

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Psicología

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



AUTOLESIONES, SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA E IDEACIÓN
SUICIDA EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA,
CHILLÁN

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
Presentado en cumplimiento parcial de
los requisitos para el título de
Psicólogo
y grado de Licenciado en Psicología

Por
Daniela Olvido Caroca Ventura
Loreto Andrea Gómez Montti
Fernanda Andrea Guerra Vásquez
Camila Andrea Vargas Mardones

Director TFI: Carolina Andrea Mora Riquelme

Chillán, noviembre de 2016

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación tiene por objetivo analizar la relación entre autolesiones, sintomatología depresiva y riesgo de suicidio en adolescentes entre 14 y 20 años pertenecientes a establecimientos educacionales de la comuna de Chillán, en el año 2016.

Metodología: La presente investigación es un estudio con enfoque cuantitativo, correspondiente a un estudio exploratorio, descriptivo y correlacional, de corte trasversal. La muestra total fue de 251 alumnos pertenecientes a los siguientes establecimientos educacionales: Liceo Bicentenario Marta Brunet, Liceo Ruiz de Gamboa, Colegio Hispano Americano y Colegio Darío Salas Polivalente.

Resultados: Los resultados obtenidos indican que en cuanto a la presencia de autolesiones el 38,2% (n=96) de la muestra se autolesionaba.

En cuanto al nivel de la sintomatología depresiva los 204 que contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck, un 84,3% (n=172) de los encuestados presentaría depresión mínima, mientras tanto que un 8,3% (n=17) presentaría una depresión leve, un 5,9% (n=12) de los estudiantes presenta depresión moderada y un 1,5% (n=3) presenta depresión grave.

Conclusiones:

1. No se logró determinar la relación entre presencia de autolesiones y nivel de sintomatología depresiva según Beck debido a que la distribución de la muestra respecto a las casillas no permitió aplicar la prueba χ^2 .
2. Según la prueba χ^2 existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.00$) entre la variable presencia de autolesiones e ideación suicida.
3. Existe una correlación estadísticamente significativa según la prueba de Spearman entre las variables sintomatología depresiva e ideación suicida ($p < 0,00$ $r = 0,568$).
4. Según la prueba χ^2 no se encontró relación entre presencia de autolesiones, con él pertenecer a un colegio particular subvencionado o municipal.
5. Según la prueba χ^2 se encontró relación entre sexo y presencia de autolesiones ($p < 0,000$), sexo e ideación suicida, tanto alguna vez en la vida, como el último mes ($p < 0,00$), pero no se encontró relación entre sexo y nivel de sintomatología depresiva ($p < 0,062$).

PALABRAS CLAVE: Autolesiones, Suicidio, Depresión, Adolescentes.

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo de investigación primeramente a Dios, quien ha guiado nuestros pasos para concluir con éxito este proceso, a nuestras familias por el apoyo incondicional que nos entregaron y a cada una de las personas que fueron parte de nuestro logro.

RECONOCIMIENTOS

“Pon en manos del Señor todo lo que haces, para que tus planes se hagan realidad”. Proverbios 16:13.

Queremos agradecer en primer lugar a Dios quien ha estado con nosotras en todo momento, por entregarnos sabiduría a cada una de nosotras y por poner en nuestro camino todas las herramientas necesarias para concluir de forma satisfactoria nuestro trabajo final integrador.

De igual manera a la Universidad “Adventista de Chile” y cada uno de los docentes que fueron fundamentales para nuestra formación integral. Destacamos a nuestra directora de TFI Carolina Mora y a nuestro asesor metodológico Ismael Morales por sus sugerencias por su colaboración e interés en nuestra investigación, animándonos en cada etapa de este proceso.

Agradecer a cada establecimiento educacional en el que realizamos nuestra investigación: Liceo Ruiz de Gamboa, Liceo Bicentenario Marta Brunet, Colegio Hispano Americano y Colegio Dario Salas Polivalente, por su excelente disposición y confianza.

De manera especial nos enorgullece agradecer a cada uno de nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional, por llenarnos de palabras de aliento en los momentos más difíciles, quienes confiaron en nosotras y respetaron nuestros tiempos para poder terminar de la mejor manera este proceso.

Finalmente, agradecer a cada estudiante que participó en este estudio, sin ellos nada hubiese sido posible.

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE TABLAS	VII
CAPÍTULO I ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO	1
Planteamiento del problema	1
Pregunta de investigación	2
Hipótesis	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Importancia del estudio y justificación	4
Delimitaciones del estudio	5
Limitaciones del estudio	5
Definición de términos	5
Autolesiones.	5
Ideación suicida.	6
Depresión.	6
Adolescentes.	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	7
Autolesiones	7
Antecedentes	7
Definición de Autolesiones	10
Características sintomáticas definitorias	10
Tipos de autolesiones	11
Modelos de autolesiones.	12
Factores de riesgo de la conducta autolesiva	13
Trastornos asociados a las autolesiones	13
Depresión	15
Depresión y género	17
Depresión y adolescencia	17
Síntomatología depresiva en adolescentes	18
Factores de riesgo de depresión	18
Factores protectores de depresión	20
Teorías explicativas.	20
Ideación Suicida	21
Antecedentes	21
Clasificaciones de la conducta suicida.	21
Manifestaciones de la ideación suicida	23
Ideación suicida y adolescencia	24
Ideación suicida y género.	24
Factores de riesgo de ideación suicida	24
Factores protectores de ideación	25
Relación entre Autolesiones, depresión e ideación suicida	25
Autolesiones y depresión	25
Autolesiones e ideación suicida	26
Depresión e ideación suicida.	27
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	28
Tipo de investigación y diseño	28

Instrumentos de recolección de datos	28
Encuesta sociodemográfica.	28
Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS).	29
Inventario de Depresión de Beck.	30
Procedimientos	31
Traducción, adaptación y validación por expertos de “Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI Short form).	31
Recolección de datos.	31
Análisis estadísticos.	32
Población y muestra.....	32
Tipo de participantes	35
Descripción de las variables	36
Variables independientes.	36
Variables dependientes.	36
Operacionalización de variables	36
Aspectos éticos	39
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	40
CAPÍTULO V DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
Discusión	61
Conclusiones.....	67
Recomendaciones	67
ANEXOS	69
LISTA DE REFERENCIAS	91

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Población de estudiantes	33
Tabla 2 Muestra de estudiantes	34
Tabla 3 Tipo de población.....	35
Tabla 4 Sexo de la población a estudiar.....	35
Tabla 5 Sexo, curso, tipo colegio y religión en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	40
Tabla 6 Familiares con quien viven los estudiantes entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	41
Tabla 7 Relación con los padres, pareja, atención psicológica y psiquiátrica en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	41
Tabla 8 Descripción de resultados del Inventario de depresión de Beck en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	43
Tabla 9 Adolescentes a dieta en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	47
Tabla 10 Resultados de la suma de los puntos de inventario de depresión de Beck en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	47
Tabla 11 Diagnóstico de Beck según puntajes alcanzados en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	47
Tabla 12 Descripción de Ideación suicida el último mes en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	48
Tabla 13 Descripción de Ideación suicida alguna vez en la vida en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	49
Tabla 14 Puntuación de ideación suicida de la escala Columbia en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	49
Tabla 15 Descripción de Ideación suicida en la vida y en el mes según puntaje alcanzado en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	50
Tabla 16 Descripción de Presencia de autolesiones y métodos utilizados en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	50
Tabla 17 Descripción de tratamiento médico, tiempo antes de autolesionarse y probabilidad de que vuelva a autolesionarse en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	52
Tabla 18 Edad y frecuencia de autolesiones en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales.....	53
Tabla 19 Correlación de Spearman	54
Tabla 20 Relación entre la presencia de autolesiones y tipo de depresión.....	56

Tabla 21 Relación entre la presencia autolesiones e ideación suicida alguna vez en la vida.....	56
Tabla 22 Relación entre la presencia autolesiones e ideación suicida el último mes.....	57
Tabla 23 Relación entre variable sexo y presencia de autolesiones.....	57
Tabla 24 Relación entre la variable sexo y puntaje de depresión.	58
Tabla 25 Relación entre variable sexo y variable ideación suicida alguna vez en la vida	58
Tabla 26 Relación entre variable sexo y variable ideación suicida alguna vez en el mes.	59
Tabla 27 Relación entre la presencia de autolesiones y tipo de colegio	59
Tabla 28 Relación entre la presencia de autolesiones y asistencia a psicólogo.	60

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

Planteamiento del problema

La autolesión, se define como la destrucción o alteración, directa y deliberada, de los tejidos del propio cuerpo, sin la consciencia de querer cometer suicidio (Favazza, 1996), y se ha encontrado que la población que mayormente desarrolla este comportamiento es la adolescente. Algunos estudios de revisión, muestran que en adolescentes las prevalencias van del 13 al 23.2%, y en la población que acude a los hospitales por atención, se ha reportado un incremento de este fenómeno a lo largo del tiempo (Ulloa, Contreras, Navarrete, & Figueroa, 2013).

En Chile, las autolesiones y los suicidios han aumentado en gran cantidad, en especial en la población adolescentes, lo cual se refleja en un porcentaje mayor al 10% de egresos hospitalarios de estas conductas, en adolescentes entre 10 y 19 años (Ministerio de salud, 2013). Sin embargo, resulta complejo establecer prevalencias poblacionales basadas en la literatura científica disponible, porque la mayoría de los estudios clínicos describen las características de los sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que incurre en estas conductas (Villaruel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor & Silva, 2013). El sesgo es importante: vemos solamente la punta del iceberg de estas conductas (Cornella, 2012).

Una explicación plausible para el hecho de la invisibilización de este fenómeno es la planteada por Vásquez (2012), quien señala que la práctica de auto agredirse genera una gran resistencia para ser reconocida, tanto en la población general como en los terapeutas. Se trata entonces de una conducta que los pacientes tienden a ocultar.

Por lo anterior, surge la necesidad de estudiar empíricamente la presencia de autolesiones en población adolescente no clínica. Cuestión que el presente proyecto de investigación pretende llevar a cabo en población en edad escolar de la comuna de Chillán.

No obstante, se cree necesario también estudiar la relación que la presencia de autolesiones tiene con otros fenómenos igualmente invisibilizados o habitualmente mal diagnosticados entre la población adolescente, estos son, la sintomatología depresiva y el suicidio. En palabras de González (2011), “los adolescentes tienden a consultar poco en los servicios de atención en salud por causas de morbilidad general y consultan aún menos por problemas de salud mental. Por otro lado, los adolescentes que tienen depresión, una vez que consultan, muchas veces no reciben el diagnóstico y/o el tratamiento adecuado” (p. 7). Mientras que, en el caso de la conducta suicida en adolescentes, la evidencia apunta a que se trata de un fenómeno que ha sido un tema omitido y evadido debido al impacto que provoca

pensar en el suicidio en menores y a la vinculación que podría tener con los problemas actuales de la sociedad (Almonte, 2003).

Se ha probado que la depresión es una enfermedad que comienza a aparecer con mayor frecuencia en la adolescencia, y los chilenos y chilenas pertenecientes a este grupo etario no son la excepción. Un estudio realizado en la ciudad de Santiago, que midieron los síntomas depresivos en estudiantes de enseñanza media a través de, una versión modificada del inventario Beck de depresión, encontró que un 32,2% se ubicaba en la categoría de depresión (Cumsille y Martínez, 1997). Un panorama similar al descrito en la Encuesta Mundial de Salud Escolar (2005), cuyos resultados indicaron que el 20% de los estudiantes chilenos participantes en el estudio pertenecientes a las regiones I, V, VIII y Región Metropolitana, y cuyas edades variaron entre los 13 a 15 años, había considerado un intento de suicidio serio durante el último año.

La conducta suicida en adolescentes chilenos, también es un fenómeno en aumento. Las investigaciones realizadas en los últimos años, muestran un importante aumento en las tasas de este grupo etario, llegando a ser la segunda causa de muerte entre adolescentes, siendo sólo superado por aquellas muertes producto de accidentes de tránsito (Shaffer y Pfeffer, 2001; citados en Miranda y Velásquez, 2008). Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], Chile es el segundo país del mundo con mayor aumento en la tasa de suicidio adolescente entre los 10 y 14 años de edad, siendo sólo superado por Corea del Sur (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

Todo lo anterior, ha invitado al equipo de tesista de este proyecto a formular las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cuál es la presencia de autolesiones en estudiantes adolescentes de la comuna Chillán?, ¿Cuál es su nivel de sintomatología depresiva?, ¿Cuál es el nivel de ideación suicida que presentan?, ¿Existe una relación entre su frecuencia de autolesiones y su nivel de sintomatología depresiva?, ¿Existe una relación entre su frecuencia de autolesiones y nivel de ideación suicida?, ¿Existe una relación entre ideación suicida y el nivel de sintomatología depresiva de estos estudiantes?

Pregunta de investigación

¿Cómo es la relación entre la presencia de autolesiones, el nivel de sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes entre 14 y 20 años pertenecientes a establecimientos educacionales de dependencia municipal y particular subvencionada de la comuna de Chillán, en el año 2016?

Hipótesis

Se han planteado tres hipótesis de investigación con sus respectivas hipótesis nulas:

- Hi(1): Existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de autolesiones y el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes.
- Ho(1): No existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de autolesiones y el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes.
- Hi(2): No existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de autolesiones y la ideación suicida en los adolescentes.
- Ho(2): Existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de autolesiones e ideación suicida en los adolescentes.
- Hi(3): Existe una relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes.
- Ho(3): No existe una relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes.

Objetivo general

Analizar la relación entre autolesiones, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes entre 14 y 20 años pertenecientes a establecimientos educacionales de la comuna de Chillán, en el año 2016.

Objetivos específicos

1. Determinar la presencia de autolesiones en los adolescentes.
2. Determinar el nivel sintomatología depresiva en los adolescentes.
3. Determinar la ideación suicida en los adolescentes.
4. Describir la relación entre presencia de autolesiones y nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes.
5. Describir la relación entre presencia de autolesiones e ideación suicida en los adolescentes.
6. Describir la relación entre ideación suicida y nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes.
7. Comparar la presencia de autolesiones, según tipo de establecimiento educacional.
8. Comparar la relación entre autolesiones, sintomatología depresiva e ideación suicida, según sexo.

Importancia del estudio y justificación

Si bien este estudio no propone nuevas conceptualizaciones respecto de las conductas autolesivas en adolescentes, sí busca conocer empíricamente su relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida, lo cual se constituye en un aporte a la discusión en materia de teoría psicológica y educacional. Además, se cree que conocer cómo se comporta la relación entre estos fenómenos en los estudiantes, es sumamente relevante para los establecimientos educacionales, ya que les permitirá formular acciones estratégicas (planes o programas) que propicien o fortalezcan la formación de estudiantes equilibrados psicosocialmente.

Para cualquier institución educativa que quiera mejorar los niveles de la calidad de vida de sus estudiantes, se hace imprescindible conocer empíricamente el desarrollo de este tipo de conductas de riesgo. Un estudiante equilibrado psicosocialmente, impacta positivamente en sus propios aprendizajes, en el mejoramiento de la calidad de la educación en su establecimiento educacional, y en el conjunto de la sociedad de la cual forma parte.

La conducta autodestructiva, es un fenómeno que en los últimos años ha llamado la atención de investigadores y profesionales de la salud por su incremento en la población adolescente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), las lesiones auto infligidas causaron 814.000 defunciones en el año 2000 en todo el mundo. Otro estudio comparativo a nivel internacional, donde participaron 30.532 adolescentes entre 14 y 17 años de diversos países (Australia, Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, Países Bajos y Noruega), se reportaron ratios de conducta autodestructiva que fluctuaban entre 2.7% y 7.3 % (Ystgaard, Arensman, Hawton, Madge, Van Heeringen & Hewitt, 2009). En Chile, un estudio realizado por el Gobierno de Chile (2005) en escolares entre 13 y 15 años, concluyó que aproximadamente el 2% de estos se han autolesionado. Se ha prestado mayor atención a la identificación de adolescentes con alto riesgo de autolesionarse o cometer suicidio, dado que es la tercera causa de muerte entre la población de 10-18 años (Ruiz, Muñoz, Ramos, Gil, Ruiz & Muriel, 1999).

A pesar de que las conductas autolesivas son un fenómeno de larga data, el incremento de su estudio científico se ha producido recientemente. Por lo tanto, persiste un escaso conocimiento de la prevalencia de este fenómeno en la población general, lo que hace imprescindible la unificación de criterios para mejorar el diagnóstico y abordaje de este tipo de conductas.

La literatura científica disponible, describe las características de los sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen solo una proporción de la población afectada por estas conductas (Villaroel et al, 2013). Los casos no clínicos quedan en la más absoluta invisibilidad, por lo que el sesgo es importante y solo vemos la punta del iceberg de estas conductas (Cornella, 2012).

Delimitaciones del estudio

La presente investigación, se propone estudiar la relación entre autolesiones, sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes entre 14 a 20 años de los colegios de dependencia municipal y particular subvencionada de la comuna de Chillán durante el año 2016, quedando fuera otros grupos etarios en edad escolar.

Además, la investigación se realizará solo en colegios pertenecientes a la ciudad de Chillán, por lo que no será posible generalizar los datos a otras poblaciones.

Por las razones antes esgrimidas, el alcance de la presente investigación estará limitado, es decir, sus resultados serán válidos solo para la población estudiada.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones en esta investigación, hacen referencia a los siguientes factores:

- a) Primero, la aplicación de los instrumentos se realizará en establecimientos educacionales, por lo que el acceso a la muestra dependerá de la autorización de los directivos y docentes para poder hacer la entrega de los consentimientos y posterior aplicación de instrumentos en horario de clases.
- b) Segundo, que la investigación se realizará en estudiantes menores de edad, lo que hace necesario contar con el consentimiento informado de los padres. Lo que claramente influirá en el tamaño de la muestra. Solo se podrá realizar la aplicación a quienes hagan entrega del consentimiento informado y asistan el día de la aplicación.
- c) Tercero, es posible que los alumnos por temor a dar conocer sus pensamientos y conductas no respondan de manera veraz y los resultados sean sesgados.
- d) Cuarto, que existe una escasez de literatura empírica referente al fenómeno en estudio en el ámbito nacional.

Definición de términos

Autolesiones. Para uso de esta investigación, se considerará por autolesión a aquella conducta de destrucción o alteración deliberada de tejido corporal sin que se manifieste una intención consciente de suicidarse, enfatizando que no hay necesariamente una connotación negativa de tal conducta. Refiriendo que esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y generalmente sin testigos, cuya finalidad es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (Favazza, 1996).

Ideación suicida. Almonte (2003) la ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte.

Depresión. La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2016).

Adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana (12 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Autolesiones

Antecedentes. En relación a la literatura científica las autolesiones (self- injury) también son nombradas como automutilación (self-mutilation), cortarse (self- cutting), daño autoinfringido (selfharming), conducta parasuicida (parasuicidebehavior), autoagresión (self-harm), autoabuso (self-abuse), entre otros. Por consiguiente, para uso de este trabajo se hablará de autolesiones por ser un concepto ampliamente aceptado dentro de las investigaciones, sin embargo los otros términos se usarán como sinónimos de dicho concepto.

Las autolesiones son una práctica que se viene realizando de tiempos inmemorables, muchas veces por razones culturales aceptadas o asociadas con la curación, la espiritualidad y la condición social de los individuos dentro de la cultura. Al mismo tiempo en la actualidad algunas prácticas de autolesiones se relacionan con cambiar el cuerpo de su estado natural, tales como tatuajes, los piercings y escarificaciones. Sin duda, estas prácticas han desempeñado un papel importante a lo largo de la historia y la moda. (Carrera y Guzmán, 2005)

En relación a las autolesiones el psiquiatra inglés Armando Favazza, señala que estas pueden dividirse, primeramente, en dos categorías principales: están las que cuentan con un significado cultural benéfico (ritos, ceremonias, etc.) y las que atienden directamente a una desviación (que él llama la de tipo desviada) definiéndola como la “destrucción o alteración deliberada del tejido del propio cuerpo, sin intención suicida consciente.” (Nader, 2003). En consecuencia, para fines de esta investigación se excluirá aquellas prácticas de autolesiones relacionados con fines culturales.

