestima.

Una autoestima deficiente o baja puede influir en muchos ámbitos de la vida cotidiana, en los pensamientos, sentimientos, relaciones y comportamientos. Branden (como se citó en García, 2002) detalla algunos síntomas que indican que una persona tiene baja autoestima: Autocrítica rigurosa, hipersensibilidad a la crítica de los demás, indecisión crónica, deseo excesivo de complacer, perfeccionismo, culpabilidad neurótica, hostilidad flotante y tendencias defensivas.

Cuando la autoestima es “baja”, la resistencia para afrontar las adversidades de la vida disminuye, de ahí el por qué se considera “baja”. Si una persona se siente incapaz de enfrentar estos desafíos, no tiene confianza en sí misma, ni en su mente, entonces se reconoce que tiene una autoestima deficiente, independientemente de que tenga otras cualidades. Esto es así dado a su falta de sentido básico de respeto hacia sí mismo y la reafirmación de sus carencias en su forma de pensar.

Autodesprecio vs Autoestima

La persona que se autodesprecia, aun cuando llegue alcanzar diversos logros que podría hacerlo feliz, renunciara a esa felicidad mediante conductas autodestructivas, pues se cree o se siente indigno de ser feliz. El Dr. Branden, (como se citó en Mézerville, 2009) “independiente del contexto en que se dé el comportamiento autodestructivo, o la forma que se tenga, el origen de tal comportamiento es el mismo: una baja autoestima. Porque es la baja autoestima la que nos provoca una relación contraria a nuestro bienestar”

El sentimiento de autodesprecio puede desencadenar conductas autodestructivas, incluso llegar a casos extremos como el suicidio. Por otra parte, en situaciones menos graves, aunque si patológicas, las actitudes inconscientes de autodesprecio tienden a reflejarse en comportamiento autodestructivo de tipo vicioso,

en patrones conflictivos de relación interpersonal que provocan reacciones agresivas contra sí mismo.

Las conductas autolesivas de cutting, son estos comportamientos autodestructivos de tipo vicioso, desencadenando un patrón conflictivo, que provocan estas reacciones agresivas hacia sí mismos, el acto de cortarse. Por lo tanto, si un adolescente tiene una autoestima baja o deficiente, es decir no se cumple apropiadamente los escalones que Mézerville menciona, esto quiere decir entonces que la persona se posiciona en la contraparte de dichos escalones, el autodesprecio, que a su vez lo manifiesta en un comportamiento autodestructivo que son el acto de cortarse.

Enfoques del Proceso de la Autoestima

Mezerville (1993) marca tres enfoques para la utilización del “proceso de la autoestima” o niveles que propone en su “escalera” sobre la autoestima. Tales enfoques pueden ser guías, dependiendo la situación o la visión que se quiera dar para un mejor rendimiento en la búsqueda de una autoestima favorable. Estos enfoques son: educativo, correctivo y terapéutico.

Enfoque educativo, tomando como base los niveles de autoestima que propone Mezerville, su objetivo principal o base, es el desarrollar mediante módulos, el aprendizaje de cada uno de los componentes de la autoestima, iniciando por la definición para pasar a los problemas (Mezerville, 1993), por ejemplo, definir o explicar que es la autoimagen, como está relacionado el autoconocimiento en este apartado y también como la falta de conocimiento de sí mismo puede llegar a generar el problema del autoengaño.

Enfoque correctivo, va en sentido contrario al educativo, en este se inicia desde la parte de los problemas: el autoengaño, la autodevaluación, la inseguridad, el descontrol, la autoanulación, el estancamiento y el auto desprecio. Asociándolos con su contraparte que son las conductas, como lo son el conocerse, apreciarse, etc., por lo tanto, que se pretende es hacer que la persona se dé cuenta cual es el área donde presenta más “problemas” para que así se pueda proponer metas conductuales (viables, reales y corto plazo) para que exista un cambio en al área de su autoestima que necesita mejorar. (Mezerville, 2009)

Enfoque terapéutico, en este enfoque es importante manejar el “proceso de la autoestima” por bloques, es decir utilizar las dimensiones actitudinal y conductual (inferido y observable). Aplicándolo de abajo hacia arriba y después revertirla sucesivamente para así lograr superar situaciones patológicas. (Mezerville, 1993). Es decir, se puede ir individualmente por nivel, teniendo como centro la dimensión en la que se va a desarrollar cada escalón, de manera que se trabajen los bloques enteros y a su vez se modifica o mejora la autoestima en general.

La importancia de este enfoque radica en la manera como va generando los cambios, dado que inicia de abajo hacia arriba, esto quiere decir que va de lo conductual a lo actitudinal, modificando primero la conducta, lo cual como dice Branden (citado en Mezerville, 2009) “el nivel de nuestra autoestima influye en nuestra forma de actuar y nuestra forma de actuar influye en el nivel de nuestra autoestima”, es decir, si es posible modificar una conducta negativa por una positiva, es posible entonces alterar la actitud con la que se realiza tal conducta, cambiando creencias erróneas y así mejorar la autoestima.

Enfoque Cognitivo Conductual y la Autoestima

Tomando en cuenta lo que dice Branden sobre los “mecanismos de defensa de la autoestima”, no es erróneo pensar que los mecanismos son de utilidad para las personas al protegerse de alguna situación insoportable que lastime su autoestima. De hecho, la comparación que hace sobre estos es muy coherente, si lo trasladamos a la adolescencia, punto crítico de la juventud, en esa etapa los jóvenes pasan por muchas situaciones atenuantes que los lleva a recurrir a estos mecanismos. Los cuales salen a flote, a causa de ciertas situaciones como pueden ser: a) comentarios negativos hacia su persona, b) poco conocimiento sobre sus emociones y c) poco manejo de estas o falta de expresión de las mismas, etc. por poner algunos ejemplos.

En ocasiones la parte cognitiva sale a flote como respuesta a los comentarios negativos de terceros, creando pensamientos o etiquetas distorsionadas sobre su persona, afectando su valía personal o autoestima, los adolescentes son susceptibles a este tipo de críticas internas puesto que inician o están pasando por una crisis multidimensional, quedándose en ocasiones sin herramientas para responder a tales amenazas.

Las teorías cognitivas, enfatizan en los pensamientos conscientes más que los inconscientes. Iniciando con Piaget, el cual decía que las personas construyen activamente su comprensión del mundo, nos brinda cuatro niveles, en el último, que es la etapa de la adolescencia (operaciones formales), el joven piensa de una manera más abstracta y lógica, elabora imágenes mentales de situaciones hipotéticas, reflexiona ideales, etc. Nos denota la importancia de la cognición en esta etapa de cambio y crisis.

Los psicólogos McKay y Fanning, parten de la premisa que “la autoestima proviene de las circunstancias de la vida...” y que estas la determinan, por lo tanto, lo que se tendría que hacer es cambiar dichas circunstancias, sin embargo, no es así de simple, dado que también influyen las ideas, los pensamientos, por lo tanto, lo que se debe cambiar es la cognición, así cambia la percepción y mejora la autoestima. (McKay, M. y Fanning, P., 2016)

En el segundo capítulo de este trabajo, dentro de las características de la autoestima, se mencionaron tres componentes, uno de ellos es el cognitivo, del cual se entrelaza con el autoconcepto, que es un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas de sí mismo, resultado de una análisis valorativo de toda la información derivada de la propia experiencia (Rodríguez, N: y Caño, G., 2012); este a su vez, está dentro del primer nivel del proceso de autoestima que maneja Mezerville, en el cual las percepciones son parte fundamental en la creación de la autoestima.

La crítica patológica, como igual ya se mencionó en capítulos anteriores, ataca, juzga y debilita la valía personal, es parte de una distorsión cognitiva que la persona, en este caso, el adolescente cree verdadero de sí mismo, de esta manera comenzará una deficiencia en su autoestima.

Las técnicas cognitivas estructuradas que exponen McKay y Fanning (2016) en su libro “Autoestima”, inician con una exploración a esa voz interior negativa (crítica patológica), personalizándola y notando su función principal, puesto que la voz en realidad esconde o compensa de algún modo un miedo, un rechazo, alguna culpa, etc. Después se discute, de forma sistemática las distorsiones cognitivas, en otras palabras, definir los conceptos o etiquetas que la persona se ha autoimpuesto y cambiarlas a un lenguaje más preciso y no generalizado. Para finalizar con una autoevaluación exacta

y “compasiva”, resaltando los puntos fuertes en vez de la negatividad, de esa manera alcanzar la autoaceptación, promoviendo un dialogo interno más constructivo y por ende mejorar la autoestima.

Tomando como punto de partida estas técnicas cognitivas, un adolescente que tiene conductas autodestructivas de cortarse, podrá ser capaz de combatir dichas conductas desde el interior, es decir, si su cognición negativa sobre sí mismo pasa por el proceso antes mencionado, será capaz de detener los cortes gracias a la mejora de su autoestima. Si cambia el pensamiento, cambia la creencia de sí mismo y se genera una autoaceptación y valoración adecuada, y es posible que detenga tales conductas autodestructivas.

CAPÍTULO III. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DE CORTARSE

Definición y Tipos

La palabra destrucción, está relacionada o trae una connotación negativa, pues tan solo el hecho de escucharla, de inmediato se vienen a la mente imágenes de desastres, cambios bruscos, peligro, etc. Usualmente esta palabra suele encontrarse en la descripción de algún desastre natural, o incluso en la demolición de algún edificio, sin embargo, cuando se habla de una persona que se lastima a sí misma, se le denomina como una conducta autodestructiva.

Castro, K., Kirchner, T. & Planellas, I. (2014), abordan la conducta autodestructiva o CA, “como toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos directos e indirectos y aspectos psicológicos”. Las CA directas, se relacionan en la conducta y la consecuencia física inmediata, como lo son los golpes o cortes, las indirectas son más tardadas y acumulativas, un ejemplo es el consumo de drogas. Por ultimo está el aspecto psicológico, las cuales van más encaminadas al autocastigo y emociones autodestructivas, tales como la envidia, vergüenza y culpa, etc.

Nock & Prinstein; Rodham, Hawton & Evans; y Mikolajczak, (como se citó en Castro, K. et al.,2014), plantean que muchos adolescentes que se dañan a sí mismos lo hacen como un intento de regular sus emociones y que las autolesiones pueden ser métodos disfuncionales de hacer frente a las emociones negativas o intentos desesperados por disminuir o regular los sentimientos negativos exacerbados mediante estrategias de afrontamiento emocionales ineficaces como autoculparse y sentirse impotentes.

Según el sitio web Eating Disorders Review (2018), una de las formas de tomar el control y proporcionar un alivio temporal a los niveles de estrés por los que pasa el adolescente por diversas situaciones, es mediante atracones o limitar la ingesta de alimentos, llegando incluso a desarrollar trastornos alimenticios tales como la anorexia y la bulimia, los cuales son comportamientos autodestructivos. Dichas

conductas pueden ser riesgosas o fatales, puesto que son impulsivos o compulsivos, incluso siendo propensos a intentos suicidas.

Ulriksen y Le Breton, (citados en Seoane, 2015) definen estas conductas de riesgo, el primero las plantea como “conductas adolescentes que ponen en jaque la vida, la salud, la integridad física y psíquica...”, mientras que el otro autor las define como “acciones desarrolladas por el joven, solo o con otros, que pone su vida en peligro físico o moral... se resuelven en un accionar que descarga la tensión proveniente de la imposibilidad de pensar el hecho.” Ambos consideran la crisis por la que el joven pasa, de acuerdo con Le Breton, la intención no es morir, sino de poner a prueba su determinación personal, relacionado con el sentimiento de ser indestructible, propio de la etapa, siendo estas conductas como una traducción a un grito ahogado, sufrimiento, mezclado en una búsqueda que solo encuentra significado después del hecho.

Aquellos que utilizan estrategias no constructivas como lo son la evasión o respuestas negativas a nivel emocional o cognitivo, aceptación-resignación, descarga o ventilación emocional, pensamiento fantasioso y culparse o criticarse a sí mismo tienen un mayor riesgo psicopatológico (Castro, K. et al., 2014) Una estrategia de afrontamiento ante eventos estresantes pueden ser las conductas de riesgo, su tendencia repetitiva se debe a su experiencia emocional que genera. De acuerdo con Carrera y colaboradores (como se citó en Cortez 2015) la experiencia emocional vivida y recordada por el adolescente predice e impulsa la repetición de las conductas de riesgo para experimentar la misma sensación y emoción inicial aun sabiendo las consecuencias de la conducta.

La dificultad de regular emociones es un factor común en los jóvenes al efectuar estrategias de afrontamiento peligrosas o como bien ya se mencionó, los encamina a desarrollar conductas riesgosas, que, si bien son repetitivas, llevan un desfogue momentáneo de sus problemas o preocupaciones, entonces el autolesionarse puede funcionar como un mecanismo para tratar con emociones abrumadoras.

