

Relación entre conductas autolesivas con fines no suicidas y depresión en población adolescente escolarizada

Relationship between self-injurious behavior with non-suicidal purposes and depression in a schooled adolescent population

DOI: 10.18270/chps.v19i2.3145

Recibido: 29-06-2020 **Aceptado:** 12-08-2020

<https://revistas.usb.edu.co/index.php/UJPR>

Luisa Fernanda Ferro Valencia

Universidad Católica de Pereira.
Email: luisa.ferro@ucp.edu.co

Juliana Franco Maya

Universidad Católica de Pereira.
Email: juliana1.franco@ucp.edu.co

G. Victoria Izquierdo Cubillos

Universidad Católica de Pereira.
Email: victoria.izquierdo@ucp.edu.co

Luisa Fernanda González Suárez

Universidad Católica de Pereira.
Email: luisafernanda349@gmail.com

Martha Juliana Villegas Moreno

Universidad Católica de Pereira
Email: martha.villegas@ucp.edu.co



Copyright: ©2019.

La Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia creative commons Attribution-NonCommercial- NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NCND 4.0)

Declaración de disponibilidad de datos: Todos los datos relevantes están dentro del artículo, así como los archivos de soporte de información.

Conflicto de intereses: Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.

Resumen

La depresión es un problema de salud pública, con una prevalencia del 15,8% en niños y adolescentes entre 10 y 14 años; este trastorno está directamente relacionado con conductas autolesivas no suicidas. Diversas investigaciones han demostrado que los síntomas depresivos y las autolesiones aumentan, se estabilizan y disminuyen de manera conjunta en individuos que presentan ambos trastornos. El objetivo de la presente investigación fue establecer la relación existente entre las conductas autolesivas con fines no suicidas y la depresión en adolescentes escolarizados de la ciudad de Pereira, Colombia. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se evaluaron 44 adolescentes de los grados sexto, séptimo y octavo de la Institución Educativa Santa Rosa de Lima mediante los cuestionarios CDI, SHQ-E y una encuesta sociodemográfica. Los datos se analizaron con el programa SPSS v.22, y el Coeficiente de Pearson, tanto para el nivel descriptivo, como correlacional. Los resultados muestran correlaciones altas y positivas entre depresión infantil y conductas autolesivas. Se concluye que existe una relación significativa entre sintomatología depresiva y conductas autolesivas.

Palabras clave: depresión, conducta, adolescentes, autolesiones no suicidas, familia.

Abstract

Depression is a public health problem, with a prevalence of 15.8% in children and adolescents between 10 and 14 years old. This disorder is directly related to non-suicidal self-injurious behaviors. Research has shown that depressive symptoms and self-harm increase, stabilize and decrease jointly in individuals with both disorders. The current research aimed to establish the relationship between self-injurious behaviors with non-suicidal purposes and depression in adolescents in Pereira, Colombia. A non-probabilistic convenience sampling was carried out. Forty-four adolescents of sixth, seventh and eighth grades of Santa Rosa de Lima School were evaluated using the CDI and SHQ-E questionnaires as well as a socio demographic survey. The SPSS v.22 program and the Pearson Coefficient were used to analyze both descriptive and correlational data. The results show high, positive and significant correlations between childhood depression and self-injurious behaviors. As conclusion, there is a significant relationship between depressive symptoms and self-injurious behaviors.

Keywords: depression, behavior, adolescents, non-suicidal self-injury, family.

Introducción

La adolescencia es un periodo del desarrollo que va desde los 10 a 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2018; Torres, Zambrano, Jumbo & Brito, 2019); este se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden ser difíciles de enfrentar para algunos adolescentes, y al no afrontarlos adecuadamente, los jóvenes pueden desarrollar trastornos emocionales, como depresión o ansiedad (Bueno, 2019; Díaz & Santos, 2018; Granados, Orts & Rey, 2020; Ramírez, 2009).

En el Boletín de Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes del Ministerio de Salud

de Colombia (2018), se evidencia que los diversos problemas de salud mental inician su trayectoria finalizando la infancia o iniciando la adolescencia, siendo la depresión uno de los trastornos mentales que más afecta a los jóvenes (Keles & Idsoe, 2018; Yang et al., 2017; Zhou et al., 2015). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2018) estima que los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades en jóvenes entre 10 y 19 años; entre estos, el trastorno depresivo es uno de los de mayor incidencia, junto a los trastornos de ansiedad y rasgos de personalidad limítrofe (Ministerio de Salud de Colombia, 2015).

En el informe *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2018), se da a conocer una prevalencia del 15,8% de síntomas depresivos en niños y adolescentes, con edades entre 10 y 14 años, entre los años de 2009 y 2015. La prevalencia de depresión en niños en edad preescolar es de aproximadamente 1%; en niños de primaria, de 1.9 a 3.4%; y entre los adolescentes, de 3.2 a 8.9% (Yang et al., 2017; Zhou et al., 2015). Diversos estudios han ubicado la duración promedio de un episodio depresivo en niños y adolescentes en un periodo de seis a nueve meses (Jaureguizar, Bernaras & Garaigordobil, 2017; Wang et al., 2016; Yang et al., 2017; Zhou et al., 2015).