En Chile existe un escaso número de estudios, al mismo tiempo en el mundo los estudios realizados actualmente son reducidos, ya que el tema hace pocos años está tomando relevancia y ha llamado la atención de los investigadores. Podemos mencionar algunos aportes teóricos e investigaciones realizadas que consideramos son las más importantes para conceptualizar las autolesiones.

Para comenzar el primer artículo científico sobre el tema de las autolesiones fue escrito en por Menninger (1935) psiquiatra y psicoanalista norteamericano. En 1938 publica el libro “El hombre contra sí mismo”, dónde intentó describir y definir el concepto de automutilación, siendo su aporte más importante la diferencia realizada entre el comportamiento suicida y la automutilación, dónde está última, no sería una conducta que funcionaría como una forma de autoeliminación o para buscar morir,

sino sería un ataque contra sí mismo, en la llama "suicidio focal". Término que causó mucha confusión ya que las autolesiones no se acompañan siempre de constelación suicida.

Más tarde en el centro de especializado Self Abuse Finally Ends (1985), cuyo objetivo es atender a personas que se autolesiona, se puede destacar la labor de Karen Conterio, quien tomando las investigaciones realizadas en el centro define la automutilación como “un modo de manipular emociones que se experimentan tan dolorosamente como para no poder expresarlas a través de palabras”.

Por otra parte Favazza es destacado por ser uno de los más importantes investigadores en esta área debido que en 1995, postula “que la automutilación es una conducta de destrucción o alteración deliberada de tejido corporal sin que se manifieste una intención consciente de suicidarse, enfatizando que no hay necesariamente una connotación negativa de tal conducta”. Haciendo referencia que esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y generalmente sin testigos, cuya finalidad es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (Favazza, 1996). Así mismo, más adelante Focus Adolescent Services (2002), refuerza la idea de que las autolesiones serían una conducta contra-suicida, que básicamente simbolizaría “una conducta que incluye daño tisular o alteración del cuerpo sin intención de cometer suicidio”. Complejizando el concepto de autolesiones Young Minds (2003), define las autolesiones como “una forma de afrontar sentimientos difíciles que crecen dentro de uno mismo”, por lo tanto, los adolescentes afrontan estos sentimientos de distinta manera, y eso lleva en ocasiones a conductas como pellizcarse la piel, realizar una ingesta medicamentosa o tirarse del pelo.

En cuanto a los estudios destacados podemos mencionar el realizado en el años 2000, dónde se lleva a cabo un estudio epidemiológico realizado por Nicolson, cuyos resultados demostraron que la incidencia en la población general era de 1,4%. “En este grupo de automutiladores entre el 85 y 97% eran de sexo femenino. Si se busca la incidencia en adolescentes, esta puede llegar al 12%” (Nicolson, 2000). Lo que muestra un aumento de esta conducta en los últimos años. Otro estudio que continúa la misma línea es el de Martínez (2015) que en una muestra de 103 adolescentes de los distintos de Madrid un 34,7% eran mujeres y un 26,5% eran hombres, que se autolesiona alguna vez en su vida.

Con respecto a Chile encontramos muy pocas investigaciones, por ejemplo en el año 2002 se publica una tesis de psicología en la Universidad Academia de humanismo cristiano, la cual investiga la significación que le dan a la automutilación un grupo de mujeres que se automutila y que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico en el sector público, desde un enfoque psicoanalítico. (Roberts y Vigh, 2002). Entre otros estudios que destacan están los del Doctor Armando Nader y la Doctora Virginia Boehme, dónde discuten acerca de si la automutilación es un síntoma o un síndrome. Este artículo es motivado debido al poco conocimiento por parte de la comunidad médica sobre este fenómeno, y como resultado se propone a través de este artículo que este tipo de agresión física como

un Síndrome, más allá de un signo o síntoma, que deberá ser definido con mayor profundidad en futuras investigaciones. (Nader y Boehme, 2003). Igualmente con la investigación de Nader y Morales (2008) realizan un análisis comparativo de la comorbilidad de autolesiones, llegando a la conclusión de que los jóvenes que se autolesionan presentan una mayor frecuencia significativa de Trastornos del ánimo, Trastornos de personalidad y cuadros Psicóticos, asimismo coincidiendo con otras investigaciones realizadas nivel mundial.

En cuanto a los aportes más actuales se encuentran los realizados por Walsh, quien propone una distinción muy clara entre la dinámica psicológica de la autolesión y el intento suicida, lo cual no excluye que en ambos coexistan síntomas depresivos, mencionando también que “la autolesión no es una conducta suicida, ya que su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo “, por consecuencia esto significaría que si bien la persona que se autolesiona puede visualizar otras opciones para poder manejar su estrés o malestar emocional, elige autolesionarse, sin embargo la persona que intenta suicidarse no logra contemplar otras alternativas, sino solo terminar su propia vida. Igualmente, este autor señala que los individuos parecen emplear este método con el fin de regular las emociones, tales como la hostilidad y la ansiedad, aunque parece representar un alivio a corto plazo (2006).

Por otra parte complementando esta idea Mosquera (2008) en su libro “Autolesión lenguaje del dolor”, hace referencia a “las personas que se autolesionan como estrategia de afrontamiento y como medida compensatoria”, dejando claro que una autoagresión es una forma de manejar y tolerar las emociones. Al mismo tiempo las definiciones propuestas más adelante por otros autores, siguen la misma línea. Nock (2009) define la autolesión” como la destrucción del propio tejido corporal sin intención suicida, debido a propósitos que no son socialmente sancionados.”

Con respecto a las investigaciones más recientemente en Chile, el estudio de Narravo (2011) se enfoca en las narrativas de los adolescentes donde se refiere que las autolesiones son mecanismos de afrontamiento que los adolescentes utilizan cuando hay dolor, emociones fuertes, presiones y problemas importantes, es decir se concluye hablando de la autolesión desde la falta de identidad, inseguridad y falta de manejo en cuanto a las decisiones. Se logra identificar historias problemáticas como alcoholismo, psicosis, demencia, divorcios, entre otros. Predominando en la familia por generaciones.

Recientemente la American Academy of Child Adolescent Psychiatry (2014) hace referencia a una definición y categorización de las autolesiones desde el punto de vista psiquiátrico, encontrando allí que los jóvenes realizan estas conductas autolesivas para que los acepten en su grupo de pares. Se observa que en cuanto a los imaginarios se hacen presentes en el momento en que estas conductas son tomadas para que los jóvenes sean aceptados por sus pares rebelándose con las conductas autolesivas,

rechazando los valores de los padres, estableciendo individualidad. Con respecto a las estrategias de afrontamiento los jóvenes presentan dificultad en el momento en que no pueden expresar sus sentimientos, demostrando una tensión emocional, incomodidad física, dolor y baja autoestima.

Definición de Autolesiones. En relación a esta investigación consideraremos la definición propuesta por Favazza y Conterio (1988) que postula “que la automutilación es una conducta de destrucción o alteración deliberada de tejido corporal sin que se manifieste una intención consciente de suicidarse, enfatizando que no hay necesariamente una connotación negativa de tal conducta” (p.23). Refiriendo que esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y generalmente sin testigos, cuya finalidad es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (1996). Así mismo para complementar en la misma línea Walsh, define la autolesión como “la acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma, produciéndose con ello un daño corporal de baja letalidad, de una naturaleza socialmente inaceptable; se trata de una acción deliberada y comúnmente repetitiva, la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. La autolesión no es una conducta suicida, su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo “. (2006, p.1057)

Características sintomáticas definitorias. Por otra parte, basándonos en las definiciones planteadas y con el fin de delimitar nuestra investigación es que es necesario mencionar las características sintomáticas que definen las autolesiones mencionadas en nuestra investigación según la sistematización realizada en su tesis por Tejada (2013), en base a lo propuesto por varios autores:

1. **Daño físico:** Esto señala que la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortes; se incluyen las lesiones producidas con distintos materiales. Asimismo, se incluyen quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico, tal como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 2006).
2. **Intencionalidad:** Esto hace referencia que la autolesión es deliberada, no se trata por tanto de accidentes, por el contrario, la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo. (Walsh, 2006).
3. **Baja letalidad:** Esta característica marca una diferencia fundamental con el intento suicida, debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida. (Nixon & Heath, 2009).

4. ***Socialmente inaceptable:*** La autolesión no posee un significado social específico, es decir, a través de la misma no se busca únicamente aprobación, aceptación ni pertenencia a grupos sociales, tampoco se trata propiamente de una moda. (Favazza, 1996).
5. ***Mecanismo de enfrentamiento:*** Esto quiere decir que la principal función que tiene este comportamiento por quien lo realiza es la reducción de estados emocionales perturbadores (McKay & Wood, 2007).
6. ***No hay causa física:*** Las autolesiones no son debido a una causa física, tal como una intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental. (Prinstein, Nock y Simon, 2008).

Tipos de autolesiones. Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza, (1995):

1. ***Conductas autolesivas mayores:*** Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina e impulsiva. (Favazza y Simeon, 1995) La mayoría de estas conductas ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia. (Large, Babidge, Andrews, Storey y Nielssen, 2009).
2. ***Conductas estereotipadas:*** Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de LeschNyhan, Cornelia de Lange y PraderWilli. Quienes presentan estos trastornos generalmente se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. Generalmente el daño producido es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva. (Favazza y Simeon, 1995)
3. ***Conductas autolesivas compulsivas:*** Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis. (Favazza y Simeon, 1995)
4. ***Conductas autolesivas impulsivas:*** Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés

postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. (Favazza & Conterio, 1988)

Por lo que se refiere a esta investigación las conductas autolesivas impulsivas serán las estudiadas en el transcurso de esta investigación y se excluirán las demás categorías.

Modelos de autolesiones. Una de las preguntas que más surgen al empezar a estudiar acerca de las autolesiones es: ¿Por qué los jóvenes de autolesionan?, muchos autores han tratado de responder a esta interrogante proponiendo distintos modelos que tratan de explicar el porqué de estas conductas. Con relación a esta pregunta se proponen los principales modelos biopsicosociales propuestos por varios autores y compendiados por Klonsky (2007).

1. **Modelo de la regulación de los afectos:** Este modelo describe las conductas autolesivas como una estrategia para aliviar los afectos negativos e intensos. Los ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de estrategias de afrontamiento de estrés emocional, por lo cual las conductas autolesivas son un medio de regulación de los afectos negativos (Klonsky, 2007).
2. **Modelo de la disociación:** Las autolesiones son consecuencia de estados de disociación, despersonalización y/o desrealización. Cuando las personas se alejan de un ser amada, aparece un estado displacentero que gatilla la conductas autolesivas con el objetivo de reconectarse con el sentido de identidad y propiedad corporal a través del dolor (Walsh, 2007).
3. **Modelo de conducta suicida alternativa:** Las conductas autolesivas es una forma de mecanismo adaptativo de los deseos verdaderos de quitarse la vida (Chowanec, Josephson, Coleman y Davis, 1991).
4. **Modelo de influencia interpersonal:** La conducta autolesiva sería usada para influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas. (Chowanec et al, 1991)
5. **Modelo de los límites interpersonales:** Sostiene que el sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad integrado vivencia una dolorosa dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos. Por lo que las conductas de automutilación le permitirán separarse de su entorno físico y de los otros, pudiendo distinguir su identidad física (Friedman, 1972).
6. **Modelo del castigo:** Propone que las personas que se han desarrollado en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación, son necesarias para moldear el comportamiento por lo que la autolesión es una forma de autocontrol con el fin de mantener comportamientos esperables colectivamente (Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003).

7. **Modelo de búsqueda de sensaciones:** Comprende la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse contactado con la vida. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño a sí mismo (Klonsky et al, 2003).

Factores de riesgo de la conducta autolesiva. En cuanto a los factores de riesgo Nader (2003), señala el perfil de una persona que comete autolesión siendo ese el de una mujer de clase media, con un nivel intelectual sobre el promedio y que inicia esta conducta en la adolescencia. Además otras investigaciones señalan que la mayoría de los pacientes provienen de hogares donde han recibido maltrato tanto físico como emocional, siendo frecuente la existencia de abuso sexual, siendo habitual encontrar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia. También es un factor de riesgo las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o las familias aglutinadas con padres intrusivos que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias, generando ambientes facilitadores de la autolesión (Nader & Boehme, 2003).

Respecto a los factores psicológicos individuales estas personas presentan una muy baja autoestima con dificultades en la vinculación y poca capacidad para lograr intimidad. Asimismo, tienen una insaciable necesidad de aprobación y afecto, inmadurez emocional, falencia en el control de impulso e hipersensibilidad a la opinión del otro, no desarrollan destrezas de auto-cuidado, no se sienten merecedores de bienestar y al no lograr calmar su propia ansiedad incurren en conductas de autoagresión, a modo de una autoayuda distorsionada. (Nader, 2003). Igualmente, Villarroel (2013) señala que son factores de riesgo de conducta autolesiva pertenecer al género femenino, ser adolescente, de bajo nivel socioeconómico, con orientación homosexual o bisexual y presentar el antecedente de haberse criado en un ambiente familiar adverso (violencia intrafamiliar, abuso, separaciones, madre muy joven, escaso nivel educacional).

Trastornos asociados a las autolesiones. Los trastornos psiquiátricos asociados a las autolesiones, según la clasificación DSM V (2015), asimismo de diversos estudios de nivel internacional:

- Cuadros orgánicos cerebrales: 4% (Serrano y J. Tamarit, 2003).
- Esquizofrenia y otras psicosis: 4,5% 1,6% (Ulloa, Contreras, Cecilia, Paniagua y Victoria, 2013).
- Depresión: 29,27%. (Mónica E. Bellaa, Dra. Ruth A. Fernándezb y Dr. José M. Willingtonc 2010).

- Trastornos de la conducta alimentaria: 23 % (Nader y Morales, 2008).
- Trastornos relacionados con sustancias: 22% (Mónica E. Bellaa, Dra. Ruth A. Fernándezb y Dr. José M. Willingtonc, 2010).
- Tricotilomanía: 1,3% (Ulloa, Contreras, Cecilia, Paniagua y Victoria, 2013).
- Trastornos facticios: 1,6% (Ulloa, Contreras, Cecilia, Paniagua y Victoria, 2013).
- Déficit Atencional: 25,5% (Nader y Morales, 2008)
- Trastornos del ánimo: 67 % (Kerfoot, 1996).
- Trastornos de ansiedad: 38% (Nader y Morales, 2008)
- Trastornos disociativos: 24,39%. (Mónica E. Bellaa, Dra. Ruth A. Fernándezb y Dr. José M. Willingtonc, 2010)
- Trastornos del desarrollo de la personalidad (Límite, antisocial): 80% (Simeon y Hollander, 2001).
- Trastornos del control del impulso: 23% (Johnson, Cohen, Gould y Kasen, 2002).

En relación a los trastornos asociados varios autores han realizado el mismo correlato tanto en la práctica como en la investigación estas suelen vincularse e incluso confundirse con la autolesiones son: la depresión asociada a conducta suicida, trastorno límite de la personalidad, tricotilomanía y trastorno obsesivo compulsivo (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011). Al mismo tiempo uno de los estudios más importantes de autolesiones en adolescentes es el estudio basado en población escolar CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe), concluyendo que las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Magde, Hawton, McMahon, Corcoran, De Leo, de Wilde & Arensman, 2011).

Adolescencia y riesgo de Autolesiones. En cuanto a los datos de prevalencia en Chile según el Ministerio de Salud (2013) señala que las autolesiones y los suicidios han aumentado en gran medida, en especial en la población adolescente y juvenil. Esto se ve reflejado en un porcentaje mayor al 10% de egresos hospitalarios de estas conductas en adolescentes entre 10 a 19 años. Así mismo la Organización mundial de la Salud (2001) se refiere a que las lesiones autoinflingidas incluidos el suicidio, causaron aproximadamente 814.000 defunciones en el año 2000 en todo el mundo. Asimismo, las conductas de riesgo se expresan de múltiples formas, un ejemplo de ellas son las autolesiones, las cuales presentan una prevalencia entre 30% y 40% en poblaciones clínicas adolescentes, quienes frecuentemente llegan a la hospitalización (Briere, 2011). Por otro lado en un estudio realizado en Santiago de Chile dio a conocer que los adolescentes que realizaban más autolesiones, poseían 14 años

con un 82,1 %, siguiéndole 15 años con 14,3% y 16 años 2,4%, no siendo la muestra representativa (Ministerio de Salud, 2013).

La adolescencia es una etapa donde el joven se encuentra totalmente vulnerable, ya que atraviesa grandes cambios en un período de corto tiempo y requiere importantes esfuerzos de adaptación frente a estos cambios. De alguna manera todas aquellas experiencias se viven acompañadas de una emoción intensa, que claramente puede influir en el comportamiento del individuo frente a distintas situaciones. Las consecuencias de estas conductas pueden ser desfavorables, ya que las emociones desagradables pueden llegar a ser destructivas. Es por esto que es necesario lograr un adecuado control de estas emociones, para que la persona se ajuste adecuadamente a su contexto personal y social (Hurlock, 1994). Asimismo, frente a esta realidad presente en este periodo tan crítico como es la adolescencia Montenegro y Guajardo (2000) señalan que: Los adolescentes necesitan soluciones innovadoras para expresar lo que sienten a la sociedad actual. Por esta causa, utilizan determinadas estrategias de afrontamientos que son los esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, para gestionar específicamente las demandas internas y/o externas que son concebidas como agotadoras o que exceden los recursos de la persona, los cuales tienen una relación con distintas psicopatologías, que adquieren gran importancia a la hora de afrontar situaciones estresantes significativas, que afectan el desarrollo psicosocial del individuo. Por tanto, es probable que la mayoría de los adolescentes que se autoinfligen cortes tiene una gran disposición de realizarlo debido a inestabilidad emocional y a ciertos procesos hormonales que pueden estar influenciando las conductas. Sin embargo, también el contexto en el cual está el adolescente podría constituirse como un elemento central para la autoagresión. En este tipo de adolescentes, existe a la base un sentimiento de desesperanza, desesperación, donde se ven enfrentadas a problemas que ellos consideran irresolubles (Quiroga, 1998). Siendo así para Conterio y Lander (1998) los cortes son el mudo testimonio de las emociones y pensamientos de estos adolescentes, que se puede interpretar como un pedido de ayuda o como una forma de aliviar el dolor emocional y la sensación de descontrol e impotencia que sienten a partir de los problemas que tienen que afrontar.

Depresión

Antecedentes. Durante los últimos años se ha presenciado un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (2013), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Al mismo tiempo, una de cada cinco personas llegará a

desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, lo cual podría ir en aumento si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

La UNICEF calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento, situación que ha aumentado en los últimos años. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. Dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas. (2012)

En este contexto Chile es el país que tiene la tasa de depresión más alta del mundo. Esto se evidencia a través de la Encuesta Nacional de Salud (2013) se logró establecer que 2 de cada 10 chilenos presentaban síntomas depresivos como para provocar algún grado de incapacidad funcional. A estos datos se pueden agregar los resultados de la investigación del Instituto Nacional de la Juventud, (2012), que reporta que el 13,4% de los escolares ha tenido depresión y un 15,7% crisis de angustia. Además de ser la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad en la población general y la primera entre mujeres de 20 y 44, según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga atribuible. Por otra parte en la región del Bio-Bio, donde se encuentra la comuna de Chillan, según el SEREMI, la población en control por Depresión para el período 2008-2012, presenta tasas regionales con valores similares o por debajo de la tasa nacional, a excepción del año 2008 en donde la región presenta un valor de 18,89 por 1000 habitantes mientras que la tasa país es de 16,17 por 1000 habitantes, asimismo se observa una leve tendencia al descenso, situación que tiende a observarse también en el nivel nacional, aunque no de igual forma en la totalidad de los años.

