

**Contexto Social, Estilos Psicológicos Y Psicopatología En Un Grupo De  
Adolescentes Colombianos Que Se Auto Agrede**

**Lyda Marcela Lozano Cortés**

**Residente de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes**

**Universidad El Bosque**

**Facultad De Medicina- División Postgrados**

**Programa Psiquiatría Infantil Y De Adolescentes**

**Bogotá, Enero 31 De 2013**

**Contexto Social, Estilos Psicológicos Y Psicopatología En Un Grupo De  
Adolescentes Colombianos Que Se Auto Agrede**

**Lyda Marcela Lozano Cortés**

**Postgrado en Psiquiatría Infantil y de Adolescentes**

**Línea de Investigación: Salud Mental, Neurodesarrollo y Calidad de Vida**

**Asesor Temático: Dr. Germán Puerta Baptiste**

**Asesora Metodológica: Dra. María Helena Alarcón División de Investigaciones**

**Universidad El Bosque**

**Facultad De Medicina- División Postgrados**

**Hospital De La Misericordia, Hospital Militar Central, Clínica La Inmaculada**

## PÁGINA DE APROBACIÓN

## **Salvedad de responsabilidad institucional**

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en este trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

## **Agradecimiento**

A los jóvenes entrevistados y sus familias por su participación en este proyecto.

A las instituciones que permitieron su realización

A mis asesores y profesores de psiquiatría por sus enseñanzas y su confianza

## Guía de contenido

### Tabla de contenido

1. Introducción .....	11
2. Marco Teórico.....	13
2.1. Conducta de autodaño.....	13
2.2 Modelos explicativos del auto daño.....	16
2.3. Auto daño y Adolescencia .....	17
2.4. Factores de riesgo .....	21
3. Problema .....	24
4. Justificación.....	26
5. Objetivos .....	28
5.3. Objetivo General.....	28
5.4. Objetivos Específicos .....	28
6. Propósito .....	29
7. Aspectos metodológicos.....	30
7.3. Tipo de estudio.....	30
7.4. Población de referencia y muestra.....	30
7.5. Criterios de inclusión y de exclusión:.....	31
7.5.1. Criterios de Inclusión: .....	31
7.5.2. Criterios de Exclusión .....	31
7.6. Técnica e Instrumentos Utilizados.....	32
8. Materiales y Métodos.....	33
9. Plan de análisis.....	35
10. Aspectos éticos.....	37
11. Resultados .....	38
12. Discusión .....	61
13. Conclusiones .....	71
14. Referencias .....	72

**Resumen:**

Este proyecto se realizó con el objetivo de describir las características sociales, psicológicas y psicopatológicas de los adolescentes que se auto agreden en una muestra de colombianos de distintos estratos socioeconómicos durante el periodo comprendido entre febrero de 2012 y agosto de 2012.

La población objeto de estudio fueron adolescentes entre 12 y 18 años de tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá que presentaron conductas auto agresivas, quienes junto con sus padres aceptaron participar en este estudio y firmaron consentimiento informado y asentimiento informado respectivamente.

Partiendo de un modelo cualitativo, de tipo fenomenológico se realizaron entrevistas a profundidad hasta el agotamiento temático a 14 jóvenes del grupo descrito que presentaron eventos auto agresivos durante el año 2012. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Con este material se realizó un análisis del fenómeno, partiendo la observación de los modos de aparición de este, teniendo en cuenta su contexto social, las formas particulares de afrontamiento y la existencia o no de psicopatología en cada uno de ellos.

La información recolectada se organizó en tres grandes categorías: contexto social, estilos psicológicos y psicopatología. Dentro del contexto social, se consideró el estrato socioeconómico, el tipo de familia según la estructura, las relaciones familiares, la escolaridad, la presencia de acoso o victimización en la escuela y las experiencias que

resultaron emocionalmente perturbadoras para cada joven. En cuanto a los estilos psicológicos se consideraron: metas motivacionales, modos cognitivos y relaciones interpersonales. Finalmente, la psicopatología se basó en la historia clínica de las instituciones a las cuales asistía cada joven y se tuvo en cuenta su narración respecto a su experiencia en el proceso por psiquiatría.

Se encontró (i) que no había un estrato socioeconómico predominante, (ii) que la ausencia de uno o los dos padres fue un factor común, al igual que el maltrato de pares, (iii) que la desescolarización fue uno de los hallazgos frecuentes en el grupo de jóvenes estudiados y (iv) que no hay un patrón estándar en cuanto a estilo psicológico, pero si es más frecuente la autoagresión en los adolescentes con estilos de preservación, retraimiento e introversión y en menor proporción en aquellos extrovertidos, comunicativos y discrepantes, lo cual cuestiona la creencia que todos aquellos que se autoagreden tienen o van a tener una patología límite de personalidad.

Por otro lado (v) se encontró que los trastornos afectivos fueron los diagnósticos más frecuentes en este grupo de jóvenes, seguido por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de conducta alimentaria, la dependencia a sustancias psicoactivas y el trastorno obsesivo compulsivo, lo que hace pensar que no existe una única patología que explique el fenómeno de la autoagresión en adolescentes.

Palabras clave: Autoagresión, adolescente, relaciones interpersonales, estilos psicológicos, psicopatología.

**Abstract:**

This project was developed with the purpose of describing the social, psychological and psychopathological characteristics of adolescents who self-harm in a sample of Colombians from different socioeconomic status during the period between February and August 2012.

Fourteen adolescents between 12 and 18 years of age from three health institutions in the city of Bogota were studied. They had presented self-injurious behaviors. Their parents and the youngsters themselves agreed to participate in this study and signed informed consent and assent respectively.

Based on a qualitative model of phenomenological type, depth interviews were conducted to exhaustion in 14 young people of the above described group, who presented self-aggressive events during 2012. The interviews were recorded and later on transcribed. With this material, an analysis was developed, starting with the observation of the modes of occurrence of the phenomenon, taking into account social context, particular forms of confrontation, and presence or absence of psychopathology in each one of them.

The information collected was organized into three main categories: social context, psychological styles and psychopathology. Within the social context, socioeconomic status was considered, the type of family according to the structure, family relations, education, presence of harassment or victimization at school and experiences that were emotionally disturbing for each youth. The following psychological styles were considered: motivational goals, cognitive modes and interpersonal relations. Finally psychopathology was based on the clinical history of the institutions each youth attended, and also their

narrative about their experience in the process of psychiatry was considered.

Results found: (i) there was not a prevailing socioeconomic status; (ii) the absence of one or both parents was a common factor, as well as abuse of their peers; (iii) lack of schooling was one of the frequent findings in the youth group studied; (iv) and there was not an standard pattern of psychological style, even though self-injury appeared more common in adolescents with styles of preservation, withdrawal and introversion and to a lesser extent in those kids who were outgoing, communicative and discrepant, findings which challenge the belief that all those who injure themselves, present or will present a borderline personality pathology.

In addition; (v) it was found that affective disorders were the most common diagnoses in this group of youngsters, followed by attention deficit disorder with hyperactivity, eating disorders, psychoactive substance dependence and obsessive compulsive disorder. All these findings suggest that there is not a single pathology explaining the phenomenon of self-harm in adolescents.

Keywords: Self-harm, adolescents, interpersonal relations, psychological styles, psychopathology

## 1. Introducción

La autoagresión es una de las conductas que se ha propagado de manera importante en los adolescentes de hoy, traspasando barreras geográficas y culturales. Las primeras referencias a este tema datan de 1935, año en que Karl Menninger publicó el primer artículo sobre autodaño y de 1938 cuando el mismo autor publica su libro “Man Against Himself”, plantea en él cómo el conflicto entre la destrucción y los impulsos constructivos se lleva a cabo en el hombre.

Pero fue hasta la década de los años 70 cuando el tema se retoma en la literatura médica por Favazza, quien describe y categoriza las formas de automutilación, clasificándolas en tres grandes grupos: mayor, que provoca una desfiguración permanente, estereotípica y superficial.

A partir de sus estudios se ha podido concluir que la autolesión aparece por primera vez entre las edades de 14 y 24 años, también que la forma más común de autolesión es cortarse la piel, lo cual se produce entre el 70 y el 97 % de quienes se autolesionan, seguido de los golpes (21-44%) y las quemaduras (15-35 %). Entre las personas que se autolesionan un alto porcentaje suele utilizar más de un método y el número de autolesiones durante la vida son variables, entre 3.4 y 50.

Las conductas auto lesivas se han asociado con problemas como la victimización por pares, negligencia emocional de los padres, abuso sexual infantil, apego inseguro, ansiedad, depresión, baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, pobre desempeño académico, problemas de consumo de psicoactivos. Otros estudios relacionan ciertos tipos de autoagresión (específicamente los cortes) con episodios disociativos que los

preceden y hacen la diferencia con otros tipos de conducta autolesiva, lo cual da una amplia gama de características clínica y psicopatológicamente distintas.

En el presente estudio se realizaron entrevistas a profundidad a 14 adolescentes que recibían atención por psiquiatría en tres instituciones de salud de Bogotá durante el año 2012 y quienes presentaron eventos de autoagresión durante el mismo año. El propósito fue conocer el contexto social y analizar los elementos comunes para los participantes, caracterizar los jóvenes según su estilo psicológico y conocer la psicopatología asociada en cada caso.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Conducta de autodaño

Se define como la lesión autoinducida intencional al propio cuerpo que da como resultado daño tisular (1). Abarca conductas autolesivas y formas más indirectas de daño al cuerpo y excluye: a. Fenómenos que hacen parte de los criterios de clasificación de otros trastornos como los trastornos alimentarios o por abuso de sustancias; b. Comportamientos cotidianos, tales como hábitos poco saludables y daño psicológico en sí mismo (2).

Las personas que se autolesionan se han clasificado en tres grupos:

1. Lesiones superficiales o moderadas: son las más comunes e incluyen a personas quienes se cortan, se queman, interfieren con la cicatrización de heridas o tiran de su cabello.

2. Mutilación de órganos, tales como enucleación de los ojos, amputación de extremidades y castración, más frecuentes durante cuadros psicóticos.

3. Autolesiones estereotipadas, como golpearse la cabeza o morderse, más comunes en personas con discapacidad (2,3).

La autolesión puede ser un hábito frecuente, un acto ocasional, o se produce en respuesta a determinados factores desencadenantes (4, 5).

Los aportes en relación con el tema, datan de 1938, cuando Karl Menninger en su libro “El hombre contra sí mismo” hace referencia al impulso y expone la autodestrucción como

una desviación del instinto de supervivencia, un giro hacia el interior de la conducta agresiva desarrollado para la auto-preservación (6).

Graff y Mallín en 1967 reconocen la autolesión como un problema psiquiátrico convencional, afirmando que “los que se cortan las muñecas” se han convertido en los pacientes crónicos nuevos en los hospitales psiquiátricos, reemplazando a los esquizofrénicos (7); el alcance del problema aumentó en la década de los años 70 y en la década de los años 80 algunos propusieron que las autolesiones deberían formar una entidad diagnóstica distinta.

“Bodies Under Siege” es un libro escrito por el psiquiatra Armando Favazza, publicado en 1987; fue el primer libro de psiquiatría sobre auto-daño. La segunda edición (1996), subtítulo auto-mutilación y la modificación del cuerpo en la cultura y de la psiquiatría, sigue siendo el texto más citado.

Favazza fue el primero en clasificar las conductas de automutilación (ahora más comúnmente llamado auto-lesión); divide las conductas de auto-daño en dos categorías principales, a saber en sancionadas culturalmente y las patológicas.

Aquellas culturalmente sancionadas, las dividió en prácticas y rituales. Las prácticas son a menudo caprichosas e incluyen tatuajes y perforaciones en el cuerpo. Las rituales, son comportamientos que modifican el cuerpo, dentro de un marco de tradición y refleja la historia y las creencias de una sociedad (2).

Dentro de las conductas desviadas según la clasificación de Favazza, se incluyen las conductas, estereotipadas, compulsivas e impulsivas. Cada subtipo se asocia generalmente

con trastornos mentales específicos. El tipo más común es el impulsivo, con cortes y quemaduras de la piel asociadas a una amplia variedad de trastornos, como ansiedad generalizada, trastorno de estrés post-traumático y trastornos de personalidad como: antisocial, histriónico y el trastorno limítrofe.

Un aspecto de la modificación del cuerpo discutido por Favazza es el concepto de la "piel frontera de uno mismo". Favazza describe la piel como uno de los órganos fisiológicos más simples del cuerpo humano, sin embargo este órgano relativamente simple tiene un impacto muy complejo en la psicología humana.