Asimismo, la depresión está directamente relacionada con Conductas Autolesivas No Suicidas (ANS) y conductas suicidas, ya que los niños y adolescentes que presentan antecedentes de estas conductas demuestran tener altas tasas de síntomas depresivos (Asarnow et al., 2011; Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein & Abela, 2015; Ceballos et al., 2015; Fleta, 2017; Flores, Cancino & Figueroa, 2018; Mollà et al., 2015; Peña, Mejía, Ruíz, Monsiváis & Álvarez, 2019). Según Weaver, Marshall & Svensson (2019), los síntomas depresivos y las autolesiones aumentan, se estabilizan y disminuyen de manera conjunta. Además, otros autores consideran que las ANS son el primer escalón para futuras lesiones con intenciones letales; por consiguiente, es de suma importancia identificar el momento en que la intención de un individuo cambia de no letal (autolesión) a letal (suicidio), ya que este es un punto crítico para su intervención. Así, no solo se podrían disminuir

las consecuencias a largo plazo, sino también generar prevención (González, Vasco & Nieto, 2016). Por lo anterior, queda en evidencia que tanto la depresión como las conductas autolesivas, representan un gran problema de salud pública, principalmente en niños y adolescentes (Bousoño et al., 2019; Lin et al., 2017; Obando, Trujillo & Prada, 2019; Ren et al., 2018).

Por otra parte, Nock (2010) define las ANS como la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal en ausencia de intención letal: un comportamiento aparentemente en desacuerdo con un deseo de salud y longevidad. Estos comportamientos incluyen cortarse, golpearse, quemarse, rasguñarse, etc., para luego proceder a la curación de las heridas (Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji & McClosky, 2017; Buelens et al., 2019; Burke, Piccirillo, Moore-Berg, Alloy, & Heimberg, 2018; Claes & Muehlenkamp, 2014; Ford & Gómez, 2015; Fox et al., 2015; Gandhi et al., 2018; Kiekens et al., 2018; Swannell, Martin, Page, Hasking & St John, 2014). Así mismo, la Sociedad Internacional para el Estudio de las Autolesiones (ISSS), define las ANS como el daño deliberado y autoinfligido del tejido corporal, el cual carece de intención suicida y de fines sancionados social o culturalmente (International Society for the Study of Self-injury, 2018). En ese mismo sentido, también es posible que se lleguen a producir repercusiones más severas, tales como rotura de hueso o amputaciones (Albores et al., 2014; Favazza, 2012; Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Mollà et al., 2015; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Por otro lado, Grube (2004) expone que las autolesiones consisten en insultarse y despreciarse constantemente, autocriticarse, hacer autoevaluaciones negativas, dejar de hacer cosas agradables y complacerse con estímulos dolorosos.

Ahora bien, en lo que respecta a las formas más frecuentes de este tipo de conductas según el sexo, se encuentra que las mujeres se autolesionan más que los hombres; así mismo, estas suelen hacerlo especialmente a través de cortes; y los hombres, con quemaduras o golpeándose a sí mismos (Bresin & Schoenleber, 2015; Hawton et al., 2012; Manca, Presaghi & Cerutti, 2013; Trepal, Wester & Merchant, 2015; Villarroel et al., 2013). Así mismo, los estudios han evidenciado mayor prevalencia de las ANS en las mujeres (Bousoño et al., 2019; Lin et al., 2017; Obando et al., 2019; Ren et al., 2018; Trepal et al., 2015).

Entre los factores de riesgo se encuentran: ser mujer, vivir en una institución o centro y ser persona dependiente del alcohol y/o las drogas (Fleta, 2017). Otros autores expresan que tener una relación problemática con los padres, crecer bajo pautas de crianza mal adaptativas, enfrentar el divorcio de los padres (Hawton et al., 2012) y/o pasar por cualquier tipo de problema familiar, también son factores asociados con las autolesiones (Albarracín & González, 2019). En este orden de ideas, otros autores también mencionan los siguientes factores: ser víctima de abuso sexual en la infancia, tener estrategias de afrontamiento desadaptativas (Flores et al., 2018; Mollà et al., 2015) y experimentar problemas de salud mental (ansiedad, depresión y problemas alimenticios o de sustancias) (Fox et al., 2015; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015). En este sentido, las personas que se autolesionan a menudo informan que el comportamiento está direccionado a la reducción de emociones y cogniciones negativas como una manera de afrontar dicha perturbación emocional (Andover & Morris, 2014; Barrocas et al., 2015; Fleta, 2017; Klonsky, Victor & Saffer, 2014; Liu, You, Ying, Li & Shi, 2020).

La investigación reciente sugiere que las ANS comienzan comúnmente entre los 12 y los 15 años, aunque algunas personas comienzan a autolesionarse antes de los 12 años; y otras, mucho más tarde. Una edad de inicio temprana (antes de los 12 años) se asocia con autolesiones más graves durante un período de tiempo más prolongado (Ammerman et al., 2017). No obstante, otros estudios exponen que la edad de inicio podría aparecer desde los 10 años (Nock & Prinstein, 2004; Whitlock & Knox, 2007). Un estudio realizado en población mexicana ubicó la edad promedio de inicio a los 11.9 años y detectó que las conductas autolesivas podían presentarse desde los 6 años (Albores et al., 2014). Asimismo, una revisión de estudios longitudinales encontró que la

prevalencia de las ANS aumenta de manera constante hasta los 12 años; esta alcanza su punto máximo entre los 14 y los 16 años, y presenta una disminución alrededor de los 18 años (Plener, Schumacher, Munz & Groschwitz, 2015). Sin embargo, investigaciones recientes sugieren un segundo pico en la edad de inicio alrededor de los 20 años (Gandhi et al., 2018).

Diversas investigaciones han mostrado que las ANS suelen ser más comunes en adolescentes y en adultos jóvenes. Aproximadamente, un 17%-18% ha reportado que al menos se ha autolesionado una vez en la vida (Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014). En relación con la prevalencia, estudios realizados en poblaciones clínicas encontraron que entre el 30,01% y el 40,01% de los adolescentes que habían realizado alguna conducta autolesiva habían necesitado hospitalización psiquiátrica (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008). De igual manera, Investigaciones comunitarias hallaron que la población general reportaba que entre el 13% y el 29% de los adolescentes presentaban conductas autolesivas al menos una vez en la vida (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens & Onghena, 2011; Brausch, & Gutiérrez, 2010). Por otra parte, una investigación llevada a cabo con 1.864 adolescentes españoles arrojó que el 55,6% habían llevado a cabo conductas autolesivas y, de éstas, el 32,2% eran autolesiones graves (Calvete, Orue, Aispuru & Brotherton, 2015). Finalmente, un estudio realizado en el 2016 en población escolarizada de México, reportó que el 27,9 % de los adolescentes se autolesionaba (Mayer, Morales, Figueroa & Ulloa, 2016).