Definición de depresión. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2012), define la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades, este estado se podría dar en distintas edades, y las características podrían incluir alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. (Organización Mundial de la Salud, 2013). La depresión puede aparecer y evolucionar a veces de manera engañosa y gradual (por ejemplo, a través

de una disminución del rendimiento escolar, o una modificación del comportamiento alimenticio), pero muy frecuentemente aparecen de manera crítica e imprevista y se caracterizan por oscilaciones intensas y rápidas (Nardi, 2004).

En Chile es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud (2013) como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios.

Depresión y género. Diversos autores e investigaciones dan a conocer que el género ejerce un efecto sobre las manifestaciones de la psicopatología, no siendo la depresión una excepción. En los adolescentes, existe una mayor prevalencia en sexo femenino, esto se podría dar a las diferentes formas de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen en esta etapa (Zarragoitia, 2013). Por ejemplo, los estudios de Kessler (2003) y Medina-Mora (2003) señalan que la prevalencia de la depresión es más alta en las mujeres que en los hombres (con un rango, aproximadamente, mujer/hombre de 2/1) tanto a nivel internacional como en México. Por otra parte, según la American Psychiatric Association (2000), el riesgo de padecer un trastorno depresivo alguna vez en la vida es de 5 a 12 % en los hombres y de 10 a 25% en las mujeres. En tanto en Chile un estudio reportó una prevalencia de depresión de 15,4 para las mujeres y 5,4 para los hombres (Silva, 2002).

Depresión y adolescencia. Los datos entregados durante los años 2009-2010 establecieron que para las personas de 15 años y más, la prevalencia de la sintomatología depresiva fue desde 17,2% al 25,7% respectivamente. (Encuesta Nacional de Salud, 2011). Así mismo, estudios realizados a nivel internacional demostraron que la depresión diagnosticada está presente en el 5% adolescentes en cualquier momento dado (Ministerio de Salud, 2013).

La adolescencia es un periodo del ciclo de la vida donde no solo ocurren los mayores cambios a nivel psico-físico, sino también es un periodo heterogéneo, con inicio y termino difuso y, por eso mismo difícilmente delimitable (Guidano, 1987). De esta forma, la depresión tiene un gran impacto sobre el crecimiento y desarrollo del adolescente, que se puede evidenciar en el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales (Weissman, Wolk, Goldstein, Moreau, Adams & Greenwald, 1999). La continuidad del trastorno depresivo se puede comprobar a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se puede ver reflejado por los altos índices de consulta y hospitalización psiquiátrica, problemas laborales y de relación (Serna, Galván, Gascó, Santafé, Martín & Vila, 2006).

Las problemáticas propias de la crisis del adolescente, pueden camuflar la depresión y ser mal interpretados como pereza, fechorías, apatía, o intentos de llamar la atención. Al mismo tiempo los sentimientos de ira, baja autoestima, desesperanza, irritabilidad, resentimiento, culpabilidad o incapacidad para experimentar el placer son síntomas que pueden reflejar la tristeza de un adolescente. (Czernik, 2006).

Por otra parte, las descompensaciones depresivas en adolescentes prosiguen a eventos vividos como pérdidas, por ejemplo, separaciones, enfermedades graves, fracaso escolar, entre otras. (Brown y Harris, 1978; Diener y Dweck, 1980; Adam, 1982)

Es importante mencionar que los trastornos depresivos se encuentran correlacionados con el abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con el aumento de la violencia, de la agresividad y con trastornos de la conducta alimentaria. Por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social (World Health Organization, 2008).

Sintomatología depresiva en adolescentes. La mayoría de los especialistas en el tema, están de acuerdo a la hora de describir los síntomas de la depresión propios de los adolescentes (Almudena, 2009): Aumento o descenso de peso, hipo o hipersomnias, disminución del rendimiento académico, problemas de atención y dificultad de concentración., anergia (pérdida o ausencia de energía, interacción social y familiar disminuidas, pensamientos recurrentes de muerte. agitación motora o enlentecimiento, ausencia de motivación, estado de ánimo deprimido., baja autoestima, evitación de actividades lúdicas, deseo continuo de estar sólo y no ser molestado y actividades autodestructivas.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante, que es que las sobrepasan en cuanto a destructividad (Almudena, 2009).

Factores de riesgo de depresión. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008)

Factores familiares y del entorno. Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del

propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

En cuanto a los factores encontrados en relación a la familia están: depresión en los padres; alguna psicopatología materna, existencia de conflictos conyugales; dificultades emocionales entre unos de los padres y el niños; abuso físico, emocional, sexual y negligencia en el cuidado; eventos vitales negativos; divorcio o separación de los padres; pérdidas de amistades y la muerte de un familiar o amigo. (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Garber, 2006; Birmaher, Brent, Bernet, Bukstein, Walter y Benson, 2007; Zuckerbrot, 2007; Richardson & Katzenellenbogen, 2005)

Acerca del entorno, se asocian la existencia de conflictos interpersonales, rechazo de diferentes miembros de su entorno social, pocos amigos, trastorno de conducta, aislamiento social, estructuras familiar diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud, mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. (Aslund, , Nilsson, Starrin y Sjoberg, 2007; Haavisto, Sourander, Multimaki, Parkkola, Santalahti & Helenius, 2004; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Factores de riesgo genéticos y bioquímicos. Con respecto a los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de la depresión en la niñez que en la adolescencia (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). No obstante, aún no es claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos (Garber, 2006). Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido (Torgersen, 2008). Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión (Rice, Harold & Thapar, 2005), mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente (Torgersen, 2008).

Factores psicológicos. Por lo que se refiere a los factores psicológicos se encuentran: los paradigmas negativos adquiridos durante la infancia, experiencias negativas con personas referentes, por ejemplo el desprecio de los padres o violencia, los que conduce a sentimientos de auto rechazo y desarrollo de una autoimagen negativa. También una mirada del mundo desde la desconfianza y de forma pesimista; mal manejo de los fracasos; sensación de desamparo (Onmeda, 2011).

Factores protectores de depresión. Con relación a los factores protectores distintos autores señalan que la comunicación abierta y fluida entre lo padres e hijos, la expresión de las emociones, apoyo dentro de la familia y la organización clara de los padres hacia los hijos con respecto a las reglas, son considerados como aspectos que promueven el ajuste emocional positivo en los adolescentes y por la tanto minimizan el riesgo de que se presente un trastorno depresivo (Estévez, 2005; Pardo, 2004, Villatoro, 1997)

Teorías explicativas. Dentro de la revisión de la literatura las explicaciones teóricas sobre el origen de la depresión se mencionan las siguientes:

Teorías conductuales de la depresión. El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio, Danton, & Denelsky, 1989).

Las teorías cognitivas de la depresión. Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

Teorías biológicas de la depresión. Las teorías biológicas de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central. En concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (Friedman & Thase, 1995; Thase & Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquiridos.

Ideación Suicida

Antecedentes. Durante los últimos años se ha observado a nivel mundial un importante aumento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas autolesivas (Ministerio de Salud, 2013). Esta situación actualmente es un grave problema de salud pública. Anualmente, más de 800.000 personas se quitan la vida y muchos más intentan hacerlo. Asimismo cada suicidio afecta no solo al individuo también a las familias, comunidades, países y a las siguientes generaciones. Es importante mencionar que este se puede producir a cualquier edad, siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2014), además de ser al mismo tiempo según la Organización mundial de la salud (2013) una de las principales causa de muertes prevenibles.

En relación con el contexto nacional, Chile ocupa el lugar 17 con 11 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes y segundo lugar entre los países miembro, entre los años 1995 a 2009, después de Japón, México y Portugal (Minsal, 2013).

El suicidio no solo se produce en los países de alto ingreso, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. Por ejemplo en el 2012, el 75% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, 2014). Hay que tener en cuenta que las conductas suicidas abarcan un amplio espectro, desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, obtención de medios, hasta la consumación del acto (Ministerio de la Salud Argentina, 2015).

Clasificaciones de la conducta suicida. En relación a las clasificaciones de la conducta suicida Echávarri (2010) señala que son dos los elementos que integran a la conducta suicida. El “Criterio auto inflingido”, es decir la propia acción violenta, y el “Criterio de propósito”, que hace referencia a la finalidad de muerte. La presencia de ambos criterios o la ausencia de uno de ellos determinan las diferentes formas con que puede presentarse la conducta suicida. Como por ejemplo:

Parasuicidio. También llamado “Gesto Suicida”. Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración, la mutilación o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, pero sin la intención de acabar con su vida. Incluimos aquí entre otros, los cortes en las muñecas, las sobredosis de medicamentos sin intención de muerte y las quemaduras. La intención en el Parasuicidio o Gesto Suicida no es por lo tanto la muerte, sino que tiene que ver con el deseo de conseguir algo para lo cual la persona cree que no dispone de otro tipo de recursos personales.

Ideas suicidas. La persona contempla el suicidio como solución real a sus problemas, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática ya está presente el suicidio.

Crisis suicida. De entre todas las alternativas que la persona disponía para solucionar la situación problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo. La idea ha tomado cuerpo y se activan a nivel psíquico un conjunto de impulsos de muerte, que le llevan a establecer un plan suicida.

Suicidio consumado. Cuando el Criterio de Propósito o de Muerte y el Criterio Auto Infligido se suman, se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene “éxito” conduce a la muerte del sujeto.

Suicidio frustrado. Es un acto suicida que no conlleva a la muerte de la persona porque determinadas circunstancias externas, muchas veces casuales y siempre no previstas acontecen en el momento crítico. No es por lo tanto un Parasuicidio, ya que en el Suicidio Frustrado sí que hay una voluntad real de producirse la propia muerte. Sirva como ejemplo el caer sobre las cuerdas de un tendedero al arrojarlo por una ventana.

Tentativa de suicidio. Toda conducta que busca la propia muerte pero para lograr el propósito la persona no emplea los medios adecuados y por lo tanto el sujeto no consigue acabar con su vida. Es un intento que puede fallar por múltiples causas, desde no tener una firme decisión de suicidarse hasta por el empleo de medios “blandos”. Existe el “propósito de muerte” pero el “criterio auto infligido” no es el adecuado.

Para fines de esta investigación, dentro de las conductas suicida, abordaremos la ideación suicida.

Definición de ideación suicida. Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente y / o impulsiva o planeada. Para Beck (1979), la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Así mismo Almonte (2003) la ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida,

hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte. O como lo expresa Almanza (2004) se refieren a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirse, pasando por planes explícitos y meditados para matarse, hasta una intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas.

En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento inicial (Kantor, 1971) y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio.

Manifestaciones de la ideación suicida. Según el Dr. Sergio A. Pérez Barrero Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría la ideación suicida puede manifestarse de distintas maneras:

- ***Idea suicida sin planeamiento de la acción:*** Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.
- ***Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:*** Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del tren”.
- ***Idea suicida con un método específico pero no planificado:*** Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.
- ***Plan suicida:*** Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Ideación suicida y adolescencia. En el estudio realizado en Chile por Ruíz y Sepúlveda (2004), en una muestra de 116 adolescentes de enseñanza media, se encontró que el 75 % de los sujetos refirieron presentar ideación suicida.

En América Latina se han hecho investigaciones importantes como la de Ventura-Junca, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010), por ejemplo en Chile se encontró que el 62% de los estudiantes entre 14 y 20 años presentaron ideación suicida. En tanto en Perú, Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) hallaron que el 30% de su población de estudiantes preuniversitarios presentaron ideación suicida. Por otra parte, Roselló y Berríos (2004) midieron la ideación suicida y los sentimientos de alto riesgo en adolescentes puertorriqueños de escuelas públicas entre 13 y 19 años, reportando que el 81% de los estudiantes los que presentaban riesgo suicida.

Ideación suicida y género. Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) realizaron un estudio en México, en una muestra de adolescentes encontrando que la prevalencia de ideación suicida fue de 14.2% en los hombres y 19.2% en las mujeres. Concluyendo que el riesgo de las mujeres de presentar ideación suicida es 2 veces mayor que en los hombres- Además cuando se presenta autoestima baja el riesgo aumenta a 4 veces, pero si existe sintomatología depresiva el riesgo es 13 veces mayor

Tanto en E.E.U.U como en Chile, la ideación suicida y los intentos suicidas son más frecuentes entre niñas y adolescentes de sexo femenino. El suicidio consumado es más común entre niños y adolescentes de sexo masculino. Esto es congruente con la incidencia del fenómeno según género en todas las edades. En EEUU, los adolescentes de sexo masculino entre 15 y 19 años, cometen suicidio 5 veces más que los de sexo femenino (Gould, Greenberg, Velting & Shafer, 2003).

Factores de riesgo de ideación suicida. La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu & Che, 2009).

Factores individuales (desarrollo ontogénico). Se encuentra la depresión como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en adolescentes. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol, se asocian a la ideación y conducta suicida. (García, Muñoz & Márquez, 2006; Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000 & Hallfors, Waller, Ford, Halpern, Brodish & Iritani, 2004)

Factores familiares (microsistema). Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la

ideación e intento suicida. (González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003; Villagómez, Balcázar & Paz-Ramírez, 2005; & Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales, 2006).

Factores del ecosistema. Se refiere a las "estructuras sociales" (por ejemplo: la escuela, la colonia); cómo percibe su entorno, si es o no violento, agresivo. Sánchez-Sosa, Villarreal, Sánchez-Sosa, Musitu, & Varela, (2010) encontró una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Por su parte, Perez-Amezcu, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva y Chávez, (2010) refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno y Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación suicida.

Factores biológicos. Trastornos metabólicos, Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia. Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras), Enfermedades terminales, trastornos psiquiátricos y Deterioro cognitivo. (Lucero Abreu, Díaz & Villalba, 2003;)

Factores protectores de ideación suicida. Los factores protectores para la ideación suicida se basan en la fomentación de aspectos positivos de los adolescentes como: Fomento de factores protectores, desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, aumento de la auto-estima, Propiciar la resiliencia, Fomentar la autonomía y la toma de decisiones, respeto por la diferencia y la integridad física y emocional especialmente en niños y adolescentes, facilitar la convivencia armónica en lo familiar y lo social (Castillo, 2007). Así mismo poseer buenos vínculo parental, bienestar emocional, promedio de notas, vínculo escolar, La presencia de 3 factores protectores reduce el riesgo de suicidio en 70% a 85%, tengan o no factores de riesgo. (Borowski, Ireland & Resnick, 2001).

Relación entre autolesiones, depresión e ideación suicida.

Autolesiones y depresión. Estudios realizados por ejemplo por Nixon (2008), definen la depresión como un factor de riesgo para las autolesiones. Estudios como el los de Skegg (2005), señalan que en las conductas autolesivas existe una alta frecuencia de trastornos afectivos. Por la misma línea, Ávila y Pachar (2016), determinaron que un factor fundamental en las prácticas de autolesiones era la depresión

Por otro lado, esto se evidencia en varios estudios que mencionan que los factores de riesgo de las conductas autolesivas, están los trastornos psiquiátricos, la depresión y trastornos de conducta

(Cornellà, 2015). De este mismo modo el estudio ADAPT (Wilkinson, 2011) indicó que los adolescentes diagnosticados con depresión, presentaban una prevalencia de autolesiones en el mes anterior. Similar a lo hallado en el estudio TORDIA (Asarnow, Porta, Spirito, Emslie, Clarke & Wagne, 2011), en el cual el 23.8% de los adolescentes con depresión estudiados reportaban autolesiones sin intención suicida.

Varios autores, señalan que es debido a la inestabilidad emocional y a ciertos procesos hormonales, donde también existe a la base sentimientos de desesperanza y desesperación, donde se ven enfrentados a problemas que ellos consideran irresolubles, buscando como alternativa las autolesiones. (Quiroga, 1998).

Autolesiones e ideación suicida. Aunque las autolesiones surgen de impulsos autodestructivos, la relación entre el suicidio y la conducta autolesiva es compleja. Si bien la mayoría de los estudios (Klonsky y Olino, 2008; Ferreira, Martins, Rosendo, César & Silva, 2012; Whitlock, Eckenrode & Silverman 2013) sugieren que las conductas autolesivas supone un método para aliviar temporalmente la angustia, las personas en poblaciones clínicas que realizan autolesiones son también más propensas a participar en conductas relacionadas con comportamientos suicidas. La bibliografía destaca un fuerte vínculo entre la ideación suicida y el acto autolesiva. En esta línea Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) mostraron que entre los adolescente que se autolesionaban, un alto porcentaje había presentado en algún momento ideación suicida (83%), mientras que entre aquellos que no se autolesionaron el porcentaje, si bien era alto, bajaba hasta el 29%. Otros estudios indican asociación entre ambas conductas: el 58% de los adolescentes que han pensado en suicidarse, también han efectuado un acto autolítico o un intento de suicidio en algún momento. (Kirchner, 2011).

En cuanto al suicidio y a su posible relación con las autolesiones, existen varios estudios que señalan que las conductas autolesivas no suicidas podrían ser predictores independientes de intento suicidio en adolescentes, elevando hasta en 60 veces la probabilidad de cometer suicidio (Bridge, Goldstein & Brent 2006). Asimismo, las autolesiones se podrían dar en una patología mixta en donde en un momento se podrían dar las autolesiones y en otro momento el suicidio (Stanley, Gameroff, Michalsen, 2001). Por el contrario Caicedo y Whitlock (2005) señalan que las autolesiones a menudo se llevan a cabo como un medio para evitar el suicidio.

Depresión e ideación suicida. En relación a la depresión y su correlato con la conducta suicida, la organización mundial de la Salud (2008) alude a que la depresión es el principal factor de riesgo para el suicidio en los adolescentes, siendo la cuarta causa de muerte en el tramo de edad 15-44 años.

En relación a la conexión que podría existir entre el suicidio y la depresión, López (2009), observa que la depresión podría contribuir más consistentemente en el intento suicida en los adolescentes. Al respecto, la organización mundial de la salud señala que la depresión es un factor de riesgo para la conducta suicida (2006). En un estudio realizado en Latinoamérica Amezcuita, Gonzales y Zuluanga (2008) encontraron que los estudiantes de enseñanza media, entre 11-20 años, presentan un 38% de depresión clínica y un 45% de algún nivel de ideación suicida. Así mismo, diversas investigaciones reportan que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau, y. Lee, 2009; Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin & Nemeroff, 2008; McLaren, y Challis, 2009; Sánchez-Sosa, et al 2010; Coffin, Álvarez y Marín, 2011). Por lo que inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, Koivumaa-Honkanen, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Haatainen & Viinamaki, 2009).

En este sentido, en Chile un estudio realizado por Salvo y Castro (2013), se encontró como factor de riesgo más importante para el intento de suicidio, el sentimiento de soledad. Por otro lado, se encontró una relación entre la depresión y las conductas suicidas en adolescentes, llegando a concluirse que hasta el 90% de los adolescentes que murieron mediante suicidio habían sido diagnosticados al menos de un trastorno mental, siendo el más frecuente la depresión mayor (Brent, 1995; Shaffer, Gould, et al., 1996).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación y diseño

La presente investigación es un estudio con enfoque cuantitativo, ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

El alcance del estudio es exploratorio, descriptivo y correlacional.

Por una parte, corresponde a un estudio exploratorio porque no hay estudios previos en Chile respecto a la temática de autolesiones y la asociación de estas variables. Por otra parte, también es descriptivo, ya que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Finalmente es un estudio correlacional, debido que asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández et al, 2010).

Esta investigación utiliza un diseño transversal, que pertenece a una investigación no experimental, debido a que este estudio se realiza sin la manipulación deliberada de variables, sino que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. La recolección de datos se realiza en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al, 2010).

Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó utilizando una batería de test compuesta por 4 instrumentos que se describen a continuación.

Encuesta sociodemográfica. Se diseñó una encuesta para recolectar las siguientes características sociodemográficas de los participantes: edad, sexo, curso, familiar con quien vive, cantidad de personas en el hogar, religión, ingreso en el hogar, relación con sus padres, pareja, atención psicológica y psiquiatra.

Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas versión breve adaptada al español (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview / SITBI versión breve). El presente instrumento para medir autolesiones es una la sub-escala llamada autolesiones, que forma parte de la escala “Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI)”, desarrollada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard por Nock Matthew K; Nock, Elizabeth B; Holmberg Valerie I. Photos

and Bethany D. Michel (2007). Esta escala está construida a base de una población de adolescentes entre 12 a 19 años. La escala completa consta de 6 sub-escalas independientes: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intento de suicidio, pensamientos relacionados con las autolesiones y autolesiones (que es la que se usará en este estudio). La sub-escala de autolesiones contiene 27 ítems que evalúan las conductas autolesivas, gestos suicidas y los diferencia de intentos suicidas propiamente dichos. Dicho instrumento presentó una confiabilidad test-re-test de 70. Los mismos autores desarrollaron una forma breve de esta escala donde se conservaron 11 preguntas en la subescala de autolesiones relacionados con la presencia, frecuencia, severidad, duración, y la probabilidad de futuras conductas autolesivas, pero excluye los elementos relacionados con las funciones del comportamiento, la experiencia del dolor, y la influencia de los pares.

Es importante considerar que en el año 2013 se realizó la adaptación y traducción de esta escala, titulada “Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA)” por García Nieto, Rebeca García-Nieto, Hilario Blasco-Fontecilla, Manuel Paz Yepes, y Enrique Baca-García. En España con 150 pacientes hospitalizados. La fiabilidad test-retest de esta sub-escala fue de .65.

Además, este instrumento fue validado al alemán en el año 2014 por Fischer, Ameis, Parzer, Plener, Groschwitz, Vonderlin, Kölch, Brunner, Kaess.

Para la presente investigación se usará la sub-escala de autolesiones perteneciente a la versión breve de la escala de Pensamientos y conductas autolesivas que fue traducida al español. Es importante considerar que se realizaron pequeñas modificaciones lingüísticas basadas en la tesis realizada por Sofia Varona (2015), titulada “Autolesiones en adolescentes: estilos de afrontamiento y afecto”, quien usó esta escala de autolesiones y realizó diversas modificaciones con el objetivo de facilitar la comprensión de la población a trabajar. Por ejemplo, en la mayoría de ítems, se cambió la palabra “autolesionado” por “herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)”.

Finalmente, se realizó una validación por expertos. El instrumento fue revisado por 10 jueces, 9 psicólogos y un experto en metodología, quienes realizaron diversas observaciones y retroalimentación. Posterior a ello, se realizaron los cambios sugeridos.

Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS). La escala original fue diseñada por Posner, Brown, Stanley, Brent, Yershova, Oquendo, Currier, Melvin, Greenhill, Sa Shen, y Mann, en el año 2011 para distinguir los dominios de ideación suicida y comportamiento suicida. Se miden cuatro constructos: Severidad, la intensidad, comportamiento y letalidad de la ideación suicida.

Por otra parte este instrumento fue adaptado y validado en Chile, donde sólo se utilizó la subescala de severidad de la ideación suicida. Esto fue realizado por Nuñez, Arias, Mendez-

Bustos, Navia, Leiv y Yañez en el año 2015. Dicha validación fue realizada en una muestra de 1.747 adolescentes entre 13-18 años en los colegios de la ciudad de Talca. Por lo tanto, esta versión será la que se utilizara para esta investigación. En relación a la confiabilidad de las escalas, se encontró: que la confiabilidad de la escala ideación suicida alguna vez en la vida fue de 0.84 y la confiabilidad alguna vez en el mes fue de 0.82

Por otra parte este instrumento fue adaptado y validado en Chile, y por lo tanto esta versión será la que se utilizara para esta investigación.

Inventario de Depresión de Beck. El BDI-II. Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Diseñado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, publicado en el año 1996.

En el año 2011 se realizó la adaptación al español por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Así, el manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

La validez del BDI está sustentada en más de 500 estudios que garantizan sus propiedades psicométricas tanto en población clínica como en población no clínica, así como su uso transcultural (Beltrán, Freyre, & Guzmán, 2012).

Procedimientos

Traducción, adaptación y validación por expertos de “Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI Short form). Para la presente investigación se realizó la traducción de la sub-escala de autolesiones perteneciente “Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI versión breve).

Tomando con base otras traducciones realizadas con la versión completa de la “Escala de conducta y pensamientos autolesivos”.

Es importante considerar que se realizaron pequeñas modificaciones lingüísticas basadas en la tesis realizada por Sofía Varona (2015) en Perú, titulada “Autolesiones en adolescentes: estilos de afrontamiento y afecto”, quien usó la escala de autolesiones y realizó diversas modificaciones con el objetivo de facilitar la comprensión de la población a trabajar.

Posteriormente se realizó el contacto con jueces expertos con conocimiento en la temática a quien se le entregó la versión en inglés y español de la sub escala de autolesiones, junto con una descripción de los instrumentos y una pauta que permitiera evaluar el instrumento, además de realizar observaciones y sugerencias.

El instrumento fue revisado por 10 jueces, 9 psicólogos y un experto en metodología, quienes realizaron diversas observaciones y retroalimentación. Posterior a ello, se realizaron los cambios sugeridos.

Recolección de datos. Se solicitó autorización al Comité de Bioética de la Universidad Adventista para la realización de la investigación.

Una vez autorizado el estudio, se solicitaron las cartas de presentación de nuestra investigación a la Sra. Elizabeth Gutierrez, secretaria académica de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Posteriormente, se visitaron 6 establecimientos de educación media de la comuna de Chillán y se realizó entrega de las cartas de presentación de nuestra investigación, solicitando la autorización para aplicar la batería de instrumentos en dichos establecimiento.

Finalmente 4 establecimientos educacionales aceptaron participar de la investigación.

Por cada establecimiento el Director (a) destinó a una persona quien coordinó la entrega de consentimientos informados a los alumnos y posterior aplicación.

Finalmente se realiza la aplicación de la batería de test compuesta por la encuesta sociodemográfica, Sub-escala de Conductas Autolesivas versión breve traducida al español, Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida e Inventario de depresión de Beck en las respectivas salas de clases en los horarios destinados por los centros educativos.

Análisis estadísticos. Una vez recopilada toda la información, se procedió a ingresar los datos al programa estadístico SPSS Statistics 21, para lograr los objetivos establecidos en la investigación se utilizaron ciertos procedimientos estadísticos para corroborar las hipótesis planteadas.

Se realizaron análisis descriptivos de las variables pertenecientes a la encuesta sociodemográfica en el inventario de depresión de Beck, la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida y la escala de autolesiones. Se obtuvieron valores descriptivos como frecuencia (n) y porcentajes (%), media o promedio y la desviación estándar para presentar los resultados.

Luego, se procedió a realizar la estadística analítica, realizando primeramente la prueba Kolmogorov Smirnov, que permite determinar la normalidad de las variables.

En lo que respecta a los resultados inferenciales se ha utilizado el estadístico de prueba de correlación de Spearman, ya es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas.

Para analizar la relación entre variables cualitativas, se usó la χ^2 , porque es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos (para la comparación de grupos).

Población y muestra

La muestra fue de tipo dirigida o no probabilística (por conveniencia), ya que como Hernández Fernández Baptista (2010) destaca, ésta depende de las características de la investigación y la toma de decisiones de los investigadores.

Para el presente estudio se seleccionaron 4 establecimientos de enseñanza media: Liceo Bicentenario Marta Brunet, Liceo Ruiz de Gamboa, Colegio Hispano Americano y Colegio Darío Salas Polivalente.

Previo autorización de los establecimientos, cada centro dispuso los cursos a los cuales podríamos realizar la aplicación de los instrumentos. La muestra encuestada dependió de factores como la decisión de los directivos, autorización de los padres, disposición de los alumnos, horario de aplicación y asistencia.

El universo de estudio al cual tuvimos acceso fue de 538 estudiantes y se tomó una muestra representativa al 95%, El total de personas encuestadas fue 251.

A continuación, se detallan la población y muestra de estudiantes, describiendo la cantidad de alumnos por cursos que cada establecimiento educacional permitió que tuviéramos acceso y la cantidad de estudiantes que participaron del estudio.

Tabla 1.

Población de estudiantes

Liceo o Colegio	Nº estudiantes por curso	Número total de estudiante
Marta Brunet:	1°B=31	Total=130
	2°B=35	
	3°A=33	
	4°B=31	
Martín Ruiz de Gamboa	1°A= 19	Total=132
	1° B=20	
	2°A=20	
	2°B=19	
	3°A=4	
	3°B=12	
	4°A=9	
	4°B=20	
Hispano Americano	1°A=36	Total=142
	2°B=36	
	3°A=31	
	4°A=39	
Dario Salas Polivalente	1°D=32	Total=134
	2°A=36	
	3°D=35	
	4°C=31	
Total		Total=538

Tabla 2.

Muestra de estudiantes

	Cantidad de encuestados	Total encuestados por colegio.
Marta Brunet	1°B=9 2°B=13 3°A=3 4°B=19	Total=44
Martín Ruiz de Gamboa	1°A= 8 1° B=8 2°A=4 2°B= 8 3°A=7 3°B=4 4°A=5 4°B=7 4°C=7	Total=58
Hispano Americano	1°A=25 2°B=33 3°A=18 4°A=28	Total=104
Dario Salas Polivalente	1°D=16 2°A=11 3°D=7 4°C=11	Total=45
Total		Total=251

Con respecto a la población a estudiar, en cuanto a la edad, el ingreso, cantidad de persona bajo el mismo techo y el promedio de notas, obtenemos la siguiente tabla.

Tabla 3.

Tipo de población

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	251	14	20	16,2	1,4
Ingreso total en el hogar	163	40000	2500000	438527,6	327489,7
Cantidad de personas bajo tu mismo techo	250	1	11	4,2	1,5
Dinero Per Cápita	162	10000	750000	111297,5	88190,0
Promedio de notas	238	3,6	6,8	5,8	,6

Como se observa en la tabla 3, la edad de la muestra fue en promedio 16,22 años. El ingreso total en el hogar fue en promedio \$438.000. La cantidad de personas dentro del hogar en promedio fue de 4,18. El dinero Per Cápita fue en promedio \$111.000.- con respecto a las calificaciones el promedio fue 5,8.

Tabla 4.

Sexo de la población a estudiar

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo (n=251)	Masculino	102	40,6
	Femenino	149	59,4

La muestra estuvo constituida principalmente por personas del sexo femenino en un 59,4% (n=149), y por un 40,6% (n=102) del sexo masculino.

Tipo de participantes

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Alumnos de la enseñanza media de los colegios seleccionados
- Alumnas (o) cuyos casos se encuentre con la autorización previas

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- Alumnas (o) que se nieguen a participar en el estudio
- Menores de 12 años y mayores de 20 años.

Descripción de las variables

Variables independientes.

- Adolescentes
- Edad

Variables dependientes.

- Conducta autolesiva
- Depresión
- Ideación suicida

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento
Conducta autolesiva	“La automutilación es una conducta de destrucción o alteración deliberada de tejido corporal sin que se manifieste una intención consciente de suicidarse, enfatizando que no hay necesariamente una connotación negativa de tal conducta”. Refiriendo que esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y generalmente sin testigos, cuya finalidad es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (Favazza, 1996).	“La destrucción intencional de los tejidos del cuerpo sin intención suicida y para fines no sancionadas por la sociedad” (Klonsky, 2007)	Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas versión breve (SITBI versión breve)

(continúa en pág. Siguiende)

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Sintomatología depresiva.	La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica (Ministerio de Salud, 2013)	El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2012), define la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades, este estado se podría dar en distintas edades, y las características podrían incluir alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida.	Inventario de Depresión de Beck-II: permite detectar los síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos.

(continúa en pág. Siguiente)

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento
Ideación suicida	Almonte (2003) la ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte.	Almanza (2004) se refieren a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirse, pasando por planes explícitos y meditados para matarse, hasta una intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas.	Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS).
Adolescencia	La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001)	La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. (1996)	

Aspectos éticos

Los estudiantes que participaron en la investigación, lo hicieron con la autorización previa de su apoderado. Esto se obtuvo mediante un consentimiento informado que fue enviado a los apoderados de los estudiantes.

En dicho consentimiento se explicaban los siguientes puntos:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Los cuestionarios son anónimos, manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de los participantes.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de investigación como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en la disciplina de la Psicología.

Es importante mencionar, que los datos recopilados no se facilitaron a nadie que no corresponda al grupo de investigación ni al coordinador del presente estudio. Estos datos solo se utilizaron para fin de la presente investigación.

Los resultados de la investigación se darán a conocer a los establecimientos participantes, sin embargo, se mantendrá el anonimato de los estudiantes.

Se destaca que en el caso de pesquisar algún caso de alto riesgo se dará aviso a los apoderados del estudiante, por lo que el Consentimiento informado fue archivado junto con la batería de instrumentos.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Tabla 5.

Sexo, curso, tipo colegio y religión en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo (n=251)	Masculino	102	40,6
	Femenino	149	59,4
Curso (n=250)	Primero	67	26,7
	Segundo	68	27,1
	Tercero	38	15,1
	Cuarto	77	30,7
Colegio (n=251)	Municipal	103	41,0
	Particular	148	59,0
	Subvencionado		
Religión (n=249)	No	78	31,1
	Si	171	68,1
Religión profesada (n=167)	Evangélico	71	42,5
	Católico	85	50,9
	Cristiano	6	3,6
	Adventista	3	1,8
	Masón	2	1,2

La muestra estuvo constituida principalmente por personas del sexo femenino en un 59,4% (n=149). Un 30,7 % (n= 77) cursaba cuarto año de enseñanza media. De los encuestados un 59% (n=148) pertenecía a un colegio Particular subvencionado y el 41%(n=103) a un liceo municipal.

Con respecto a la religión, un 68,1% señaló pertenecer a una religión, de los cuales un 50,9% pertenecía a la religión Católica.

Tabla 6.

Familiares con quien viven los estudiantes entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

Afirma vivir con pariente (n=251):	Frecuencia	Porcentaje
Madre	228	90,84
Padre	155	61,75
Hermano/s	183	72,91
Padrastro	16	6,37
Madrastra	2	0,80
Hermanastro	8	3,19
Abuelos	34	13,55
Tíos	21	8,37
P Adoptivos	1	0,40
Otros no familiares	13	5,18

Respecto al total de las personas encuestadas (n=251), existen 228 estudiantes que afirma vivir con su madre que corresponde al 90,84% de la muestra, 183 estudiantes que afirma vivir con sus hermano/os que corresponde al 72,91% de la muestra, 155 estudiantes que afirma vivir con su padre que corresponde al 61,75% de la muestra, 34 estudiantes que afirma vivir con sus abuelo/os que corresponde al 13,55 de la muestra, 16 estudiantes que afirma vivir con su padrastro que corresponde al 6,37% de la muestra.

Tabla 7.

Relación con los padres, pareja, atención psicológica y psiquiátrica en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje
¿Cómo describirías la relación con tus padres (o tus cuidadores)? (n=250)	Cercana	224	89,6
	Distante	26	10,4
¿Tienes pareja? (n=244)	Si	75	30,7
	No	169	69,3
¿Has asistido a psicólogo alguna vez? (n=250)	Si	128	51,2
	No	122	48,8
¿Haz asistido a psiquiatra alguna vez? (n=250)	Si	15	6,0
	No	234	93,6

De acuerdo a la tabla anterior, se puede apreciar que 224 estudiantes señalan que la relación con sus padres (cuidadores) es cercana, lo cual corresponde al 89,6% de la muestra. Sólo el 30,7 % señala que tiene pareja. Respecto a la atención psicológica y psiquiátrica, 128 estudiantes afirman que han asistido al psicólogo alguna vez en su vida, que corresponde al 51,2% de la muestra. 15 estudiantes afirman que han asistido al psiquiatra alguna vez en su vida que corresponde al 6,0% de la muestra.

Tabla 8.

Descripción de resultados del Inventario de depresión de Beck en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

Beck 01 (n=251)	No me siento triste		Me siento triste.		Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.		Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	237	94,4	9	3,6	5	2,0	0	0,0
Beck 02 (n=251)	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.		Me siento desanimado respecto al futuro.		Siento que no tengo que esperar nada.		Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	241	96,0	5	2,0	3	1,2	2	,8
Beck 03 (n=251)	No me siento fracasado.		Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.		Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.		Me siento una persona totalmente fracasada.	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	238	94,8	6	2,4	6	2,4	1	,4
Beck 04 (n=251)	Las cosas me satisfacen tanto como antes.		No disfruto de las cosas tanto como antes.		Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.		Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	234	93,2	8	3,2	3	1,2	6	2,4
Beck 05 (n=251)	No me siento especialmente culpable		Me siento culpable en bastantes ocasiones		Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones		Me siento culpable constantemente	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	229	91,2	17	6,8	3	1,2	2	0,8
Beck 06 (n=251)	No creo que esté siendo castigado		Me siento como si fuese a ser castigado		Espero ser castigado		Siento que estoy siendo castigado	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	244	97,2	4	1,6			3	1,2
Beck 07 (n=251)	No estoy decepcionado de mí mismo		Estoy decepcionado de mí mismo		Me da vergüenza de mí mismo		Me detesto	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	234	93,2	14	5,6	3	1,2	0	0
Beck08 (n=251)	No me considero peor que cualquier otro		Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores		Continuamente me culpo por mis faltas		Me culpo por todo lo malo que sucede	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	232	92,4	12	4,8	4	1,6	3	1,2

(Continúa en pág. siguiente)

Tabla 8 (continuación).

Descripción de resultados del Inventario de depresión de Beck en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

Beck09 (n=251)	No tengo ningún pensamiento de suicidio		A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería		Desearía suicidarme		Me suicidaría si tuviese la oportunidad	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	203	80,9	42	16,7	3	1,2	3	1,2
Beck10 (n=251)	No lloro más de lo que solía llorar		Ahora lloro más que antes		Lloro continuamente		Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	162	64,5	34	13,5	20	8,0	35	13,9
Beck11 (n=251)	No estoy más irritado de lo normal en mí		Me molesto o irrito más fácilmente que antes		Me siento irritado constantemente		No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	123	49,0	99	39,4	17	6,8	12	4,8
Beck12 (n=251)	No he perdido el interés por los demás		Estoy menos interesado en los demás que antes		He perdido la mayor parte de mi interés por los demás		He perdido todo el interés por los demás	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	159	63,3	61	24,3	26	10,4	5	2,0
Beck13 (n=251)	Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho		Evito tomar decisiones más que antes		Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes		Ya me es imposible tomar decisiones	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	169	63,3	32	12,7	45	17,9	5	2,0
Beck14 (n=251)	No creo tener peor aspecto que antes		Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo		Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo		Creo que tengo un aspecto horrible	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	192	76,5	21	8,4	24	9,6	14	5,4

(Continúa en pág. Siguiente)

Tabla 8 (continuación).