La investigación sobre la autolesión ha aumentado en los últimos años y hace referencia a diferentes términos cuando se trata de autodaño. En esta forma, la literatura inglesa habla de “self-injury, self-mutilation, self-harm, self-cutting y self-aggression”. En la literatura española se denominan “automutilación, auto daño, autoagresión, auto heridas, etc” (8).

Las formas más frecuentes de auto daño corresponden a cortes, golpes y quemaduras. Menos frecuentes: sacarse costras, inserción de objetos bajo la piel, torniquetes, auto ahorcamiento, rascarse en exceso, morderse las uñas, la piel peri ungueal y los dedos, morderse los labios y/o la lengua, arrancarse el cabello, tatuarse en exceso, fracturas, amputaciones que pueden afectar dedos, mamas e incluso genitales y extremidades (8).

Uno de los temas más debatidos es si el auto daño refleja una expresión de tendencias suicidas o una manera de hacer frente a los problemas emocionales. Algunos investigadores utilizan definiciones que excluyen las conductas con conciencia de intento suicida y las separan de la autolesión, para referirse al daño intencional con afcción directa a los tejidos

del propio cuerpo sin intento suicida. Otros investigadores emplean definiciones más incluyentes que abarcan una amplia gama de comportamientos, tanto actos suicidas como otros tipos de lesión sin intencionalidad suicida (9).

“La autolesión es un problema clínico común, pero es poco entendido y despierta sentimientos ambivalentes en la salud de los profesionales, constituyendo una difícil prueba para la relación médico paciente” (10). En muchas ocasiones se juzgan las conductas autolesivas como “llamados de atención”, o se concluye con ligereza teniendo en cuenta exclusivamente la letalidad del acto lesivo sin detenerse a analizar otros factores, tales como intencionalidad suicida, eventos previos o la duración de la planeación de los actos, concluyendo rápidamente que todas estas acciones son impulsivas (10).

## 2.2. Modelos explicativos del auto daño

El modelo diátesis – estrés, define algunos factores predisponentes, que hacen al individuo vulnerable, tales como problemas o traumas infantiles. En estos pacientes pueden aparecer trastornos mentales o problemas de conducta. Al hacer la referencia a factores proximales, se incluyen los elementos cotidianos, conflictos, estrés agudo, acontecimientos vitales críticos o traumas previos a la aparición de la enfermedad. La vulnerabilidad, asociada a las características de personalidad, que constituye un factor de riesgo sumado a eventos desencadenantes puntuales, hace que se manifiesten los síntomas clínicos ya reconocidos. Este modelo entonces se refiere a que los factores proximales pueden provocar la aparición de trastornos mentales o problemas de conducta (11).

El modelo transaccional señala que los factores de riesgo pueden realizar transacciones entre sí, así como con el comportamiento del individuo. Mientras que algunos factores de riesgo se consideran estáticos, como el antecedente de trauma infantil o los rasgos de personalidad, otros como el estado de ánimo y los acontecimientos vitales se comportan de una manera dinámica de tal manera que logran interactuar y cambiar a medida que el tiempo pasa y el ambiente se modifica (11).

Los factores de riesgo que han sido asociados con estos modelos son el abuso físico o sexual, como el factor más importante; patología mental asociada, en especial los trastornos afectivos y en primer lugar los trastornos depresivos. El abuso de sustancias psicoactivas también es común, aunque la asociación entre uso de alcohol y drogas y el desenlace de autolesión no es aún claro.

Conocer otras personas que se autolesionan puede ser un factor importante. El estrés intercultural y los conflictos familiares son factores relevantes (12).

## 2.2. Auto daño y Adolescencia

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo durante la cual las nuevas características físicas, cognitivas y de personalidad transforman la persona de un niño en un adulto joven (11). Los niños atraviesan una serie de etapas distintas en su desarrollo cognitivo hasta llegar a la adolescencia, cuando su pensamiento hace ya crítica y análisis de lo que hasta el momento había sido su verdad y su realidad. Los duelos por las pérdidas de su corporeidad, de la imagen idealizada de sus padres, del dejar de ser niños y el afán por auto limitarse, por reencontrarse y dar un sentido a su existencia terminan muchas veces en simbolismos y ritos que implican daño.

“Dentro del enfoque cognitivo, en la adolescencia se da importancia a los cambios de tipo cualitativo que se presentan en la forma de pensar de los adolescentes y los cuantitativos en relación a la inteligencia y el procesamiento de la información; para Piaget, la adolescencia, por lo general, marca el inicio de las operaciones formales lo cual permite a los adolescentes, entender y manipular conceptos abstractos, especular acerca de las posibles alternativas que tienen y razonar en términos hipotéticos; es la edad de los grandes ideales” (13).

Las conductas de auto daño son más comunes antes de los 17 años. Son más frecuentes entre las mujeres que en los hombres. Son comunes en comunidades estudiantiles. En el rango de edad entre los 11 y 15 años, 6.5 % de las jóvenes y 5% de los muchachos reportaron haber intentado lesionarse. Estas conductas son más comunes en algunas subculturas como la “gótica”. No está claro si el grupo predispone a las conductas de auto daño o las conductas de auto daño *per se* son atractivas para el miembro del grupo.

Una vez el auto daño llega a ser la estrategia de afrontamiento, es muy difícil que el joven tenga nuevas estrategias o las cambie. La probabilidad de repetición de estas conductas es mayor al 10 %. El riesgo de muerte en este grupo poblacional está entre 0.2 y 4.3 % constituyendo un grave riesgo para la vida y salud de estos jóvenes (14).

La presentación de conductas auto agresivas en adolescentes tempranos se ha asociado con los efectos de la pubertad en sus síntomas depresivos, el inicio de la actividad sexual y el consumo de sustancias psicoactivas. Además se ha discutido la discrepancia entre las emociones y el control de estas. La maduración cerebral continúa hasta la adolescencia tardía, sobre todo en aquellas regiones vinculadas con la regulación del comportamiento y las emociones. El desarrollo de la corteza pre frontal y las áreas de asociación cortico

corticales, tanto en primates no humanos como en seres humanos implicados en el desarrollo del autocontrol, continúan hasta por una década más allá de la pubertad (15).

Teniendo en cuenta la anterior explicación, las sustancias de abuso y la introducción temprana en actividades de riesgo, aumenta la vulnerabilidad de estos jóvenes al compromiso de su salud mental.

Por otra parte al analizar las conductas de autoagresión en los adolescentes tardíos, las conclusiones apuntan a que suceden con frecuencia en medio de episodios disociativos (4); hacen referencia también al tipo de lesión en el caso de lesiones de antebrazos, más asociadas a la disociación y las lesiones en las muñecas se describen como asociadas a intencionalidad suicida.

Muchos adolescentes refieren sentimientos de urgencia, angustia, impulsos que no logran controlar, pensamientos recurrentes de daño asociados a la incapacidad de detenerse ante tal dolor emocional.

Es muy difícil establecer estadísticas ciertas dado que la mayoría de estos jóvenes nunca llega a una consulta médica, o si lo hace oculta o simplemente no relata estos comportamientos al personal asistencial, mientras que en otras ocasiones las lesiones auto inflingidas son mal interpretadas (5).

Algunos elementos han sido considerados como factores de riesgo en adolescentes quienes se auto agreden, incluyendo el maltrato físico o sexual, violencia en el hogar, divorcio entre los padres, falta de calor emocional de los padres, padres hipercríticos; antecedentes familiares de alcoholismo o enfermedad mental o una historia personal de hospitalización en la infancia o de enfermedad crónica durante la niñez. También se han analizado factores individuales tales como carecer de habilidades cognitivas y emocionales para controlar el estrés (17). Además, factores interpersonales como el matoneo escolar y la

victimización han sido implicados en las conductas auto agresivas y en conductas suicidas, dentro del contexto de la enfermedad mental o fuera de esta (16).

Otro de los factores para analizar es la contribución de la autoagresión por “contagio”, en adolescentes, ya que al presenciar cuando un amigo se auto agrede o escuchar que alguna persona cercana lo hizo, se tiende a repetir esta conducta; también se ha documentado que entre jóvenes en la cárcel, miembros de pandillas y tribus urbanas se ha propagado la autolesión, y esta aparece como “normal” dentro del grupo de pares. Algunas teorías postulan que lo hacen “para probar” diferentes roles, buscando aceptación, consuelo, apoyo o simplemente supervivencia. El hecho de aceptar retos o tener conductas comunes hace que se expongan a riesgos y tengan patrones poco adaptativos de afrontamiento (16).

La interacción familiar también ha sido evaluada, encontrándose mayor prevalencia de autoagresión en familias disfuncionales o en las monoparentales, en familias con dificultades serias de comunicación por lo que algunos autores postulan que la comunicación entre padres e hijos se considera esencial para la cohesión familiar y la capacidad de adaptación. La mala comunicación puede conducir al aislamiento social del adolescente de la familia generando graves problemas ante los que el adolescente no ve alternativa de solución (9).

En cuanto a las entidades psicopatológicas implicadas en este tipo de conductas se hace referencia en las investigaciones al abandono emocional de parte de los padres, el abuso sexual en la infancia, el apego inseguro, los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, la baja autoestima, la insatisfacción corporal, el consumo de psicoactivos y los síntomas disociativos, como los más frecuentemente asociados (19).

La impulsividad, si bien no representa una patología en sí misma, es una de las características que más se repite en las conductas auto agresivas. En estudios sobre el tema, los adolescentes relatan sobre sus tendencias a actuar sin tener en cuenta las consecuencias de su comportamiento. Esta tendencia fue medida en ocho artículos de impulsividad con el inventario YPI (inventario de rasgos psicopáticos de la juventud; Andershed, Kerr, Stattin y Levander 2002), del cual se destacan dos ítems importantes de esta: “si tengo la oportunidad de hacer algo divertido, lo haré, independientemente de lo que estoy haciendo en el momento” y “me gusta hacer cosas sólo por la emoción de hacerlas”. Las respuestas demostraron la dimensión de la impulsividad como un factor de riesgo separado para la autoagresión (10).

### 2.3. Factores de riesgo

Las investigaciones actuales han empezado a realizar seguimientos respecto a factores de riesgo al igual que para factores protectores tanto de auto agresión sin intencionalidad suicida como de intentos de suicidio. Han asociado el suicidio con desavenencias familiares, ideación suicida, inestabilidad en el concepto de sí mismos y problemas de conducta, mientras que la autoagresión sin intencionalidad suicida durante el seguimiento ha estado asociada con desesperanza, presencia de trastornos de ansiedad, género femenino y una menor edad. Es común que se presenten los intentos de suicidio y las autoagresiones no suicidas de manera simultánea, por lo cual es necesario identificar y tratar las autoagresiones, sean estas con intencionalidad suicida o no (17).

Estudios respecto al tema han hablado de factores predisponentes que hacen al individuo vulnerable al estrés, dentro de estos se han implicado problemas con los padres y traumas infantiles; el planteamiento es que los factores proximales como conflictos, problemas cotidianos, estrés agudo, eventos vitales o traumas pueden constituirse en disparadores en sujetos vulnerables.

Varios estudios sobre autoagresión han encontrado como factores riesgo importantes, problemas emocionales por parte de un progenitor, separación de los padres y separación temprana o prolongada de los padres, también han sido asociadas las experiencias infantiles de abandono emocional, maltrato psicológico o físico, especialmente abuso sexual (18).

Otro estudio centrado en muestras de adolescentes encontró que la victimización entre pares fue predictiva de las autolesiones, en especial constituía un factor de mayor riesgo para las niñas que para los niños. Propone el modelo de evitación experiencial en el cual el estrés interpersonal ha demostrado tener un impacto en la participación de los adolescentes en la autoagresión deliberada, pero solo en términos de maltrato entre iguales (10).

Otro artículo que estudia las funciones de la autolesión afirma que la regulación afectiva es una de las funciones principales, sin embargo también se citan funciones como auto castigo, anti- disociación, influencia interpersonal, búsqueda de sensaciones, anti suicidio y límites personales.

Este mismo estudio concluye que el afecto negativo agudo precede a la auto lesión, se reduce el afecto negativo y se logra alivio después de la autolesión y la mayoría de personas que se autolesionan identifican el deseo de aliviar el afecto negativo como una razón para autolesionarse (19).