Con respecto a la reincidencia, Mollà et al. (2015) expone que del 70% al 93% repite 3 o más veces la conducta, mientras que entre el 7% y el 29% solo presenta un episodio. Este autor refiere que existe una prevalencia de 7.5% a 8% en preadolescentes; de 13% a 28% en adolescentes; y del 40% a 80% en población clínica. En adultos psiquiátricos, la prevalencia es del 20%, mientras que la prevalencia-vida fluctúa entre el 11.5 y el 25.6%.

Por otra parte, Andover, Morris, Wren, & Bruzzese (2012) indican una elevada coocurrencia entre los intentos de suicidio y las ANS en muestras clínicas de adolescentes, con un rango del 14% al 70%. Por esto, las ANS son consideradas un factor de riesgo para la conducta suicida (Andover et al., 2012; Daukantaitė, Lantto, Liljedahl, Helleman & Westling, 2020; Ferreira, Martins, Rosendo, Machado & Silva, 2012; Frías, Vázquez, Del Real, Sánchez & Giné, 2012; Glenn & Klonsky, 2010; Hamza et al., 2012; Liu, You, Ying, Li & Shi, 2020; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007; Manca et al., 2013; Mollà et al., 2015; Muehlenkamp et al., 2012; Paul, Tsypes, Eidlitz, Ernhout & Whitlock, 2015; Victor, Styer & Washburn, 2015). Si bien, la mayoría de las autolesiones no van acompañadas de pensamientos suicidas, la evidencia muestra que las personas que se han autolesionado tienen más probabilidades de intentar suicidarse que quienes nunca lo han hecho (Ammerman et al., 2017; Brausch & Muehlenkamp, 2018; Ribeiro et al., 2016).

La conducta suicida es la causa de muerte más común a nivel mundial en adolescentes entre 15 y 19 años. Las cifras globales muestran que este es el segundo motivo más común, y es el tercero que más se presenta en adolescentes varones. Esta causa es poco frecuente antes de los 15 años de edad, pero aumenta considerablemente en la adolescencia. De hecho, se han reportado hasta 19.2 muertes por cada 100.000 adolescentes masculinos entre los 15 y los 24 años; así mismo, se ha informado que, en la edad adulta, se presentan hasta 28,3 muertes por cada 100.000 hombres entre 25 y 34 años. Es así como, en varias partes del mundo, los adolescentes varones presentan más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, ubicándose en una tasa 2.6 veces mayor a la de ellas (Hawton et al., 2012).

Por otra parte, cabe mencionar que la Depresión Infantil (DI) es menos diagnosticada, en comparación con la depresión en la adultez. Esto no sucede porque haya un menor número de casos, sino porque los niños y adolescentes con depresión a menudo presentan síntomas inespecíficos que están relacionados con otros trastornos. Generalmente, esta parte de la población suele estar más irritable o malhumorada, en vez de triste o abatida; además, estas

personas exteriorizan su malestar en menor medida de forma verbal. Por esta falta de diagnóstico y tratamiento, los niños y adolescentes con depresión experimentan un grave deterioro en el funcionamiento social, bajo rendimiento escolar y problemas en sus relaciones familiares y con los pares (Garaigordobil, Bernarás, Jaureguizar & Machimbarrena, 2017; Yang et al., 2017).

La DI se ha definido como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño; así mismo, se ha descrito como un trastorno que se manifiesta a través de un conjunto de síntomas que afectan el estado afectivo, la esfera cognitiva y la conductual (Aguilar & Benavides, 2016; Báez, Vera, Mendoza & González, 2019; Carrasco, Del Barrio, & Rodríguez, 2000; Del Barrio, Mestre, Tur, & Samper, 2004; Garaigordobil et al., 2017; Moreno & Araque, 2016; Quant, Toro, Pineda, Robayo & Hernández, 2016; Verástegui, 2019; Zapata, 2018). La DI también se ha definido como un afecto negativo procedente de la emoción básica de miedo, frente a concepciones cognitivas elaboradas en el pasado inmediato por situaciones provenientes del entorno del menor, percibidas como amenazas o que exceden su capacidad de afrontarlas (Del Barrio & Carrasco, 2013). Por último, Del Barrio (2015) define la DI como un cambio persistente en la conducta, el cual consiste en la disminución de las capacidades de disfrutar, comunicar y rendir, además de coincidir con alteraciones de las funciones fisiológicas y frecuentes conductas de protesta.

Ahora bien, Garaigordobil et al. (2017) definen que la DI se produce a partir de un alto nivel de estrés general (social, escolar, familiar...); por problemas de pensamiento, como razonamiento incoherente o inapropiado; problemas de hiperactividad y atención; reactividad emocional, que lleva al desequilibrio del individuo, locus de control externo negativo y habilidades sociales deficientes (Bernaras, Garaigordobil, Jaureguizar & Soroa, 2018; Bernaras, Jaureguizar & Garaigordobil, 2019; Garaigordobil, Jaureguizar & Bernaras, 2019; Jaureguizar, Garaigordobil & Bernaras, 2018; Jones, 2019; Nowicki, Gregory, Iles-Caven, Ellis & Golding, 2018; Rodríguez, Pu & Foiles, 2019).

A continuación, se identificarán los síntomas propios de la DI, así como los factores asociados a dicho trastorno.