Descripción de resultados del Inventario de depresión de Beck en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

Beck15 (n=251)	Trabajo igual que antes		Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo		Tengo que obligarme mucho para hacer algo		No puedo hacer nada en absoluto	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	123	49,0	97	38,6	28	11,2	3	1,2
Beck16 (n=251)	Duermo tan bien como siempre		No duermo tan bien como antes		Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir		Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	139	55,4	82	32,7	16	6,4	14,5,6	
Beck17 (n=251)	No me siento más cansado de lo normal		Me cansó más fácilmente que antes		Me canso en cuanto hago cualquier cosa		Estoy demasiado cansado para hacer nada	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	124	49,4	107	42,6	15	6,0	5	2,0
Beck18 (n=251)	Mi apetito no ha disminuido		No tengo tan buen apetito como antes		Ahora tengo mucho menos apetito		He perdido completamente el apetito	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	173	68,9	53	21,1	21	8,4	4	1,6
Beck19 (n=251)	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada		He perdido más de dos kilos y medio		He perdido más de cuatro kilos		He perdido más de siete kilos	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	156	76,5	40	19,6	4	2,0	4	2,0
Beck20 (n=251)	No estoy preocupado de mi salud más de lo normal		Estoy preocupado por problemas físicos, como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento		Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más		Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar otra cosa	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	152	60,6	81	32,3	13	5,2	5	2,0
Beck21 (n=251)	No he observado ningún cambio reciente en mi interés		Estoy menos interesado por el sexo que antes		Estoy menos mucho interesado por el sexo		He perdido totalmente mi interés por el sexo.	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
	225	89,6	16	6,4	10	4,0	0	0

El inventario de depresión de Beck (BRI-II) fue administrado a 251 estudiantes de los distintos establecimientos de Chillán. En el ítem n° 1, el 94% de los estudiantes expresan que no se encuentran tristes, un 3,6% señala que se siente triste. En el ítem n° 2, el 96% formula que no se siente desanimado frente al futuro y el 2% se siente desanimado frente al futuro. En el ítem n° 3, respecto al sentimiento de fracaso el 94,8% señalaron que no se sienten fracasados y el 4% se siente una persona totalmente fracasada. En el ítem n° 4, el 93,2% de los estudiantes expresaron que las cosas les siguen satisfaciendo como antes y el 3,2% de los estudiantes ya no disfrutan tanto como. En el ítem n° 5, el 91,2% de los encuestados no se sienten culpables y el 6,8% se sienten culpables en bastantes ocasiones. En el ítem n° 6 el 97,2% no cree que este siendo castigado y el 1,2% siente que ya está siendo castigado. En el ítem n° 7, el 93,2% de los encuestados expresan que no están decepcionados de ellos mismos y el 5,6% señala que si está decepcionado de sí mismo. En el ítem n° 8, el 92,4% de los adolescentes señala que no se considera peor que otro, en contraste con el 4,8% que se autocrítica por sus debilidades y por sus errores. En el ítem n° 9, en lo que se refiere a los pensamientos de suicidio en los estudiantes encuestados expresó que el 80,9% de ellos no tienen ningún pensamiento de suicidio, el 16,7% expresó que ha pensado en el suicidio pero que no lo cometería, ahora bien, el 1,2% señaló que desearía suicidarse. En el ítem n° 10, el 64,5% indica que no llora más de lo que solía hacer, en contraste el 13,5% menciona que llora más que antes y 13,9 % señala que antes era capaz de llorar pero que ahora no pueden incluso si quisieran. En el ítem n° 11, el 49% no se encuentra más irritado de lo normal, además el 6,8% se siente irritado constantemente.

En el ítem n° 12, el 63,3% no ha perdido el interés por los demás, el 24,3% está menos interesada por los demás, mientras 10,4% indica que ya ha perdido la mayor parte de interés por los demás. En el ítem n° 13, el 63,3% señala que toma decisiones como siempre lo ha hecho, por el contrario, el 17,9 % le resulta mucho más fácil tomar decisiones que antes. En el ítem n° 14, el 76,5% de los estudiantes no creen tener peor aspecto que antes, el 8,4% teme que ahora parezcan más viejos y pocos atractivos, mientras que el 9,6% cree que se han producido cambios permanentes que los hacen ver pocos atractivos. En el ítem n° 15, el 49% cree que trabaja igual que antes, el 38,6% expresa que le cuesta un esfuerzo extra iniciar algo, al mismo tiempo un 11,2% se tiene que obligar mucho para hacer algo. En el ítem n° 16, un 55,4% señaló que duerme igual que antes y un 32,7% señaló que se despierta una o dos horas antes de lo habitual y le es difícil volver a dormir. En el ítem n° 17, el 49,2% de los estudiantes señalan que no se encuentran más cansados de lo normal y el 42,6% indicó que se cansa más fácil que antes. En el ítem n° 18, un 68,9% señaló que su apetito no ha cambiado, no obstante, el 21,1% indicó que no tiene un buen apetito como antes y de igual modo el 8,4% tiene menos apetito que antes. En el ítem n° 19, un 76,5% de los adolescentes señalan que han perdido un poco o nada de peso, por otra parte el 19,6% ha perdido más de dos kilos y medio. En el ítem n° 20, el 60,6% señala que no

está preocupado por su salud, por el contrario, el 32,3% indicó que presenta problemas físicos como dolores, malestares de estómago o estreñimientos. En el ítem nº 21, el 89,6% de los encuestados señaló que no ha observado ningún cambio de interés en el sexo, el 6,4% indicó que está menos interesado en el sexo.

Tabla 9.

Adolescentes a dieta en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje válido
BECK19B: Estoy a dieta para adelgazar(n=82)	SÍ	34	41,5
	NO	48	58,5

De los 82 estudiantes que contestaron la pregunta 19B, un 41,5% afirmó no estar a dieta para adelgazar.

Tabla 10.

Resultados de la suma de los puntos de inventario de depresión de Beck en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Escala de BECK	204	,00	39,00	7,5490	6,87414

Entre las 204 personas que completaron el instrumento, se aprecian puntajes desde 0,00 a 39,00, con una media en los estudiantes de 7,54, con una desviación típica de 6,9.

Tabla 11.

Diagnóstico de Beck según puntajes alcanzados en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje
		a	
Depresión según BECK (n=204)	Depresión mínima	172	84,3
	Depresión leve	17	8,3
	Depresión Moderada	12	5,9
	Depresión Grave	3	1,5

Según las puntuaciones de corte y grados de depresión que propone Beck, de los 204 que contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck, un 84,3% (n=172) de los encuestados presentaría depresión mínima, mientras tanto que un 8,3% (n=17) presentaría una depresión leve, un 5,9% (n=12) de los estudiantes presentaría depresión moderada y un 1,5% (n=3) presentaría depresión grave.

Tabla 12.

Descripción de Ideación suicida el último mes en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje
¿Has deseado estar muerto o has deseado poder dormir y no despertar durante el último mes? (n=250)	No	194	77,6
	Si	56	22,4
¿Has tenido realmente la idea de suicidarte durante el último mes? (n=250)	No	224	89,6
	Si	26	10,4
¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo durante el último mes? (n=111)	No	85	76,6
	Si	26	23,4
¿Has tenido estas ideas y en cierto grado, la intención de llevarlas a cabo durante el último mes? (n=110)	No	88	80,0
	Si	22	20,0
¿Has comenzado a elaborar o elaborado los detalles sobre cómo suicidarte durante el último mes? (n=110)	No	98	89,1
	Si	12	10,9
¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan durante el último mes? (n=109)	No	98	89,9
	Si	11	10,1

Los resultados obtenidos en relación a la ideación suicida alguna vez en el último mes, el total de los encuestados señalan que un 22,4% (n=56) ha deseado estar muerto y no despertar durante el último mes y un 10,4% (n=26) ha tenido realmente la idea de suicidarse en el último mes.

Un 23,4% (n= 26) ha pensado en cómo llevar a cabo el suicidio en este último mes, un 20% (n= 22) mencionó que si llevaría a cabo estas ideas durante el último mes y un 10,9% (n= 12) señaló que ha comenzado a elaborar detalles de cómo suicidarse el último mes, dónde un 10,1% (n=11) señaló que si tenía intenciones de llevar a cabo este plan en el último mes

Tabla 13.

Descripción de Ideación suicida alguna vez en la vida en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje válido
¿Has deseado estar muerto o has deseado poder dormir y no despertar alguna vez en tu vida? (n=250)	No	113	45,2
	Si	137	54,8
¿Has tenido realmente la idea de suicidarte alguna vez en tu vida? (n=250)	No	171	68,4
	Si	79	31,6
¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo alguna vez en tu vida? (n=130)	No	62	51,7
	Si	58	48,3
¿Has tenido estas ideas y en cierto grado, la intención de llevarlas a cabo alguna vez en tu vida? (n=109)	No	53	48,6
	Si	56	51,4
¿Has comenzado a elaborar o elaborado los detalles sobre cómo suicidarte alguna vez en tu vida? (n=110)	No	76	69,1
	Si	34	30,9
¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan alguna vez en tu vida? (n=107)	No	86	80,4
	Si	21	19,6

Los resultados obtenidos en relación a la ideación suicida alguna vez en la vida, el total de los encuestados señalan que un 54,8% (n=137) ha deseado estar muerto y no despertar alguna vez en su vida y un 31,6% (n=79) ha tenido realmente la idea de suicidarse alguna vez en la vida.

Un 48,3% (n= 58) ha pensado en cómo llevar a cabo alguna vez en su vida, un 51,4 % (n= 56) mencionó que si llevaría a cabo estas ideas alguna vez en su vida, también un 30,9 % (n= 34) señaló que ha comenzado a elaborar detalles de cómo suicidarse alguna vez en la vida y finalmente un 19,6% (n=11) señaló que si tenía intenciones de llevar a cabo este plan alguna vez en su vida.

Tabla 14.

Puntuación de ideación suicida de la escala Columbia en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ideación suicida en el mes	215	,00	6,00	,6512	1,36176
Ideación suicida en la vida	215	,00	6,00	1,6000	1,92086

Entre las 215 personas que completaron todos los ítems de la Escala Columbia Para Evaluar Seriedad de la ideación suicida se aprecia en los ítems referidos a la Ideación suicida en el mes un promedio de 0,6512, con un valor máximo alcanzado de 6 puntos.

Entre las 215 personas que completaron todos los ítems de la Escala Columbia para evaluar seriedad de la ideación suicida se aprecia en los ítems referidos a la ideación suicidad alguna vez en la vida un promedio de 1,6 con un valor máximo alcanzado de 6 puntos.

Tabla 15.

Descripción de Ideación suicida en la vida y en el mes según puntaje alcanzado en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje válido
Ideación suicida en el mes (n=215)	Sin ideación (0 – 2 puntos)	191	88,8
	Con ideación (3 -6 puntos)	24	11,2
Ideación suicida en la vida (n=215)	Sin ideación (0 – 2 puntos)	150	69,8
	Con ideación (3 -6 puntos)	65	30,2

De los 215 estudiantes que contestaron todas las preguntas respecto a ideación suicida alguna vez en la vida y alguna vez en el mes, un 11,2% (n=24) de ellos presentaría ideación suicida en el último mes y un 30,2% (n=65) habrían presentado ideación suicida alguna vez en la vida.

Tabla 16.

Descripción de Presencia de autolesiones y métodos utilizados en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje
¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?	Si	96	38,2
	No	155	61,8
Métodos para hacerse daño			
1. Hacerse cortes en la piel		67	26,69
2. Golpearse a propósito alguna parte del cuerpo		44	17,5
3. Arrancarse el pelo		14	5,58
4. Hacerse un tatuaje a si mismo		6	2,39
5. Hurgar en la herida (es decir, abrir la herida.		12	4,78

Tabla 16 (continuación).

Descripción de Presencia de autolesiones y métodos utilizados en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

	Frecuencia	Porcentaje
6. Quemarte la piel (es decir, con un cigarro, fósforo u otro objeto caliente)	5	1,99
7. Insertar objetos bajo las uñas o la piel.	5	1,99
8. Morderse (por ejemplo, los labios u otra parte cuerpo hasta sangrar)	31	12,35
9. Pellizcarse a sí mismo hasta causar en enrojecimiento o marcas en la piel	25	10,0
10. Hacerte arañazos	25	9,96
11. Frotar la piel hasta causar enrojecimiento o marcas en la piel.	15	5,98
12. Otros (especificar):	9	3,59

Los resultados obtenidos en la tabla 10 señalan que un 38,2% (n=96) de los adolescentes alguna vez se han herido o cortado sin intención de morir.

En cuanto a los métodos que han utilizado para hacerse daño se un 26,69 % (n=67) se ha realizado cortes en la piel, el 17,5% (n=44) indica haberse golpeado la cabeza o alguna aparte del cuerpo y el 12,35% (n=31) indica haberse mordido (los labios u otra parte del cuerpo hasta sangrar.

Tabla 17.

Descripción de tratamiento médico, tiempo antes de autolesionarse y probabilidad de que vuelva a autolesionarse en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

		Frecuencia	Porcentaje
¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste? (n=91)	Si	10	11,0
	No	81	89,0
En promedio, ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente pensaste en hacerte daño a propósito antes de hacerlo? (n=91)	Nada, no lo pensé	35	38,5
	Horas	4	4,4
	Años	1	1,1
	Segundos	15	16,5
	Días	5	5,5
	No recuerdo	21	23,1
	Minutos	9	9,9
En una escala de 0 a 4, ¿Qué tan probable es que realices estas conductas en el futuro? (n=92)	Meses	1	1,1
	Nada	39	42,4
	Poco probable	28	30,4
	Medianamente probable	15	16,3
	Bastante probable	7	7,6
	Muy probable	3	3,3

En los resultados obtenidos en la tabla anterior, de los encuestados que señalaron que se autolesionaban, un 11,0% (n=10) refiere haber recibido tratamiento médico producto de las heridas causadas cuando se han autolesionado.

En cuanto al tiempo transcurrido antes de realizar la acción de autolesionarse, un 38,5% (n=35) de los adolescentes indicó no pensar antes de autolesionarse, un 16,5% (n=15) reporta haberlo pensado segundos, el 9,9% (n=9) de los estudiantes indica haberlo pensado minutos y el 23,1% (n=21) señala no recordar cuanto tiempo transcurrió.

En cuanto a la probabilidad de realizar la conducta de autolesionarse en el futuro, un 42,4% (n=39) reportan que no es probable realizar la conducta a futuro, el 30,4% (n=28) de los adolescentes que se autolesionaron refieren que es poco probable cometer la conducta en el futuro y el 3,3% (n=3) de los estudiantes que se autolesionaron señala que es muy probable volver a realizar la conducta a futuro.

Tabla 18.

Edad y frecuencia de autolesiones en estudiantes de entre 14 y 20 años de edad de distintos establecimientos educacionales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Cuántos años tenías la primera vez que heriste, cortaste o hiciste daño?	89	4	18	12,93	2,411
¿Cuántos años tenías la última vez que heriste, cortaste o hiciste daño?	88	6	19	14,47	1,941
¿Cuántas veces en tu vida aproximadamente te has herido, cortado o hecho daño a propósito?	82	1	20	4,23	4,060
¿Cuántas veces aproximadamente te has herido, cortado o hecho daño en el último año?	87	0	37	1,55	4,640
¿Cuántas veces aproximadamente te has herido, cortado o hecho daño en el último mes?	89	0	19	,40	2,076
¿Cuántas veces aproximadamente te has herido, cortado o hecho daño en la última semana?	89	0	4	,11	,510

De los encuestados que señalaron que se han autolesionado alguna vez en su vida, el promedio de edad es de 12,93 años.

La media de las edades de los encuestados que se autolesionaron por última vez fue de 14,47 años.

En cuanto a la cantidad de veces que se han autolesionado la media fue de 4,23 veces.

En cuanto la cantidad de veces que se han autolesionado el último la media fue de 1,55 veces.

En relación a la cantidad de veces que se han autolesionado el último mes es de 0,40 veces

El cuanto a la cantidad de veces que se han autolesionado la última semana la media es de 0,11 veces

Tabla 19.

Correlación de Spearman

		Edad	Personas bajo tú mismo techo	Ingreso total en el hogar	Años que tenías la primera vez que te autolesionaste	Años que tenías la última vez que lo hiciste	Veces en la vida que te has autolesionado	Veces que te has autolesionado en el último año	Puntaje depresión Beck	Ideación suicida en la Vida	Ideación suicida en el mes
Edad	Correlación	1,000	-,050	-,082	,171	,436**	,041	-,029	-,166*	-,073	-,088
	Sig. (bilatl)		,431	,299	,110	,000	,715	,792	,017	,289	,200
	N	251	250	163	89	88	81	87	204	215	215
Personas bajo tú mismo techo	Correlación		1,000	,105	-,045	-,164	-,111	-,083	-,102	,022	-,048
	Sig. (bilatl)			,182	,679	,127	,325	,447	,146	,752	,488
	N		250	162	89	88	81	87	203	214	214
Ingreso total en el hogar	Correlación			1,000	-,092	-,079	-,216	-,125	-,070	-,013	-,178*
	Sig. (bilatl)				,453	,527	,097	,321	,427	,876	,034
	N			163	68	67	60	65	130	141	141
Años que tenías la primera vez que lo hiciste	Correlación				1,000	,514**	-,188	-,006	-,182	-,076	-,115
	Sig. (bilatl)					,000	,102	,957	,126	,513	,320
	N				89	87	77	84	72	77	77
Años que tenías la última vez que lo hiciste	Correlación					1,000	,147	,526**	,032	,150	,112
	Sig. (bilatl)						,204	,000	,793	,196	,337
	N					88	77	84	72	76	76
Veces en la vida que te has herido, cortado o hecho daño a propósito	Correlación						1,000	,423**	,323**	,167	,312**
	Sig. (bilatl)							,000	,008	,173	,010
	N						81	79	66	68	68
¿Cuántas veces aproximadamente lo has hecho en el último año?	Correlación							1,000	,258*	,392**	,296*
	Sig. (bilatl)								,029	,001	,011
	N							87	72	74	74
Puntaje depresión Beck	Correlación								1,000	,568**	,483**
	Sig. (bilatl)									,000	,000
	N								204	172	172
Ideación suicida en la Vida	Correlación									1,000	,677**
	Sig. (bilatl)										,000
	N									215	215
Ideación suicida en el mes	Correlación										1,000
	Sig. (bilatl)										
	N										215

Según la correlación de Spearman:

La variable edad se relaciona con la variable:

- Cuantos años que tenías la última vez que te autolesionaste ($p < 0,00$ $r = 0,436$).
- Puntaje de depresión de Beck ($p < 0,17$ $r = -0,166$)

La variable cuantos años tenías la primera vez que te autolesionaste, se relaciona con la variable:

- Cuantos años que tenías la última vez que te autolesionaste ($p < 0,00$ $r = 0,514$).

La variable cuantos años que tenías la última vez que te autolesionaste, se relaciona con la variable:

- Cuántas veces aproximadamente te has autolesionado el último año. (Autolesiones) ($p < 0,00$ $r = 0,526$).

La variable cantidad de veces en la vida que te has autolesionado, se relaciona con la variable:

- Cuántas veces te has autolesionado en el último año ($p < 0,00$ $r = 0,423$)
- Puntaje de ideación suicida en la vida ($p < 0,08$ $r = 0,323$)
- Puntaje de ideación suicida en el mes ($p < 0,10$ $r = 0,312$)

La variable cuántas veces te has autolesionado en el último año, se relaciona con la variable:

- Puntaje de depresión de Beck t ($p < 0,29$ $r = 0,258$)
- Puntaje ideación suicida en la vida ($p < 0,01$ $r = 0,392$)
- Puntaje ideación suicida en el mes ($p < 0,11$ $r = 0,296$)

La variable puntaje de depresión de Beck, se relaciona con la variable:

- Puntaje ideación suicida en la vida ($p < 0,00$ $r = 0,568$)
- Puntaje ideación suicida en el mes ($p < 0,00$ $r = 0,483$)

La variable Puntaje ideación suicida en la vida, se relaciona con la variable:

- Puntaje ideación suicida en el mes ($p < 0,00$ $r = 0,677$)

Tabla 20.

Relación entre la presencia de autolesiones y tipo de depresión

		Depresión BECK				Total	
		Depresión mínima	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión Grave		
8.1	¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?	Si	53	12	10	3	78
		No	119	5	2	0	126
Total			172	17	12	3	204

No se logró determinar la relación entre autolesión y depresión debido a que no se pudo aplicar la prueba Chi², debido a que 3 casillas (37,5% de las casillas) tenían una frecuencia esperada inferior a 5.

De los 204 adolescentes encuestados que respondieron todo el inventario de Beck y la escala de autolesiones, 53 de ellos quienes señalaron autolesionarse y también presentaron depresión mínima, 12 adolescentes de los que se autolesionaron presentaron depresión leve, 10 de los que se autolesionaban presentaron depresión moderada y 3 de los que se autolesionaban presentaron depresión grave.

Tabla 21.

Relación entre la presencia autolesiones e ideación suicida alguna vez en la vida

		Ideación suicida en la VIDA		Total	
		Sin ideación	Con ideación		
8.1	¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?	Si	35	46	81
		No	115	19	134
Total			150	65	215

La prueba Chi² demostró relación entre las variables ideación suicida en la vida y presencia de autolesiones (p<0,00).