Steven Levenkron, en su libro “Cutting” (20), plantea la importancia de entender que estas formas de automutilación no forman parte de los rituales de grupo, no son sólo una

tendencia adolescente, sino que más bien representan psicopatología individual: la enfermedad mental. Postula también que cuando alguien siente dolor, la sensación que aparece es de privación y de molestia; no obstante, en la anorexia se muestra satisfacción pese al dolor y al peligro de perder la vida. Cuando alguien se perfora o se tatúa, siente dolor y a la vez algo que no es dolor, que algunos catalogan como placer. El auto mutilador busca la experiencia del dolor físico, por su efecto calmante sobre el estado psicológico.

### 3. Problema

Las conductas autodestructivas indirectas no implican la intención de morir pero “ponen en peligro la vida, de manera reiterada y frecuente, teniendo como consecuencia la autolisis del sujeto” (13).

Los resultados obtenidos hasta el momento arrojan conclusiones importantes tales como elementos biológicos implicados en el aumento de las conductas autoagresivas y la pubertad, la disfunción serotoninérgica activada en la pubertad que implicaría afecto disfórico y dificultades en el control de impulsos en hijos de alcohólicos. Dado que en la adolescencia está culminando el proceso de maduración cerebral, en especial en las áreas corticales pre frontales encargadas del control inhibitorio del comportamiento, hace que tenga un fundamento importante encontrar como factores predisponentes para estas conductas el inicio temprano de actividad sexual y de consumo de alcohol y otros psicoactivos (15). También hay estudios que dan como resultado que el diálogo abierto con los padres es un factor protector para este tipo de conductas (9).

Así mismo, la mayoría de los estudios existentes hasta el momento coinciden en que existe un alto componente impulsivo en la mayoría de los jóvenes que tienen estas conductas y que solo lo pensaron momentos antes de agredirse; elementos adicionales como estar bajo el efecto de una sustancia psicoactiva los hacen más propensos a asumir todo tipo de conductas de riesgo (10).

Un estudio de prevalencia en Colombia encontró un 22.6% de conductas auto lesivas en población con trastornos de conducta alimentaria y destaca la importante comorbilidad

entre estas dos entidades clínicas, al igual que hace énfasis en los traumas emocionales previos, la dificultad para el afrontamiento de ciertas circunstancias y expresión de las emociones en los adolescentes que asumen este tipo de conductas (21).

En el presente estudio en una población colombiana se pretende clarificar las características de los contextos sociales a los que pertenecen los jóvenes que se auto agreden, si existe o no psicopatología, cuáles son los mecanismos de afrontamiento, los factores emocionales predisponentes, precipitantes y agravantes en estos casos.

#### 4. Justificación

Las distintas manifestaciones emocionales de los adolescentes han venido cambiando a través de la historia, al igual que el concepto de sus necesidades y la estructura de las familias en todo el mundo. Las conductas agresivas han sido objeto de estudio de la psiquiatría, queriendo encontrarles explicación y solución. La agresividad expresada hacia sí mismos es en la actualidad una nueva forma de comunicación de los jóvenes, la capacidad de comunicar sin hablar, permitiendo que sea su cuerpo quien habla o grita en ocasiones; la sensación de pérdida de límites o pérdida del control y el pretender aliviar sus emociones, según argumentan a través del dolor físico se tornan más fáciles de manejar. La vuelta contra sí mismos y la materialización del dolor a través de cortes, quemaduras o introducción de objetos bajo su piel los hace sentir aliviados (22).

La queja constante de los jóvenes de sentirse vacíos y desdichados, de concebirse incomprendidos y sin futuro, los ha llevado a formas de comunicación difíciles de comprender para los adultos que se mueven cerca de ellos, cerca pero sin una real interacción.

Actualmente también se ha investigado sobre los aspectos neurobiológicos y la relación del dolor con el placer, pero es mucho más complejo entender lo que sucede a nivel emocional, los pensamientos que están asociados a esos sentimientos de angustia y desaparición, que los llevan a asumir conductas contra sí mismos (19).

Con base en y teniendo en cuenta que en Colombia el 19.6 % de la población, según el censo del DANE de 2005, está constituida por adolescentes y que este grupo corresponde al segundo en magnitud después de los adultos jóvenes, cobra gran importancia establecer qué

características particulares hay en los adolescentes colombianos quienes realizan estas prácticas auto lesivas para así poder llegar a una mejor comprensión de la situación en el medio particular en que se desenvuelven y traer propuestas terapéuticas y de intervención aterrizadas al contexto colombiano (24,25).

Se espera contribuir a la psiquiatría infantil con un mayor entendimiento de los adolescentes, en cuanto al manejo de sus emociones negativas, la comprensión del significado de la autoagresión en ellos y los factores gatillo de estas conductas; además se espera sensibilizar al personal de atención primaria en el abordaje de estos pacientes, que debiera ir más allá del simple juzgamiento de la autoagresión como un acto de “llamar la atención”.

## 5. Objetivos

### 5.1 Objetivo General

Describir las características sociales, psicológicas y psicopatológicas de los adolescentes colombianos que se auto agreden en una muestra tomada en distintos estratos socioeconómicos, durante el periodo comprendido entre febrero de 2012 y agosto de 2012.

### 5.2. Objetivos Específicos

- 5.2.1. Caracterizar la población adolescente que se auto inflinge daño según su estilo psicológico.
- 5.2.2. Identificar elementos comunes en los contextos de los adolescentes que adoptan conductas auto lesivas.
- 5.2.3. Analizar los elementos psicopatológicos que se encuentran en los jóvenes entre 10 y 18 años de edad quienes realizan auto daño deliberado.

## **6. Propósito**

Este estudio se llevó a cabo con el propósito de analizar a fondo un grupo de adolescentes colombianos que se auto agrede, dado que no existe un protocolo para la atención de este tipo de pacientes y que no pueden catalogarse como iguales por presentar un síntoma común.

La comunidad que trabaja con salud mental se enfrenta cada día a nuevas manifestaciones culturales, así como a nuevas expresiones, por ejemplo, en adolescentes que se auto mutilan. Es importante reconocer los contextos sociales en los que sucede este fenómeno y sus particularidades, en lugar de tratar de encasillar a todos los jóvenes con este tipo de conductas dentro de un diagnóstico de trastorno de personalidad.

## 7. Aspectos metodológicos

### 7.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, basado en estudios de casos, pacientes en quienes se utilizó como instrumento de recolección de datos la entrevista individual a profundidad.

### 7.2. Población de referencia y muestra.

Lugar donde se realizó la investigación: Tres instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá.

Población blanco: Adolescentes entre 12 y 18 años que se auto agredieron durante el año 2012, vivían en la ciudad de Bogotá y asistían a consulta externa de psiquiatría infantil o se encontraban hospitalizados en las instituciones participantes.

Población accesible: Pacientes adolescentes que asistieron a consulta externa o se encontraban hospitalizados en las instituciones participantes durante el año 2012.

Población elegible: Adolescentes que se auto agredan y acepten participar en el estudio

Muestra por Conveniencia: Fueron escogidos quienes presentaron conductas de autoagresión dentro de su cuadro clínico y en quienes no se encontraron síntomas psicóticos asociados, tampoco retardo mental ni trastornos profundos del desarrollo. Por cada institución se escogieron entre 4 y 5 pacientes.

Selección de la muestra: Seleccionada por conveniencia.

### 7.3. Criterios de inclusión y de exclusión:

#### 7.3.1. Criterios de Inclusión:

- Adolescentes entre 12 y 18 años (hombres y mujeres).
- Que presenten conductas de autoagresión en los 6 meses antes de la consulta.
- Que acepten participar en el estudio mediante la firma y aceptación del asentimiento.
- Que sus padres o representante legal autoricen la participación del menor en el estudio a través del consentimiento.

#### 7.3.2. Criterios de Exclusión:

- Quien no desee participar.
- Que presente síntomas psicóticos.
- Que tenga diagnóstico de trastorno penetrante del desarrollo.
- Que tenga diagnóstico de retardo mental moderado o severo.
- Que sus padres o representante legal no acepten la participación del menor.

Dado que se trata de un estudio cualitativo, la subjetividad es una de las dificultades por lo cual se recurrió a la triangulación de datos con el equipo de psiquiatras infantiles vinculados con la universidad El Bosque y la Universidad Militar.

Cálculos de tamaño de muestra: La muestra fue escogida por conveniencia.

#### 7.4. Técnica e Instrumentos Utilizados

Se utilizó la Entrevista a profundidad hasta agotar el recurso, lo cual indica que no hubo un número estándar de entrevista sino que con cada participante del estudio se realizaron las necesarias hasta obtener la información que se precisa para el interés investigativo. Se realizaron entre 1 y 4 entrevistas a los participantes.

El formato de entrevista no está validado pues no se han realizado estudios previos de tipo cualitativo, fenomenológico en el que se tenga un instrumento validado. Anexo 1.

También se realizó revisión de las historias clínicas para conocer el diagnóstico con el que cada uno figuraba en su respectiva institución prestadora de salud y así incluir este aspecto en el estudio.

## **8. Materiales y Métodos**

En esta metodología, las preguntas principales apuntaron a aumentar el entendimiento de los asuntos teóricos, se realizaron varias entrevistas a cada joven en la cual se obtuvieron respuestas respecto a tres aspectos fundamentales planteados: el contexto social, los estilos psicológicos y elementos psicopatológicos.

Luego se plantearon preguntas y se hicieron comparaciones entre las respuestas de los jóvenes entrevistados.

La selección de la muestra se realizó entre los adolescentes que llegaron a consulta a tres instituciones de salud de la ciudad de Bogotá donde fue aprobado el protocolo de estudio, que habían presentado conductas auto agresivas durante el año 2012 y cuyos padres o representantes legales y ellos mismos aceptaron la participación en el estudio, que no estuviesen en el contexto de una crisis psicótica aguda ni de trastornos profundos del desarrollo o de retardo mental.

Para garantizar la confidencialidad de los datos, se utilizó la limpieza de los datos: cambio de los nombres para garantizar la confidencialidad; dentro del material grabado eventualmente podría mencionarse el nombre de miembros de su familia, por lo que estos no serán transcritos de las entrevistas y finalmente las fotografías tomadas de los sitios lesionados, en ningún momento mostrarán el rostro del participante.

La relación establecida con los participantes fue de colaboración, ya que es fué difícil mantener una postura neutral en el marco de la relación médico-paciente, sin embargo, al

triangular los datos se realizará con el grupo de investigación que solo conocerá a los participantes a través de las narrativas

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas por la investigadora Lyda Marcela Lozano (residente de psiquiatría infantil y del adolescente 2º. Año, Universidad El Bosque) grabadas en audio, posteriormente fueron transcritas, también se tomaron fotografías de los sitios lesionados a quienes lo permitieron y en los que fuese evidente la lesión

El diseño de la investigación evolucionó a partir del primer día de las entrevistas, dado que no se trataba de una estructura rígida que va siguiendo un orden estricto, se presentaron giros y desviaciones hacia temáticas más profundas como experiencias traumáticas, que no fueron re direccionadas pues se consideraron de gran importancia en el marco de esta investigación.

También se encontró que algunos adolescentes plantearon temas que no estaban contemplados en la entrevista, lo que generó cambios pero no fueron despreciados como material de trabajo.

Los datos se organizaron a partir de las categorías en las que se agrupó la información obtenida a partir de las entrevistas, se realizó la presentación de los aspectos más relevantes de las narrativas que configuraban las posibles respuestas a los objetivos planteados en la presente investigación, luego se confrontó la información obtenida con las investigaciones existentes sobre el tema investigado.

## 9. Plan de análisis

Una vez lograda la saturación teórica de la investigación en cuanto a la recolección de la muestra, se llevaron a cabo los procesos involucrados en la clarificación conceptual. Estos son: codificación y categorización.

La Codificación permite representar la categoría y distinguirla de las demás, asigna a cada unidad un código propio de la categoría en la que está incluida que permite distinguirla de las demás.

La categorización hace posible clasificar conceptualmente las unidades que tratan de un mismo tópico. Las categorías soportan un significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos (28).

Teniendo recolectada y categorizada la información se procedió a la triangulación de esta, con el ánimo de discutir y teorizar acerca del tema en estudio, formular hipótesis a partir de este y llegar a conclusiones útiles para la práctica clínica.

Se realizó un análisis estructurado iniciando con el estudio de temas y siguiendo con la interpretación de actitudes e interacción de los individuos en sus diferentes contextos, mediante reflexiones en profundidad y descripción de la experiencia.

A partir de las categorías creadas se realizará la verificación de las hipótesis y se realizarán planteamientos teóricos en base a lo hallado en las entrevistas y a los resultados de la triangulación.