Los síntomas de la DI son: estado de ánimo irritable o depresivo, pérdida de interés o placer, encopresis, retrasos del desarrollo, aumento o disminución de peso, cambio en apetito, trastornos en el sueño, llanto frecuente, quejas somáticas, cansancio, dificultad al concentrarse, agitación, desinterés por el aseo personal, bajo rendimiento escolar, fobia escolar, aislamiento social, problemas de conducta (conducta negativista, hurtos, agresividad, consumo de alcohol y/o drogas), baja autoestima, o baja percepción de autoeficacia (pensamientos todo o nada), sentimientos de desesperación, conducta autolesiva, pensamiento suicida y conducta suicida (Babore, Trumello, Candelori, Paciello & Cerniglia, 2016; Benito & Ventura, 2016; Garaigordobil et al., 2017; Hernández, Joanico, Juanico, Salgado & Zaragoza, 2020; Reinjfjell, Kårstad, Berg-Nielsen, Luby & Wichstrøm, 2016; Sanz & García, 2020; Verástegui, 2019; Wang et al., 2016).

Los factores que influyen en la presencia de la DI son: los factores individuales, como la personalidad o el temperamento (Martínez & Izzedin, 2007); problemas de internalización (ansiedad, tristeza, soledad), altos niveles de ansiedad, baja autoestima, falta de competencias sociales, problemas de salud/psicosomáticos (Garaigordobil et al., 2017), dificultades emocionales-afectivas con el género; y los factores ambientales, como depresión en los padres, conflictos familiares, exceso de expectativas paternas, accidentes, enfermedades, abuso y maltrato infantil, y fracaso escolar (Del Barrio, 2000; Martínez & Izzedin, 2007; Orgilés, Samper, Fernández & Espada, 2018; Rosselló & Rivera, 2016; Verástegui, 2019), sobrepeso y obesidad (Hernández et al., 2020).

Es necesario destacar que el nivel de funcionalidad familiar afecta de manera positiva o negativa la salud de los niños y adolescentes, ya que los padres o cuidadores proporcionan a los jóvenes la estructura básica de relación interpersonal; por ello, es importante que estas relaciones sean

satisfactorias (Hernández et al., 2020). Asimismo, la calidad de las relaciones interpersonales con los pares juega un papel fundamental como fuente de apoyo social en la vida de los niños y adolescentes (Garaigordobil et al., 2017; Keles & Idsoe, 2018).

Como se mencionaba anteriormente, los conflictos familiares se erigen como factores de influencia y mantenimiento en la presencia de DI. Estas relaciones negativas entre padres e hijos pueden deberse a: las actitudes coercitivas de los padres, que limitan la autonomía de los hijos; la falta de atención de los padres, o las excesivas expectativas que pueden tener respecto a los hijos; y por último, la falta de control que tienen algunos padres sobre sus sentimientos negativos que, a su vez, dirigen hacia los hijos (Martínez & Rosselló, 2016; Ramírez, 2009; Verástegui, 2019).

Existen varias teorías que explican la DI, entre las cuales se destacan: la Teoría de indefensión aprendida de Seligman, el Modelo socioambiental de la depresión de Lewinshon y Ferster, el Modelo de autocontrol de Rehm y el Modelo cognitivo de la depresión de Beck, siendo esta última en la cual se sustenta esta investigación.

Así pues, el modelo cognitivo propuesto por Beck plantea que el individuo que desarrolla una depresión vivió experiencias negativas en la infancia, las cuales generaron esquemas cognitivos distorsionados; estos esquemas se activan en circunstancias similares en donde aparece la tríada cognitiva de la depresión (visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro). Este procesamiento cognitivo desadaptativo causa diversos síntomas, a saber: afectivos (disforia, ansiedad, etc.), motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseo de escape y evitación, etc.), cognitivos (indecisión, problemas de atención y memoria, etc.), motores (pasividad, dificultades en las relaciones sociales, etc.) y fisiológicos (insomnio, pérdida de apetito, etc.) (Aguilar & Benavides, 2016; Beck, 2008; Beck, Rush, Shaw & Emery, 2003; Beltrán, Freyre & Hernández, 2012; Bernaras et al., 2019; Fontenot, Jackson & Terry, 2015; Martínez & Izzedin, 2007; Méndez, Olivares & Ros, 2001; Vázquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010; Verástegui, 2019; Zapata, 2018).

Los adolescentes con depresión no dudan de la validez de sus pensamientos negativos, aun cuando tienen evidencias objetivas que los contradicen. Esto se debe a que sistemáticamente cometen errores cognitivos, tales como: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación, la minimización, la personalización; y por último, el pensamiento dicotómico (Beck, 2008; Beck et al., 2003; Beltrán et al., 2012; Bernaras et al., 2019; Fontenot et al., 2015; Méndez et al., 2001; Verástegui, 2019; Zapata, 2018).

Por lo anteriormente expuesto, surge el interés de conocer la relación existente entre depresión infantil y comportamiento autolesivo no letal. Por consiguiente, esta investigación tuvo como objetivo determinar: ¿Qué relación existe entre las conductas autolesivas con fines no suicidas y la depresión en un grupo de adolescentes escolarizados en la ciudad de Pereira, Colombia? los objetivos específicos fueron: 1. Identificar la presencia de conductas autolesivas con fines no suicidas, 2. Determinar los niveles de depresión y 3. Establecer la relación existente entre la presencia de conductas autolesivas con fines no suicidas y los niveles de depresión en el grupo de adolescentes.