Las conductas autodestructivas, son más frecuentes de lo que se cree y tienen distintas formas de expresarse: comer en exceso, fumar, beber mucho alcohol, consumir drogas, jugar de modo patológico, sostener relaciones de pareja

perjudiciales, no prestar atención a síntomas corporales, mantener vínculos nocivos, no tomar los medicamentos de manera correcta, posponer lo importante, tener accidentes, buscar situaciones de riesgo, etc. Abdala, en su artículo (2013) menciona que distintos investigadores han reconocido como causas frecuentes de esas conductas a los sentimientos de desesperanza, la baja autoestima (la cual es parte fundamental en esta investigación), la frustración prolongada, la ansiedad y la depresión, muchas veces oculta.

Los comportamientos impulsivos y autodestructivos no tienen que ser abiertos o visibles, algunos adolescentes que se cortan de forma autodestructiva, pueden hacerlo en áreas cubiertas de ropa o poco visibles. Golpearse la cabeza, es un ejemplo claro de dolor físico que ayuda a aliviar el dolor emocional por un lapso breve de tiempo. De esta forma, un comportamiento que podría parecer un accidente podría ser en realidad intencionalmente autodestructivo, algunos ejemplos incluyen la caída por las escaleras o tropezar con mesas o golpearse con paredes.

Elías Norberto Abdala, propone en su artículo “Conductas Autodestructivas” (2013), que dichas conductas tienen tres particularidades: 1) las mismas se realizan a pesar de ser reconocidas como no sanas o dañinas, 2) la mayoría están motivadas para encontrar placer o alivio en un corto plazo y 3) reflejan conflictos internos quizás desconocidos para el sujeto pero que en ese comportamiento encuentra un bálsamo transitorio.

El beneficio o placer que se obtiene al realizar alguna de estas conductas autodestructivas son lo que las lleva a mantenerse, también existe el hecho de una falta de interés o inconsciencias al practicar tales conductas, puesto que podrían verse como inofensivos, es decir, si se conoce que no es prudente manejar de manera acelerada o no ponerse el cinturón de seguridad, y sin embargo, por momentos se efectúan tales comportamientos, en un primer instante puede ser que no suceda nada, sin embargo, a largo plazo puede ser perjudicial al grado de provocar un accidente y salir lastimado.

Una conducta autodestructiva más directa como lo es el acto de cortarse, en un primer corte puede parecer poco perjudicial, sin embargo, la repetición del mismo con el paso del tiempo puede llegar a ser grave. Todo dependerá de la intensidad de la

emoción, estrés, o conflicto del cual se quiera una solución “rápida” o bien del sentimiento de ser autocastigado.

El riesgo de un comportamiento auto-destructivo se multiplica si el adolescente ha experimentado varios acontecimientos estresantes en un período de tiempo corto. 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”, y pretende según Rojas (2002), “...aliviar un dolor emocional insoportable, paradójicamente, es una forma de auto preservación”

Conductas Autolesivas

La Dra. Santos Bernard menciona que la autolesión incluye la palabra “auto”, lo que da a entender que uno mismo lo hace, que se considera repetitiva, ya que se realiza con frecuencia y se piensa en ella, aunque no se esté haciendo. Por otro lado, las emociones no expresadas son las que se vuelven intolerables e imposible de manejar adecuadamente, estas pueden ser tristeza, ansiedad, soledad, enojo, miedo, frustración, apatía, etc. (2016)

Karen Conteri y Wendy Lader (como se citaron en Mosquera, 2008) definen al daño autoinfligido, como una mutilación intencionada del cuerpo o parte de este, sin la intención de quitarse la vida, sino como una forma de manejar emociones doloras en extremo que no puedan ser expresadas de manera convencional con palabras y las cuales pueden ser el cortar la piel o quemarla, etc. Esto es así dado que para muchas personas es más fácil tolerar el dolor físico que un dolor emocional, puesto que al ser “papable” el dolor, podría sanar o sabrían como curarlo a diferencia de una emoción que los dejaría confusos con el siguiente paso a dar.

Testimonio de un paciente de 21 años: “¿Que por qué me autolesiono? Para tener lo que merezco. Cuando me lesiono pienso merezco eso y mucho más. Me suelo autolesionar cuando me siento culpable, cuando estoy enfadad, cuando me ilusiono con alguien y me falla... puede ser por cualquier cosa. Si discuten en casa me suelo cortar porque me siento muy mal, creo que soy la causante de las discusiones. Ya no

saben qué hacer conmigo, pero yo no puedo dejar de pensar que merezco un castigo”
(Mosquera, 2008)

Existen una inmensidad de testimonios similares al de este paciente, mostrando dolor, culpa, confusión, o como en este caso castigo, merecer el “corte en la piel”, la falta de recursos adaptativos se ve reflejado, la falla en sus mecanismos y el sentimiento de ser castigados, llevan a la persona a la destrucción. Como ya se mencionó, el auto despreció, puede generar creencias de ser indigno a la felicidad, desencadenado comportamientos autodestructivos.

Las conductas autolesivas tienen tres componentes, la dirección, referente a la intención, si esta es directa, su intención se logra en un lapso de tiempo corto y se está consciente de los efectos autodestructivo que a propósito se busca, de no ser así se considera indirecto. El segundo punto es la letalidad, si se piensa o no en la posibilidad de morir y por último la repetitividad, factor importante, que como ya se ha mencionado está presente en este tipo de conductas. (Santos Bernard, 2016)

Se ha mencionado que existen más de una forma de causarse daño propio, o de autodestruirse, sin embargo, los motivos pueden ser variados, uno de ellos es el “copiar o aprender” a cortarse, ya sea como un medio de identificación o para encajar en algún grupo, es importante mencionar que aquel que solo “copia” puede experimentar dolor y dejar de hacerlo, a diferencia de aquel que ve los “cortes” como una estrategia, este recurrirá a repetirlo para sentirse “aliviado”.

Estas conductas se clasifican en tres tipos, considerando el estado mental, emocional, y nivel de daño en el tejido del cuerpo. Primero está la autolesión típica o moderada/superficial, esta se presenta en una población en general, cuando alguien deliberadamente por su cuenta se hace daño en su cuerpo, de forma compulsiva, episódica o repetitiva. Causando una herida que puede resultar en cicatriz o marca. En este tipo la parte emocional es la determina la acción y enmascara la emoción intolerable.

El segundo tipo es una autolesión psicótica, atípica o mayor. Que es una perturbación grave en la realidad de una persona y ocurren estas conductas dentro de un estado psicótico pudiendo llegar a ser extremas, como es la amputación de alguna

parte de cuerpo. Por último está el tipo orgánico o estereotipada, muy común en personas con retraso mental o síndrome de índole genético. (Santo Bernard, 2016)

Conductas de Cortes

Considerando lo antes mencionado se puede decir que las conductas de cortarse son comportamientos autodestructivos del tipo autolesivo típico, puesto que son deliberadas y realizadas por acción propia, para evadir una emoción intolerable. Por lo tanto, son de intención directa, del tipo repetitivo y de baja a media letalidad.

Si bien ya se ha mencionado de como el juicio de personas ajenas pueden influir en la forma como una persona piensa de sí mismo, elevando o disminuyendo su autoestima, es importante resaltar, ya dentro de una conducta autolesiva o mejor dicho autodestructiva, que el individuo que realiza tales conductas, duda de sí mismo y sobrevalora las palabras de aquellos que le rodean.

Como ya se mencionó, la crítica patológica devalúa a la persona desde el interior, es decir, una autocrítica destructiva puede aplacar sentimientos intensos hacia otras personas como la cólera, proyectándolos hacia sí mismo para así poder desahogarse y reducir la tensión, sin entender realmente la verdadera causa a tales sentimientos sofocantes.

La sobregeneralización, expuesta en subtemas anteriores, se enfoca en los errores o rechazo de terceros, entonces, un comentario o una acción que se haya dado por cualquier tema, puede ser personalizado e interpretado por un individuo con una intensidad mayor a la real y acaban convirtiéndose en pensamientos negativos intolerables, así de simple una crítica como “no tienes ni idea”, “esto así no se hace”, o “está mal” se puede convertir en una confirmación de lo que la persona ya piensa de sí misma, incluso volviéndose en una autocrítica destructiva que necesitara ser frenada, en este caso por medio de conductas de cortes.

Si recordamos las dos dimensiones de la autoestima, interna y externa, las conductas autolesivas (autodestructivas) también poseen una dimensión externa, además claro está de la dimensión interna que tiene que ver con la parte emocional. La parte externa tiene que ver un poco con el control, como menciona Mosquera (2008), ella menciona que para algunas personas dejar de cortarse o hacerse daño, los

demás se olvidaran de ellos, puesto que han aprendido que la acción autolesiva tiene como respuesta atención por parte de los demás. Esto solo refuerza el hecho de que “las palabras” no las ven como solución, desencadenado aún más las conductas de cortarse.

Mosquera (2008) maneja una metáfora de un “volcán”, ella expone que las personas sufren tanto en su interior, que van acumulando al grado de explotar, como lo hace una olla exprés, puesto que no poseen medio de afrontación adaptativa o tiene una dificultad de verbalizar sus emociones, esta presión se vuelve insoportable que tiene que salir, y ella maneja esta acumulación como el primer episodio autolesivo o autodestructivo, cuando surge la necesidad de castigo, sin embargo, esto no termina ahí, ya que al ser un alivio temporal, se generara culpa, volviéndose un ciclo:

“culpa - necesidad de castigo – autolesión - culpa por comportamiento extraño - vergüenza - tiempo de tregua y/o reflexión con posible petición de ayuda y si no la piden vuelta a empezar” (Mosquera, 2008)

La culpa, se esconde tras esa distorsión cognitiva que utiliza la crítica patológica para que la persona o en este caso el adolescente no salga de ese ciclo, pues a escuchar diariamente esos términos peyorativos hacia su persona lo único viable para sentir alivio es el “corte”.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación

El enfoque mixto, Hernández Sampieri, (2004) menciona que es la integración entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. Ambos se combinan en todo el proceso de investigación o en la mayoría de las etapas, de manera que la investigación oscila entre los esquemas de pensamiento inductivo y deductivo

El enfoque que se adecua más a esta investigación es el mixto, debido a la utilización de instrumentos (cuantitativo) de tipo Likert que arrojan datos específicos para la creación de gráficas que ejemplificarán las áreas o factores que se encuentran afectados por una baja autoestima. Además de que se efectuaron entrevistas semiestructuradas (cualitativo) para la verificación de respuestas y recabar información adicional que esclarezca los objetivos propuestos. de esta manera se logró una mejor correlación de datos y estableció el patrón que sugiere la hipótesis planteada *“mientras exista una autoestima baja, mayor será la probabilidad de que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan...”*

Una investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Esto se debe a que se basa en la observación de un fenómeno en su contexto o situaciones que ya han ocurrido. En esta investigación las variables ya han ocurrido, por lo tanto, no es posible manipularlas, ni influir sobre ellas. (Sampieri, 2004)

En esta investigación lo que se pretendió fue “establecer la relación que hay entre una autoestima baja y las prácticas de conductas autodestructivas de cortarse en los adolescentes de 14 y 15 años”, en alumnos que ya presentaban dichas prácticas o conductas autodestructivas de cortarse, motivo por el cual no se llevó a cabo una intervención o se intentó interactuar con las variables, tan solo se realizó una observación de lo que ya sucede y una evaluación de la autoestima que permita obtener la relación que se tiene por objetivo.

Dentro de las investigaciones no experimentales, están los diseños de investigación transversal, en la cual se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es “describir y analizar su incidencia e interrelación en un

momento dado” (Sampieri, 2004). Otra categoría en los diseños transversales, se encuentran los *correlaciones-causales*. Estos diseños describen las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.

En otras palabras, se llevó a cabo una investigación no experimental transversal correlacional debido a que solo se recolectaron datos de un momento determinado de los adolescentes de 14 a 15 años que practicaban conductas autodestructivas de cortarse, motivo por el cual se eligió el tercer año de secundaria, puesto que los maestros tenían dos años de experiencia con sus alumnos y detectaron a los alumnos con “cortes” (conductas autodestructivas de cortarse).

En cuanto al tipo de investigación, Danhke, (como se cita en Sampieri, 2004) menciona que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Además, también es posible llegar a ofrecer la posibilidad de realizar predicciones o relaciones, aunque sean poco elaboradas. Mientras que los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre dos variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una única investigación, de igual forma, intentará predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la(s) variable(s) relacionada(s). (Sampieri, 2004)

Esta investigación fue del tipo descriptivo correlacional, dada esta razón, la investigación inició como descriptiva, ya que existe información previa de los puntos a tratar, sin embargo, aportó información sobre las características que presentaron los adolescentes con conductas autodestructivas de cortarse. Y se correlacionó con las características de la autoestima baja, que se buscó mediante la aplicación de un test, de esta manera se vio la relación de influencia de una con la otra.