De los 215 encuestados, 46 de ellos presentaron ideación suicida en la vida y al mismo tiempo presentaban autolesiones. Por otro lado 115 de los encuestados no presentaron ideación suicida alguna vez en la vida, ni tampoco se han autolesionado.

Tabla 22.

Relación entre la presencia autolesiones e ideación suicida el último mes

		Ideación suicida en el MES		Total	
		Sin ideación	Con ideación		
8.1	¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?	Si	62	19	81
		No	129	5	134
Total			191	24	215

La prueba Chi² demostró relación entre las variables Ideación suicida en el mes y presencia de autolesiones ($p < 0,000$).

De los 215 encuestados que respondieron todos los instrumentos, 19 de aquello que presentaron ideación suicida al mes también señalaron que se autolesionaban, solo 5 encuestados no se autolesionaban, pero presentaban ideación suicida en el último mes

Tabla 23.

Relación entre variable sexo y presencia de autolesiones

		¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?		Total
		Si	No	
Sexo	Masculino	18	84	102
	Femenino	78	71	149
Total		96	155	251

La prueba de Chi² demostró relación entre las variables Sexo y presencia de autolesiones ($p < 0,000$).

De los 96 adolescentes que señalaron autolesionarse alguna vez en su vida, 18 encuestados eran del sexo masculino y 78 encuestadas del sexo femenino.

Tabla 24.

Relación entre la variable sexo y puntaje de depresión

		Depresión según Beck				Total
		Depresión		Depresión		
		mínima	Depresión leve	Moderada	Grave	
Sexo	Masculino	80	4	3	0	87
	Femenino	92	13	9	3	117
Total		172	17	12	3	204

La prueba χ^2 no demostró relación entre las variables Depresión según el inventario de depresión de Beck y Sexo ($p=0,062$).

De los 204 adolescentes que contestaron todo el instrumento, 4 adolescentes del sexo masculino y 13 del sexo femenino, presentaban depresión leve.

De igual manera 3 adolescentes del sexo masculino y 9 del sexo femenino presentaban depresión moderada.

Depresión grave solo presentaron 3 adolescentes que pertenecían al sexo femenino.

Tabla 25

Relación entre variable sexo y variable ideación suicida alguna vez en la vida

		Ideación suicida alguna vez en la vida		Total
		Sin ideación	Con ideación	
Sexo	Masculino	70	15	85
	Femenino	80	50	130
Total		150	65	215

La prueba χ^2 demostró relación entre las variables ideación suicida en la vida y sexo ($p=0,001$).

De los 215 estudiantes que contestaron todo el instrumento y presentaron ideación suicida alguna vez en la vida, 50 de ellas pertenecen al sexo femenino y 15 al sexo masculino.

Tabla 26.

Relación entre variable sexo y variable ideación suicida alguna vez en el mes

		Ideación suicida alguna vez en el MES		Total
		Sin ideación	Con ideación	
Sexo	Masculino	81	4	85
	Femenino	110	20	130
Total		191	24	215

La prueba χ^2 demostró relación entre las variables ideación suicida en el mes y sexo ($p=0,015$).

De los 215 estudiantes encuestados que contestaron todo el instrumento y presentaron ideación suicida en el mes, 20 de ellas pertenecen al sexo femenino y 4 al sexo masculino.

Tabla 27.

Relación entre la presencia de autolesiones y tipo de colegio

		¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?		Total
		Sí	No	
Colegio	Municipal	38	65	103
	Particular subvencionado	58	90	148
Total		96	155	251

La prueba de χ^2 no demostró relación entre las variables colegio y presencia de autolesiones ($p=0,713$).

Se observa que los encuestados que se autolesionaban, 38 pertenecían a colegios municipales, y 58 encuestados a colegios particulares Subvencionados.

Tabla 28

Relación entre la presencia de autolesiones y asistencia a psicólogo.

		Asistencia a psicólogo alguna vez		Total
		Si	No	
¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?	Recuento	58	37	95
	% del total	23,2%	14,8%	38,0%
Total	Recuento	128	122	250
	% del total	51,2%	48,8%	100,0%

La prueba de χ^2 demostró relación entre las variables asistencia a psicólogo alguna vez y presencia de autolesiones ($p=0,015$).

El 23,2% de los que alguna vez se autolesionaron, señalaron que asistieron al psicólogo alguna vez al psicólogo, mientras el 14,8% ($n=37$) que si se han autolesionado no han asistido alguna vez al psicólogo

CAPÍTULO V

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Discusión

El objetivo general de nuestra tesis fue analizar la relación entre la presencia de autolesiones y su relación con sintomatología depresiva e ideación suicida. Es necesario analizar primeramente dichos fenómenos de manera individual y luego su relación.

Respecto a la variable autolesiones, de los 251 estudiantes que respondieron la encuesta un 38,2% (n=96) de los estudiantes señaló que alguna vez en su vida se había autolesionado.

Los resultados son considerables, considerando que la mayoría de los estudios clínicos respecto a la temática de autolesiones, describen las características de los sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que incurre en estas conductas (Villarroel et al, 2013). Sin embargo, existen algunos estudios, como por ejemplo uno realizado con 424 adolescentes escolares, Laye-Grindu y Schonert-Reichel (2005) dónde se reportó que el 15% de los participantes presentaban autolesión. En tanto, The Massachusetts Department of Education (MDOE, 2006) reportó que el 19% de estudiantes de su muestra habían 34 presentado autolesiones intencionales, al menos en una ocasión durante los pasados 12 meses. Por otra parte, Lloyd, Richardson, Perrine, Dierker y Kelly (2007), reportaron una prevalencia de hasta 46.5% en población adolescente general y aún más alta en poblaciones clínicas. Existiendo divergencias entre los resultados encontrados.

De acuerdo con Nixon y Heath (2009) tales divergencias son resultado del relativamente nuevo campo de estudio de la autolesión e indica la necesidad de contemplar aspectos tales como: la consistencia metodológica, definiciones teóricas y operacionales, estrategias de medición, selección y composición de la muestra, etc. A pesar de estas divergencias, hay algo que es claro, de acuerdo con Klonsky, Muehlenkamp, Lewis y Wash (2011) la prevalencia de autolesiones en población adolescente va en aumento y la gran mayoría de personas que inician con este problema son adolescentes.

Es importante considerar que anteriormente las autolesiones se asociaban a grupos clínicos restringidos tales como: pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas y graves, así como a aquéllos que acudían a atención psiquiátrica de emergencia, a población de cárceles, jóvenes de internados y escuelas de educación especial. Se asumía que la persona con este problema cursaba con alteraciones psiquiátricas severas y con un déficit de adaptación significativo (Santos, 2011). No obstante, el panorama actual se ha ampliado para incluir en mayor medida a jóvenes y

adolescentes de escuelas de educación regular en secundarias, preparatorias y universidades. (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006).

Siguiendo la temática de autolesiones, en los resultados de esta investigación se observó que de los 96 estudiantes que se autolesionaron y respondieron sobre si alguna vez recibieron tratamiento psicológico, 58 de ellos habían asistido alguna vez al psicólogo, mientras que 37 adolescentes que se autolesionaron alguna vez, nunca habían recibido tratamiento psicológico. Si bien, el psiquiatra Maturana (2008) sostiene que en Chile, la autoagresión es un fenómeno más frecuente que antes, debido a que han aumentado las consultas, una parte importante de los adolescentes que señalaron autolesionarse no han recibido nunca atención psicológica. En palabras de González (2011), “los adolescentes tienden a consultar poco en los servicios de atención en salud por causas de morbilidad general y consultan aún menos por problemas de salud mental”. De esta manera el fenómeno de las autolesiones en población adolescente general es invisibilizado como señala Cornella (2012), vemos solamente la punta del iceberg de estas conductas.

Respecto a la variable sexo y autolesiones a través de la prueba χ^2 se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable sexo y la variable presencia de autolesiones ($p < 0,000$). De los 96 adolescentes que señalaron autolesionarse alguna vez en su vida, 78 encuestadas correspondían al sexo femenino y 18 encuestados al sexo masculino.

Eso se confirma en estudios en relación con el género, existiendo evidencia de que autolesionarse es más común en mujeres que en hombres (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Ross & Heath, 2002; Stanford & Jones, 2009).

El trabajo de Madge et al. (2008), realizado con adolescentes a nivel internacional, revela que el 8.9% de las mujeres y el 2.6% de los hombres reportaron haberse dañado a sí mismos el año anterior y que el 13.5% y el 4.3%, respectivamente, se habían dañado alguna vez en la vida. Estos datos coinciden con los de Evans, Hawton y Rodham (2005) donde un 11.1% de las chicas y un 3.2% de los chicos reportó dañarse a sí mismos.

Otros estudios señalan que existe un relativo consenso entre muestras clínicas y comunitarias a la hora de considerar que las conductas autolesivas son más frecuentes en mujeres que hombres, estableciéndose habitualmente una razón de probabilidad de 2,0-3,0 (Hawton, Zahl & Weatheral, 2002; Patton, 2007; O'Connor, 2009; Landstedt y Gillander, 2011).

En Chile, Nader (2003), señala el perfil de una persona que comete autolesión siendo ese el de una mujer de clase media.

Respecto a la variable sintomatología depresiva, según las puntuaciones de corte y grados de depresión que propone Beck, de una muestra de 204 adolescente que contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck, un 84,3% ($n=172$) de los encuestados presentaría

depresión mínima, mientras tanto que un 8,3% (n=17) presentaría una depresión leve, un 5,9% (n=12) de los estudiantes presentaría una depresión moderada y un 1,5% (n=3) presentaría depresión grave.

En este sentido, estudios señalan que durante los últimos años se ha presenciado un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela una disminución de su edad de comienzo, según la Organización Mundial de la Salud (2013). Se pueden agregar los resultados de la investigación del Instituto Nacional de la Juventud (2012), que reporta que el 13,4% de los escolares ha tenido depresión.

Continuando con la variable sintomatología depresiva, se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa de nivel inverso, que señala que a mayor edad, existiría menor sintomatología depresiva ($p=0,17$ $R= -0,166$). De la misma forma, se compara con los resultados de Fernández, Martínez y Gutiérrez (2000), que concluyeron que a mayor edad descienden los trastornos depresivos (11,5%) entre los 14 y 18 años. Según el Ministerio de salud de Chile y la encuesta Nacional de Salud (2013) señala que la prevalencia de depresión disminuye a medida que avanza la edad entre los 15-24 años.

Según la prueba χ^2 no se encontró una relación entre las variables depresión según Beck y sexo ($p<0,062$). A pesar, de que los estudios señalan que la prevalencia de la depresión es más alta en las mujeres que en los hombres (con un rango, aproximadamente, mujer/hombre de 2/1) tanto a nivel internacional como en México. (Kessler, et al., 2003; Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano 2004).

Según la American Psychiatric Association (2000), el riesgo de padecer un trastorno depresivo alguna vez en la vida es de 5 a 12 % en los hombres y de 10 a 25% en las mujeres.

En la Ciudad de Santiago de Chile un estudio reportó una prevalencia de depresión de 15,4 para las mujeres y 5,4 para los hombres. (Silva H., 2002).

Dichos resultados, podrían explicarse a lo antes señalado, de que a mayor edad el nivel de sintomatología depresiva tiende a disminuir, esto considerando que la edad promedio de los adolescentes estudiados fue de 16 años.

En relación a la variable de ideación suicida, de los 215 estudiantes que contestaron todos los ítems respecto a la ideación suicida en la vida, un 30,2% (n=65) habría presentado ideación suicida alguna vez en su vida. Asimismo, de los 215 estudiantes encuestados que contestaron todas las preguntas respecto a ideación suicida en el mes, un 11,2% (n=24) de los encuestados presenta ideación suicida en el presente mes. Las cifras son preocupantes y concuerdan con diversos estudios realizados por ejemplo por Ventura-Junca, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010) en Chile, dónde se encontró que el 62% de los estudiantes entre 14 y 20 años presentaron ideación

suicida. En tanto en Perú, Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) hallaron que el 30% de su población de estudiantes preuniversitarios presentaron ideación suicida.

Además las tasas de suicidio han aumentado considerablemente. En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) señala que el grupo de 12 a 24 años presenta como primera causa de muerte las causas externas como accidentes, suicidios y violencia interpersonal (Minsal, 2013). Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Villaroel et al, 2013). Para el año 2009 la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 y se espera que para el 2020 llegue a 12 por cada 100.000 habitantes (Minsal, 2011).

Por otra parte, la prueba Chi² demostró relación entre la variable ideación suicida alguna vez en la vida y sexo (P=0,001), como así también lo demostró con las variables ideación suicida alguna vez en el último mes y sexo (P=0,015). Dónde de los 215 adolescentes que respondieron todo el instrumento, 50 adolescentes que señalaron tener ideación suicida alguna vez en la vida, pertenecía al sexo femenino y solo 15 adolescentes al sexo masculino. Respecto a quienes presentaban ideación suicida en el último mes, 20 de ellos correspondían al sexo femenino y 4 al sexo masculino. Estudios realizados, como por ejemplo por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) realizado en México, en una muestra de adolescentes, han encontrado que la prevalencia de ideación suicida fue de 14.2% en los hombres y 19.2% en las mujeres. Con base a lo anterior se concluyó que el riesgo de las mujeres de presentar ideación suicida es 2 veces mayor que en los hombres.

Tanto en E.E.U.U. como en Chile, la ideación suicida y los intentos suicidas son más frecuentes entre niñas y adolescentes de sexo femenino. El suicidio consumado es más común entre niños y adolescentes de sexo masculino. (Gould et al, 2003).

En cuanto a la relación entre presencia de autolesiones, sintomatología depresiva y riesgo suicida se encontraron los siguientes resultados:

En la tabla 20, si bien no se logró determinar la relación entre autolesión y depresión con la prueba de Chi² debido a la distribución de las casillas, si pudimos describir el estado de las variables. De los 204 adolescentes encuestados que respondieron el inventario de depresión de Beck y la escala de autolesiones, existen 119 estudiantes señalaron no autolesionarse y presentaron una depresión mínima, frente a 53 que también presentaron depresión mínima, pero si se autolesionaban. Llama la atención que de las 17 encuestados que presentaron depresión leve, 12 de ellos se autolesionan, de igual forma de los 12 adolescentes que presentaban depresión moderada, 10 de ellos presentaban autolesiones y finalmente de los 3 encuestados que presentaban depresión grave, todos ellos se autolesionaban. Lo que indicaría quizás una relación, que debe ser analizada en profundidad con una muestra mayor.

Por otra parte, en la tabla 19, la correlación de Spearman señaló que a mayor cantidad de veces que los adolescentes se autolesionaban, mayor puntaje de depresión alcanzaban en el inventario de depresión de Beck. ($p < 0,29$ $R = 0,258$). En la literatura, de la misma forma encontramos estudios realizados por ejemplo por Nixon (2008) quien define la depresión como un factor de riesgo para las autolesiones. Estudios como el de Skegg (2005), señalan que en las conductas autolesivas existe una alta frecuencia de trastornos afectivos. Por la misma línea, Ávila y Pachar (2016), determinaron que un factor fundamental en las prácticas de autolesiones era la depresión.

Varios autores, señalan que es debido a la inestabilidad emocional y a ciertos procesos hormonales, donde también existe a la base sentimientos de desesperanza y desesperación, donde se ven enfrentados a problemas que ellos consideran irresolubles, buscando como alternativa las autolesiones. (Quiroga, 1998).

En la tabla 21 y 22, en cuanto a la relación entre presencia de autolesiones e ideación suicida, según la prueba χ^2 se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de autolesiones y la ideación suicida tanto en la vida ($p < 0,00$), como el mes ($p < 0,000$). Este resultado llama particularmente nuestra atención, debido a que nuestra hipótesis iba orientada a que no existiría una relación estadísticamente significativa entre autolesiones e ideación suicida, debido a la revisión de literatura realizada, donde se plantea que existe una distinción muy clara entre la dinámica psicológica de la autolesión y el intento suicida, dónde “la autolesión no es una conducta suicida, ya que su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo” (Walsh, 2006). Sin embargo, aunque las autolesiones surgen de impulsos autodestructivos, la relación entre el suicidio y la conducta autolesiva es compleja. Si bien la mayoría de los estudios (Klonsky y Olino, 2008; Ferreira et. al., 2012; Whitlock et. al., 2013) sugieren que las conductas autolesivas supone un método para aliviar temporalmente la angustia, las personas en poblaciones clínicas que realizan autolesiones son también más propensas a participar en conductas relacionadas con comportamientos suicidas.

La bibliografía destaca un fuerte vínculo entre la ideación suicida y el acto autolesivo. En esta línea Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) mostraron que entre los adolescentes que se autolesionaban, un alto porcentaje había presentado en algún momento ideación suicida (83%), mientras que entre aquellos que no se autolesionaron el porcentaje, si bien era alto, bajaba hasta el 29%. Otros estudios indican una asociación entre ambas conductas: el 58% de los adolescentes que han pensado en suicidarse, también han efectuado un acto autolítico o un intento de suicidio en algún momento. (Kirchner, 2011).

Como explicaciones a esta asociación entre autolesiones y suicidio, autores señalan que las conductas autolesivas no suicidas podrían ser predictores independientes de intento suicidio en

adolescentes, elevando hasta en 60 veces la probabilidad de cometer suicidio (Bridge et al., 2006). De la misma forma, las autolesiones se podrían dar en una patología mixta en donde en un momento se podrían dar las autolesiones y en otro momento el suicidio (Stanley et al, 2001). Por el contrario, Caicedo y Whitlock (2005) señalan que las autolesiones a menudo se llevan a cabo como un medio para evitar el suicidio.

Según la correlación de Spearman, se encontró una correlación estadísticamente significativa de tipo directa, en relación a la sintomatología depresiva y la variable ideación suicida alguna vez en la vida ($p < 0,00$. $r = 0,568$) y la variable ideación suicida en el último mes ($p < 0,00$. $r = 0,483$), que indica que a mayor nivel de sintomatología depresiva, mayor puntaje de ideación suicida alguna vez en la vida y en el mes. Esto se puede corroborar en otros estudios, como lo señalado por Apleby et al (1999) y posterior Baader et al (2004) que expresan que la depresión y el intento suicida previo se consideran los predictores más robustos asociados al suicidio consumado. Otro estudio realizado por Stewart, Donaghey, Deary y, Ebmeier concluyeron (2008) que el pensamiento suicida, además, constituye un signo de malestar emocional por sí mismo, puesto que en adolescentes y adultos jóvenes está fuertemente asociado a sintomatología psicológica, especialmente a la depresión, así como a la baja autoestima y a la sintomatología ansiosa. Otros estudios, afirman que existe una fuerte relación entre el suicidio y la depresión, siendo la conducta e ideación suicida uno de los síntomas más serios de la Depresión Mayor (Esposito y Clum, 2003; Mazza y Reynolds, 2000).

Respecto a la relación entre la variable tipo de colegio (municipal o particular subvencionado) y la variable autolesiones, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellas.

Una posible explicación podría ser que a pesar de que eran distintos tipos de establecimiento educacionales (municipal o particular subvencionado), no existían mayores diferencias entre la población estudiada, a diferencia de otros tipos de colegios que pudieran haber presentado mayor diferencia como por ejemplo si se hubiera realizado el estudio en liceos municipales y colegios particulares, dónde existe una mayor diferencia entre las características de la población.

Es importante mencionar que no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas consideradas en este estudio.