De esta forma se plantea el análisis en los siguientes pasos:

- 1) Estructura discursiva.
- 2) Categorización del discurso.
- 3) Interpretación del discurso.
- 4) Triangulación.
- 5) Afirmaciones derivadas del análisis e interpretación
- 6) Proyecciones y recomendaciones.

Para el proceso de análisis se empleó el software Atlas ti versión 7.

## 10. Aspectos éticos

Teniendo en cuenta las normas establecidas para la investigación en salud promulgadas en la **resolución N° 008430 DE 1993** (4 DE OCTUBRE DE 1993), para el presente estudio se presentó a consideración de las instituciones vinculadas al proyecto el protocolo para la evaluación por el Comité de ética en investigación, para su aprobación previo a la etapa de ejecución, teniendo en cuenta que la investigación será realizada en seres humanos. Fue aprobado por los comités de ética de las tres instituciones de salud participantes. Consentimiento y asentimiento informados (Anexo 2).

La investigación fue realizada por profesionales en psiquiatría y supervisada por docentes de la Universidad El Bosque, especialistas en salud mental, respetando y protegiendo la privacidad de los sujetos estudiados.

Esta investigación estuvo dentro de la categoría de riesgo mínimo según el artículo 11 de la misma resolución, dado que se efectuaron procedimientos comunes en la evaluación psiquiátrica, como la entrevista a profundidad y se justifica su ejecución pese a que no representa un beneficio directo al menor, dado que se espera obtener conocimientos generalizables a una población con características similares a la estudiada.

Dado que se trata de una investigación donde la población de estudio es menor de edad, se realizó revisión bibliográfica en la que se encuentran estudios semejantes en varios países, en personas mayores y menores de edad. Se solicitó el consentimiento informado de quienes ejercían la patria potestad o la representación legal del menor en el momento de la entrevista y además se obtuvo la aceptación del menor de manera escrita luego que se le explicó el para qué y el cómo se realizaría el estudio.

## 11. Resultados

### 11.1. *Características generales.*

Los participantes fueron 14 jóvenes entre ellos 6 hombres y 8 mujeres quienes presentaron conductas de autoagresión durante el año 2012 y que recibieron atención en tres centros de salud de la ciudad de Bogotá.

Las edades oscilaron entre los 11 y 18 años, con un promedio de edad de 14.2 años. El inicio de las conductas auto lesivas estuvo entre los 5 años, de inició más precoz, hasta los 16 años el más tardío; una joven del género femenino y de 16 años de edad realizó la autoagresión en una única ocasión, los restantes 13 lo hicieron en más de una oportunidad

El estrato socio económico en el que se encuentran ubicados está entre el 1 y el 5: estratos 1: 2 jóvenes de género masculino; estrato 2: 3 jóvenes: 2 hombres, 1 mujer, 8 de ellos en estratos 3: 5 mujeres y 4: 3 adolescentes, 2 mujeres y un hombre y una mujer en estrato 5.

### 11.1.2. *Métodos – Formas de Autoagresión:*

El método más utilizado en los eventos de autoagresión en el grupo de jóvenes estudiado fue a través de los cortes con cuchillas, cuchillos o vidrios generalmente en las muñecas, pero también en otros sitios del cuerpo, tal es caso de las jóvenes con trastornos de conducta alimentaria, una de ellas afirma que al cortarse en un sitio visible por ella como es el brazo en su tercio superior externo le recordaba que no podía comer o los cortes sobre el área abdominal en un intento de agredir lo que directamente la molestaba.

*“tomé la cuchilla que tenía y me agredí en la muñeca, sentí alivio, y así sabría que cuando fuera a ingerir algo iba a mirar mi muñeca y sabía que si lo ingería había una nueva cortada, así que pues... así pasó... ya después fue algo inútil así que tal vez empeoró y me agredí en la parte superior del brazo y ahí me salió mucha sangre y las cicatrices se demoraron”.*

*“...me seguía cortando, muchas veces, con una hoja de esas que usan las con una minora; en la muñeca, sentía mucha tristeza, pensaba...”*

En segundo lugar aparecen las perforaciones y punciones, no solo con el objetivo de tener piercings u otros objetos en la piel, sino también la perforación sin introducción de objetos bajo la piel.

*“...El dolor si me gusta. Tenía 13 piercings, me gustaba como me veía...”*

*“a mí me temblaba la mano, solo alcance hasta la mitad porque no me salía y se me broto la piel, que yo soy delicada de la piel, quería chuzarme también, un piercing y chuzarme”*

En tercer lugar los rasguños, golpes contra las paredes, ahorcamiento, arrancamiento del cabello y en cuarto lugar el masticar vidrio, evento realizado por uno de los jóvenes en dos oportunidades.

*“... y en el colegio, estaba peleando con unos amigos, entonces yo rompí un vidrio y lo mastiqué, y me rompí aquí un poquitico la lengua...”*

*“Cogía una hamaca y el huequito metí la cabeza me solté y quedé ahorcado y mi madrastra fue la que me salvó, la intención era matarme. La intención cuando me corto es sentir el dolor y nada más”*

## ***11.2.Contexto social***

### *11.2.1 Tipos de Familia:*

Según la estructura los tipos de convivencia familiar encontrados fueron: familia nuclear típica; formada por los dos padres y los hijos, en 3 de los jóvenes entrevistados; dos mujeres y un hombre; familia nuclear reconstituida; es decir aquella donde alguno de los cónyuges estuvo previamente casado o en unión de hecho; dos de las familias de los jóvenes del estudio son monoparentales maternas, y una monoparental paterna, una de las jóvenes vive en familia extensa, conformada por los abuelos, los tíos, los primos, sus padres y hermana, otra joven vive en una familia compuesta, es adoptada y vive con su madre de crianza, los tíos y tías y su madrina, los últimos dos jóvenes no pertenecen ninguno de estos tipos de familia tradicionalmente establecidos, uno vive con sus abuelos paternos, pero sin el padre ni la madre y el otro exclusivamente con la abuela paterna.

En cuanto a la interacción entre las familias, se observó que 9 de los 14 jóvenes no viven con uno de los padres. Algunos de ellos describen sentimientos de tristeza y abandono en relación a la ausencia de sus padres:

*“...mi mamá biológica me abandonó y mi papá no tenía con qué alimentarme entonces me dio a mis abuelitos...” “El abandono de mi mamá, me da mucha tristeza y ganas de llorar, pero hoy en día ya pasó, ahora tengo conciencia que no nos quería, antes me afectaba y ahora ya casi no”*

*“Mi mamá falleció hace tres años, por cáncer de ovario” “la primera vez cuando yo me enteré que ella tenía cáncer yo me quedé sorprendido y dije me voy a quedar solo”*

*Otros jóvenes demostraron indiferencia ante la figura faltante, afirmando que no la reconocen como tal y que no juega un papel importante en sus vidas:*

*“...Como a los siete, a los seis años lo conocí, la segunda vez lo vi como a los 9, normal, normal es que él me niega, él dice que es que yo no soy el hijo, entonces pues prácticamente yo no lo veo como mi papá...”*

*“Mi mamá no la conozco, la mató la guerrilla cuando yo tenía un año y medio” “Mi papá vive en..., prácticamente yo no lo llamo a él ni él a mí como si no fuera mi papá, yo digo que él no es mi papá”*

*“Mi papá, papá... yo no lo conozco y el día que lo conozca le echo un solo madrazo por irresponsable, si se pone a tirar al menos que se responsabilice por lo que hizo...”*

*“De ese señor no sé nada... cero”*

Una de las jóvenes manifiesta su idealización de su madre biológica y a la vez expresa temor ante la incertidumbre de no conocer nada de ella:

*“Me imagino que mi mamá biológica debe ser bonita, debe ser igual que yo de genio, también me contaron que ella no tenía amigos, ella no podía tener amigos, no sé por la confianza, y a mí me pasa lo mismo, quiero conocerla para saber cómo voy a ser yo cuando grande... a veces siento que ella ya no vive, a veces sueño que se muere, a veces me quedo pensando”*

Otro joven, quien pese a la separación de sus padres persiste en contacto con ambos, manifiesta una clara ambivalencia frente a su figura paterna e inconformismo frente a la relación establecida con su madre:

*“Pero yo sentía que la relación con mi papá se acabó. Él no está pendiente de mí, ya no me habla casi, no me entiende, yo no le cuento nada de lo que me está pasando, no me llama ni nada, pienso que se alejó de mi vida, que no me quiere”*

*“...yo por más que admita que no quiero estar con mi papá que lo odio, que no quiero estar con él, lo quiero mucho y me hace mucha falta estar con él...”*

*“A Veces ella toma decisiones con la vida de ella y yo pienso que no es adecuado, hay veces que me termino creyendo que soy un amigo, y no quiero que sea así, sino solo ser su hijo”*

#### *11.2.2. Situaciones de Violencia Familiar:*

Al investigar entre los jóvenes respecto a situaciones específicas de violencia verbal, física o sexual en sus hogares.

Se encontró que una de las jóvenes fue víctima de abuso sexual por parte de un familiar (tío) en su infancia (no permitió la grabación durante su relato) otra de las jóvenes narró cómo su tío le hacía propuestas de índole sexual, sin llegar al contacto físico:

*“me decía que estuviéramos juntos que tuviéramos relaciones, él no tenía DVD y me decía présteme el DVD, yo le prestaba el DVD, y no veía películas normales sino películas porno, en mi casa, delante de mí, se cogía el mismo y se hacía cosas delante de mí, yo llegaba y él me insinuaba cosas que estuviera con el que me cambiara encima de él”*

Una de las adolescentes, mujer describe maltrato verbal de parte de su madre, quien en ese momento padecía una crisis de manía, la señora en mención tiene como diagnóstico Trastorno Afectivo Bipolar y está en tratamiento:

*“Ella tuvo un trastorno, tuvo una crisis, cuando yo estaba muy pequeña, ella me trataba muy mal, era muy despectiva, yo sentía que ella no me quería, me decía que yo era una aparecida que había llegado por coincidencia de la vida, por error”*

Y uno de los varones describe violencia física entre él y su padre, quien tiene como diagnóstico esquizofrenia, nunca ha convivido con el joven:

*“ese día si me ganó la pelea, me cogió contra la pared y con una pala me dijo quiere que le quite la cabeza y yo le dije pues usted verá me tiene que pagar, yo descanso en paz pero usted se pudre en la cárcel y así con la pala así me tenía y yo le dije si me va a quitar la cabeza pues quítemela, ese día lo que había pasado era que yo me le fumé la pimpina de gas, y ese día cogí la maleta y p’a mi casa”*

Uno de los varones manifestó que su madre fue víctima de violencia física de parte de su compañero sentimental y esta situación fue presenciada por él:

*“pues yo le decía papá pero, desde que un día hubo un problema en una casa, entonces él le pego a mi mamá, entonces pues desde ahí, yo le perdí, el afecto y eso y ahora entonces...él es como celoso y posesivo y el perseguía a mi mamá para todo lado”*

### *11.2.3. Papel de los Abuelos:*

Los abuelos aparecen en el rol de padres en tres de los casos en el momento actual, los dos primeros jóvenes describen a sus abuelos como flexibles y altamente permisivos, la última afirma lo mismo de su abuela, pero afirma que su abuelo es de temperamento fuerte y discute con frecuencia con todos en casa:

*“pero mi abuelito y mi abuelita siempre me han tenido a mí. Con ellos no tengo ninguna dificultad, ellos me apoyan más, pasamos más tiempo juntos, los quiero mucho, lo que no*

*hacen mis papás biológicos”... “Mis abuelos todos los días me dan dinero para  
compárame lo que a mí me gusta, papas, chitos, bombombum”*

*“...desde ahí mi abuelita me cogió con mi tío y me crió, educación bien, me dejaban que  
yo hiciera lo que yo quisiera...” “Mi abuelita es amable, me corrige mucho pero yo no le  
hago caso, lo mismo como una mamá, ella es prácticamente mi mamá ya, yo le digo ya  
mamá...”*

*“Mi abuelita, ella es calmada, mi mamá dice que es alcahueta, mi abuelito si es más  
bravo, pelea por todo, y él tiene, bueno él está enfermo y pelea por todo, y desde chiquito  
trataba mal a mi mamá, a mis tíos, se levanta a pelear, un día le pegó a mi mamá y a mi  
abuelita, que nosotros no teníamos derecho de bajar”*

En dos casos han sido los cuidadores durante los primeros años de vida, se observan mayores expresiones de cariño, respeto, admiración y obediencia hacia los abuelos que hacia otros adultos significativos:

*“Lo que pasó fue que yo tuve como un cambio de núcleo familiar, llegaba donde mis  
abuelos estaba con mis primos, con mi hermana, mucha gente a mi alrededor, siempre  
sentí el apoyo de todos ellos, cuando me dicen que no podía seguir en la casa de mis  
abuelos...”*

*“Mi abuela es una señora muy tierna y ella es muy chistosa, ella le pone chiste a todo,  
he ella, es, sale mucho a las tiendas a ella le gusta jugar mucho tejo y rana...Con ella es  
chévere, pues, yo le ayudo mucho a ella, y antes de que se enfermara ella nos ayudaba  
mucho, ella a veces nos hacia la comida o mi mamá nos la dejaba y ella nos la calentaba  
y la servía, nos acostaba y ella pues me controlaba mucho la calle, pues yo le pedía  
permiso a ella para todo, para salir y eso, ella me decía que bueno pero que a cierta hora  
me entrara”*

#### 11.2.4. *Ámbito Escolar:*

En lo referente al aspecto escolar, cuatro de los jóvenes (un varón y cuatro mujeres) se encontraban desescolarizados al momento de la entrevista.