Los estudios descriptivos van encaminados en generar una representación de un fenómeno estudiado a partir de sus características. Miden variables y conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes del fenómeno que se analiza. En esta investigación, se vio reflejado la parte descriptiva, gracias a la elaboración de entrevistas antes y después de la aplicación del test de autoestima, puesto que de esa

manera se observaron los factores que mantienen constantes las conductas autodestructivas de cortarse.

De igual manera un estudio correlacional pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos variables o más entre sí, dentro de un mismo contexto. En caso de existir tal relación, se entenderá que cuando una variable cambia, la otra también experimentara algún tipo de variación, lo que permitirá anticipar la manera cómo se comporta una por medio de las transformaciones que sufra la otra. (Grajales, 2000)

La parte correlacional se vio reflejada en la comprobación de la hipótesis ya mencionada en la parte inicial de este trabajo, la cual dice “el acto de cortarse equivaldría a tener actitudes de auto despreció, siendo así la parte contraria de la autoestima, ... Es decir, mientras exista una autoestima deficiente, mayor será la probabilidad que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan y a su vez no permitan una mejora en la autoestima de los adolescentes de entre 13 y 15 años que presentan tales conductas”

Por último, las variables a consideradas fueron la autoestima baja y las conductas autodestructivas de cortarse. Se tomó como variable dependiente a las conductas autodestructivas de cortarse, dado a que es un factor que se desencadena por una autoestima baja, motivo por el cual esta fue vista como la variable independiente, puesto que da pie a las prácticas de las conductas de cortes.

Instrumentos Aplicados

A continuación, se detallan cada uno de los instrumentos utilizados en esta investigación. Se presentan en el orden como fueron aplicados.

Cedula de Autolesiones

En el año 2013, Miguel I. Marín Tejeda, presentó su tesis de grado doctoral en la cual, uno de sus objetivos es “Determinar las principales predictores de la autolesión en población adolescente”. (Marín, 2013, p. 166). En esa misma tesis, menciona a varios autores, quienes han investigado el tema de las autolesiones, y la forma en como evaluaron o medían tales conductas. La mayoría se basaba en preguntas directas sobre “lastimarse deliberadamente”, o un seguimiento a determinados adolescentes por un periodo de tiempo.

Es por eso que Marín, para obtener resultados en su tesis doctoral, desarrolló un cuestionario para su investigación. El cual se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir temporalmente autolesión no suicida. El cual aplicó a 455 estudiantes de los tres grados académicos de una escuela secundaria pública de la ciudad de México. Adolescentes que oscilaban entre 12 y 14 años, el promedio de edad fue de 13.9 años con una desviación estándar de .95 y se administró en grupos de 40 alumnos. El cuestionario tiene una puntuación de Alfa de Cronbach de 0.80.

En el año 2017, en una investigación realizada en Viña del Mar, Chile, enfocada en comprender las conductas autolesivas en adolescentes (Fierro, Ponce y Valenzuela, 2017). Se aplicó la cedula de autolesiones de Marín, junto con otros instrumentos, a 112 estudiantes chilenos de entre 14 y 17 años de edad; como resultados se presentó que el 72.12% de quienes se autolesionaban, lo hizo por primera vez a los 13 años.

Otro aspecto del instrumento es que se consideraron cinco reactivos como significativos o severas de autolesión y siete como autolesiones menos severas. Esto se mostró en el algoritmo que Marín desarrolló para la calificación del instrumento. Además, cabe destacar que este instrumento requiere de información adicional para confirmar un diagnóstico positivo, en otras palabras, es necesario corroborar las respuestas mediante la aplicación de una entrevista.

AUTOLESIONES SEVERAS	AUTOLESIONES MENOS SEVERAS
REACTIVOS CRITICOS	
1-Cortarse	2.-Rayar, marcar, pinchar la piel
3-Quemarse	4.-Impedir que sanen heridas
9.-Frotarse con objetos punzantes	5.-Sacarse sangre
10.-Frotarse con acido	6.-Estrellar parte del cuerpo
12.-Tratamiento requerido por la severidad	7.-Golpearse uno mismo
	8.-Morderse
	11.-Otras (especificar)

Prueba de Autoestima para Adolescentes

(The self-esteem test for adolescents)

Joaquín Caso Niebla, en el año de 1998 realizó su tesis de posgrado, en la cual explica ampliamente, después de una exhaustiva investigación, que la autoestima se puede llegar a relacionar con más de 100 variables. En aquel tiempo, tanto la autoestima como el auto concepto se veían cómo lo mismo, sin embargo con el paso del tiempo se fueron esclareciendo ambos términos.

Según Caso Niebla se pueden distinguir dos posturas para la medición de la autoestima, la primera enfatiza la naturaleza global de la autoestima, es decir los sentimientos de auto valía y autorespeto, y la segunda va hacia la multidimensionalidad de la autoestima, dependiendo de los distintos dominios de la vida de un individuo.

Durante ese año, Caso Niebla realizó dos estudios de medición de la autoestima. En el estudio uno midió la autoestima en niños de ocho a trece años. Y el estudio dos lo aplicó en adolescentes de edades entre 14 y 19 años, utilizó una *Adaptación de la Prueba de Autoestima Infantil de Pope, McHale y Craighead (1988)*, con las siguientes características:

- ◆ Muestra del tipo probabilística, participaron 615 estudiantes de preparatoria, de la parte suroeste de la ciudad de México. Los rangos de edad fluctuaron entre los 14 y 19 años. La duración de la aplicación no excede los 15 minutos. El re test se aplicó a 343 adolescentes pertenecientes a la población inicial, con un tiempo transcurrido de seis semanas.
- ◆ El instrumento contó con 21 reactivos (versión corta), con factores de evaluación positiva, percepción de competencia y negativa, sin embargo, para ampliar la distribución de las frecuencias, se aumentó a cinco opciones de respuesta. Lo cual agiliza la administración, calificación e interpretación. La instrucción de aplicación es “estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender como sienten los jóvenes de tu edad con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tu conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tú te sientas, y no como otros piensan que deberías sentir”
- ◆ Confiabilidad y validez. Los índices de confiabilidad de la prueba original son de .75, .63 y .68 respectivamente (a los factores de evaluación). Sin embargo, tres reactivos fueron eliminados para aumentar la confiabilidad de la prueba a un .9062
- ◆ Los factores a evaluar son cuatro: 1. Percepción de sí mismo; 2. Percepción de competencia personal; 3. Relación familiar; 4. Enojo (concierno al manejo y control de emociones en los entornos familiar y social)

En el volumen 18 de la Revista Mexicana de Psicología, se menciona que los componentes psicológicos que conforman la autoestima son: “a) el cognoscitivo, conjunto de auto descripciones que reflejan juicios valorativos con respecto a si mismo, b) el emocional, emociones y sentimientos que acompañan dichas evaluaciones, c) la conducta, competencias y habilidades.” (Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, 2001)

Uno de los escasos instrumentos de la autoestima que se utilizó en un estudio del 2001, publicado en el mismo volumen 18 de la Revista Mexicana de Psicología, fue el de Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, que en aquel momento seguía en proceso, este se basaba por un lado en un “modelo explicativo validado mediante la demostración de estrategias específicas del fortalecimiento de la autoestima” y por

otro lado “tomando en cuenta contextos socio ambientales como componentes psicológicos”. El propósito fue categorizar y esclarecer el desarrollo de la autoestima, dado a que fue un estudio del tipo transversal en dos etapas del desarrollo humano, la niñez y la adolescencia.

El estudio se aplicó a 921 niños y adolescentes, seleccionados al azar, de edades similares a las que aplico Caso-Niebla en su estudio de 1998. Aplicándose la misma adaptación de la Escala de Autoestima de Pope, McHale y Craighead (1988). Los reactivos se distribuyeron en cuatro factores, 1. Cognición, 2. Conducta, 3. Emoción (enojo) y 4. Familia. La escala total obtuvo un índice de confiabilidad del .84

En el año 2011, en la revista *Universitas Psychologica*, presentó un estudio para indagar la validez del constructo de la adaptación a la Prueba de Autoestima para Adolescentes (PAA) y actualizar los parámetros psicométricos resultantes de los estudios anteriores. Propone cuatro dimensiones principales de la autoestima adolescente: la académica, la personal, la familiar y la emocional. Este estudio, tiene como base, el realizado en el 2001, el cual cuenta ya con datos para población mexicana.

En esta última evaluación participaron 1581 estudiantes de edades entre 15 y 23 años. Seleccionados por el método de muestro aleatorio simple para grupos y aleatorio sistemático para estudiantes de cada grupo. La escala está conformada por 20 reactivos con cinco opciones de respuesta del tipo Likert con un índice de confiabilidad alfa de .88, agrupados en los cuatro factores que desde el primer estudio se dividió la prueba, cada una asociada a la dimensión que le corresponde mencionadas previamente.

Índices de consistencia interna de la Prueba de Autoestima para Adolescentes

Factor	No. de reactivos	Alpha de Cronbach
Factor 1: Percepción de sí mismo	6	0.88
Factor 2: Percepción de competencia	5	0.75
Factor 3: Relación familiar	5	0.75
Factor 4: Manejo de emociones	4	0.58
Escala total.	20	0.88

(Caso-Niebla, Hernández-Guzmán y Gonzáles- Montesinos, 2011)

Cuestionario de Autoestima (Iga-2001)

Elaborado por González Arratia en el año 2001. Está compuesto por 25 reactivos con tres opciones de respuesta; cuenta con 28.5% de la varianza y un Alpha de Cronbach que oscila entre un 0.80 y 0.90. En la última investigación del 2017 obtuvo un coeficiente alfa de 0.87. Está integrado por seis factores que son: yo, familia, fracaso, trabajo-intelectual, éxito y afectivo-emocional.

En el año 2003, se administró el cuestionario a un total de 422 alumnos entre 18 y 28 años de edad, de ambos sexos (77 hombres y 345 mujeres), divididos en tres grupos. Y en el año 2017, se trabajó a 188 niños (72 hombres, 116 mujeres) entre 9 y 12 años de edad, pertenecientes a una comunidad rural próxima a la ciudad de Toluca, Estado de México. Dos años más tarde en el 2019 se aplicó a un total de 593 participantes, adolescentes entre 15 y 18 años de edad (202 hombres y 391 mujeres), provenientes de una población no clínica, todos fueron estudiantes de bachillerato de tres instituciones públicas de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Este instrumento fue diseñado en el 2001 para medir la autoestima en niños y adolescentes de 7 a 15 años, sin embargo, en el 2003 fue aprobado para medir la autoestima en jóvenes universitarios. En los años posteriores 2004 y 2006 es aplicado en casi todas las edades, que va desde primaria, secundaria, preparatoria, universidad y adultos, con el objetivo de medir la autoestima en las diferentes etapas de la vida.

El instrumento es de tipo Likert, consta con tres opciones de respuesta (siempre, a veces y nunca). Puede aplicarse de manera individual o colectiva y las puntuaciones determinan la autoestima del individuo que van de 35 a 125 puntos. Por lo tanto, aquellos que obtengan una puntuación estandarizada de entre -62.06 a 2.47 se consideraron con baja autoestima, y de 1.92 a 24.43 se consideraron con una autoestima adecuada; esto equivale en términos del puntaje total no estandarizado de la escala a: de 35 a 103 puntos, se considera con baja autoestima y de 104 puntos a 125 se considera con alta autoestima.

Como ya se mencionó este instrumento evalúa seis factores los cuales determinados de la siguiente manera:

- Factor 1. Yo: ítems agrupados que hacen referencia a sí mismo, individual en forma positiva.
- Factor 2. Familia: ítems relacionados con la evaluación de la percepción que la persona tiene de familia para consigo mismo.
- Factor 3. Fracaso: en esta dimensión se localizan los reactivos con respecto a la percepción de experiencias de fracaso o poco exitosas.
- Factor 4. Trabajo intelectual: como parte importante de la estructura de autoestima del individuo, es la evaluación que tiene que ver con el ambiente escolar en donde se desarrolla el sujeto. Es la valoración que hace el individuo sobre su ejecución en cuanto a trabajo de tipo intelectual en el ambiente escolar.
- Factor 5. Éxito: son reactivos que se refieren a la percepción del éxito personal, cumplimiento de los objetivos y alcance de una meta, acompañada del sentimiento de bienestar.
- Factor 6. Afectivo-emocional: ítems relacionados con la parte afectiva en donde coloca al individuo en un objeto de valor y una jerarquía, mostrando así su percepción con respecto a personas significativas para él. (Camacho, Contreras y Cortés, 2011)

Entrevista

Elaborada con el propósito de obtener información más específica de la muestra de estudio, se realizaron entrevistas tomando como base los tres instrumentos antes mencionados.