Queda finalmente reflexionar acerca de las principales limitaciones que presentamos a la hora de nuestra investigación. Si bien nuestra muestra fue representativa en consideración a la población a lo que tuvimos acceso, es pequeña considerando la población total a nivel de los establecimientos educacionales, debido a que la mayor dificultad fue obtener los consentimientos informados firmados por parte de los apoderados de los estudiantes, lo que implicó que la muestra fuera reducida.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados se puede concluir lo siguiente:

- En cuanto a la presencia de autolesiones el 38,2% (n=96) de la muestra se autolesionaba.
- En cuanto al nivel de la sintomatología depresiva los 204 que contestaron todas las preguntas del inventario de depresión de Beck, un 84,3% (n=172) de los encuestados presentaría depresión mínima, mientras tanto que un 8,3% (n=17) presentaría una depresión leve, un 5,9% (n=12) de los estudiantes presenta depresión moderada y un 1,5% (n=3) presenta depresión grave.
- En cuanto a la ideación suicida, de los 215 estudiantes que contestaron todos los ítems respecto a la ideación suicida en la vida, un 30,6% (n=65) si habría presentado ideación suicida alguna vez en su vida. Mientras que de los 215 estudiantes encuestados que contestaron todas las preguntas respecto a ideación suicida en el mes, un 11,2% (n=24) de los encuestados si presentó ideación suicida en el último mes.
- No se logró determinar la relación entre presencia de autolesiones y nivel de sintomatología depresiva según Beck debido a que la distribución de la muestra respecto a las casillas no permitió aplicar la prueba χ^2 .
- Según la prueba χ^2 existe una relación estadísticamente significativa entre las variables presencia de autolesiones e ideación suicida tanto en el mes como en la vida
- Existe una correlación estadísticamente significativa según la prueba de Spearman entre las variables Puntaje depresión Beck e ideación suicida ($p < 0,00$ $R = 0,568$).
- Según la prueba χ^2 no se encontró relación entre presencia de autolesiones con él pertenecer a un colegio particular subvencionado o municipal ($p = 0,713$).
- Según la prueba χ^2 se encontró relación entre sexo y presencia de autolesiones ($p < 0,00$), sexo e ideación suicida, tanto alguna vez en la vida ($p = 0,001$), como el último mes ($p = 0,015$), y no se encontró relación entre sexo y nivel de Depresión según Beck ($p < 0,062$).

Recomendaciones

A los establecimientos educacionales. Capacitar a los distintos profesionales respecto a las temáticas de conducta autolesiva, sintomatología depresiva y/o ideación suicida, para que puedan estar atentos a los signos y señales, con el fin de poder alertar a tiempo al equipo multidisciplinario

del establecimiento o a los apoderados del adolescente y se pueda realizar la intervención correspondiente, con el fin de mejorar la salud mental y la calidad de vida de los estudiantes.

En los cursos que se pesquisaron adolescentes que realizaban conductas autolesivas, presentaban sintomatología depresiva y/o ideación suicida, se sugiere a los equipos multidisciplinarios poder generar planes o programas, como por ejemplo de intervención grupal, a través de talleres informativos a los alumnos, con el fin de identificar síntomas y signos, motivándolos a solicitar ayuda psicológica en los casos que fuera necesario. Además, poder desarrollar temáticas respecto a expresión y regulación emocional.

En la misma línea sería importante poder desarrollar talleres de prevención en torno a estas temáticas con los otros cursos del establecimiento.

A futuros investigadores. Se recomienda a futuro realizar investigaciones de la misma índole, pero estadísticamente más representativas, incluyendo poblaciones con otras características sociodemográficas, por ejemplo, en Colegio Particulares.

Se sugiere indagar en mayor profundidad la temática de autolesiones, debido a que es un fenómeno que ha sido poco estudiado. Sería importante indagar acerca de las motivaciones que llevan a los jóvenes a autolesionarse.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones: Este cuestionario trata de investigar algunos aspectos sobre ti.

Por favor, contesta cada pregunta marcando con una X en la casilla correspondiente o escribiendo en el espacio señalado.

Recuerda que tus respuestas serán confidenciales.

1.- Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
2.- ¿Cuál es tu edad?	_____ AÑOS	
3.- ¿En qué curso estas?	<input type="checkbox"/> 1º medio <input type="checkbox"/> 2º medio <input type="checkbox"/> 3º medio <input type="checkbox"/> 4º medio	
4.- ¿A qué tipo de colegio perteneces?	<input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular Subvencionado	
5.- ¿Profesas alguna Religión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Cual: _____	
6.- ¿Quiénes viven en tu casa? Marca más de una opción según corresponda	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Hermano(s) <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Tío(s) <input type="checkbox"/> Padres adoptivos <input type="checkbox"/> Otros no familiares	
7.- ¿Cómo describirías la relación con tus padres (o tus cuidadores)?	<input type="checkbox"/> Cercana <input type="checkbox"/> Distante	
8.- ¿Cuántas personas viven bajo tú mismo techo?	_____ personas	
9.- ¿Cuál es el ingreso total aproximado en tú hogar?	_____ pesos	
10.- ¿Tienes pareja?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
11. Promedio aproximado de notas el semestre anterior:	_____ Nota	
12.- ¿Has asistido al psicólogo alguna vez?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
13.- ¿Haz asistido al psiquiatra alguna vez?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-BDI

Instrucciones: A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Marque con un X la casilla que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones*.

<p>1.-</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>2.-</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p>
<p>3.-</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento fracasado.</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>4.-</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes.</p> <p><input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>
<p>5.-</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6.-</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Espero ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7.-</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me detesto.</p>	<p>8.-</p> <p><input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro.</p> <p><input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.</p> <p><input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas.</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>

<p>9.-</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p><input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.</p> <p><input type="checkbox"/> Desearía suicidarme.</p> <p><input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p>10.-</p> <p><input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p><input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Lloro continuamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.</p>
<p>11.-</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí.</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente.</p> <p><input type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</p>	<p>12.-</p> <p><input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás.</p>
<p>13.-</p> <p><input type="checkbox"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.</p> <p><input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones.</p>	<p>14.-</p> <p><input type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
<p>15.-</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo.</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto.</p>	<p>16.-</p> <p><input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre.</p> <p><input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p>

<p>17.-</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal.</p> <p><input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>	<p>18.-</p> <p><input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito.</p>
<p>19.-</p> <p><input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy a dieta para adelgazar</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO.</p>	<p>20.-</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p>
<p>21.-</p> <p><input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo.</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p>	

ANEXO 3

ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Instrucciones: A continuación verás afirmaciones sobre sentimientos, pensamientos y experiencias que a veces tienen las personas.

Por favor, marca con una "X" si esto te ha sucedido ALGUNA VEZ EN TU VIDA o DURANTE EL ÚLTIMO MES.

1. ¿Has deseado estar muerto o has deseado poder dormir y no despertar ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Has deseado estar muerto o has deseado poder dormir y no despertar DURANTE EL ÚLTIMO MES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte DURANTE EL ÚLTIMO MES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SI LA RESPUESTA FUE AFIRMATIVA (SI), CONTINÚA CON LAS DE MÁS ABAJO. DE LO CONTRARIO, PASA A LA SIGUIENTE PÁGINA.

5. ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo DURANTE EL ÚLTIMO MES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado, la intención de llevarlas a cabo ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado, la intención de llevarlas a cabo DURANTE EL ÚLTIMO MES??	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. ¿Has comenzado a elaborar o elaborado los detalles sobre cómo suicidarte ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. ¿Has comenzado a elaborar o elaborado los detalles sobre cómo suicidarte DURANTE EL ÚLTIMO MES??	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan ALGUNA VEZ EN TU VIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12. ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan DURANTE EL ÚLTIMO MES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ANEXO 4

ESCALA DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS

(SITBI VERSIÓN ABREVIADA TRADUCIDA AL ESPAÑOL)

Instrucciones: Por favor, contesta cada pregunta marcando con una X en la casilla correspondiente o escribiendo en el espacio señalado. Si contestas que **NO** a la primera pregunta, no debes seguir contestando las demás.

1- ¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2- ¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste?		_____ años	
3- ¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste?		_____ años	
4- ¿Cuántas veces en tu vida aproximadamente te has herido, cortado o hecho daño a propósito?		_____ veces	
5- ¿Cuántas veces aproximadamente lo has hecho en el último año?		_____ veces	
6- ¿Cuántas veces aproximadamente en el último mes?		_____ veces	
7- ¿Cuántas veces aproximadamente en la última semana?		_____ veces	
8- A continuación encontrarás una lista de métodos que algunas personas pueden utilizar para hacerse daño. Por favor, marca con una x si has utilizado alguno de estos métodos.			
<input type="checkbox"/> 1. Hacerse cortes en la piel <input type="checkbox"/> 2. Golpearse a propósito alguna parte del Cuerpo. <input type="checkbox"/> 3. Arrancarse el pelo <input type="checkbox"/> 4. Hacerse un tatuaje a si mismo <input type="checkbox"/> 5. Hurgar en la herida(es decir, abrir la herida) <input type="checkbox"/> 6. Quemarte la piel(es decir, con un Cigarro, fósforo u otro objeto caliente). <input type="checkbox"/> 7. Insertar objetos bajo las uñas o la piel.		<input type="checkbox"/> 8. Morderse (por ejemplo, los labios u otra parte cuerpo hasta sangrar) <input type="checkbox"/> 9. Pellizcarse a sí mismo hasta causar en enrojecimiento o marcas en la piel. <input type="checkbox"/> 10. Hacerte arañazos <input type="checkbox"/> 11. Frotar la piel hasta causar enrojecimiento o marcas en la piel. <input type="checkbox"/> 12. Otros (especificar): _____	
9- ¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10- En promedio, ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente pensaste en hacerte daño a propósito antes de hacerlo?			
<input type="checkbox"/> Nada, no lo pensé	<input type="checkbox"/> Horas	<input type="checkbox"/> Años	
<input type="checkbox"/> Segundos	<input type="checkbox"/> Días	<input type="checkbox"/> No recuerdo	
<input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> Meses		
11- En una escala de 0 a 4, ¿Qué tan probable es que realices estas conductas en el futuro?			
<input type="checkbox"/> 0 =Nada	<input type="checkbox"/> 1= Poco probable	<input type="checkbox"/> 2= Medianamente probable	<input type="checkbox"/> 3= Bastante probable
			<input type="checkbox"/> 4= Muy probable



ANEXO 5

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

1. HOJA INFORMATIVA PREVIA AL CONSENTIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista de Chile imparte la carrera de Psicología, con el grado de Licenciatura. En su etapa final, como requisito para obtener el mencionado título, los estudiantes deben realizar una investigación (llamada Trabajo Final Integrador) en el área de Psicología. Para tal efecto, se han seleccionado 2 liceos municipales y 2 colegios particulares subvencionados de la comuna de Chillán, de los cuales se obtuvieron las autorizaciones correspondientes.

Para realizar esta investigación se requiere información de los estudiantes de 1° a 4° medio pertenecientes a los colegios y liceos antes mencionados de la comuna, entre los cuales su hijo ha sido escogido. Para ello, se aplicarán 4 encuestas en el establecimiento educacional en el cual usted es apoderado. Las conclusiones generales de la investigación deberán ser presentadas al defender el trabajo de tesis, en aulas de la Universidad y frente a una comisión examinadora.

La información solicitada será de uso exclusivo de las instituciones implicadas (establecimiento educacional y Universidad) y, en cumplimiento con la ley N° 19.628, de protección de la vida privada o de datos de carácter personal, los estudiantes se comprometen a resguardar su identidad.

En esta investigación, se aplicarán los siguientes instrumentos:

- _ Encuesta de datos sociodemográficos.
- _ Sub-escala de autolesiones versión breve, perteneciente a la Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA)
- _ Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- _ Escala Ideación Suicida Columbia.

Los integrantes de esta investigación, que aplicarán estos instrumentos, son: Daniela Caroca Ventura, Loreto Gomez Montti, Fernanda Guerra Vásquez y Camila Vargas Mardones

2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA

La Universidad Adventista de Chile, con autorización del establecimiento educacional en el cual usted es apoderado, solicita su consentimiento para la aplicación de una encuesta en las dependencias del centro educativo, lo que permitirá reunir información para un trabajo de investigación, requisito para la obtención del grado académico de Licenciatura en Psicología. Los estudiantes se comprometen a mantener su identidad en reserva.

Yo,

Cédula de Identidad N° _____, como apoderado autorizo que se apliquen las encuestas mencionadas con fines de investigación, habiéndome informado previamente de las condiciones y objetivos que se persiguen con ello.

FIRMA: _____

FECHA: _____



ANEXO 6

CARTA DE SOLICITUD PARA JUEZ DE VALIDACIÓN

Distinguido Profesional:

Junto con saludar, nos dirigimos a ud. Como estudiantes de la Universidad Adventista de Chile, para exponer que estamos realizando nuestro trabajo de investigación final titulado: “**Autolesiones, nivel de sintomatología depresiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza media, Chillán**”, la cual está siendo dirigida por la Docente Carolina Mora Riquelme.

Para dicha investigación, uno de los instrumentos fundamentales es la sub-escala de autolesiones, perteneciente a la Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA), la cual no se encuentra validada en Chile.

Destacando su experiencia profesional en este campo, es que recurrimos a su honorable persona para solicitarle su valiosa colaboración como juez de validación, consistente en la revisión y análisis del instrumento, cuyo **objetivo es evaluar la conducta autolesiva en adolescentes**. Sus observaciones y recomendaciones serán de gran ayuda para la elaboración final de nuestro instrumento de investigación.

A continuación, se adjuntan una pauta de evaluación del instrumento y en los anexos los instrumentos tanto en su versión en inglés como en español, una tabla comparativa de los cambios y una descripción de ellos.

Agradeciéndole de antemano, esperando la debida atención a la presente, nos despedimos de Ud.

Alumnas de La Universidad Adventista de Chile.

Chillán, Septiembre del 2016

ANEXO 7

ENCUESTA PARA VALIDACIÓN POR EXPERTOS

N° del ítems	Validez de constructo		Validez lingüística		Observaciones
	Si	No	Si	No	
Ítems 1					
Ítems 2					
Ítems 3					
Ítems 4					
Ítems 5					
Ítems 6					
Ítems 7					
Ítems 8					
Ítems 9					

ANEXO 8
CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE: _____

EXPERTO: _____

ESPECIALIDAD: _____

RUT: _____

Por este medio de la presente hago constar que realice la revisión del instrumento para medir conducta autolesiva, titulado Escala de pensamientos y conducta autolesiva, modificado por las estudiantes de pre-grado de licenciatura en Psicología, quienes están realizando un trabajo de investigación titulado **“Relación entre autolesiones ,nivel de sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes de Chillán.”**

Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que dicho test es válido para su aplicación.

Chillán, Septiembre de 2016

ANEXO 9

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El presente instrumento para medir autolesiones es una la sub-escala llamada autolesiones, que forma parte de la escala “Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI)”, desarrollada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard por Nock Matthew K; Nock, Elizabeth B; Holmberg Valerie I. Photos and Bethany D. Michel (2007). La escala completa consta de 6 sub-escalas independientes: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intento de suicidio, pensamientos relacionados con las autolesiones y autolesiones (que es la que se usará en este estudio). La sub-escala de autolesiones contiene 27 ítems que evalúan las conductas autolesivas, gestos suicidas y los diferencia de intentos suicidas propiamente dichos. Dicho instrumento presentó una confiabilidad test-retest de 70.

Los mismos autores desarrollaron una forma breve de esta escala dónde se conservaron 11 preguntas en la subescala de autolesiones relacionados con la presencia, frecuencia, severidad, duración, y la probabilidad de futuras conductas autolesivas, pero excluye los elementos relacionados con las funciones del comportamiento, la experiencia del dolor, y la influencia de los pares.

El año 2013 se realizó la adaptación y traducción de esta escala, titulada “Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA)” por García Nieto, Rebeca García-Nieto, Hilario Blasco-Fontecilla, Manuel Paz Yepes, y Enrique Baca-García. En España con 150 pacientes hospitalizados. La fiabilidad test-retest de esta sub-escala fue de .65.

Para la presente investigación se usara la versión abreviada de la sub-escala de autolesiones en español. Es importante considerar que se realizaron pequeñas modificaciones lingüísticas basadas en la tesis realizada por Sofía Varona (2015), titulada “Autolesiones en adolescentes: estilos de afrontamiento y afecto”, quién usó esta escala de autolesiones y realizó diversas modificaciones con el objetivo de facilitar la comprensión de la población a trabajar. Por ejemplo, en la mayoría de ítems, se cambió la palabra “autolesionado” por “herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)”.

ANEXO 10

**ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTO-LESIVAS VERSIÓN
ABREVIADA EN INGLÉS SITBI-SHORT FORM**

These questions ask about your thoughts and feelings of suicide and self-injurious behaviors. Please listen carefully and respond as accurately as you can. Do you have questions before we begin?

Non-Suicidal Self-Injury

62)	Have you ever actually engaged in NSSI? 0) no 1) yes	62)_____
63)	How old were you the first time? (<i>age</i>)	63)_____
64)	How old were you the last time? (<i>age</i>)	64)_____
65)	How many times in your life have you engaged in NSSI?	65)_____
66)	How many times in the past year?	66)_____
67)	How many times in the past month?	67)_____
68)	How many times in the past week?	68)_____
69)	Now I'm going to go through a list of things that people have done to harm themselves. Please let me know which of these you've done: 1) cut or carved skin 2) hit yourself on purpose 3) pulled your hair out 4) gave yourself a tattoo 5) picked at a wound 6) burned your skin (i.e., with a cigarette, match or other hot object) 7) inserted objects under your nails or skin 8) bit yourself (e.g., your mouth or lip) 9) picked areas of your body to the point of drawing blood 10) scraped your skin 11) "erased" your skin to the point of drawing blood 12) other (specify): 88) not applicable	69a)_____ 69b)_____ 69c)_____ 69d)_____

70)	<p>Have you ever received medical treatment for harm caused by NSSI?</p> <p>0) no 88) not applicable 1) yes 99) unknown</p>	70)_____
71)	<p>On average, for how long have you thought about NSSI before engaging in it?</p> <p>0 seconds 5) 1-2 days 1) 1-60 seconds 6) more than 2 days 2) 2-15 minutes 7) wide range (spans > 2 responses) 3) 16-60 minutes 88) not applicable 4) less than one day</p>	71)_____
72)	<p>On the scale of 0 to 4, what do you think the likelihood is that you will engage in NSSI in the future?</p>	72)_____

ANEXO 11
ESCALA DE CONDUCTA AUTOLESIVA

SUB-ESCALA DE AUTOLESIONES	
1- ¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2- ¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste?	_____ años
3- ¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste?	_____ años
4- ¿Cuántas veces en tu vida te has herido, cortado o hecho daño a propósito?	_____ años
5- ¿Cuántas veces lo has hecho en el último año?	_____ años
6- ¿Cuántas veces en el último mes?	_____ años
7- ¿Cuántas veces en la última semana?	_____ años
8- A continuación encontrarás una lista de métodos que las personas utilizan para hacerse daño. Por favor, marca los que hayas utilizado	
<input type="checkbox"/> 1. Hacerse cortes <input type="checkbox"/> 2. Golpearse a propósito <input type="checkbox"/> 3. Arrancarse el pelo <input type="checkbox"/> 4. Hacerse un tatuaje a si mismo <input type="checkbox"/> 5. Hurgar en la herida <input type="checkbox"/> 6. Quemarte la piel (es decir, con un Cigarro. fósforo u otro objeto caliente) <input type="checkbox"/> 7. Insertar objetos bajo las uñas o la piel.	<input type="checkbox"/> 8. Morderse (por ejemplo, la boca o los labios) <input type="checkbox"/> 9. Pellizcarse a sí mismo hasta el punto de _____ s sangrar. <input type="checkbox"/> 10. Hacerte arañazos <input type="checkbox"/> 11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangrar <input type="checkbox"/> 12. Otros (especificar): _____ <input type="checkbox"/> 13. No aplicable <input type="checkbox"/> 14. Desconocido
9- ¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

10- En promedio, ¿Durante cuánto tiempo pensaste en hacerte daño a propósito antes de hacerlo?				
<input type="checkbox"/> 0 segundos <input type="checkbox"/> 1-60 segundos <input type="checkbox"/> 2-15 minutos <input type="checkbox"/> 16-60 minutos	<input type="checkbox"/> Menos de un día <input type="checkbox"/> 1-2 días <input type="checkbox"/> Más de 2 días	<input type="checkbox"/> Amplios periodos (Abarca más de 2 respuestas) <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> Desconocido		
11- En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?				
<input type="checkbox"/> 0 =Nada	<input type="checkbox"/> 1=Un poco	<input type="checkbox"/> 2=A veces	<input type="checkbox"/> 3= Mucho	<input type="checkbox"/> 4= Permanentemente