En el primer caso el joven fue desescolarizado por conductas heteroagresivas, en una ocasión hacia un compañero suyo y en otra hacia un profesor:

*“Lo que ocurrió fue que el profesor me quería pegar con una regla metálica porque no le entré al salón, me iba a pegar y en el segundo piso me dijo arrodílese y yo no me le quise arrodillar, entonces me dijo que se arrodille y yo le dije no yo no me le voy a arrodillar, sacó una regla metálica y yo me sentí mal, saqué mi puñalita y se la metí en un pulmón... y pues, de ahí no pude volver a estudiar”*

*“la otra fue porque fui a saludar a un amigo y me dijo no eso no pues suerte, entonces le dije que si nos vamos a dar golpes pues vamos, y me dijo vamos a darnos lámina, y en toda la escuela nos agarramos a cuchillo y ahí los dos pa afuera”*

El segundo, una joven quien luego de realizar un intento de suicidio con consecuencias graves para su salud física; comenta que no ha vuelto a asistir a clases porque tiene muchas citas médicas. Sin embargo al continuar la entrevista comenta que también ha sido víctima de maltrato y amenazas en el colegio:

*“Ahora no estoy estudiando porque todos los días para cita médica. El martes con la psicóloga, el miércoles con el pediatra y hoy acá. Yo hablé con la rectora y le dije que volvía el otro año a repetir”.*

Respecto a las relaciones con sus compañeros también han sido un aspecto difícil para ella, dado que tuvo que cambiar de colegio al ser víctima de amenazas explícitas en su colegio anterior:

*“y la amenaza era que los iba a mandar a chuzar, a mis papás, a mí ya me iban a chuzar con un anillo de lata, y ahí fue que una compañera fue y le dijo a mi mamá, ya ahí mi mamá me sacó del colegio y me metió al otro”*

La tercera por inasistencia, refiere que luego de haber estado hospitalizada en la clínica de salud mental, al regresar no se sentía igual, era acosada por sus compañeras y no quiso volver al colegio; la tercera por dificultades con sus compañeras, e ir perdiendo el año decide no regresar:

*“Luego ya se hizo un grupo de niñas que me hacían la vida imposible, me sentía como rechazada del colegio, no sé qué pasó con Y... y P..., ya no quise volver a estudiar, le cogí como fobia al colegio y no sé, pensaba que si me retiraba iba a ser lo mejor”*

*“El no ir a estudiar por miedo, pero me da es pereza ir por mis compañeros ellos me critican mucho, entonces por eso no voy, porque a mí me encanta estudiar.....me encanta aprender, pero de hecho ya perdí el año, es el primer año que pierdo”*

La última joven se retiró una semana después de iniciar el primer semestre de universidad, aludiendo que no quería seguir la carrera que comenzó:

*“yo creería que en la universidad me iba a amañar, pues tampoco la carrera, pues me sentí mal por haber escogido también mal la carrera, y no haber empezado de una vez en publicidad que era lo que quería sino que era por estudiar en la universidad x”*

Relación con pares en el colegio: Los 10 jóvenes restantes están estudiando en la actualidad, 8 de ellos tienen en la actualidad dificultades con sus pares, bien porque no se sienten cómodos en el grupo al que pertenecen:

*“Es que sus compañeros dicen que usted está consumiendo drogas” “Los compañeros de otros cursos me preguntaban si era verdad que me había cortado, que Laura les contó, ella me decía que si me sentía orgullosa de haberme cortado, que yo era una maniática”*

*“Si me siento incómoda porque en mi salón ninguna es gorda, yo soy la gorda del salón. Nadie me dice nada pero no me siento a gusto conmigo misma, así que tal vez eso también, no puedo permitir eso, que una persona me acepte cuando yo misma no me acepto”*

*“A veces me siento disminuido, como si todo el mundo estuviera a un nivel más alto y yo más bajo, me siento como menos que todos, como si yo no tuviera el derecho de andar con ciertas personas, como si fuera muy inferior; con algunas niñas me siento mal, con algunos del salón, casi con todos”... “ahí me encontré con el amigo falso, que me decía una cosa en mi presencia, y a mis espaldas decía otra cosa, con el que se las creía mucho y me la montaba y con el líder del salón”.*

Quienes han sido víctimas de burlas por parte de sus compañeros:

*“A principio de año, me humillaban porque era nuevo, me rechazaron... me rechazaban, les dije que yo quiero unirme a ellos y que no quiero que me rechacen... los pequeños no saben quién soy yo, a veces me humillan pero los grandes nunca me han humillado”*

*“Pero forman grupitos y empiezan hablar de todo el mundo y a burlarse y a veces la cogen contra mí, pues eso me da como rabia, me dicen bobo, que soy un tonto que no sé que soy supuestamente que yo soy emo”*

*“Los que me molestaban eran otros, por ejemplo con lo de la tijera, me decían emo , emo L..., eran dos, como que si eran dos, uno que era el que más me molestaba”*

*“Sentía rabia porque en el anterior colegio a mí me respetaban y era yo era como más feliz allá, pero yo pasa al X y ya comienzan a tratarme mal me cogen de juego, que yo nunca estuve con hombres, como manipularme, comienzan a decirme hay A... que donde está, por ejemplo, empiezan a hacerme preguntas bobas, y después empiezan a reír o lo empiezan a criticar, que porque soy tan tímida, que deje de ser tan boba”*

Otra de las jóvenes incluso sufrió violencia física en el colegio:

*“Desde que unos niños en sexto me pegaron, todo el tiempo se burlaban de mí delante de todo el mundo, yo le caí mal a ese niño, era como usted es gorda, usted es bajita, usted es ojos de gargajo, ellos se le burlan a uno como si fuera la culpa de uno ser bajita o ser gorda, y no puedo hacer nada ni para ser alta ni para ser flaca”*

Seis de los diez jóvenes que en el momento están escolarizados sufrieron acoso escolar y tres de los cinco desescolarizados en la actualidad, previamente fueron víctimas de burlas en su colegio, en total 9 de 14 jóvenes vivieron episodios de rechazo, aislamiento, señalamientos, apodos, amenazas e incluso agresiones físicas.

El rendimiento académico de 8 los jóvenes entrevistados disminuyó en el último año cursado, los demás sostuvieron su rendimiento habitual, dos perdieron el año; 5 de ellos explican esta situación por interferencias comportamentales y emocionales.

*“y pues en el colegio, fueron como dos meses que yo no estudié, ese año pasé raspando, todo el mundo decía que yo no iba a pasar, AB..., la desaplicada, al igual si paso, paso yo y si pierdo, pierdo yo y pasé y me dieron diploma de honor por esfuerzo personal, fue como bastante alentador”*

*“A mí no me gustaba hacer que palitos, y bolitas sino a leer y escribir, me fue bien, ocupé el primer puesto, en 5°. Era el 2° o 3°. Mejor del salón, todas las evaluaciones las pasaba, en 6°. Cambié de colegio, me fue regular porque era un colegio estricto, empecé a*

*tener problemas con la profesora, era muy regañona, no se le podía decir algo porque de una lo regañaba a uno, me empezó a ir mal por no poner atención, perdía las evaluaciones, el comportamiento era malo, hasta el tercer periodo perdí convivencia”*

*“Pues yo era juicioso mis notas no bajaban de excelente y de bueno. En los últimos años he bajado el rendimiento”*

*“En cuarto, ahí me puse las pilas y fui ganando los años, este año voy regular, mi académico no está bien que digamos, debo 4 materias”*

*“Académica del colegio, mal en matemáticas fue este año, pero fue viendo unas cosas que yo no prestaba atención, pero en matemáticas, exactamente, este año fue el único que me fue mal, pero en todos los curso en yo he estado siempre fui el mejor en matemáticas, de los mejores y en la que si me ha ido bajo es en la de inglés”*

*“Yo me acuerdo que para mí el colegio era la locura hasta 6º yo ocupaba siempre el primer puesto hasta que conocí a G... que me hizo la vida a cuadritos, ya no quería ir al colegio, después cuando me pasé a la tarde tampoco quería ir al colegio, de hecho me sacaron, lo que pasa es que hubo un problema y realmente no quería seguir yendo”*

*“Ahora estoy es en el C.A, ese colegio me agarró muy duro porque es bilingüe, a mí me va mal en inglés porque yo casi no lo veo, ahí si me fue re mal porque perdí 11 materias...”*

*“Académicamente puedo decir que voy bien, no excelente, no la número uno, me gustaría serlo para sentirme satisfecha conmigo misma, es como ir al colegio y sentir que no soy la número uno, tal vez no tengo el ánimo o no querer dar más de mí”*

#### *11.2.5. Experiencias Emocionalmente Perturbadoras:*

Dentro de los eventos vitales descritos por los jóvenes participantes en el estudio como emocionalmente perturbadores son aquellos inherentes a su vida de relación, en los

primeros lugares aparecen; las pérdidas, la muerte, el abandono y la separación de sus padres:

*“El abandono de mi mamá”*

*“La separación de mis papás”*

*“Muerte de mi madre”*

Uno de ellos categorizó también las nuevas uniones de sus padres, algunas conductas de los padres que le molestaron y dos de ellos consideran que el nacimiento de sus hermanos:

*“Conocer a la nueva esposa de mi papá y saber que tiene un hijo”*

*“Nacimiento de su hermana”*

*“Haber tenido que llegar a demandar a mi papá”*

*“Cuando se enfermó mi mamá, una crisis de Trastorno afectivo bipolar”*

La inminencia de peligro alrededor de alguno de sus seres queridos, familiares o amigos:

*“Cuando mi abuelito estuvo en la cárcel hace como 4 años”*

*“Un amigo que está en tratamiento para cáncer, siempre fuimos muy amigos, él se peleó conmigo, a los 8 días después me enteré que lo habían hospitalizado, se empezó a demacrar, arreglamos las cosas, pero verlo así, el antes era una persona muy alegre, muy activa, después verlo sin cabello”*

*“La enfermedad de mi abuela”*

También fue importante para ellos y perturbador el hecho de padecer una enfermedad física o mental:

*“Cuando me llevaron a esa clínica psiquiátrica”*

*“La enfermedad no me dejaba ser normal” (Tetralogía de Fallot)*

El otro aspecto reconocido como estresor es el relacionado con el colegio, el acoso entre pares, los golpes, que ya se expuso previamente.

### ***11.3. Estilos Psicológicos***

En cuanto al Estilo Motivacional, el más frecuente dentro del grupo de jóvenes entrevistados fue la preservación, definida como la concentración en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor; este estilo se encontró en 7 de los participantes del estudio.