Método

El carácter de la presente investigación es cuantitativo, con alcance correlacional de corte transversal (Sousa, Driessnack & Costa, 2007). La muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo conformada por 44 adolescentes escolarizados (26 hombres y 18 mujeres) que pertenecían a una IE privada de la ciudad de Pereira, Colombia. Los criterios de inclusión corresponden a adolescentes con edades entre 10 y 17 años. El criterio de exclusión se refiere a adolescentes con algún tipo de dificultad cognitiva que les impidiera diligenciar los cuestionarios.

Instrumentos

A continuación, se aludirá a los instrumentos aplicados en el desarrollo del presente estudio; estos fueron una encuesta sociodemográfica, el Cuestionario de autolesión (SHQ-E, por su nombre original en inglés) y el Cuestionario de depresión infantil (CDI). La encuesta permitió recoger información acerca de la edad, sexo, grado escolar, tipo de familia y estrato socioeconómico; esta fue sometida a evaluación de experto antes de ser aprobada como instrumento, el cual fue acorde y coherente con los objetivos de la investigación. Por otra parte, el SHQ-E es un cuestionario que sirve para identificar la autolesión en adolescentes; este fue creado por Ougrin & Boege (2013), es auto-aplicable y se debe disponer de 15 a 20 minutos para su aplicación. Además, consta de 15 ítems: las primeras tres preguntas son de tamizaje y sirven para determinar la presencia de autolesión, mientras que los doce restantes se enfocan en los aspectos específicos de la conducta autolesiva. Cabe anotar que la sensibilidad de la escala para detectar autolesión es de 95% y su validación al español (SHQ-E) presentó un Alfa de Cronbach $\alpha=0.96$ (García, De Jesús, Mayorga, Guerrero, & Ramírez, 2015). Finalmente, el Cuestionario de depresión infantil (CDI) fue diseñado por Kovacs (1992) en Estados Unidos. Para la presente investigación se utilizó la versión en español de Davanzo et al. (2004). Este instrumento consta de 27 preguntas tipo likert con tres posibilidades de respuesta, a saber: 0= ausencia de síntomas, 1= síntomas moderados y 2= síntomas severos. Se encontró un coeficiente Alfa de Cronbach de $\alpha=0.85$ en la validación del instrumento (Vinaccia et al., 2006).

Procedimiento

Para la localización de los adolescentes, se contactó con los directivos de la Institución Educativa Santa Rosa de Lima de la ciudad de Pereira, Colombia, y se les explicó los objetivos, alcance e importancia de la realización del estudio; una vez aprobado, se prosiguió a la entrega de consentimientos informados, específicamente a los grados sextos, séptimos y octavos por encontrarse dentro del rango de edad objeto de la investigación. Consiguiente a esto, se recogieron los consentimientos informados firmados y se procedió a verificar el número de estudiantes; de acuerdo con esto, se concertó el tiempo disponible de los participantes. Previo a la aplicación se les dio a conocer a los participantes los respectivos asentimientos informados y aceptaron participar voluntariamente en la investigación; finalmente, tras recoger los datos, se procedió al análisis de los mismos.

Por último, de acuerdo con el informe Belmont (Observatori de Bioètica i Dret, 1979), el presente estudio garantiza los tres principios básicos en la investigación con seres humanos: principio de justicia, no maleficencia y el respeto a las personas. Se les informa a los participantes que el estudio es de carácter netamente académico, donde hay confidencialidad de toda información, como lo menciona la resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993); así mismo, se establecen los compromisos y derechos de los investigadores y participantes mediante el consentimiento informado.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 22. Se realizaron análisis descriptivos para cada uno de los datos sociodemográficos, conductas autolesivas y depresión infantil.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 44 adolescentes; 26 (59,1%) fueron hombres y 18 (40,9%) mujeres, la edad media de la población fue de 12,84 años, con una desviación estándar de 1,2: el 31,8% correspondió a los 13 años; el 27,3%, a los 12 años; el 18,2%, a los 14 años; el 13,6%, a los 11 años; el 6,8%, a los 15 años; y el 2,3%, a los 16 años. Sobre la escolaridad de los participantes,

se encontró que 16 (36,4%) estaban cursando grado octavo; 15 (34,1%), grado séptimo; y 13 (29,5%), grado sexto. Respecto a la tipología familiar, 21 (47,7%) pertenecían a familias nucleares; 9 (20,5%), a familias reconstituidas; 8 (18,2%), a familias extensas; y 6 (13,6%), a familias monoparentales. Finalmente, se encuentra que 20 (45,5%) de los participantes pertenecían a estrato socioeconómico medio; 18 (40,9%), a estrato alto; y 6 (13,6%), a estrato bajo.

Tabla 1

Resultados descriptivos CDI

	Ítem/respuesta	Frecuencia	Porcentaje
	La mayoría de las cosas las hago bien.	25	56,8
3	Muchas cosas las hago mal.	18	49,9
	Todo lo hago mal.	1	2,3
	Me gusta como soy.	38	86,4
7	No me gusta como soy.	5	11,4
	Me odio.	1	2,3
	Duermo muy bien.	22	50,0
16	Muchas veces me cuesta dormir.	15	34,1
	Todas las noches me cuesta dormir.	7	15,9
	No me preocupa el dolor o la enfermedad.	24	54,5
19	Muchas veces me preocupa el dolor o la enfermedad.	16	36,4
	Siempre me preocupa el dolor o la enfermedad.	4	9,1
	Estoy seguro de que alguien me quiere.	35	79,5
25	No estoy seguro de que alguien me quiera.	7	15,9
	Nadie me quiere.	2	4,5

Los resultados del CDI mostraron que el 20,4% de los participantes presentaban sintomatología depresiva y el 79,6% de la muestra restante no presentaba síntomas.