De la Cedula de Autolesiones se tomó como base el reactivo dentro de las autolesiones severas, “cortase”. Las preguntas estaban encaminadas en centrar la información en ese reactivo, se complementaba algunos reactivos para especificar la edad cuando iniciaron a cortarse, frecuencia actual a la semana de los cortes, partes del cuerpo donde lo hacen, etcétera.

De los otros dos instrumentos de autoestima, se tomaron de base algunos reactivos y afirmaciones respectivamente, con la misma finalidad de obtener y centrar la información con las conductas autodestructivas de cortarse.

De la Escala P.A.A. se consideraron los siguientes reactivos:

- 1.-Me gusta como soy
- 4.- Estoy feliz de ser como soy
- 6.- Me siento bien cuando estoy en familia
- 12.- Soy malo para muchas cosas

Estos reactivos se consideraron ya la que mayoría tenía una respuesta negativa o puntaje bajo.

Del Cuestionario IGA-2001, de igual manera se consideraron las afirmaciones que tenían una respuesta negativa y que resultaba en autoestima baja, estos fueron:

- 2.- Soy importante para mi familia
- 5.- No puedo lograr lo que me propongo
- 13.- Me siento bien conmigo misma
- 25.-Creo que nadie se preocupa por mi

Marco Contextual

El ámbito donde se desarrolló la presente investigación es del tipo institucional, dado que se realizó en la Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98. Con la clave 30DST0098D. Turno matutino.

Información básica

<i>Dirección</i>	Calle Río Pánuco s/n, Unidad Habitacional Puerta Grande, Palmira, Mariano Escobedo, Veracruz, C.P. 94420.
<i>Teléfono</i>	27216397
<i>Correo electrónico</i>	secundariatecnica98@hotmail.com
<i>Blog</i>	http://supervisionorizaba.blogspot.com/
<i>Página oficial</i>	https://esti98.edu.mx/

El Servicio que ofrece esta escuela es secundaria técnica industrial, con sostenimiento federal transferido y bajo la responsabilidad de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica. La dirección está a cargo del Ing. Rubén Manuel Calvo Montero.

Misión: Integrar al alumno en la sociedad para que sea autogestor en sus propósitos, a través de una formación basada en competencias para el saber hacer y el saber ser.

Visión: Ser una institución que propicie una enseñanza de calidad, integrada por un personal comprometido ética y profesionalmente en la actualización constante, para que fomente en los alumnos las competencias y los valores como lo requiere la sociedad actual.

La escuela está conformada por 18 grupos en total, seis por cada grado, clasificados por letras de la A - F. Cada grupo tiene entre 47 y 48 alumnos.

Sujetos o Muestra de Estudio

La investigación se efectuó a una población específica, la cual fue elegida por medio del *muestreo probabilístico estratificado*. El cual se basa en estratificar la muestra en relación con categorías o estratos que representen una población en particular. Se divide la población en subpoblaciones y se relaciona una muestra por cada estrato, esto incrementa la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato. (Sampieri, 2004)

La escuela secundaria elegida, fue dividida por estratos correspondientes. Iniciando por grados, luego por grupos y al final por los adolescentes que presentan conductas autodestructivas de cortarse, que fueron derivados por los maestros que ya tienen experiencia o tiempo de conocerlos.

Otros aspectos que se tomaron en cuenta para población, son los criterios de inclusión:

- Adolescentes de entre 14 a 15 años de edad, que cursen el tercer año de secundaria, de la Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98. Que presenten conductas de cortarse, canalizados propiamente por los maestros de la institución.

También se consideraron criterios de exclusión:

- Adolescentes menores de 14 años y mayores de 15 años, que cursen el primer y segundo año de Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98. Que presenten conductas autodestructivas diferentes a las conductas de cortarse o que no presenten ninguna de las anteriores.

La población final constaba de 17 alumnos, derivados por los maestros que los conocen y que detectaron en cada uno de los adolescentes señales de conductas autodestructivas de cortarse. Todos cursan el 3° año de secundaria y provienen de los seis grupos en los que está dividido el 3° grado (A – F).

Procedimiento

El trabajo de investigación se realizó de la siguiente manera:

Primero se seleccionó la escuela donde se desarrolló el estudio, se presentó un oficio ante el director y la trabajadora social de la institución pidiendo autorización para poder tener acceso a los alumnos con las características necesarias para la investigación.

Se habló con los maestros y prefectos encargados de los grupos de tercer grado, que indicaran que alumnos ellos detectaron con las características de conductas autodestructivas de cortarse.

Ya teniendo la muestra de la población seleccionada, se dialogó con la trabajadora social, de la forma como se llevaría a cabo la investigación con los alumnos dentro de la institución. Quedando de la siguiente manera:

1º semana, pase de lista de la muestra de estudio, presentación con los alumnos, breve explicación de lo que se realizaría en las siguientes semanas y agradecimiento por su participación. En esa misma semana se aplicaron los 2 primeros instrumentos:

Se aplicó de forma simultánea a toda la muestra los dos primeros instrumentos. Se inició con la *Cédula de autolesiones de Marín* para verificar que todos los adolescentes presentaran conductas autodestructivas de cortarse. Y se aplicó la *Prueba de Autoestima para adolescentes (P.A.A.)*, de igual manera, para determinar que el nivel de autoestima de los sujetos de la muestra.

2º semana, pase de lista de la muestra de estudio, aplicación simultánea del tercer instrumento como refuerzo de uno de los anteriores:

El tercer instrumento aplicado fue el *Cuestionario de Autoestima de Gonzales Arriata*, este solo fue aplicado a 14 adolescentes, pues gracias a los resultados de los dos primeros instrumentos se descartaron tres adolescentes varones que no cumplían con uno de los criterios, “los cortes”. Este tercer instrumento rectifica los niveles bajos de autoestima que presentaban las adolescentes de la muestra final.

3° semana, después de obtener los resultados de los tres instrumentos, se habló con la trabajadora social sobre cómo se llevarían a cabo las entrevistas de forma individual. En ese momento las alumnas estaban en exámenes motivo por el cual la trabajadora daba el orden de como pasarían.

4° semana, se entrevistó a nueve alumnas, aquellas que no estuvieran en exámenes. Se entrevistaron de dos alumnas de lunes a jueves y una alumna el viernes.

5° semana, fue la última semana de trabajo en la escuela, se terminaron las entrevistas a las cinco alumnas que faltaban, solo fueron tres días, martes, miércoles y jueves.

Para las entrevistas como ya se mencionó en el apartado de instrumentos, se tomó como base la Cédula de autolesiones y los dos instrumentos de autoestima. Se preguntó nuevamente sobre los cortes, a lo que las 14 participantes de la muestra respondieron que “sí”. De esta forma se obtuvo mayor información y datos relevantes que se presentaran en el apartado de resultados.

Las semanas posteriores, se enfocaron en obtener los resultados finales, comprobación de la hipótesis, redacción de las conclusiones y recomendaciones pertinentes sobre la investigación.

RESULTADOS

Datos generales:

A continuación, se presentan tablas con las características de la muestra de estudio de acuerdo a sus datos escolares y criterios de inclusión.

Cabe destacar que la muestra de estudio derivada por los maestros de la institución fue de 17 adolescentes, sin embargo, por cuestiones de los criterios de exclusión, tres alumnos fueron descartados para esta investigación, quedando una población final de 14 adolescentes que si cumplían con todos los criterios.

En la tabla 1 se observa que los participantes de la muestra de estudio, pertenecen a la misma institución, asisten al mismo turno escolar y cursan el mismo grado, 3° año.

Tabla 1. Datos generales de la población

Generales

<i>Escuela</i>	Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98
<i>Turno</i>	Matutino
<i>Grado</i>	3° año

Fuente. Registros/Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98

Respecto a lo que varía es el grupo al que pertenecen. En la tabla 2, indica que el grupo “E” es el que presenta menos casos o situaciones en conductas autodestructivas de cortarse dentro de la muestra de estudio.

Tabla 2. Grupo al que pertenecen

Grupo	No. de Alumnos	Porcentaje
A	2	14.3
B	3	21.4
C	3	21.4
D	3	21.4
E	1	7.1
F	2	14.3
Total	14	100

Fuente. Registros/Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98

La tabla 3 indica que la muestra está constituida por el sexo femenino. Mostrando que este es el sexo de mayor prevalencia en conductas autodestructivas de cortarse.

Tabla 3. Sexo de los participantes

Sexo	No. de Alumnos	Porcentaje
Masculino	0	0
Femenino	14	100
Total	14	100

Fuente. Registro/Escuela Secundaria Técnica Industrial No. 98

En cuanto a la edad, la muestra osciló entre los 14 y 15 años. Siendo la edad de 14 años la que mayor porcentaje tiene en la muestra de estudio, con un 57.1%, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Edad de los participantes

<u>Edad</u>	<u>No. de Alumnos</u>	<u>Porcentaje</u>
14 años	8	57.1
15 años	6	42.8
Total	14	100

Fuente. Entrevista semiestructurada

A continuación, se presentan resultados de los instrumentos aplicados para este trabajo de investigación iniciando con la Cedula de Autolesiones y la Entrevista semiestructurada.

Cédula de autolesiones:

Antes de realizar las entrevistas, se aplicó a las participantes de la muestra, la Cedula de autolesiones (Marín, 2013). Que como ya se explicó en el apartado de Instrumentos del capítulo 5, cuenta con 13 reactivos de tipo dicotómico (Si/No). este instrumento divide sus reactivos en autolesiones severas (5 reactivos) y menos severas (7 reactivos). Para esta investigación solo se tomaron en cuentas los cinco reactivos severos (Cortarse, Quemarse, Frotarse con objetos punzantes, Frotarse con ácido y Tratamiento requerido por la severidad de la autolesión).

En la tabla 5 se muestran los cinco reactivos severos y se puede observar en la columna marcada con el reactivo 1. Cortes, que es el más significativo y que mayor frecuencia tiene, además de ser el rasgo de interés para esta investigación.

Tabla 5. Reactivos severos de la Cedula de autolesiones

Alumnos	1.- Cortes		3.- Quemar		9.- Objeto Punzante		10.- Acido		12.- Tratamiento	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1				1					
2	1				1				1	
3	1		1							
4	1				1					
5	1				1					
6	1		1		1					
7	1									
8	1								1	
9	1				1					
10	1									
11	1									
12	1									
13	1		1		1				1	
14	1									
Total	14	0	3	0	7	0	0	0	3	0

Fuente. Cedula de Autolesiones

Sin embargo, es importante mencionar que como se observa en la tabla 5, el reactivo 9 “Objeto punzante”, aparece en la mitad de la población y es relevante debido a su relación con las conductas autodestructivas de cortarse, ya que algunas participantes mencionaron haber comenzado picándose con tijeras o vidrios puntiagudos antes de iniciar con los cortes.

A continuación, se mostrarán las tablas y gráficas de la información obtenida en las entrevistas, relacionadas con las conductas autodestructivas de cortarse.

En la Cédula de autolesiones se encuentra la pregunta “¿Cuántas veces lo has hecho?”, esta pregunta abarca la frecuencia de los cortes y para mayor precisión durante las entrevistas se les volvió a preguntar esto agregando “en la semana” quedando la frecuencia de cortes semanal.

En la tabla 6 se muestra la “frecuencia” semanal con la que se cortaban las 14 participantes. Estas fueron: primera columna “6 a 9 veces”, segunda columna “10 veces” y tercera columna “20 veces”.

La diferencia entre la segunda y la tercera columna fue de una alumna. Como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 6. Frecuencia de los cortes

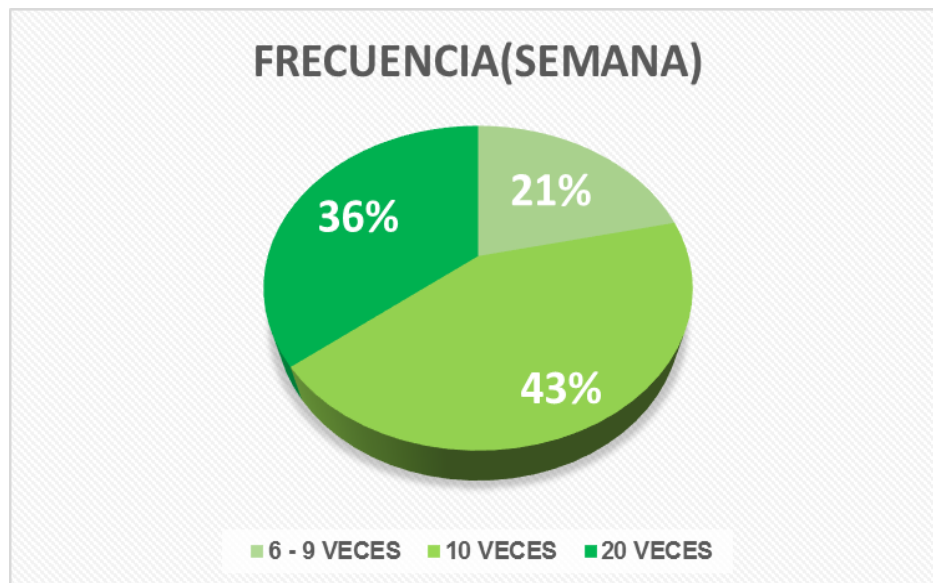
Alumnas	Frecuencia(Semana)		
	6 - 9 VECES	10 VECES	20 VECES
1			1
2			1
3		1	
4		1	
5		1	
6		1	
7	1		
8			1
9	1		
10			1
11		1	
12	1		
13			1
14		1	
Total	3	6	5

Fuente. Entrevista Semiestructurada

A pesar de que en la tabla 6 se observó una diferencia de una alumna entre la segunda y tercera columna.