*“ya yo me quedé sola, y no me interesó hacer más amistades, yo leo mucho, era encerrada en los libros y la música y me comencé a deprimir”*

*“yo tenía un novio, yo decía, nada es para siempre, por ahí pasaré dos o tres meses y luego chao, yo nunca pensaba que nada era permanente, siempre me sembraron esa idea de que no me tenía que apegar a nadie”*

*“Pues pasan que, internamente pues los trato mal y eso pero yo no soy capaz de decirle a ellos que no me molesten, ellos van a seguir molestando y eso y entre más yo les diga ellos van a seguir molestando, yo no soy capaz de decirles a ellos que no me molesten”*

*“Me dijo mi hermana que yo cuando grande iba a vivir conmigo y yo iba a tener que hacerle todo”*

*“me siento mal, sola, en el colegio las cosas van bien, en los entrenamientos, en gimnasia, todo está normal, igual que siempre”*

*“comencé a pensar en que la vida sería mejor sin mí, si todo el mundo me quiere hacer daño es porque yo no sirvo pa nada y eso”*

*“era porque yo hablo muy pasito y no me oían nada, o meterme en el papel, yo me quedaba muda”*

Los estilos motivaciones más marcados en los demás jóvenes fueron: Modificación en tres casos, Acomodación en dos e Individualismo en los dos restantes, se encuentran en las narrativas así:

*“el otro año me graduaré con diferentes personas, de pronto no con las de mi edad, pero ojalá todo sea mejor, pero pues igual también me dolió re hartito irme del colegio”*

*“y no se puede estar llorando cada vez, hay más cosas que te están esperando para que tú las disfrutes, más oportunidades, llorar no es la única opción que tienes cuando estás triste, primero intenté respirar, que es la forma de tranquilizarme, luego cocino, o juego tenis, el tenis es algo que a mí me apasiona”*

*“Me sacan la piedra, yo soy una de esas personas que no pienso, si a mí alguien puede tener toda la edad que quiera, todo el mundo que quiera pero pa un demonio hay demonio y medio”.*

Dentro de los Modos Cognitivos, el más encontrado fue la introversión, en 7 de los participantes del estudio, definida como personas quienes utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos:

*“El resto de personas se pueden desenvolver más ante los otros, que es algo que yo no puedo, ellos hablan muy bien, los conocen y empiezan a hablar como si se conocieran de toda la vida, yo soy muy tímido con toda la gente, se me hace muy difícil conocer gente”*

*“Ellos creen que pueden pasar sobre uno y pues yo por fuera no les demuestro nada, pues soy serio pero por dentro pues he a veces me siento mal y a veces pues lloro”.*

*“En el colegio soy callada, hablo pasito, a veces ni me escuchan, porque a mí también me da rabia que pueden responder y quedarme callada y todo el mundo piensa cosas que no son de mí”*

*“comencé a ser un poco más sociable, pero eso de que vinieran y me preguntaran cosas a mí me fastidiaba mucho o que llegaran de un momento a otro ¡ay hola!”*

*“Pues siempre he manejado desde que entre, tuve un amigo y solo con ese amigo me quede”*

*“Yo siempre he dicho que no necesito ayuda más o menos que yo lo puedo hacer solo”*

*“yo prefiero quedarme en la casa jugando... prefiero irme a jugar tenis o prefiero quedarme en la casa a leyendo, me molestan las fiestas, porque solo va un montón de gente”*

Sin embargo, el segundo puntaje dentro de los Modos Cognitivos fue para su opuesto la Extroversión, en 5 de los 14 jóvenes.

*“y yo era hay pónganme atención a mí, yo siempre he sido alguien que le gusta ser el centro de atención”*

*“Primero me comencé hacerme con el que yo estaba antes, con uno de la ruta que se llama G... y de ahí fue con su grupo, después llegaron las olimpiadas, entonces me hice en*

*el grupo de olimpiadas en futbol y me di cuenta que era buen defensa, entonces de ahí forme varios amigos del curso”*

*“porque nos pusieron a esa cosa cantar una canción en inglés y a mí solo me importaba la nota, y dijeron que tenía buena voz”*

*“y yo me hice hartos amigos en sexto... en séptimo ya conocí a mis amigas, me comencé a maquillar, me corté el pelo a mi manera, ya tomaba, ya bailaba, ya me iba de rumba con mis amigas, tenía como 13 años, no hacía nada, capaba clase todos los días”*

*“Muy aburrido estar en la casa sin hablar ni nada, a mí me gustaba estar así con harta gente y yo la pasaba muy bien en el colegio y a mí me gustaba estar allá”*

Respecto a los Modos de Interacción, los puntajes más altos fueron para Retraimiento, insatisfacción y comunicación, cada uno de estos se encontró en cuatro jóvenes, discrepancia en dos.

Retraimiento, definido como falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar:

*“Un día mi papá nos dio la noticia que se iban a casar, sentí como una puñalada en el pecho quedé frío, como con una puñalada en el pecho, quería gritar y decir que no quería, pero lo único que pude decir fue waw que chévere, me senté en la cama y no paraba de sonreír, él me sonrió y me abrazó y todo y por dentro carajo no quiero que pase esto, estaba que lloraba y le gritaba no quiero que hagas esto, no quiero que esto pase, no podía ni hablar, lo único que hacía era no parar de sonreír”*

*“ya yo me quedé sola, y no me interesó hacer más amistades, yo leo mucho, era encerrada en los libros y la música y me comencé a deprimir bastante, sentía que estaba sola, todo el mundo comenzó a decirme que yo era drogadicta”*

*“recuerdos que quisiera olvidar, como que han marcado mi vida de tristezas, traiciones, más que todo las traiciones, que yo voy escuchando al alzar y me recuerdan momentos de mi vida que no han sido los mejores, escuchando esas canciones cada vez me va saliendo más la tristeza”*

*“Yo creo todo lo que me dicen, por ejemplo si me dicen que yo soy fea me voy para mi cuarto y me encierro a llorar y lloro y lloro”*

*“Cuando hay un paseo no voy o voy pero no me baño, no me gustan los paseos porque no me gusta el sol ni el calor, pero si tuviera un buen cuerpo tampoco me gustaría”.*

Insatisfacción: Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.

*“Cuando estoy sola comienzo a escribir, pero si alguien llega a saludarme, yo me irrito mucho no le hablo”.*

*“Sentía como que me siento raro, no sé, que alguien me desprecia, como no sé, como rabia porque nadie me comprendía, con mucha tristeza”*

Comunicatividad: Buscan estimulación y atención. Simpáticos y brillantes y también exigentes y manipuladores.

*“Me gusta la matemática y la que no me gusta es el inglés. Con los compañeros me la llevaba bien con todos, yo hago muchos amigos fáciles y pues enemigos también”*

*“Mi madre y mi bella madre, ella siempre me ha dicho a mi cuando no se puede, pues no se puede, está bien, Ok, relax, alguna vez tuvimos una pelea porque se me saltó, ella algo me dijo y yo algo le dije, y me dijo como no sea respondona”*

*“Yo que estoy haciendo y me dio un temblor en todo el cuerpo y salí corriendo pa la casa y me metí debajo de la cama hasta que me pasó la tembladez y le dije mami yo me quiero ir de aquí, mándeme a hospitalizarme o pa donde quiera”*

Discrepancia: Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.

*“Me decían tiene que estar aquí a las 8 y no yo llegaba a la hora que yo quisiera 11 o 12, y llegaba y me acostaba a dormir y al otro día no me decían nada”*

*“Yo era normal, me molestaban y puño, me controlaba como por 3 minutos y si me seguían, yo les iba con toda y los profesores me hacían anotaciones”*

*“pero yo empecé a darme cuenta que yo iba y asistía a la iglesia católica más era por tradición no porque en verdad lo sintiera, y hasta el momento yo creo que he visto muchas caras del tema y preferí no quedarme con ninguna”.*

#### ***11.4.Psicopatología***

Se tomaron los diagnósticos principales en el eje I con los que cada uno de los pacientes figura en su historia clínica de la institución de salud donde estaba siendo atendido al momento de la entrevista; todos fueron valorados por psiquiatría infantil en dichos sitios de atención. Como grupo, las patologías más frecuentes fueron los trastornos afectivos 5, estos se encontraron en su orden así: tres pacientes con impresión diagnóstica de distimia, dos con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, dos mujeres, una del tipo uno y otra del tipo dos y finalmente uno de ellos, hombre con diagnóstico de episodio depresivo moderado. El siguiente diagnóstico en frecuencia fue el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en 4 jóvenes, de ellos dos hombres y dos mujeres, los dos hombres y una

mujer de predominio hiperactivo, la otra mujer de predominio inatento. La última de las mujeres tiene además una comorbilidad importante con distimia. Los demás diagnósticos encontrados fueron, 2 mujeres con Bulimia nerviosa ambas de tipo purgativo, un hombre con dependencia a múltiples sustancias psicoactivas (basuco, marihuana, bóxer) y una mujer con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

En las narrativas se pueden evidenciar algunos elementos psicopatológicos que refuerzan las impresiones diagnósticas:

Trastornos Afectivos:

*“Prácticamente cuando me siento triste o solo pues yo, pensaba antes que, pues cortándome me iba hacer, solucionar las cosas... Desde hace un año y medio comencé a cortarme, o sea a los trece...sentía mucha tristeza, pensaba... cuando mi abuela estaba enferma, ella estaba muy mal, ella tiene cáncer en el ovario, y pues, le están sacando las citas para hacerle la radioterapia entonces, pues, pues eso me afecta, entonces, pues a veces yo me pongo a llorar y pues yo tengo como una mesita de noche y ahí en el cajón pues veo esto y de da la tentación de eso veía es, porque ya lo boté, quería, como, no sé por uno momento desaparecer, de los problemas y eso las dos, morirme y desahogarme, sentirme mejor, en matarme” Distimia*

*“En 5°. De primaria había una época en que me llegaba una tristeza de un momento a otro, casi a diario lloraba, “se me formaba un nudo en el pecho y en la garganta y solo salían las lágrimas”, pensaba que me sentía muy solo...Tristeza y angustia, momentos de depresión en los que no encuentro el motivo para estar deprimido, trato de salir hacer algo, irme para alguna parte, y no ... sigo con la depresión, un momento de desespero, el desespero se ve como tristeza, y la tristeza como ganas de autodestruirme”- Distimia*

*“yo siempre desde chiquita he tenido depresión, pero desde este año que comenzó el matoneo infantil, se me agravó, siempre he tenido una autoestima baja, me creo la peor, la*

*más fea, que nadie me quiere, casi no consigo amigas, a mí también en primaria no me matoneaban así que a pegarme y a mandarme a chuzar, me decían que yo era fea, gorda, que nadie me quería... me tomé 50 de amlodipino y 20 de clorfenilamina”- Distimia*

*“Era encerrada en los libros y la música y me comencé a deprimir bastante, sentía que estaba sola, todo el mundo comenzó a decirme que yo era drogadicta.... Comencé a sentirme muy sola en el colegio y en la casa, lloraba por la tarde y por la noche, yo llegaba al colegio y me tenía que devolver a mi casa, decía que me dolía la cabeza, sacaba cualquier excusa para que me devolvieran o me tuvieran en enfermería... ella si veía mi estado de ánimo muy mal... Llegó un punto que yo cambié tanto que no me reconocía, ya me volví muy indisciplinada, que hablaba mucho en clase, que me reía mucho, no sé si habrá sido por el medicamento o qué porque ahí me empezaron a dar medicamento (Fluoxetina), llegó un punto en que ya no me interesaba tanto el estudio, me interesaba conseguir amigos, salía a comer helado con mis amigos, jugaba en los descansos football, y muchas cosas, me llamaban la atención bastante”- TAB 2.*

*“cuando yo tenía aproximadamente 11 o 12 años, yo creía que como yo actuaba era bien, yo no sabía que eso era una enfermedad, no tenía ni idea, de que tal vez como yo pensaba era mal, un momento a otro yo no sé qué pasó, y yo me comencé a deprimir y comencé a llorar, ya veía que la vida no tenía sentido, que las cosas no me importaban, que pasaba si estaba bien o mal no me importaba... luego empecé a capar clase, romper los vidrios, escribir en las paredes ...un día me di cuenta que yo podía hablar con los muñecos y con las cosas, y decía es algo raro, yo me reía pero yo tengo un peluche un muñeco grande y yo le comencé a contar todo lo que me pasaba, él era como mi diario, y le decía como está, lo saludaba, le decía que era mi bebé...” TAB 1.*

*“...día tras día empecé a bajar el rendimiento académico, quería estar solo, no quería comer, no quería hacer nada... y yo dije ahora si me quedé solo, en pocas palabras yo me quería morir, me sentía solo, nadie me entendía los problemas que yo tenía, desde ese tiempo, yo dije voy a hacer esto, cortarme las venas”- Episodio Depresivo Moderado*

## Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

*“...me empezó a ir mal por no poner atención, perdía las evaluaciones, el comportamiento era malo, hasta el tercer periodo perdí convivencia, ellos decían que pelaban mucho y a mí me daba como rabia que sean creídos, una vez yo peleé con él le pegué un puño y le dejé todo esto morado, me había dado un puño en la espalda” TDAH*