De los 27 ítems que fueron evaluados, se presentarán las respuestas de los que tuvieron relevancia correlacional (ver Tabla 1): respecto a las respuestas del tercer ítem, el 49,9% respondió “Muchas cosas las hago mal” y el 2,3% aseveró “Todo lo hago mal”; para el séptimo ítem, el 11,4% respondió “No me gusta como soy” y el 2,3%, “Me odio”; en el ítem dieciséis, el 34,1% respondió “Muchas veces me cuesta dormir” y el 15,9%, “Todas las noches me cuesta dormir”; sobre el ítem diecinueve, el 36,4% respondió “Muchas veces me preocupa el dolor o la enfermedad” y el 9,1%, “Siempre me preocupa el dolor o la enfermedad”; por último, en el ítem veinticinco, el 15,9% respondió “No estoy seguro de que alguien me quiera” y el 4,5%, “Nadie me quiere”

Tabla 2
Resultados descriptivos del SHQ-E.

Ítems	Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Alguna vez has pensando en lastimarte a propósito sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñeca u otra parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis?	No	32	72,7
	Sí, una vez	6	13,6
	Sí, dos, tres o cuatro veces	4	9,1
	Sí, cinco o más veces	2	4,5
	No	33	75,0
2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?	Sí, una vez	9	20,5
	Sí, dos, tres o cuatro veces	1	2,3
	Sí, cinco o más veces	1	2,3
3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado a ti mismo, o has tenido una sobredosis que no fuera accidental? Esto incluye todos los episodios de autolesión, hayas querido o no morir en ese momento.	No	31	70,5
	Sí, una vez	0	0,0
	Sí, dos, tres o cuatro veces	12	27,3
	Sí, cinco o más veces	1	2,3

Con respecto a los resultados de la frecuencia de SHQ-E, cabe mencionar que los primeros tres ítems los respondió el total de la población.

Los siguientes resultados provienen de los ítems cuatro al quince, los cuales fueron respondidos por el 29,5% de la muestra, debido a que refirieron conductas autolesivas. Cabe resaltar que el 11,4% de la muestra buscaba dejar de sentirse mal al autolesionarse; el 15,9% de los participantes utilizaron el corte de piel la última vez que presentaron conductas autolesivas; el 15,9% reportó que los problemas familiares fueron el motivo para pensar en autolesionarse la última vez; el 9,1% manifestó que el enojo era el sentimiento experimentado previo a la conducta autolesiva, mientras que los sentimientos posteriores a tal conducta eran alivio, miedo y tristeza en un 4,5%; además de esto, se encontró que después de presentar conductas autolesivas, el 13,6% de la población se sintió igual y otro 13,6% se sintió mejor.

Cabe destacar que el 11,4% de la muestra solo pensó por minutos en la conducta antes de ejecutarla, y el 20,5% no planeó con anterioridad cómo llevarían a cabo la conducta autolesiva. El 25,0% respondió no haberle comunicado a nadie que se lastimaría a sí mismo, y el 20,5% manifestó que después de lastimarse a sí mismo, no se lo comunicó a nadie.

Del total de la muestra, el porcentaje de mujeres que se autolesionó fue de 15,9% y, del total de ellas, el porcentaje que se autolesionó fue de 38,8%. Por otra parte, el porcentaje de hombres que se autolesionó fue de 13,6% y, del total de ellos, el porcentaje que se autolesionó fue de 23%.

Finalmente, en lo que atañe a la edad, se debe mencionar lo siguiente: de los seis participantes de 11 años, dos se autolesionaban (33,3%); de los 12 participantes de 12 años, cuatro se autolesionaban (33,3%); de los 14 participantes de 13 años, cinco se autolesionaban (35,7%); de los siete participantes de 14 años, dos se autolesionaban (28,5%); en contraposición, ninguno de los participantes entre 15 y 16 años presentó ANS.

A continuación, los resultados de correlación entre ANS y DI. Las correlaciones de las variables se establecieron con la prueba de normalidad Shapiro-Wilks, obteniendo un $P = 0.926$, lo cual es un $P \geq 0.05$; se hizo la correlación por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 3
Resultados correlaciones

Ítems	1. Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito sin querer.			2. Alguna vez has pensado en suicidarte.			3. Alguna vez te has lastimado a propósito.		
	Correlación de Pearson	Sig. bilateral	N	Correlación de Pearson	Sig. bilateral	N	Correlación de Pearson	Sig. bilateral	N
3	,146	,346	44	,375*	,012	44	,222	,147	44
7	,245	,110	44	,321*	,034	44	,323*	,033	44
16	,214	,163	44	,331*	,028	44	,263	,085	44
19	,211	,170	44	,349*	,020	44	,336*	,026	44
25	,360*	,016	44	,307*	,043	44	,305*	,044	44

Nota: Nivel de significación: * $p < 0,05$.

Con respecto a la relación entre las variables de depresión infantil (DI) y conductas autolesivas, los datos se presentan en la Tabla 3. Se identifican nueve correlaciones altas positivas y significativas ($p < 0,05$), entre el pensamiento suicida y la percepción de hacer las cosas mal (0,375); el estar insatisfecho con sí mismo se correlacionó con el pensamiento suicida (0,321) y con haber llevado a cabo conductas autolesivas (0,323). Así mismo, el pensamiento suicida se correlacionó con dificultades para conciliar el sueño (0,331) y con el temor a padecer dolor o enfermedad (0,349); dicho temor también se correlacionó con la presencia de conductas autolesivas (0,336). Por último, la percepción de no ser amado por nadie se correlacionó con la ideación de conductas autolesivas (0,360), el pensamiento suicida (0,307) y la presencia de conductas autolesivas (0,305).

Discusión

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre las conductas autolesivas con fines no suicidas y la depresión en población adolescente escolarizada en la ciudad de Pereira, Colombia. Los resultados obtenidos muestran que el 29,5% de la población manifestó haber presentado ANS y se encontraron correlaciones significativas, positivas y directas entre estas y la sintomatología depresiva. Estos resultados concuerdan con los estudios de Asarnow et al. (2011) y Weaver et al., (2019), en donde se halló que los niños y adolescentes que presentaban antecedentes de ANS demostraban tener altas tasas de síntomas depresivos, y que los síntomas depresivos y las autolesiones aumentaban, se estabilizaban y disminuían de manera conjunta.