Si se puede observar en la gráfica 1, que esa adolescente marcó la diferencia de la frecuencia de cortes a la semana, siendo así el 43% de toda la muestra “10 veces”, seguido por “20 veces” con un porcentaje de 36% y por ultimo un 21% lo hace de “6 a 9 veces”.

Gráfica 1. Frecuencia semanal de los cortes



Fuente. Entrevista Semiestructurada

La edad de inicio que las participantes de la muestra mencionaron van de los 9 a los 14 años. La mayor proporción de la muestra inició entre las edades de 12 y 13 años.

En estas edades la mayoría se encontraba cursando el primer año de secundaria.

A excepción de dos alumnas que iniciaron a la edad de 9 años y lo hacían durante su formación primaria. Así como se muestra en la tabla 7

Tabla 7. Edad de inicio de las conductas de cortarse

Alumnas	Edad de Inicio				Año que Cursaba	
	9	12	13	14	1° sec.	Primaria
1				1	1	
2			1		1	
3				1	1	
4			1		1	
5		1			1	
6		1			1	
7			1		1	
8			1		1	
9			1		1	
10		1			1	
11		1			1	
12		1			1	
13	1					1
14	1					1
Total	2	5	5	2	12	2

Fuente. Entrevista Semiestructurada

Las emociones que predominan durante “su práctica” de conductas autodestructivas de cortarse, de acuerdo a la entrevista realizada, son la Tristeza y el Enojo.

En la tabla 8 se observa como la Tristeza es la emoción que predomina en la mayoría de los sujetos de estudio. Solo dos alumnas mencionaron tener ambas emociones cuando realizaban estas conductas de cortarse.

A continuación, se muestran los datos descritos para una mejor comprensión de los mismos.

Tabla 8. Emoción del corte

Alumnas	Emociones	
	Tristeza	Enojo
1		1
2	1	
3		1
4	1	
5	1	
6		1
7	1	
8	1	1
9	1	
10	1	1
11	1	
12	1	
13	1	
14		1
Total	10	6

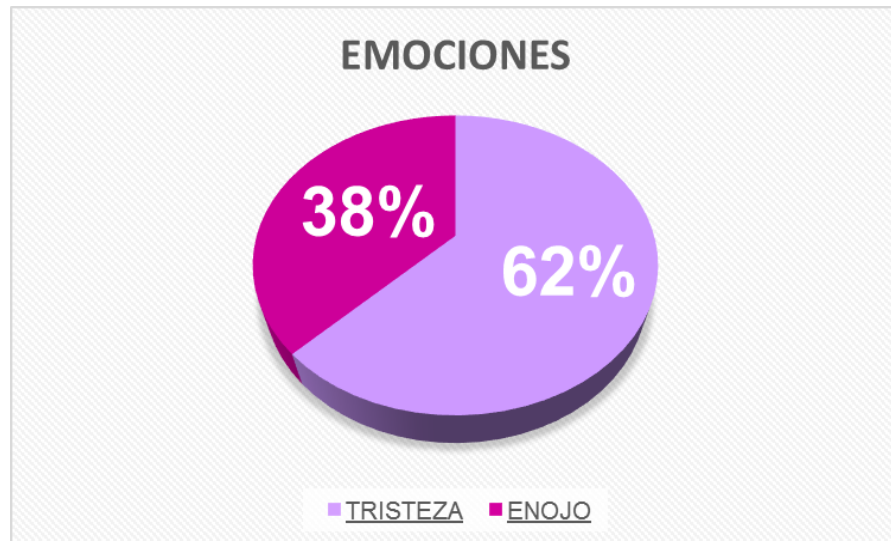
Fuente. Entrevista Semiestructurada

Es importante mencionar que estas son las emociones que las adolescentes sienten antes de realizarse un corte y que buscan “desvanecer” o “aliviar”.

A su vez es de suma importancia recalcar que estas son palabras textuales obtenidas durante la entrevista semiestructurada.

En la gráfica 2 se observan los porcentajes de estas emociones y claramente se puede observar que el 62% de la muestra busca aliviar su tristeza, mientras que el 38% busca desvanecer su enojo mediante las conductas autodestructivas de cortarse.

Gráfica 2. Porcentajes de las emociones de cortarse



Fuente. Entrevista Semiestructurada

En cuanto al lugar o parte del cuerpo donde se realizan los cortes se encuentra: brazos, manos, piernas y estómago.

El total de la población menciona cortarse en los brazos, 3 alumnas mencionaron cortarse en manos y brazos, 5 alumnas en brazos y piernas y sólo una menciona cortarse en el estómago.

Aunque algunas se “cortan” en dos lugares, todas coinciden que la parte del cuerpo en donde mayormente suelen realizar estas conductas es en los brazos. En la tabla 9 se encuentran estos datos para una mejor comprensión.

Tabla 9. Lugar del cuerpo donde se realiza el corte

Alumnas	Lugar Del Corte			
	Brazos	Manos	Piernas	Estómago
1	1			
2	1			
3	1	1		
4	1			
5	1	1		1
6	1	1		
7	1		1	
8	1		1	
9	1			
10	1		1	
11	1		1	
12	1			
13	1			
14	1		1	
Total	14	3	5	1

Fuente. Entrevista Semiestructurada

Respecto al objeto con el que se realiza el corte se identifican los siguientes datos.

En la tabla 10 se presentan los objetos con los que las participantes de la muestra se realizan los cortes.

La mayoría suele utilizar la navaja del sacapuntas, ya que, como lo mencionan “es muy fácil tener una” o “la puedes conseguir donde sea”.

Como se puede observar en la siguiente tabla la mayoría de las adolescentes utilizan un sacapuntas, navajas, objetos filosos, tijeras y cuchillos para realizar los cortes.

Tabla 10. Objeto con el que se realiza el corte

Alumnas	Objeto				
	Navaja (Saca Puntas)	Tijeras	Navaja (Rastrillo)	Cuchillo	Objeto Filoso
1	1				
2	1	1			
3	1				
4	1				
5			1	1	
6					1
7	1				
8	1				
9					1
10	1				
11	1				
12	1				
13			1		
14	1				
TOTAL	10	1	2	1	2

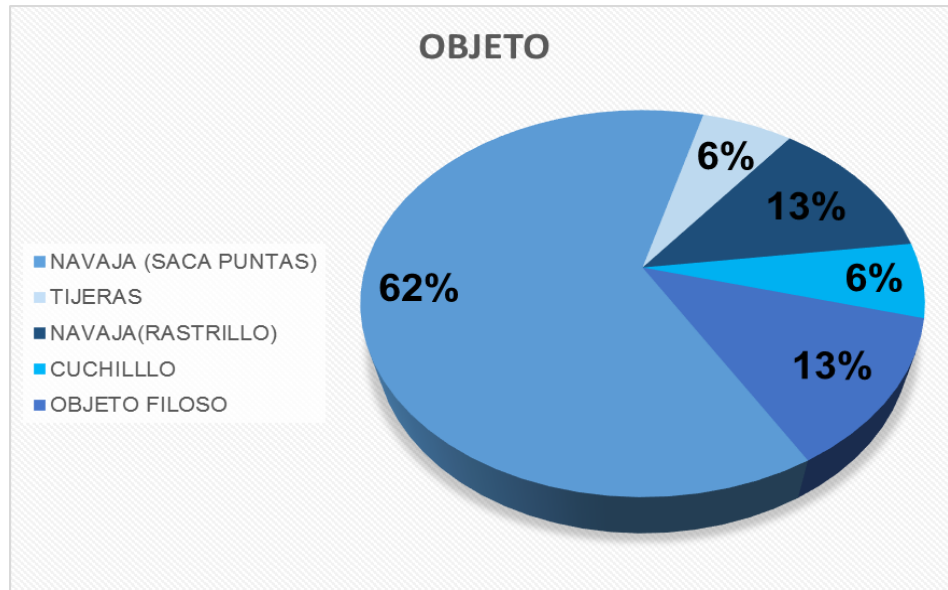
Fuente. Entrevista Semiestructurada

Hablando de porcentajes el 62% de las adolescentes de la muestra, tienen la facilidad de convertir un sacapuntas en un objeto de “alivio de su tristeza o desvanecimiento de su enojo”.

Posteriormente se identifican otros objetos como navajas convencionales de rastrillo y objetos filosos, ambos con un 13%.

Por último, con solo 6% se encuentran las tijeras y los cuchillos. Lo cual se puede observar en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Porcentajes de los objetos de cortarse



Fuente. Entrevista Semiestructurada

Por último, se les preguntó hasta qué grado se realizan el corte, si se sangraban, se arrepentían después de realizarlo y si han pensado en volverlo hacer, desde su última vez.

En la tabla 11, en la primera columna, se puede observar que un poco arriba de la mitad se ha cortado hasta sangrarse.

De igual forma en la segunda columna, más de la mitad de las adolescentes se han arrepentido del corte después de ver su sangre.

Es importante resaltar que, aunque es en menor proporción se identifican 5 alumnas que no se arrepienten.

Tabla 11. Situaciones después del corte

Alumnas	Sangre		Arrepentimiento		Pensado Otra Vez	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1		1		1	
2	1		1		1	
3		1	1		1	
4	1		1		1	
5	1			1	1	
6	1		1		1	
7	1		1			1
8	1			1		1
9		1		1	1	
10		1		1	1	
11		1	1		1	
12		1	1		1	
13	1		1		1	
14		1		1		1
TOTAL	8	6	9	5	11	3

Fuente. Entrevista Semiestructurada

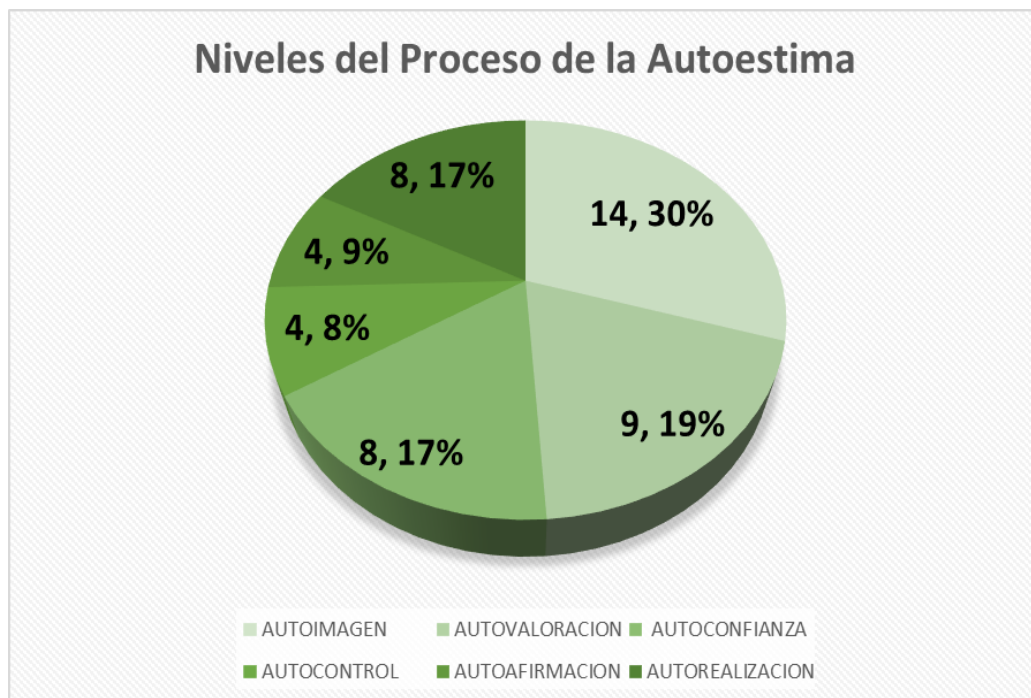
En la última columna de la tabla, más del 50% ha pensado en volverlo hacer, a pesar de sentir arrepentimiento después de realizar dicha conducta. Solo tres alumnas mencionaron que no lo han pensado. Y no es necesariamente por el motivo de la “sangre” que no lo han pensado, ya que si comparamos a la alumna No. 7 que, si llegó a sangrarse y que, si se arrepiente, su respuesta a volver hacerlo fue un “no”, en cambio la participante No. 14, no llegó a sangrarse y no se arrepiente de “sus cortes” y tampoco

no ha pensado en volverlo hacer, tan solo ambas llegaron a la conclusión de no “pensar” en volver hacerlo, sin embargo, el sentimiento de repetir “la conducta autodestructiva de cortarse”, es latente en las 14 adolescentes.