*“Yo era normal, me molestaban y puño, me controlaba como por 3 minutos y si me seguían, yo les iba con toda y los profesores me hacían anotaciones no en el libro azul si no en la agenda, llegaba a la casa y allá también me castigaban, por ejemplo, no me dejaban ver televisión” TDAH*

*“Me cambié de jornada, también tuve problemas porque un compañero me la intentó montar desde el comienzo a mí se me saltó y le dije sus tres verdades y de ahí en adelante, casa también con él, yo lo trataba mal, le decía sus verdades, usted es un estúpido, que le pasa imbécil y comenzaba a madriarlo y cosas así...Yo más de una vez la grité y le dije que era una ignorante, pero a ella también yo le caí mal, y yo no la dejaba terminar la clase, algo hacía, algo me inventaba, una vez íbamos a hacer un círculo literario, no los dejé, y no lo hacen y no lo hacen porque la profesora me regañó... a mí me entretiene una mosca, un zancudo” TDAH*

*“...una profesora ahí que yo me acuerdo que empezó a ponerme bajas notas, yo le hacía todo, y empezó a criticar todo era crítica que porque tenía mala ortografía, que porque cualquier excusa para bajarme la nota y en la entrega de boletines mi mamá le dijo no es que su niña no hace caso... Pues estaba pensando en hablar con todos con los que tenía problemas y con la profesora que ayer se puso brava conmigo porque me hicieron seguimiento” TDAH.*

## Trastornos de conducta alimentaria

*“A veces pienso que cuando todo está tan normal hace falta emoción, como que mi vida no tiene límites, entonces siempre me meto y termino mal por no tener límites, salgo lastimada, no me los ponen, ni yo tampoco los pongo, eso es lo mismo que me pasa con la comida, como sin límites, vomito 8 o 12 veces al día” Bulimia Nerviosa*

*“La angustia es por mi cuerpo, no me acepto tal y como soy mi abdomen, mis piernas mis brazos, que son feos, grasosos, veía las demás personas siendo delgadas y yo gorda.. me introducía los dedos hasta la campanilla y vomitaba, ya después no me hacía efecto era como más a fondo, ya después vomitaba sin necesidad de meterme los dedos, vomitaba 5 o 6 veces/día, recurría a mí. Los vómitos eran después de cada comida normal” Bulimia Nerviosa*

## Dependencia a múltiples sustancias psicoactivas

*“Yo probé el vicio a los 12 años, la marihuana, después siguió el pegante, el perico, de último el basuco me pegué con la marihuana, el basuco y el pegante. A los 12 con la marihuana, me quedé pegado a la marihuana, a los 10 meses, probé el pegante y me quedé pegado con él. Probé el perico y más o menos me gustó pero no me quedé con él. Probé el basuco y me quedó gustando me llevó a la calle, a robar la gente, a robar mi misma familia.... Estaba afuera consumiendo todos los días, en el día me gastaba 150.000, eso equivale como a una barra de cigarrillos y a unas 100 papeletas en un día. Le combinaba el pegante y nada más. Un tarrado de pegante en un día, todos los días”.*

## Trastorno obsesivo compulsivo

*“Yo me sentía triste, yo me sentía que no, como que no podía tener un buen ánimo... Pues pensaba que era más fácil no vivir, si no matarme... cuando en las cosas no me empezaba a ir bien, pues pesaba que era culpa de eso y no estar como siempre haciendo como las mismas cosas, como con perfeccionismo, como para que me vaya bien”*

## 12. Discusión

Los sujetos que hicieron parte de este estudio se encontraban entre 11 y 18 años, con un promedio de 14 años, que corresponde a la adolescencia media.

La edad promedio de inicio de la autoagresión en este grupo de jóvenes fue 12.5 años y 13 de los 14 adolescentes se auto agredieron en más de una ocasión, constituyendo una conducta recurrente. Estas cifras son similares a las que arrojó el estudio de Ferrara y cols. (25), donde se concluyó que la media de la edad de inicio de la autoagresión en la muestra fue de 12,3 años, además que todos los pacientes mostraron una alta frecuencia de autolesiones, en un patrón repetitivo. También coincide con el estudio de revisión de Jacobson y Gould (26) en el que mencionan que el comportamiento auto lesivo generalmente inicia entre los 12 y los 14 años de edad.

Esta tendencia de insistencia en la autoagresión se torna preocupante si se tiene en cuenta que es un significativo predictor de muerte por suicidio.

En cuanto al contexto familiar, Karen Conterio, Wendy Ladery y Jennifer Kingson, en su libro *Bodily Harm* postulan que los adolescentes que se autolesionan enfrentan los problemas de separación y formación de identidad con gran alarma. Mencionan que muchos llegan a esta etapa “subparentados”, a menudo aparecen como pseudomaduros, privados de la atención de sus padres, han aprendido a defenderse por sí mismos y no pueden esperar atención o preocupación de los adultos a la vez que no se permiten expresar cualquier necesidad o vulnerabilidad. (27). También plantean las autoras que las pérdidas previas hacen que el adolescente perciba la separación y la autonomía como una profunda amenaza a su seguridad emocional y equilibrio. Los resultados de este estudio son acordes

con lo encontrado en la literatura, dado que 9 de los 14 jóvenes entrevistados tenían como historia personal relevante la carencia de uno (6 de los jóvenes) o los dos padres (3 de ellos); las expresiones de los adolescentes al respecto dejan ver como emociones más frecuentes la tristeza y la rabia, otros se muestran ambivalentes frente a la figura parental faltante, oscilan entre extrañarlo y odiarlo, mientras que otra de las jóvenes se detiene a pensar en el imaginario de su figura materna, los demás optan por ignorar la existencia de un padre que en su concepto ignora la de ellos. Teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital que están viviendo, resulta muy complicado poder separarse de e identificarse con figuras ambivalentes o inexistentes. En la literatura existen hasta el momento pocos estudios respecto a las relaciones entre padres e hijos en relación con la autoagresión, sin embargo un estudio transversal menciona que el miedo como resultado de una falta de atención y protección de los padres se asoció con autolesión. Entornos familiares invalidantes, negligencia y tristeza en los padres también se han relacionado con autoagresión deliberada. Sin embargo factores como comportamiento hostil verbal y no verbal de parte de los padres están siendo estudiados y no hay estudios concluyentes longitudinales a largo plazo concluyentes (28)

Cuatro de los jóvenes entrevistados narraron experiencias de maltrato, un caso de acoso sexual, otro de abuso sexual, uno de violencia verbal y otro de violencia física, sumado a 7 de negligencia, también se realizó un hallazgo relevante de antecedente de enfermedad mental en los padres de tres de los jóvenes participantes. Al respecto se encontró en un estudio de Boxer, citado en la revisión de Andover y col, publicada en 2012 (17) que los adolescentes con una historia de autoagresión con o sin asociación a intentos de suicidio había algún tipo de maltrato infantil, abuso físico, abuso emocional y negligencia,

sugiriendo que el abuso en la infancia y la negligencia pueden ser un factor de riesgo para autoagresión. Se corroboran estos hallazgos en una revisión sistemática en Alemania, en el año 2009 de la Universidad de Berlín, se concluye que existen muchos estudios en los que hay asociaciones entre los comportamientos autolesivos e historia de abuso sexual (29); además también existen ya datos en Colombia, en un estudio realizado por las Dras. Rodríguez y Guerrero, en pacientes con trastornos de conducta alimentaria que tienen eventos de automutilación, encontraron que la relación entre una mujer expuesta a experiencias traumáticas y automutilarse es estadísticamente significativa y que la misma asociación se observó con abuso sexual. Además mencionan dentro de los resultados, que la exposición a otro tipo de experiencias violentas también se encontró asociada de manera significativa y general con el comportamiento de autolesionarse, dentro de estos eventos se mencionan el desplazamiento, las amenazas de muerte y el secuestro. (21)

Respecto a las experiencias emocionalmente perturbadoras lo más destacado en este estudio son los aspectos que competen con su vida de relación, en primer lugar las pérdidas de sus figuras parentales y de sus abuelos, la separación entre los padres y las nuevas uniones de estos, al igual que el nacimiento de los hermanos, en todas ellas la vivencia ha sido de abandono y soledad; estos hallazgos son acordes a los resultados encontrados por Fliege y cols quienes concluyen que hay una estrecha relación entre la experiencia de emociones negativas (ansiedad, depresión y agresión) y el auto daño; la evidencia de estresores distales, biográficos es bastante fuerte y que es necesario llevar a cabo estudios longitudinales (29). Dentro de los estresores mencionados en el presente estudio las enfermedades o viajes de sus seres queridos, que los hacen suponer que faltarán, son eventos generadores de ansiedad. También se encontró como la experiencia de enfermedad

física o mental hacen que se sientan diferentes de los demás y en ese orden de ideas insuficientes o susceptibles de ser rechazados.

Uno de los hallazgos emergentes en este estudio fue el papel de la familia extensa como red de apoyo de los jóvenes, quienes pese a reconocer grandes dificultades con sus padres y relaciones distantes y de celos entre hermanos, encuentran a sus abuelos como fuente de cariño y protección. El estudio de Jutengren postula como uno de los aspectos que proporciona una variabilidad en la respuesta, el contexto familiar, la capacidad de verbalización de la situación de conflicto con un amigo o un familiar más que dentro de un contexto de consulta médica un factor protector, que estaría a favor del descenso en la autoagresión. (10)

Dentro de los aspectos sociales evaluados, el maltrato de parte de los pares fue el fenómeno que más frecuentemente apareció en los jóvenes entrevistados, de tal manera que 9 de los 14 jóvenes se habían sentido intimidados o rechazados en algún momento de su vida escolar, la experiencia de sentirse burlados, amenazados, o aislados cobra gran importancia en relación con su autoconcepto, de tal manera que si lo dicen personas de su edad con quienes conviven “debe ser cierto”. La opinión de los mayores aquí tiene menor peso y menor validez para ellos que las palabras y la aceptación de sus pares; lo cual se verifica igualmente en el estudio de Jutengren, Kerr y Stattin (10): “En estudios transversales (Hawton, Rodham, Evans, y Weatherall, 2002; Hay y Meldrum, 2010; Hilt et al, 2008) se ha encontrado asociación entre autoagresión con el hecho de ser víctima de acoso escolar. Sin embargo en estudios longitudinales los hallazgos son menos consistentes: Un estudio de Heilbron y Prinstein (2010) de estudiantes de secundaria a dos años de seguimiento no encontró ninguna asociación entre la victimización entre pares y las

autolesiones; por otro lado, en un estudio realizado por Sourander y cols. (2006) A tres años de seguimiento, se concluyó que si había tal relación de asociación” (10). Y en su propio estudio, Jutengren, Kerr y Stattin concluyen que en los adolescentes la probabilidad de autolesión deliberada aumenta como consecuencia de ser víctima de sus compañeros. Plantean además cómo la exclusión social genera sentimientos de angustia e ira que terminan siendo dirigidos a ellos mismos. Por su parte McMahon y cols, en su estudio con un total de 363 niños (19,4%) de la muestra reportaron haber sido víctima de acoso escolar en algún momento de sus vidas. La probabilidad de auto daño era cuatro veces mayor en los niños que habían sido intimidados de los que no habían tenido esta experiencia. Los factores significativos dentro de la historia de acoso entre las víctimas fueron el abuso físico grave y la autoestima comprometida. (16)

Es importante mencionar el hallazgo de desescolarización 4 de los 14 jóvenes entrevistados se encontraban fuera del sistema escolar, aunque por diversas causas, todas ellas confluyen en factores emocionales, agresividad, aislamiento, evitación, lo que hace suponer que las consecuencias a largo plazo de la falta de atención a las necesidades afectivas de los jóvenes compromete en gran medida su funcionalidad desde tempranas edades. Dentro de los estudios revisados no se encontró una relación de asociación entre estos dos elementos autoagresión y desescolarización.

Dentro de los aspectos evaluados, los estilos psicológicos más encontrados dentro del grupo de jóvenes participantes fueron la preservación, la introversión y el retraimiento, lo que arrojaría un perfil de adolescentes poco optimistas respecto al futuro, centrados en sus pensamientos y sentimientos, en sí mismos, con tendencia a aislarse, poco comunicativos y con dificultades para una comunicación asertiva, en quienes la autoagresión se convierte

en un mecanismo de expresión de su angustia, ira y malestar. Por otro lado, hay otro grupo de jóvenes insatisfechos, comunicativos y discrepantes que actúan de manera impulsiva y en ocasiones son juzgados por los demás como manipuladores, presentan conductas agresivas hacia sí mismos y hacia los demás. Lo que hace pensar que no hay una característica fija de estilo psicológico o más adelante personalidad específica que sea invariablemente predictiva de autoagresión.