De la misma manera, los resultados arrojaron que el 20,4% de los participantes presentan sintomatología depresiva, destacando síntomas como: estado de ánimo invasivo (irritabilidad, tristeza), pérdida de interés o placer, cambio en apetito, trastornos en el sueño, llanto frecuente, cansancio, bajo rendimiento escolar, aislamiento social, problemas de conducta y autoestima baja. Cabe anotar que todos estos síntomas también se han resaltado en otros estudios (Benito & Ventura, 2016; Reinfjell et al., 2016; Sanz & García, 2020; Wang et al., 2016).

Así mismo, se evidenció que las mujeres presentan más conductas autolesivas con fines no suicidas que los hombres, lo cual concuerda con otras investigaciones (Bousoño et al., 2019; Lin et al., 2017; Obando et al., 2019; Ren et al., 2018; Trepal et al., 2015). En el presente estudio, del total de la muestra, el porcentaje de mujeres que se autolesionó fue de 15,9%; del total de la

muestra de sexo femenino, el 38,8% se autolesionó; el porcentaje de hombres que se autolesionó fue de 13,6%; y del total de la muestra de sexo masculino, el 23% se autolesionó. Además, se halló una mayor prevalencia de corte de piel como método autolesivo en ambos sexos. No obstante, los hombres recurrieron a otros métodos, como golpearse a sí mismos o ahorcarse (Bresin & Schoenleber, 2015; Hawton et al., 2012; Manca et al., 2013; Trepal et al., 2015; Villarroel et al., 2013). En general, los resultados de esta investigación concuerdan con lo hallado en estudios como los de Hawton et al. (2012); Manca et al. (2013) y Villarroel et al. (2013).

Por otro lado, se halló presencia de ANS desde los 11 hasta los 14 años, con una mayor prevalencia en los adolescentes de 13 años. De los participantes de 11 años, el 33,3% se autolesionó; de los 12 años, el porcentaje de quienes se autolesionaron fue igual al de los jóvenes de 11 años; de los participantes de 13 años, el 35,7% se autolesionó; de los de 14 años, el 28,5% incurrió en esta conducta; y de los del rango de edad entre 15 y 16 años, ninguno presentó ANS. La edad de mayor prevalencia concuerda con lo presentado por Ammerman et al. (2017), donde se evidencia que las ANS comienzan entre los 12 y los 15 años. Así mismo, una edad de inicio antes de los 12 años está asociada con autolesiones más graves durante un período de tiempo más prolongado (Ammerman et al., 2017). Sin embargo, estudios recientes sugieren que, alrededor de los 20 años, hay un segundo pico en la edad de inicio (Gandhi et al., 2018).

Al indagar por las expectativas frente a las ANS, se encontró que el motivo principal por el que se incurría en dichas conductas era eliminar emociones negativas y aumentar las positivas; esto también se evidencia en investigaciones como las de Andover & Morris (2014); Barrocas et al. (2015); Fleta (2017) y Klonsky et al. (2014), cuyos resultados indicaron que las personas que se autolesionaban lo hacían para enfrentar cogniciones y emociones negativas, buscando reducir estas perturbaciones emocionales. Sin embargo, en esta investigación se encontraron dos funciones diferentes a las de estudios ya mencionados, como fueron autocastigarse y evitar realizar conductas consideradas como inadecuadas por el menor. Estas se infirieron gracias al instrumento de autolesión, el cual tiene una parte cualitativa que permite explorar, a través de las preguntas abiertas, el comportamiento autolesivo y sus funciones. Dicho instrumento hizo posible asociar ambas funciones con las ANS de los participantes, siendo este uno de los hallazgos más importantes. Esto también se evidenció en estudios como los de Liu et al. (2020), Paul et al. (2015) y Víctor et al. (2015), donde los adolescentes recurrían a las ANS para evitar conductas o pensamientos suicidas; o el de Daukantaitė et al. (2020), en donde las ANS eran utilizadas por los menores como autocastigo y regulación afectiva.

El modelo de autocastigo (Linehan, 1993) es consecuente con el rol que cumple la vergüenza en las ANS, el cual propone que las personas que se autolesionan aprendieron a verse a sí mismas como personas “malas” y; por lo tanto, merecen castigo. De esta manera, las ANS tendrían el objetivo de aligerar el sentimiento de vergüenza a través de un mecanismo de regulación del afecto (Lynch & Cozza, 2009). En algunas investigaciones, como las de Briere & Gil (1998) y Brown, Comtois & Linehan (2002), se ha evidenciado que las personas justifican las autolesiones a partir de situaciones que les provocan vergüenza. De igual forma, se ha encontrado que las ANS también han sido usadas con el objetivo de desfigurar el propio cuerpo como una muestra de castigo (Briere & Gil, 1998).

Así mismo, en otros estudios se ha podido hallar que el autocastigo hace parte de las funciones principales bajo las cuales se reproduce la conducta autolesiva (Daukantaitė et al., 2020; Hamza, Willoughby & Armiento, 2014; Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013; Nock & Prinstein, 2004; Sadeh et al., 2014; Víctor et al., 2015). No obstante, no se logra encontrar en la literatura reciente investigaciones enfocadas propiamente en el autocastigo, por lo que sería importante seguir profundizando, debido a que en estudios como el de Paul et al. (2015) y el de Víctor et al. (2015) se ha podido hallar que las ANS dirigidas desde esta función psicológica están

significativamente relacionadas con la ideación suicida y el intento de suicidio. Por lo anterior, se recomienda que, en la práctica clínica, se indague a profundidad sobre las motivaciones que llevan a los pacientes a autolesionarse, así como la frecuencia con que lo hacen, con el objetivo de identificar las funciones psicológicas bajo las cuales estas están siendo llevadas a cabo. Además, se debe tener en cuenta que las personas que se autolesionan para autocastigarse y evitar tanto pensamientos como comportamientos suicidas, están en un mayor riesgo de cometer suicidio que las que lo hacen bajo otras funciones psicológicas.