Es importante mencionar que, durante la entrevista, se hicieron preguntas específicas respecto a los niveles del proceso de la autoestima: Autoimagen, Autovaloración, Autoconfianza, Autocontrol, Autoafirmación y Autorrealización.

Y con base a los resultados se identifica que los más afectados fueron: “Autoimagen”, “Autovaloración”, “Autoconfianza” de los cuales las participantes de la muestra mencionaron percibirse “feas y gordas”, además de sentirse incapaces y poco inteligentes, siendo así la escuela una carga para ellas. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Niveles del proceso de la Autoestima



Fuente. Entrevista Semiestructurada

Para finalizar, se muestran los resultados de los dos instrumentos de autoestima, la escala I.G. A. y el cuestionario P.A.A.

Escala y Cuestionario de Autoestima:

En la tabla 12 se muestra el total de los resultados de la prueba de autoestima para adolescentes (Escala P.A.A.) y del cuestionario de autoestima de González Arratia (cuestionario IGA 2001) de las 14 participantes de la muestra de estudio.

Antes que nada, es importante aclarar que la calificación de cada instrumento es diferente, y que la obtención de puntaje final no significa lo mismo en uno como en otro.

El primer instrumento de autoestima, la Escala P.A.A. (Prueba de Autoestima para Adolescentes), nos dice que entre menor sea el puntaje obtenido, significa que la autoestima es baja.

En cambio, en el Cuestionario IGA-2001 (Cuestionario de Autoestima de González Arratia), nos dice que, si se obtiene un puntaje alto, se considerara baja autoestima.

La tabla consta de dos columnas para cada instrumento, la primera dice el puntaje obtenido de cada alumna, mientras que la segunda es la interpretación de esos puntajes, muestra el intervalo de puntuaciones que determinan que tiene baja su autoestima.

En cuanto a la calificación e interpretación de los instrumentos aplicados dentro de esta tesis de investigación se identificó que la autoestima de las 14 alumnas en ambos instrumentos es baja. Lo cual se puede observar en la tabla no. 12.

Tabla 12. Puntuaciones finales de los instrumentos de Autoestima

Puntuaciones Totales				
Alumnos	Escala P.A.A.	Interpretación	Cuestionario Iga-2001	Interpretación
1	28	De 20 a 55 = bajo	70	De 51 a 75 = bajo
2	29	De 20 a 55 = bajo	67	De 51 a 75 = bajo
3	30	De 20 a 55 = bajo	64	De 51 a 75 = bajo
4	32	De 20 a 55 = bajo	69	De 51 a 75 = bajo
5	34	De 20 a 55 = bajo	63	De 51 a 75 = bajo
6	35	De 20 a 55 = bajo	63	De 51 a 75 = bajo
7	36	De 20 a 55 = bajo	65	De 51 a 75 = bajo
8	36	De 20 a 55 = bajo	65	De 51 a 75 = bajo
9	37	De 20 a 55 = bajo	65	De 51 a 75 = bajo
10	45	De 20 a 55 = bajo	61	De 51 a 75 = bajo
11	47	De 20 a 55 = bajo	61	De 51 a 75 = bajo
12	47	De 20 a 55 = bajo	61	De 51 a 75 = bajo
13	48	De 20 a 55 = bajo	62	De 51 a 75 = bajo
14	54	De 20 a 55 = bajo	54	De 51 a 75 = bajo

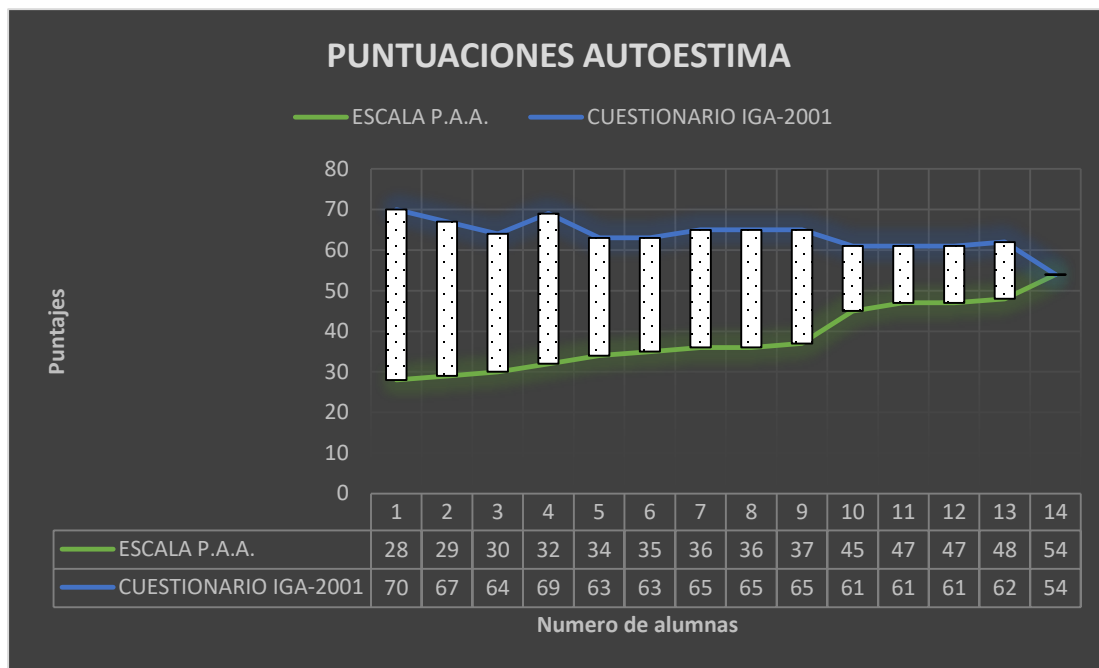
Fuente: Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

De esta forma, en la Gráfica 5 se muestran los puntajes de ambos instrumentos, en la cual, el cuestionario IGA-2001, reafirma lo que dice la Escala P.A.A. con respecto a que las 14 adolescentes presentan una baja autoestima.

Se puede apreciar como la línea azul (IGA-2001) va de forma descendente, en comparación con la línea verde (P.A.A.) que va de forma ascendente. Ambas líneas van en la dirección correspondiente a los puntajes obtenidos, son casi paralelas entre la

mayoría de las adolescentes, y que en ambos instrumentos de acuerdo a su interpretación indican una autoestima baja.

Gráfica 5. Comparación de puntuaciones de los instrumentos



Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Factores:

Con respecto a los dos instrumentos aplicados de Autoestima, cada uno, como ya se explicó anteriormente en el apartado de instrumentos, evalúa factores determinados, sin embargo, se identificaron algunos que se refuerzan entre sí.

Para este estudio se tomaron en cuenta los factores de la escala P.A.A., los cuales se relacionan mejor con el “proceso de Autoestima” que se menciona en el capítulo 2, estos se vieron reforzados por los factores del Cuestionario IGA-2001, lo cual le da una mayor objetividad y ratifica los resultados de la autoestima.

Para tener un mejor entendimiento se mostrarán cada uno de los factores en las siguientes tablas. En la tabla 13 se muestra la correlación del factor “percepción de sí mismo” de la escala P.A.A. junto con el factor “yo” del cuestionario IGA-2001, uno refuerza al otro, por lo que podemos observar que todas las participantes tienen puntuaciones que indican tener una autoestima baja.

La tabla 13, presenta dos columnas de cada instrumento, en una se muestran los puntajes y en la otra la interpretación que dice el rango de puntuación en el que deben estar para catalogar dichos factores.

Tabla 13. Totales del factor Percepción de sí mismo/ Yo

Factor 1: Percepción De Si Mismo/Yo				
Alumnos	Escala P.A.A.	Interpretación	Cuestionario Iga-2001	Interpretación
1	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
2	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
3	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
4	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
5	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
6	6	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
7	6	Del 6 al 12 = bajo	14	Del 13 al 15= bajo
8	9	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
9	9	Del 6 al 12 = bajo	14	Del 13 al 15= bajo
10	9	Del 6 al 12 = bajo	13	Del 13 al 15= bajo
11	9	Del 6 al 12 = bajo	13	Del 13 al 15= bajo
12	10	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
13	11	Del 6 al 12 = bajo	15	Del 13 al 15= bajo
14	11	Del 6 al 12 = bajo	13	Del 13 al 15= bajo

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Los factores “fracaso”, “trabajo” y “éxito” (IGA-2001), son los que mejor se asemejan al factor “percepción de competencia” (P.A.A.). Estos factores varían en puntaje y frecuencia (número de alumnas).

En la tabla 14 se presenta el número de adolescentes que tienen afectado dichos factores. Como se puede observar la escala P.A.A muestra puntajes bajos y se corrobora con el cuestionario I.G.A. No siendo así en os casos 12, 13 y 14.

Tabla 14. Totales del factor Percepción de competencia/Fracaso-Trabajo-Éxito

Factores: Percepción De Competencia/Fracaso, Trabajo Y Éxito				
Alumnos	Escala P.A.A.	Cuestionario Iga-2001		
	Percepción De Competencia	Fracaso	Trabajo	Éxito
1	6	15	11	7
2	6	15	6	9
3	9	13	8	5
4	8	13	10	8
5	5	15	6	6
6	10	10	8	9
7	5	15	12	9
8	9	13	7	9
9	5	15	11	6
10	9	11	12	9
11	9	15	11	9
12	18	12	6	6
13	17	11	8	9
14	11	10	12	5

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

En la tabla 15, se muestra los puntajes de los factores “relación familiar de la escala P.A.A. y el factor “familia” del cuestionario IGA-2001. Se puede observar que la mayor proporción de la población se encuentra con autoestima baja en dichos factores.

Tabla 15. Totales del factor Relación familiar/Familia

Factor Relacion Familiar/Familia				
Alumnos	Escala P.A.A.	Interpretación	Cuestionario Iga-2001	Interpretación
1	4	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
2	5	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
3	6	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
4	8	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
5	9	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
6	9	Del 4 Al 10= Bajo	13	Del 13 Al 15= Bajo
7	9	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
8	9	Del 4 Al 10= Bajo	14	Del 13 Al 15= Bajo
9	10	Del 4 Al 10= Bajo	15	Del 13 Al 15= Bajo
10	11	Del 11 Al 25= Alto	7	Del 5 Al 12= Alto
11	13	Del 11 Al 25= Alto	8	Del 5 Al 12= Alto
12	14	Del 11 Al 25= Alto	6	Del 5 Al 12= Alto
13	15	Del 11 Al 25= Alto	10	Del 5 Al 12= Alto
14	19	Del 11 Al 25= Alto	6	Del 5 Al 12= Alto

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Por último, los factores “enojo” y “afectivo-emocional”, tienen diferencias en la frecuencia (número de alumnas).

En la tabla 16, se observa que en la escala P.A.A el factor enojo tuvo a ocho participantes con puntaje bajo (cuadros verdes).

Al igual que en el cuestionario IGA-2001, el factor afectivo-emocional también tuvo un total de ocho adolescentes afectadas (cuadros azules).

Tabla 16. Totales del factor Enajo /Afectivo-Emocional

Factor Enajo/Afectivo-Emocional		
Alumnos	Escala P.A.A.	Cuestionario Iga-2001
1	12	9
2	11	9
3	10	9
4	9	9
5	11	9
6	8	7
7	14	7
8	9	9
9	11	7
10	12	6
11	16	6
12	8	9
13	13	8
14	14	6

Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Los factores con mayor frecuencia entre las 14 participantes de la muestra, que reflejan una baja autoestima, de acuerdo al puntaje que obtuvieron dentro de la escala P.A.A. y que se puede observar en la tabla 17 son:

En primer lugar, percepción de sí mismo (14 alumnas), posteriormente percepción de competencia (11 alumnas), seguido de familia (9 alumnas) y finalmente enojo (8 alumnas). Dichos datos se observan a continuación.

Tabla 17. Puntuaciones finales de los factores de la Escala P.A.A.

Total De Alumnos	Escala P.A.A.			
	Percepción De Si Mismo	Percepción De Competencia	Relación Familiar	Enojo
14	14	11	9	8

Fuente. Escala P.A.A.

En cuanto al cuestionario IGA-2001, (tabla 18) los factores que tuvieron mayor frecuencia dentro de la muestra de estudio y que obtuvieron el menor puntaje lo cual corresponde a una autoestima baja fueron: Primer lugar yo, segundo lugar fracaso, tercer lugar familia y cuarto lugar afectivo emocional.