ANEXO 12

Modificaciones Lingüísticas

N° de ítem	Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI-Short Form)	Escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA)	Ítem modificado
Ítem 1	Have you ever had thoughts of purposely hurting yourself without wanting to die? (for example, cutting or burning)	¿Alguna vez te has autolesionado?	¿Alguna vez te has herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)?
Ítem 2	How old were you the first time you thought about engaging in NSSI? (age)	¿Cuántos años tenías la primera vez? (edad)	¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste?
Ítem 3	How old were you the last time? (age)	¿Cuántos años tenías la última vez?	¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste?
Ítem 4	During how many separate times in your life have you thought about engaging in NSSI?	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	¿Cuántas veces en tu vida te has herido, cortado o hecho daño a propósito?
Ítem 5	How many separate times in the past year?	¿Cuántas veces en el último año?	¿Cuántas veces lo has hecho en el último año?
Ítem 6	How many separate times in the past month?	¿Cuántas veces en el pasado mes?	¿Cuántas veces en el último mes?
Ítem 7	How many separate times in the past week?	¿Cuántas veces en la pasada semana?	¿Cuántas veces en la última semana?
Ítem 8	Now I'm going to go through a list of things	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para	A continuación encontrarás una lista de métodos de las

	that people have done to harm themselves. Please let me know which of these you've done:	hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado? (Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación)	personas utilizan para hacerse daño. Por favor, marca los que hayas utilizado
Item 8 ^a	<p>1) cut or carved skin</p> <p>2) hit yourself on purpose</p> <p>3) pulled your hair out</p> <p>4) gave yourself a tattoo</p> <p>5) picked at a wound</p> <p>6) burned your skin (i.e., with a cigarette, match or other hot object)</p> <p>7) inserted objects under your nails or skin</p> <p>8) bit yourself (e.g., your mouth or lip)</p> <p>9) picked areas of your body to the point of drawing blood.</p> <p>10) scraped your skin</p> <p>11) "erased" your skin to the point of drawing blood</p> <p>12) other (specify):</p>	<p>1. Hacerte cortes</p> <p>2. Golpearte a propósito</p> <p>3. Arrancarte el pelo</p> <p>4. Hacerte un tatuaje a ti mismo</p> <p>5. Hurgar en una herida</p> <p>6. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente)</p> <p>7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel</p> <p>8. Morderte (ej. Morderte los labios)</p> <p>9. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre</p> <p>10. Hacerte arañazos</p> <p>11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre.</p> <p>12. Otro (especificar):</p>	<p>1. Hacerse cortes</p> <p>2. Golpearse a propósito</p> <p>3. Arrancarse el pelo</p> <p>4. Hacerse un tatuaje a si mismo</p> <p>5. Hurgar en la herida</p> <p>6. Quemarte la piel (es decir con un cigarro) fósforo u otro objeto caliente.</p> <p>7. Insertar objetos bajo las uñas o la piel.</p> <p>8. Morderse (por ejemplo, la boca o los labios.</p> <p>9. Pellizcarse a sí mismo hasta el punto de sangrar</p> <p>10. Hacerte arañazos</p> <p>11. Frotarte la piel hasta punto de sangrar.</p> <p>12. Otros (especificar)</p>
Ítem 9	Have you ever received medical treatment for harm caused by NSSI?	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?
Ítem 10	On average, for how long have you thought about NSSI before engaging in it?	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	¿Durante cuánto tiempo pensaste en hacerte daño a propósito antes de hacerlo?
Ítem 11	On the scale of 0 to 4, what do you think the	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que

	likelihood is that you will engage in NSSI in the future?	este tipo de conductas en el futuro?	realices este tipo de conductas en el futuro?
--	---	--------------------------------------	---

Tabla 29

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra											
	edad	Cantidad de personas bajo tú mismo techo	Ingreso total en el hogar	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste?	¿Cuántos años tenías la última vez que hiciste?	¿Cuántas veces en tu vida aproximadamente te has herido, cortado o hecho daño a propósito?	¿Cuántas veces aproximadamente lo has hecho en el último año?	BECK TOTAL	IdeaciónVida	Ideaciónmes	
N	251	250	163	89	88	81	87	204	215	215	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	16,22	4,18	438527,61	12,93	14,47	4,23	1,55	7,5490	1,6000	,6512
	Desviación típica	1,378	1,487	327489,691	2,411	1,941	4,060	4,640	6,87414	1,92086	1,36176
Diferencias más extremas	Absoluta	,153	,204	,180	,170	,144	,224	,369	,138	,267	,414
	Positiva	,153	,204	,180	,117	,142	,224	,335	,138	,267	,414
	Negativa	-,125	-,130	-,135	-,170	-,144	-,213	-,369	-,136	-,202	-,316
Z de Kolmogorov-Smirnov	2,421	3,228	2,300	1,601	1,349	2,020	3,442	1,973	3,920	6,070	
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,012	,053	,001	,000	,001	,000	,000	

a. La distribución de contraste es la normal.
b. Se han calculado a partir de los datos.

Tabla 30

Alfa de Crombach, prueba de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,838	21

La prueba de fiabilidad alfa de cronbach dio 0,838 con 21 elementos.

Tabla 31.

Estadísticos total-elementos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Beck01	7,4559	44,683	,498	,831
Beck02	7,4657	44,467	,483	,831
Beck03	7,4461	44,524	,448	,832
Beck04	7,3922	43,323	,468	,830
Beck05	7,4069	44,489	,417	,832
Beck06	7,4853	44,891	,429	,833
Beck07	7,4510	44,889	,487	,832
Beck08	7,4069	43,750	,491	,830
Beck09	7,3039	43,996	,412	,832
Beck10	6,7598	39,582	,444	,834
Beck11	6,8333	42,199	,394	,833
Beck12	7,0196	41,586	,505	,827
Beck13	6,9608	41,319	,452	,830
Beck14	7,0539	40,150	,534	,825
Beck15	6,8824	42,390	,438	,830
Beck16	6,9412	42,972	,329	,836
Beck17	6,9118	41,854	,524	,826
Beck18	7,0882	43,844	,286	,838
Beck19	7,2549	44,142	,341	,834
Beck20	7,0539	42,475	,466	,829
Beck21	7,4069	45,819	,197	,839

LISTA DE REFERENCIAS

- Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.
- Almudena, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudio de Juventud, Salud Mental*. España: Universidad de Complutense de Madrid.
- Asarnow, J., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K., Brent, D. (2011). Suicide attempts and non-suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(8), 772-781.
- Aslund, C., Nilsson, K., Starrin, B., Sjoberg, R. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(5), 298-304.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública*, 46, 417-424.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- Brent, D., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K., Asarnow, J., Keller, M., (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 299:901-13.
- Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L. & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 52-58.
- Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher M (1993), A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:770- 774.
- Bridge JA, Goldstein TR & Brent DA. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 47, 372-394.
- Briere J, Gil E. (2011) Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*; 68: 609-20.
- Brown G.W., Harris T. (1978). *Social Origins of Depression*. Tavistock, London
- Carrera, M. & Guzmán, P. (2005). *Autoagresión Corporal en Adolescentes Chilenas*. tesis en licenciatura en Psicología Universidad de Humanismo Cristiano.Chile, Santiago.
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. y Che, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and development*, 35, 313-322.

- Chowanec GD, Josephson AM, Coleman C, Davis H. (1991) Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 30: 202-7. 28.
- Conterio K, Lader W. (1998). *Bodily Harm*. New York: Hyperion.
- Conterio K, Lader W. (1985). *Bodily Harm*. New York: Hyperion.
- Cornellà, J. (2012). *Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención*. Garbí de la Universitat de Girona.
- Crisafulli C, Calati R, De Ronchi D, Sidoti A, D'Angelo R, Amato A. (2010). Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clin Neuropsychiatry*.;7(4/5):141-8.
- Cumsille P, Martínez M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev Chil Pediatr*; 68: 74-7.
- Diener CI., Dweck C.S. (1980). An analysis of learned helplessness, 2, The processing of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 940-952.
- Favazza A. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R., y Simeon, D. (1995). *Self-mutilation*. En A. H. D. J. Stein (Ed.), *Impulsivity and aggression* (pp. 185-200). Chichester: John Wiley y Sons.
- Favazza, A., Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22-30.
- Fernández, Martínez y Gutiérrez. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. Vol. 12, nº 4, pp. 525-532.
- Ferreira Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A.P., César Machado, B., Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541
- Focus Adolescent Services (2002). *La Auto mutilación*. Recuperado el 14 de octubre 2004, de http://www.azprevention.org/Downloadable_Documents/selfinjurySPA2_21_02.pdf.
- Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. Nueva York. UNICEF
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. Y Sadock, B.J. (Eds.) (1983). *Tratado de Psiquiatría*. (2 vols.). Barcelona: Salvat.
- Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M. (1972) Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Int J Psychoanal*; 53: 179-83
- Garber J. Depression in Children and Adolescents. (2006) Linking Risk Research and Prevention. *Am J Prev Med*.;31(6 Suppl 1):104-25.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, J., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H. y Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American

foundation for suicide prevention college screening project at emory University. *Depression And Anxiety* 25, 482-488.doi 10.1002/da.20321

Garrison, C., Addy, C., Jackson, K., McKeown, R. and Waller, J. (1991). "A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 597-603.

Gindhu y Reichl.(2005) Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *J Youth Adolescence*;34:447-57.

Gonzales, S. (2011). *Expectativas de regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica*. Universidad de Chile. Santiago.

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 (4), 386 – 405.

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de sanidad y política social (2009). Disponible en web: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl .pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf).

Guidano V.F. (1987). *Complexity of the Self*. Guilford, New York.

Guidano V.F., Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York.

Guo B, Harstall C. (2002) Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research. *Health Technology Assessment*; Informe No.: 26.

Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H. (2004) Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *J Affect Disord*;83(2-3):143-54.

Hawton K, van Heeringen K. (2009) . *Suicide. Lancet*.373(9672):1372-81

Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., Traskman-Bendz, L. (1998) Deliberate self-harm: systematic review of 282 efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441–447.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la Investigación (5ª Ed.)*. México: McGraw Hill Educación

Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K. y Viinamaki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A3-year prospective follow-up study in a general population. *Sociological Psychiatric Epidemiology*, 44, 29-33. doi 10.1007/s00127-008-0401-6.

Hurlock (1994). *Psicología de la adolescencia*. Madrid. Paidós

Jiménez, J., Mondragón, L. y González-Forteza, C. (2000). Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *La psicología Social en México. AMEPSO*, VIII, 185-191

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,(2016) 55 (5) , pp. 349-350.
- Kandel D, Davies M. (1986) Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*.;43:255-62.
- Kerfoot, M. (1996). Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents: A research update. *Children and Society* 10, 236-41.
- Klonsky, D., Muehlenkamp, J., Lewis, S., Walsh, B. (2011). Nonsuicidal Self-Injury. *Advances in Psychotherapy*. USA: Hogrefe.
- Klonsky, E. (2007). Non-suicidal self-injury: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*. 63 (11), 1039-1043.
- L. Gaviria S, D. Alarcón R. Psychopathology and Gender: Longitudinal and Historical View Through DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. junio de 2010;39(2):389-404.
- Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielssen O.(2009) Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 35: 1012-21.
- Laye-Gindhu, Schonert-Reichl (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the ‘whats’ and ‘whys’ of self-harm. *J Youth Adolescence*;34:447-57.
- Levenkron H. (2006) Love (and hate) with the proper stranger: Affective honesty and enactment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (2), 157-181
- Lloyd-Richardson, E. Perrine, N. Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183–1192. <http://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, (2007) *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados*. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad. Informe No.: Osteba D-07-02.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., Arensman, E. (2011). *Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. 20(10), 499-508.
- Maturana, A (2008), *El riesgo de autolesiones en adolescentes se reduce con padres que escuchan y dan apoyo*. Obtenido de <http://portal.sochipe.cl/modulos.php?mod=noticias&fn=94e679ab46d568928ad91afb91a749bb&id=1204>.
- McKay, M., Wood, J., Brantley, J. (2007). *The dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. New Harbinger Publications Inc.California.
- Menninger, K. (1935). A Psychoanalytic Study of the Significance of Self-Mutilation”. *Psychoanalytic Quarterly*. 4 (3), P. 408-466
- Mental Health Foundation (2006). Truth hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people. London: *Mental Health Foundation*

- Ministerio de Salud. (2011) *Encuesta Nacional de Salud ENS*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2011) *Informe sobre Chile y Comparación con los países Miembros*. Santiago, Chile. Obtenido de http://web.minsal.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_general/elementos/oecdchl2011.pdf
- Ministerio de Salud. (2013). *Encuesta Nacional de Salud ENS*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud.(2013). *Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión*. Obtenido de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>.
- Montenegro y Guajardo. (2000). *El desarrollo psicológico del adolescente. Psiquiatría del Niño y el Adolescente, 2° ed*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Mosquera. D. (2008). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid: Pléyades, S.A.
- Muños, Pinto, callata, Napa y Perales. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev. perú. med. exp. salud*, vol.23, n.4.
- Nader, & Boehme. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome? *Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia* , 14 (1), 32-37.
- Nader, A & Morales, A. (2008). Síndrome de automutilación en adolescentes: Análisis comparativo de comorbilidad. *Revista chilena de psiquiatría infantil y adolescentes*. 16(2), 21-29.
- Nader, A. (2003). Auto mutilación ¿síntoma o síndrome?. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*. 14, 32 - 36.
- Nardi. (2004). La depresión adolescente. *PsicoPerspectiva*. vol. III ; (pp. 95 - 127)
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Depression in Children and Young People*. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Self-harm*. (2004) The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence;. Informe No.: 16.
- Nichols, P. (2000). *Bad Body Fever and Deliberate Self-injury*. Bloomington.
- Nixon, Cloutier, & Jansson. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312
- Nixon, M., Heath, N. (2009). *Self Injury in Youth*. The Essential Guide to Assessment and Intervention. Routledge, Taylor y Francis Group. New York:
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. (2008) Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev.*;30(1):133-54.
- Nock, M. (2009). Non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. *American Psychological Association*, Washington, DC.

- Nock, M., Prinstein, M. (2005). Contextual features and Behavioral Functions of SelfMutilation among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 114, 140- 146.
- Nolen-Hoeksema S. (2012) Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*;8(1):161-87.
- O'Connor RC.(2007) The Relations between Perfectionism and Suicidality: A *Systematic Review*. *Suicide Life-Threat Behav.*;37(6):698-714.
- Organización Mundial de la Salud. (2008) *Atención Primaria de Salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La Financiación de los Sistemas de Salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2016) *Depresión*. Ginebra; Suiza.
- Pérez- Amezcua, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Piqueras, Martínez, Linares, Burón, López,; Oblitas (2008). ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SALUD. *Suma Psicológica*, vol. 15 (1), , pp. 43-73. Colombia.
- Prinstein MJ, Nock, MK, Simon V,.(2008) Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol*; 76: 92-103.
- Quiroga, S. (1998). *Patologías de la auto-destrucción*. Editorial Publicar. Santiago. Chile
- Rice F, Harold GT, Thapar A. (2005)The Link between depression in mothers and offspring: an extended twin analysis. *Behav Genet.*;35(5):565-77.
- Richardson LP, Katzenellenbogen R. (2005). *Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment*. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.*;35(1):6-24.
- Roberts, P. & Vigh, S. (2002). *Cicatrices en el cuerpo*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.
- Ruiz Ramos M, Muñoz Bellerín J, Ramos León JM, Gil Arrones J, Ruiz Pérez I, Muriel Fernández R. (1999). Tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía desde 1976 a 1995. *Gac Sanit.* 13:135-40.
- Ruiz, Muñoz, León, Arrones, Pérez y Fernández . (1999). Tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía desde 1976 a 1995. *Gac Sanit.* ; 13:135- 40.
- Sakinofsky I. (2007). Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry*; 52(6S1):71S-84S.

- Santos, D. (2011). *Autolesión, qué es y cómo ayudar* (primera edición). México, DF: Ficticia.
- Sepúlveda, G. (2004). *Psicoterapia evolutiva en adolescentes con conductas suicidas. Conducta suicida en el adolescente: Continuidades entre infancia, adolescencia y adultez*. Simposio realizado en XXIII Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, Concepción, Chile.
- Serna C, Galván L, Gascó E, Santafé P, Martín E, Vila T.(2006). Evolution in consumption of antidepressants during the years 2002 to 2004. *Aten Primaria*.;38(8):456-60.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P. (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*; 53:339- 348.
- Silva H. (2002) Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev Chil NeuroPsiquiat*;40(supl 1):9-20.
- Simonds, J., McMahon, T. and Armstrong, F. (1991). "Youth suicide attempters compared with a control group: Psychological, affective and attitudinal variables". *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 21, 134-51.
- Skegg. (2005) *Self-harm*. *Lancet*;366:1471-1483.
- Stanley B, Gameroff M, Michalsen V, Mann J, (2001). Are suicide attempters who self mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry*. 158:427-432
- Stewart, Donaghey, Deary, y Ebmeier. (2008) Suicidal thoughts in young people: Their frequency and relationships with personality factors. *Pers Indiv Differ*;44:809-20.
- Tejada. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*.
- Thase, M.E. y Howland, RH. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. En E. Beckman y W. Leber (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 213 – 279). Nueva York: Guilford.
- Torgersen S. (2008) Genetic epidemiology of major depression. *Actas Esp Psiquiatr*.;36 (Suppl. 1):25-7.
- Ulloa, Hernández, Navarrete, y Figueroa. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*, 36(5), 421-427
- UNICEF. (2012). *Informe Anual de Unicef*. United Nations Plaza Nueva York, USA
- Vasquez, C. (2012). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP.
- Ventura-Junca, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña & Garib. (2010). Prevalencia de la ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 309-315.

- Villarreal-González, María Elena, Sánchez-Sosa, Juan Carlos, Musitu, Gonzalo, & Varela, Rosa. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 253-264.
- Villarreal G, Jerez C, Montenegro M, Montes A, Igor M y Silva I. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51 (1): 38-45
- Walsh, B. (2006). *Treating self-Injury. A Practical Guide*. New York; The Guilford Press.
- Walsh, B., Rosen, P. (1988). *Self-Mutilation: Theory, Research and Treatment*. New York; The Guilford Press.
- Weissman M, Wolk S, Goldstein B, Moreau D, Adams P, Greenwald S. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*.;281(12):1707-13.
- Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2013) Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D. (2006). The epidemiology of self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-19
- Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B y Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168: 495-501.
- Williams JM, Pollock LR. (2000). *The psychology of suicidal behaviour*. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- World Health Organization. (2008). *Suicide prevention and special programmes*. Geneva: World Health Organization;
- World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genève: WHO.
- World report on violence and health. Geneva: WHO; (2002). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf.
- Yang CY. (2010) *Association between parity and risk of suicide among parous women*. *CMAJ*. 2010;182(6):569-72.
- Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. (2008) Suicidal risk factors and completed suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med*.;13:243-56.
- Young Minds. (2003). *Worried about self-injury?* London: YoungMinds.
- Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., Van Heeringen, K., Hewitt, A., (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32(4), 875-891

- Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., Van Heeringen, K., Hewitt, A., (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following selfharm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32(4), 875-891.
- Zamorano, C, Navarro, C, Sotta, M. (2008). Adolescentes que se autoinfligen heridas, una propuesta explicativa. Artículo publicado en la *Revista De Familias y Terapias*, Año 16, N° 25, Agosto de 2008, pp 107 – 123. Santiago, Chile.
- Zarragoitía I.(2013). Sex and gender differences in depression - proclivity in women. *Medwave*. 13(3)
- Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. (2007)Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. *Identification, assessment, and initial management. Pediatrics.*;120(5):e1299-312.