En los estudios realizados en adultos se plantea que hay una asociación entre la personalidad límite y la autoagresión, pero también entre la personalidad evitativa y el autodaño. Trayendo los resultados de este estudio para su contrastación, extrapolarlo un estilo psicológico en el que predominan la preservación, la introversión y el retraimiento, sería compatible con rasgos de personalidad evitativa, con sus particularidades: la inhibición social, los sentimientos de inadecuación, una alta sensibilidad a la crítica, la tendencia a evitar actividades que impliquen un contacto interpersonal importante, el temor a la crítica y al rechazo; el evitar hacer nuevos amigos y las dificultades para hablar de sí mismos entre otras. Dentro de la revisión de la literatura se encuentra un estudio del modelo evitativo experiencial de la autoagresión, Chapman y cols (2006) sugirió que perjudicarse uno mismo es una estrategia maladaptativa de escapar de la incomodidad o de experiencias angustiosas internas, bien sea de pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales. Las experiencias generadas por estrés interpersonal, son aliviadas con la autoagresión, lo cual a largo plazo se sostiene con un mecanismo de refuerzo negativo. (10) Siguiendo esta línea en el modelo evitativo, Chapman y cols proponen que se llega a la autoagresión cuando hay dificultad en la autorregulación, incapacidad de implementar

habilidades comportamentales para responder a la angustia, problemas para aceptar la ayuda y una alta intensidad en la emoción.

Continuando con la deliberación de estilos psicológicos, se observa que en el segundo grupo en orden de frecuencia están: los extrovertidos, insatisfechos, comunicativos y discrepantes, estas características sería más cercanas a rasgos de personalidad del grupo B, histriónica o limítrofe; y es que estos jóvenes pueden presentar las conductas autoagresivas en público, ser el centro de atención dentro de su grupo, además de presentar una variabilidad emocional grande y estar en contraposición a las normas o pautas que a ellos no les parezcan adecuadas. Teniendo en cuenta que dentro de los criterios diagnósticos del DSM IV TR, aparecen las conductas auto agresivas como parámetro para diagnosticar trastorno límite de personalidad, aparece como: “comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación”; se podría pensar superficialmente al leer los criterios mencionados que toda persona que se autolesiona tiene un trastorno límite de personalidad, sin embargo aunque algunos estudios muestran que existe una fuerte relación entre autolesión y este tipo de personalidad; otros estudios afirman que existen la autolesión en otros tipos de personalidad y en distintos trastornos del eje I (19). Cabe retomar que otro de los parámetros importantes al hablar de estilo psicológico son las habilidades de afrontamiento. En el artículo de revisión de Fliege y cols (18), narran como las dificultades en el afrontamiento del estrés, tienen una asociación mayor con el comportamiento autoagresivo. Refieren que en estudios transversales se muestra una asociación entre la baja autoestima y pobres habilidades para la resolución de problemas con la autoagresión. Los autoagresores mostraron una menor creencia en la autoeficacia y existe una mayor tendencia a no hacer frente a los problemas.

En la parte concerniente a la psicopatología, los diagnósticos más comúnmente encontrados en este grupo de jóvenes fueron los trastornos afectivos; distimia en primer lugar, seguido de trastorno afectivo bipolar y episodio depresivo moderado; la segunda categoría diagnóstica en frecuencia fue el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, luego trastornos de conducta alimentaria, trastorno por consumo de sustancias psicoactivas: dependencia y trastorno obsesivo compulsivo. Estos hallazgos se relacionan estrechamente con los encontrados en estudios previos, tal es el caso de Guetin y cols, quienes encontraron que los adolescentes con antecedente de autoagresión cumplían criterios para Trastorno Oposicional Desafiante, Trastorno Depresivo Mayor y distimia, respecto a quienes habían realizado intento de suicidio sin autoagresión previa y sin intencionalidad suicida. Otros estudios reportan más síntomas de depresión y anhedonia.

(17) En el estudio colombiano, de las Dras. Rodríguez y Guerrero cols, (21) en pacientes con trastornos de conducta alimentaria; 35.91 % tenían diagnóstico de anorexia nerviosa, 38.95 % bulimia nerviosa y 25,14% trastorno por atracones; de este grupo de pacientes con Trastornos de conducta alimentaria, se encontró que un 22.6% presentaban además de los síntomas alimentarios, conductas autoagresivas. “Además se encontró que la automutilación estuvo asociada de manera significativa con Trastorno de Estrés Postraumáticos (TEPT), personalidad limítrofe, trastorno afectivo bipolar con episodios mixtos e intentos de suicidio previos”. (21) En otro estudio, prospectivo de seguimiento de los 3 a los 15 años de edad, de predictores tempranos de auto agresión; se encontraron problemas internalizantes, retraimiento, quejas somáticas, problemas de atención y delincuencia que tuvieron a los 12 años una asociación con la autoagresión a los 15 años. La competencia escolar y ser intimidado en la escuela a los 12 años, predijo actos e ideación autoagresiva a los 15 años, sin embargo dentro de las conclusiones los autores

afirman que no se puede concluir que tener un diagnóstico específico en la infancia pueda predecir que en la adolescencia se va a agredir. (30)

Aunque los resultados de psicopatología en los padres fueron incluidos dentro del apartado de contexto social, es importante mencionar que se encontraron tres personas, en este caso padres de los jóvenes entrevistados, con enfermedad mental del eje I, las cuales fueron: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar I y Trastorno depresivo recurrente. Este hallazgo resulta concordante con la literatura ya que en el estudio mencionado anteriormente, el de seguimiento a 12 años, se incluyó esta variable (psicopatología en padres) y encontraron que la angustia mental de la madre y el que no haya una percepción de bienestar en los padres, al igual que la patología mental en ellos, está asociada a la autoagresión deliberada y aumenta la vulnerabilidad a la psicopatología del adolescente, no solo por mecanismos genéticos y ambientales, sino también por su percepción a nivel de pensamiento de lo que sucede con el padre o la madre que padece esta patología. (30)

Dentro de las limitaciones del presente estudio están la pequeña muestra que hace que no se puedan hacer conclusiones generalizables, sin embargo pese a que son pocos pacientes se puede ver la diversidad tanto en el estilo psicológico como en la psicopatología de cada uno, por lo cual se puede afirmar que se deben individualizar los casos y que es muy difícil que se engloben bajo un solo apartado llamado autoagresión como se propone para el DSM V.

Se requieren más estudios sobre el tema, en lo posible longitudinales que ayuden a observar el comportamiento a futuro de estos jóvenes que se autoagreden y si existe una relación de asociación con los factores mencionados que los convierta en factores de riesgo

para determinada enfermedad mental o lo contrario que ciertos estilos de personalidad sean factores predisponentes para autoagresión y/o suicidio.

### 13. Conclusiones

- 13.1. Los adolescentes participantes en el estudio iniciaron sus episodios de autoagresión hacia los 12 años de edad y por lo general en más de una ocasión. El método de autoagresión más común es el de cortes en la piel, seguido de perforaciones, golpes contra las paredes y quemaduras.
- 13.2. Dentro del contexto social no hubo ningún aspecto que se encontrara en la totalidad del grupo; sin embargo si se encontraron elementos comunes para la mayoría de los jóvenes, en primer lugar la ausencia de una o las dos figuras parentales, la más frecuente fue la ausencia de la figura paterna y en segundo lugar, la victimización por pares. Aspectos como la violencia intrafamiliar, el maltrato en la infancia y el abuso sexual también se encontraron implicados.
- 13.3. Los estilos psicológicos más destacados dentro del grupo de jóvenes participantes fueron la preservación, la introversión y el retraimiento; en segundo lugar un patrón de insatisfacción, comunicatividad y discrepancia.
- 13.4. Los diagnósticos más comunes en este grupo de jóvenes fueron los trastornos afectivos; distimia en primer lugar, seguido de trastorno afectivo bipolar y episodio depresivo moderado; la segunda categoría diagnóstica en frecuencia fue el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, seguido por trastornos de conducta alimentaria, trastorno por consumo de sustancias psicoactivas: dependencia y trastorno obsesivo compulsivo.

## 14 Referencias

1. Menninger K. *Man Against Himself*. Harcourt, Brace and World Inc. 1938.
2. Favazza, A. *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Johns Hopkins paperbacks editions.1992.
3. Vrouva I, Pasco R, Fearon M And Fonagy P. The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents: Development and Psychometric Evaluation. *Psychological Assessment* 2010, Vol. 22, No. 4, 852–865t
4. Spender Q. Assessment of adolescent self-harm. *Pediatrics and child health*. H.17: 11- 448 2007.
5. Herbert Fliege, Jeong-Ran Lee, Anne Grimm, Burghard F. Klapp. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review Review Article. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 66, Issue 6, June 2009, Pages 477-493
6. Komora O, P. Man Against Himself-By Karl A. Menninger. *American Journal of Public Health*. New York: Harcourt, Brace. Sept, 1939 1056-1057p
7. HAWTON K, JAMES A. Suicide and deliberate self-harm in young people. *BMC* vol 330, Abril 16 2005
8. Fliege, H. Lee, Jr. Grimm,A. Burghard F. Klapp,P. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review Review Article. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 66, Issue 6, June 2009, Pages 477-493

9. Tulloch, A. Blizzard, L. And Pinkus, Z. Adolescent – Parent Communication in Self –Harm. *Journal of adolescent health* 1997; 21:267-275
10. Jutengren, G. Kerr, M. Stattin, H. Adolescents’ deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: a two wave longitudinal analysis. *Journal of school psychology*. Article in press. Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jschpsyc](http://www.elsevier.com/locate/jschpsyc)
11. Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., Simonoff, E. knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence* 26 (2003) 619-629
12. Cerutti, R. Manca, M. Presaghi, F And Gratz K. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence* 34 (2011) 337-347. Journal homepage: [elsevier.com/locate/jado](http://elsevier.com/locate/jado).
13. Diaz, A. Gonzáez, A. Minor, N. Moreno, O. La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista científica electrónica de psicología ICSa- UAEH*. No.5. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala-SUAED.
14. Fortune, S; Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Current Paediatrics* (2005) 15, 575–580
15. Patton, G. Hemphill, S. Beyers J. Bond, L. Toumbourou, J. Mcmorris, B And Catalano R. Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of academy child and adolescent psychiatry*. 46:4, April 2007.

16. Mc. Mahon, E. Reulbach, U. Keeley, H. Perry, I. Arensman, E. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*. 71 (2010) 1300- 1307p
17. Andover, M.S. Morris, B.W. Wren A. Bruzzese M.E. D. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012, 6:11.
18. Fliege, H; Lee, J.R. Grimm, A. Klapp, B.F. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy. Charité Universitätmedizin Berlin. *Journal of Psychosomatic Research* 66 (2009) 477-493.
19. Klonsky, E. D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 226-239
20. Levenkron, S. *Cutting. Understanding and overcoming self-mutilation*. W.W Norton and Company INC. New York. 1999.
21. Rodriguez G, Maritza Y Guerrero, Stella. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista colombiana de psiquiatría*. jul./sep. 2005, vol.34, no.3, p.343-354. ISSN 0034-7450
22. Alba, L. Salud de la adolescencia en Colombia: Bases para una medicina de prevención. *Univ. Méd. Bogotá (Colombia)*, 51 (1): 29-42, enero-marzo 2010.

23. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Informe especial censo general 2005. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2005
24. Trinidad, A., Carrero, V., Soriano, R. Teoría fundamentada “grounded theory”: La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. *Cuadernos Metodológicos*. CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas). 2006. Madrid- España
25. Ferrara, M. Terrinoni, A. Williams, R. Non- suicidal self-injury in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012, 6:12.
26. Jacobson, C.M, Gould, M. The Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of literature. *Arch Suicide Res* 2007, 11: 129-147.
27. Conterio, C. Lader, W. Kingson Bloom, J. (1998) *Bodily Harm. The breakthrough healing program for self- injurers*. Hyperion. New York.
28. Janet, B. Calogero, L. Self-harm Review Article *Medicine*, Volume 36, Issue 9, September 2008, Pages 455-458
29. Fliege, H., et al. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review / *Journal of Psychosomatic Research* 66 (2009) 477–493
30. Sourander, A. Aromaa, M. Pihlakoski, L. Haavisto, A. Rautava, P. Helenius, H. Sillanpää, M. Early Predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to 15. *Journal of Affective Disorders* 93 (2006) 87–96