Tabla 18. Puntuaciones finales de los factores del Cuestionario IGA-2001

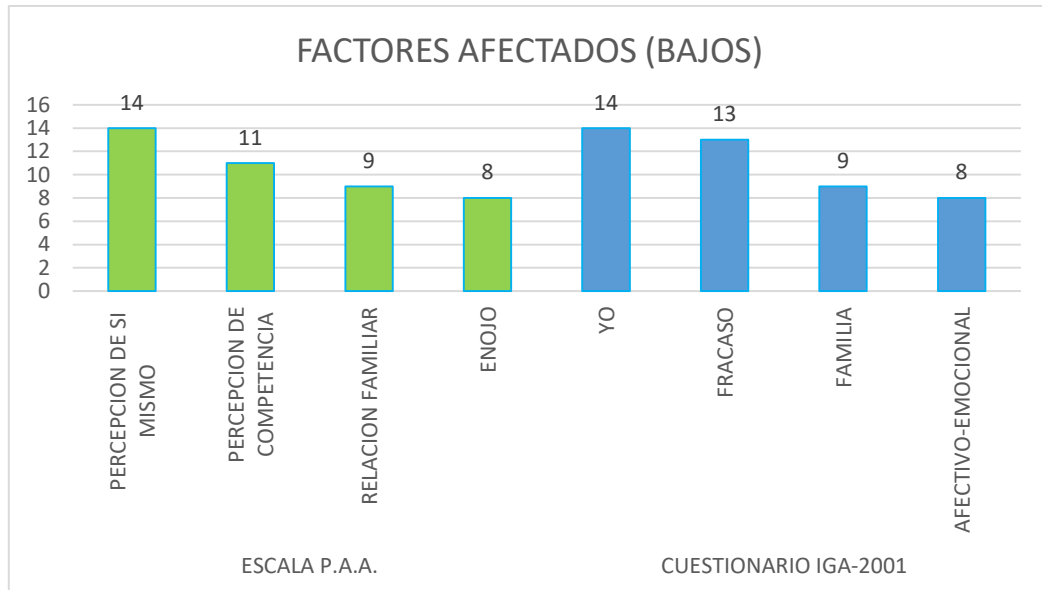
Total De Alumnos	Cuestionario IGA. 2001			
	Yo	Fracaso	Familia	Afectivo-Emocional
14	14	13	9	8

Fuente. Cuestionario IGA-2001

Entonces en la gráfica 6, se puede observar mejor los factores que destacan y que contribuyen a mantener una autoestima baja en las participantes. Estos factores son: percepción de sí mismo/yo, que claramente es el que está más afectado, puesto que se encuentra en todas las participantes.

Después se encuentra el factor percepción de competencia/fracaso, ambos son los segundos lugares de cada instrumento, seguido por el factor relación familiar/familia, y por último se encuentran los factores enojo/ afectivo-emocional.

Gráfica 6. Comparación de los factores bajos de ambos instrumentos



Fuente. Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001

Es importante resaltar, el hecho de que los factores que igualan tanto en puntajes como en similitud son, el factor de percepción de sí mismo con el factor yo. Ambos corresponden a la misma área dentro del proceso de autoestima (cap. 2) y ambos son los más afectados en las 14 participantes.

También podemos observar que el factor percepción de competencia y el factor fracaso, son los segundos lugares de cada instrumento y ambos corresponden al mismo ámbito dentro del proceso de autoestima que se evalúa. Los siguientes factores que son iguales son relación familiar y familia, ambos corresponden a la misma área de la autoestima y tienen el mismo número de alumnas afectadas. Por último, el factor enojo y afectivo-emocional, se encuentran ambos en cuarto lugar, comparándolos ambos tienen mismo número de alumnas y corresponden al mismo nivel de autoestima dentro del proceso de la misma.

CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados de los instrumentos, se puede concluir que las 14 participantes de la muestra de estudio, practicaron conductas autodestructivas de cortarse y que tienen baja autoestima. Así como lo demuestran los resultados de los tres instrumentos y entrevista aplicados.

También se puede concluir que las conductas autodestructivas de cortarse, son más practicadas por el sexo femenino que por el masculino, ya que la muestra de estudio pasó de ser de 17 adolescentes a solo 14 chicas, es decir que los tres únicos varones de la muestra fueron excluidos ya que no cumplían con el criterio de conductas de cortes.

La edad de la muestra oscilaba entre los 14 y 15 años y se encontraban cursando el tercer año de secundaria. Y con base a los resultados obtenidos se puede concluir que la edad de inicio en practicar conductas autodestructivas de cortarse, fue entre los 12 y 13 años, que concuerda también con que se encontraban cursando el primer año de secundaria, así como se mostró en la tabla 3 de resultados.

Las 14 adolescentes de la muestra tanto en la cédula de autolesiones, como en la entrevista afirmaron practicar conductas autodestructivas de cortarse. La mitad también mencionó que iniciaron “picándose” con objetos punzantes antes de hacer cortes.

Por otro lado, los objetos con los que mayormente solían cortarse, son las navajas de sacapuntas. También es importante mencionar que la parte del cuerpo que ocupa el primer lugar en “cortes” son los brazos, seguido por las piernas y por último las manos.

La frecuencia semanal de las conductas de cortes que mencionó la mayoría de la muestra es de 10 veces a la semana. Y la emoción que más predomina durante “su práctica” es la tristeza. Por lo cual se puede concluir que, corroborando estos resultados con datos de la entrevista, entre más busquen “desvanecer” o “aliviar” esa tristeza mayor será el número de veces que practiquen las conductas autodestructivas de cortarse.

Es importante destacar que más del 50% de la muestra, se ha llegado a sangrar cuando practica dichas conductas autodestructivas de cortarse, se arrepienten después de hacer el corte y sin embargo, es importante destacar que han pensado en volver a realizarlos.

Respecto a la autoestima las 14 adolescentes mostraron puntajes significativos que indican autoestima baja, corroborado por los dos instrumentos de medición (Escala P.A.A. y Cuestionario IGA-2001), y se puede determinar que el factor “Percepción de sí mismo/Yo”, “Percepción de competencia/Fracaso-Éxito-Trabajo” y el factor “Relación familiar/Familia” son los más afectados como se muestra en la gráfica 7.

El factor “percepción de sí mismo/Yo”, se relaciona directamente con el primer nivel del proceso de la autoestima, la “Autoimagen”, que abarca el autoconocimiento. También se relaciona con la autoestima físico corporal, este control y estética del cuerpo esta a su vez afectada no solo por los cortes, sino por la forma en cómo se perciben, pues más de la mitad menciono en la entrevista no gustarle su cuerpo, que se sentían y veían “feas y gordas”, siendo este uno de los motivos por los que se cortaban.

El factor “Percepción de competencia/Fracaso-Éxito-Trabajo”, está relacionado con la “Autoconfianza” y con la “Autorrealización” que es la parte donde el adolescente se siente orgulloso de su propio trabajo y sus capacidades. Que se ve dañado en su autoestima intelectual, puesto que la mayoría de las integrantes de la muestra expresan no sentirse “capaces” en el ámbito escolar, no se consideran inteligentes y el estudio se vuelve una carga.

El factor “Relación familiar/Familia”, por su parte se relaciona con la “Autovaloración”, ligado a la auto aceptación y el auto respeto. Que se basa en la parte relacional con los integrantes de su familia y como se sienten apreciadas o importantes dentro de esta, lo cual claramente no es así en las adolescentes de la muestra.

El factor “Enojo/Afectivo-Emocional”, está basado en la forma de actuar y reaccionar, asociado con el “Autocontrol” y la “Autoafirmación”, en otras palabras, se refiere a la parte donde el adolescente se hace responsable de sus emociones y de las conductas que desencadenan dichas emociones, por lo tanto, se puede decir que su

toma de decisiones a partir de su mal manejo emocional los lleva a practicar las conductas de corte y no a manejarse con madurez.

Es importante mencionar que son cuatro los niveles del proceso de la autoestima, Autoimagen, Autovaloración, Autoconfianza y Autorrealización, los más afectados (Grafica 5), sin embargo, los primeros tres, pertenecen a la primera dimensión de dicho proceso, esta es la “Actitudinal (inferido)”. Estos tres niveles a su vez se relacionan con los factores “Percepción de sí mismo/Yo”, “Percepción de competencia/Fracaso-Éxito-Trabajo” y “Relación familiar/familia”.

Por lo tanto, estas 14 adolescentes, generan una actitud destructiva hacia ellas mismas, de manera que su forma de comportarse ya sea intelectual o emotivamente, ante una situación o persona será comprendido por ellas de forma negativa. Aquí entra en juego la parte cognitiva, en su manera de conocerse y apreciarse, si su percepción es mala y caen en críticas patológicas, estos niveles del proceso de la autoestima estarán mal cimentados y su autoestima estará baja, así como lo demuestran los resultados.

Entonces, los resultados demuestran que existe una relación entre las conductas autodestructivas de cortarse y baja autoestima. Por lo tanto, se puede contestar la pregunta de investigación de forma afirmativa que, una autoestima baja influye en las conductas autodestructivas de cortarse en adolescentes de 14 a 15 años.

Esto es así, puesto que no es posible tener una alta autoestima y tener conductas autodestructivas, en especial conductas de cortarse. Esto ocurre cuando existe una conciencia auto agresiva por los errores y fallas propios, generando así un auto despreció, el cual provoca una relación contraria al bienestar propio, en otras palabras, un comportamiento autodestructivo se relaciona directamente con una baja autoestima, comprobando así la hipótesis de esta investigación.

“Es decir, mientras exista una autoestima baja, mayor será la probabilidad de que las conductas autodestructivas de cortarse se mantengan y a su vez no permitan una mejora en la autoestima de los adolescentes de entre 14 y 15 años.”

La relación existe ya que la dimensión actitudinal inferida es la que se encuentra comprometida, en otras palabras, la parte cognitiva es la que genera. que la

percepción de cada una de las 14 chicas sea deficiente. Por ende, el primer nivel “Autoimagen”, “Autovaloración” y la “Autoconfianza”, nos indican que estas adolescentes no se conocen realmente o se ven con claridad, tampoco se perciben con agrado ni se autorespetan y no se sienten capaces intelectualmente. Motivo por el cual los “cortes” parecieran ser una opción viable a situaciones que les generan emociones muy fuertes como la tristeza.

Para finalizar, y reflexionando lo antes mencionado, cabe mencionar que existen ciertas limitantes cuando se habla de autoestima y conductas autodestructivas de cortarse, puesto que a veces estas conductas son consideradas por “moda” o que son debido a una depresión. Algunas alumnas tenían una idea sobre su autoestima, pero desconocían realmente que tan afectada estaba. Se basaban en un “no me gusto” y no en el trasfondo de esa frase.

Puedo decir, que, si bien por cuestiones de pandemia me fue imposible aplicar un taller a esas 14 adolescentes, al menos tuve la oportunidad de escuchar sus historias, clarificar dudas respecto a su autoestima e incluso crearles la inquietud de iniciar su propio proceso terapéutico.

Aquí recalco y finalizo, que el escuchar a otro ser humano, el permitirle expresarse con libertad sin ser juzgado, es un punto de partida de sanación, estas 14 chicas necesitaban hablar y me alegra el haber estado ahí para escucharlas y hacerlas sentir comprendidas, pese a que haya sido por un periodo breve, me motiva a un más a querer especializarme en esta bella carrera.

RECOMENDACIONES

Puesto que se identificó la edad de inicio de las conductas autodestructivas de cortarse, que fue entre los 12 y 13 años, y el año escolar que se cursaba fue el primero de secundaria. Y con base a que es una población de riesgo, sería pertinente trabajar a nivel preventivo a través de pláticas sobre todo en los primeros grados, acerca de las conductas autodestructivas de cortarse, dándoles alternativas para canalizar sus emociones, como podrían ser los deportes o áreas artísticas.

De igual manera, a nivel preventivo, se recomienda que las instituciones implementen “escuela para padres”, en donde se aborde la identificación de conductas autodestructivas de cortarse, con el fin de evitar la aparición de casos nuevos.

Respecto a la edad a la cual fue dirigida la investigación, con las alumnas de 14 y 15 años que practican estas conductas de cortarse, se recomienda llevar un seguimiento con ellas, ya sea mediante pláticas de intervención sobre las conductas autodestructivas de cortarse y talleres sobre autoestima.

A sí mismo a nivel institución, dado al hecho de que convierten las navajas de los sacapuntas en medios para realizarse cortes y que muchas veces lo efectúan en las instalaciones escolares, se recomienda capacitar a los docentes en la identificación, detección y canalización de adolescentes que presentes conductas autodestructivas de cortarse.

Por otro lado, se considera importante colaborar con los maestros, dándole seguimiento al avance de las alumnas de la muestra, haciendo cada determinado tiempo una revisión de sus brazos y cerciorarse si continúan o no cortándose.

También es importante y recomendable se realicen acciones en el área familiar en cada una de las adolescentes que practican estas conductas autodestructivas, encaminadas a que la familia funja como un factor protector y no como un factor de riesgo para reforzar dichas conductas de cortes.

A su vez es recomendable también llevar a cabo talleres a padres, sobre todo en los casos en los que ya se presenten las conductas autodestructivas de cortarse, en

donde se les oriente y se les den herramientas para que puedan apoyar a sus hijas a dejar estas prácticas.

Ahora bien, respecto a los primeros niveles del proceso de la autoestima, Autoimagen, Autovaloración y Autoconfianza, se recomienda la implementación de un taller que aborde estos aspectos, para que cada una de las adolescentes de la muestra se reconozcan como realmente son y alcancen una imagen potencial de lo que pueden llegar a ser, de tal forma que se vean con agrado y pese a la historia familiar de cada una de ellas, tengan la capacidad de apreciar su vida.

Por último, se recomienda también, que, de forma personalizada, las alumnas que han pensado en volver a practicar las conductas autodestructivas de cortarse, inicien su propio proceso terapéutico, puesto que, como ya se mencionó las emociones de tristeza y enojo están afectándolas, y a su vez la autoimagen, autovaloración y autoconfianza requieren ser atendidas por un profesional.

Por mi parte, en cuando la pandemia lo permita y con previa autorización de la escuela, sería prudente regresar y darle seguimiento a la situación de conductas autodestructivas de cortarse y autoestima baja. Tomando en cuenta la parte preventiva y la detección de conductas autodestructivas de cortarse. Ya que como bien se demostró existe una relación de estas conductas y se pueden llevar a cabo algunos talleres.

Se recomienda trabajar con talleres enfocados en las dos dimensiones de la autoestima. Dándole énfasis a la dimensión actitudinal inferida, pues resulta ser el más afectado.

Se sugiere abordar los primeros tres niveles de la autoestima, en sesiones de dos horas, con actividades reflexivas que permitan crear cambios en la cognición de los adolescentes y, por consiguiente, un cambio o mejora en sus conductas.

REFERENCIAS

Bibliográficas

- Camacho Fernández, M.; Contreras Garduño, J.; y Cortés López, L. C. (2011) *Estudio exploratorio de la autoestima de los alumnos de la facultad de contaduría y administración de la universidad del estado de México*. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Caso Niebla, J. (1998), *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes* (Tesis de posgrado) Universidad Autónoma de México, México D.F.
- Cortez Vázquez, G.G. (2015), *La educación de la afectividad a través de la atención plena: una vía para el desarrollo integral del adolescente*, (tesis de pregrado), Universidad Autónoma de México, México, D.F.
- Fierro Castillo, A., Ponce Astorga, N., y Valenzuela Cortez, C. (2017) *Conductas autolesivas en adolescentes: Una relación entre regulación emocional, afrontamiento y disociación*. Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile.
- García M., J. A. (2002). Autoestima y Salud. GONZALES, *MIS La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Horrocks, John E. (reimp. 2012). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas
- Keating, D. P. (1997) *El pensamiento adolescente*. Antología de lecturas (2006), p. 321.
- Lehalle, H. (Ed.) (1990). *Psicología de los adolescentes*, México, D.F.: Editorial Grijalbo, S.A.
- Marín Tejeda, M. I., (2013). *Desarrollo y evolución de un tratamiento cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan* (Tesis de grado doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF.
- Osorio, F. (2015). *Cortarse*. – 1ª ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Urano
- Pérez, Olvera, M. (2006), *Desarrollo de los adolescentes IV Procesos cognitivos* (Antología de lecturas) Aguascalientes, México.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (2007), *Psicología del niño*. Madrid, España: Morata

Sánchez B., R. (2014). *Las autoestimas múltiples: dimensiones de la autovaloración*. México: Trillas.

Sandoval M. S., (2017). *Representación simbólica de la familia en adolescentes y sus padres*. (Tesis de especialización). Universidad Autónoma de México, México.

Vázquez R. A., (2018). “*Propuesta estratégica para fortalecer el autoestima en los adolescentes*”, (Tesina). Universidad Tecnológica Iberoamericana s.c., Xalatlaco, Edo. De México.

Revistas (Jornal)

Caso-Niebla, J. y Hernandez-Guzman, L. (2001). ¿Son los contextos socio-ambientales los que definen las dimensiones de la Autoestima en Niños y Adolescentes? *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 229-237

Caso-Niebla, J., Hernández-Guzmán, L. y Gonzáles-Montesinos, M. (2011). Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10(2), 535-543

Quispe Rojas., E. E. (2017). La autoestima (Monografía de grado Bachiller), Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.

Rodríguez, N., C. y Caño G., A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403

Medios electrónicos sin DOI

Anónimo, *Desarrollo de la autoestima en los adolescentes*. Recuperado de <http://boj.pntic.mec.es/~lbarrioc/padres/autoestima.pdf>

Bronson, G. W. (1959). Identity diffusion in late adolescents. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(3), 414-417. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0046969>

Calleja, Nazira. (2011), *INVENTARIO DE ESCALAS PSICOSOCIALES EN MÉXICO*, recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>

- Gonzalez-Arratia, N. i.; Valdez Medina, J. L.; y Serrato García, J. M. (2003) Autoestima en Jóvenes universitarios. *Ciencia Ergo Sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, Vol. 10(2) Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=104/10410206>
- Grajales G. T. (2000) Tipos de investigación. Recuperado de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- J Eat Disord, (2018). *When People with Anorexia Injure Themselves*, (Vol. 29 / No. 6). Recuperado de <https://eatingdisordersreview.com/when-people-with-anorexia-injure-themselves/>
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión, el lenguaje del dolor*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/oBoiNnVTk8lYpaGx6eUffSTEyTUk/view>
- Sánchez, C. (2020). Bibliografía. Normas APA (7ma edición). Recuperado de <https://normas-apa.org/formato/titulos-y-subtitulos/>
- Santos Bernard, D. (2016). *AUTOLESIÓN. Qué es y cómo ayudar*. Recuperado de https://es.scribd.com/embeds/393750758/content?start_page=1&view_mode=scroll&access_key=key-DXFMtVntRav5tlToCCWR
- Seoane, A. (2015). Adolescencia y conductas de riesgo. (Trabajo de grado, monografía), Universidad de la Republica Uruguay, Montevideo. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%2Ofinales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf
- Sepúlveda, P. (2013, 6 de junio). Autoestima. Wordpress.com. Recuperado de <https://saluniver.wordpress.com/2013/06/06/autoestima-paolasepulveda/>

Medios electrónicos con DOI

- Castro, K., Kirchner, T. & Planellas, I. (2014), *Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento*. doi: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v13n1/v13n1a11.pdf>
- González Arratia López Fuentes, N. I., Domínguez Espinosa, A. C., & Valdez Medina, J. C. (2017). Autoestima como mediador entre afecto positivo-negativo y resiliencia en una muestra de niños mexicanos. *Acta Universitaria*, 27(1), 88-94. doi: 10.15174/au.2017.1140

Honorato Bernal, T.; González Arratia López Fuentes, N.; Martínez, A.; y Palos, P. (2019). Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova Scientia*. 11. 413. Doi:10.21640/ns.v11i22.1825.

Mezerville Z., G. (1993-2007) El aprendizaje de la autoestima como proceso educativo y terapéutico. *Revista educación*. 17(1): 5-13. DOI [10.15517/REVEDU.V17I1.12688](https://doi.org/10.15517/REVEDU.V17I1.12688)

ANEXOS

ANEXO A

Cedula de Autolesiones

Instrucciones:

Por favor conteste cada pregunta en las secciones SI/NO indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una X donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un claro propósito de lastimarte/ herirte, pero sin intención de quitarte la vida. Si contestas que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes. Si contestas que NO, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

	Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida	¿Alguna vez?		Cuántas veces lo has hecho					¿Cuándo fue la última vez?						
		NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20	Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de 1 año		
1	¿Cortarse hasta lastimarte/ sangrar la piel?														
2	Raya, marca, pinchar tu piel (sin sangrar)														
3	Quemarte (con cigarro u otro objeto)														
4	Impediste que sanaran tus heridas														
5	Sacarte sangre														
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/ pared para lastimarte														
7	Te golpeaste con las manos con 1 objeto hasta dejarte 1 moretón o cicatriz														
8	Te mordiste al grado de hacer que sangrar a tu piel														
9	Frotaste tu piel con algún objeto punzante (vidrios/ fichas)														
10	Usa ácido u otra sustancia agresiva para frotar su piel														
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí)														
12	Necesitaste tratamiento para alguna de estas conductas														
13	Si alguna vez has hecho alguna de estas conductas descritas ¿qué edad tenías al hacerlo la primera vez?	Nunca lo he hecho		9 o menos	10	11	12	13	14	15	16	17			

ANEXO B

Prueba De Autoestima Para Adolescentes

INTRUCCIONES:

"Estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender como sientes los jóvenes de tu edad respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tu sientas y no como otros piensan que deberías sentir."

En cada reactivo marca con una "X" la casilla con la respuesta que mejor se adapte a tu forma de sentir.

REACTIVO	SIEMPRE	USUAL MENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1.- Me gusta como soy					
2.- Hago enojar a mis padres					
3.- Me siento fracasado					
4.- Estoy feliz de ser como soy					
5.- Si me enojo con un amigo (a) lo (a) insulto					
6.- Me siento bien cuando estoy con mi familia					
7.- Mi familia está decepcionada de mi					
8.- Tengo una de las mejores familias de todo el mundo					
9.- Soy muy lento para realizar mis trabajos escolares					
10.- Soy tonto (a) para hacer los trabajos de la escuela					
11.- Estoy orgulloso (a) del trabajo que hago en la escuela					
12.- soy malo para muchas cosas					
13.- Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer lo que yo quiero					
14.- Estoy orgulloso (a) de mi					
15.- Les echo la culpa a otros por cosas que yo hago mal					
16.- Pienso que mis padres serian felices si yo fuera diferente					
17.- Soy un (a) buen (a) amigo (a)					
18.- Tengo una mala opinión de mí mismo					
19.- Me gustaría ser otra persona					
20.- Me gusta la forma como me veo					
21.- Siento ganas de irme de mi casa					

ANEXO C

Cuestionario De Autoestima (Iga-2001)

NOMBRE

SEXO		EDAD	
GRADO		GRUPO	

Instrucción: A continuación, se presentan 25 afirmaciones. Lee con atención y marca con una "X" la respuesta que mejor se adapte a tu persona.

AFIRMACION	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Tengo plena confianza en mí mismo			
2. Soy importante para mi familia			
3. Me siento un perdedor			
4. Soy un alumno aplicado			
5. No puedo lograr lo que me propongo			
6. Creo que no valgo nada o valgo muy poco			
7. Estoy orgulloso de mi mismo			
8. Siento el amor que mi familia			
9. Me siento un inútil			
10. Soy inteligente			
11. Cumpló las metas que me propongo			
12. Creo que soy una persona que nadie quiere			
13. Me siento bien con migo mismo (a)			
14. Creo que me toman en cuenta en mi casa			
15. Me siento inseguro (a)			
16. Soy una persona trabajadora			
17. Yo tengo éxito en lo que hago			
18. Creo que nadie se preocupa por mí			
19. Me siento feliz			
20. En casa me aceptan como soy			
21. Siento que nadie me quiere			
22. Soy una persona exitosa			
23. Me quiero mucho a mí mismo (a)			
24. Mis padres me alienta para hacer las cosas			
25. Todo me sale mal			

ANEXO D

Entrevista

Ficha de identificación

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Grado y grupo:

Integrantes de su familia con quien vive:

Elaboración de Familiograma: Obtención de información respecto a la relación familiar, como se siente dentro de esta y que tanta libertad tiene para expresar su emociones y sentimientos.

Preguntas base:

- ◆ ¿En algún momento te has dañado a ti misma? ¿Te has cortado?
- ◆ ¿Cuándo fue la primera vez que te hiciste un corte?
- ◆ ¿Qué edad tenías? ¿En ese momento estabas en (grado escolar)?
- ◆ ¿Con que frecuencia lo haces? ¿Cuántas veces a la semana?
- ◆ ¿Qué emoción experimentas en el momento de cortarte?
- ◆ ¿En qué parte del cuerpo lo haces?
- ◆ ¿Con qué lo haces? (objeto)
- ◆ ¿Llegas a sangrarte?
- ◆ ¿Te duele o sientes alivio?
- ◆ ¿Qué pasa por tu mente cuando haces esto?
- ◆ ¿Hay algo en ti que no te gusta?
- ◆ ¿Qué tan bien te sientes contigo misma?
- ◆ ¿Cuándo te sientes incapaz de realizar algo, recurres a esto?
- ◆ ¿Sientes arrepentimiento?
- ◆ ¿Has pensado en volverlo hacer últimamente?