Es primordial destacar que en el modelo de autocastigo de Linehan (1993) se encuentra relación entre las ANS y la DI, debido a que la depresión infantil conlleva un sentimiento constante de culpa; estos jóvenes se perciben negativamente, como diferentes de aquellos que los rodean, y tienen sentimientos de minusvalía, incapacidad, vergüenza y odio a sí mismos (Molina & Arranz, 2010; Rey, Bella-Awusah & Liu, 2017). Asimismo, cometen sistemáticamente el error cognitivo de la personalización, puesto que se atribuyen el 100% de la responsabilidad de los eventos negativos externos sin una base objetiva para hacerlo, asumen los errores propios y ajenos, e incluso los acontecimientos felices pueden hacerles sentirse mal porque piensan que no lo merecen; todo esto resulta en una auto-condena a ser culpables por todo (Beck, 2008; Fontenot et al., 2015; Molina & Arranz, 2010). Además, rumian constantemente en su autorreproche y culpa; y para tratar de evitar y reducir ese sentimiento de culpa que les genera sufrimiento, se autocastigan y/o evitan las conductas que consideran malas, autolesionándose (Molina & Arranz, 2010; Rey et al., 2017).

Las funciones psicológicas de evitación de otras conductas y autocastigo encontradas en la actual investigación están dirigidas a la evitación como estrategia de afrontamiento al sentimiento constante de culpa que conlleva la DI. Lazarus & Folkman (1986) afirman en su teoría que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la evitación o negación pueden resultar nocivas e impedir el desarrollo de estrategias y conductas adaptativas. Aunque estas pueden disminuir el grado de malestar emocional, impiden al individuo enfrentarse de forma funcional al problema, siendo casi seguro que esas funciones psicológicas y este mecanismo de evitación se perpetúen en el tiempo, puesto que se vuelven adictivos y hacen que el adolescente reincida en la conducta, sucumbiendo así en el ciclo de la autolesión.

A razón de lo antes expuesto, y en concordancia con los hallazgos de la presente investigación, se resalta la importancia de que futuras investigaciones se centren en estudiar estas funciones psicológicas (autocastigo y evitación de otras conductas) que están asociadas a las ANS en comorbilidad con la DI, ya que no se ha conseguido hallar en la literatura actual estudios que profundicen en ellas. Igualmente, se sugiere que, en la práctica clínica, como intervención y prevención de DI y ANS, se enseñen estrategias de afrontamiento funcionales y adaptativas para responder al sufrimiento.

Además, cabe indicar que luego de realizar las ANS, el 13,6% de la muestra refirió haberse sentido mejor emocionalmente; no obstante, es importante resaltar que el mismo porcentaje manifestó haberse sentido igual luego de llevar a cabo tales conductas y un 2,3% expresó sentirse peor, lo cual evidencia que las ANS no tuvieron el efecto que el 15,9% de los adolescentes evaluados esperaban, pues estos se sentían igual, o incluso peor, luego de realizarlas.

Por otro lado, además de que las autolesiones se puedan observar como conductas de agresión (Hamza & Willoughby, 2019), estas implican igualmente la expresión de aquello que no se expresa verbalmente. De esta manera, además de eliminar dichas emociones negativas, los niños y adolescentes presentan estas conductas como modo de expresión debido a la posible falta de apoyo social-familiar, lo que implica que no tienen a quién dirigirse y comunicar lo que les ocurre (Casillas, 2020). Esto se evidencia en el presente estudio, en donde el 25,0% de la muestra respondió no haberle comunicado a nadie que se lastimaría a sí mismo, y el 20,5% manifestó que después de lastimarse a sí mismo, no se lo comunicó a nadie.

Ahora bien, respecto a la teoría cognitiva de Beck, la cual expone que los adolescentes con depresión no se preguntan sobre la validez de sus pensamientos negativos, aun cuando se pueden presentar evidencias en la realidad que pueden contradecirlos porque ejecutan errores cognitivos (Beck, 2008; Beck et al., 2003; Beltrán et al., 2012; Bernaras et al., 2019; Fontenot et al., 2015; Méndez et al., 2001; Verástegui, 2019; Zapata, 2018), se puede dilucidar en los hallazgos de la presente investigación, cómo estos pensamientos hacen parte de los niños y adolescentes con síntomas depresivos. Al respecto, el 2,3% respondió: “nunca me va salir nada bien”, “todo lo hago mal”, o “me odio”; el 6,8%, “todas las cosas malas son por mi culpa; el 13,6%, “nunca podré ser tan bueno como otros niños”; y el 4,5%, “nadie me quiere”. Lo anterior demuestra cómo estos jóvenes cometen errores cognitivos sistemáticamente.

Por otra parte, la teoría de Rehm (1977) da a conocer cómo la depresión se manifiesta como consecuencia de déficits en las diversas fases del autocontrol. Una de estas es la fase de autoobservación, en la cual el sujeto presenta sesgos atencionales, dirigidos principalmente a una visión pesimista de la vida; de esta manera, el individuo enfoca la atención en aquellos eventos negativos, alterando la forma de actuar en torno a las diversas problemáticas que se le presenten (Díaz & Díaz, 2015; Oliva, Antolín & Rodríguez, 2019; Rehm, 1977; Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000). Esto se asocia, a su vez, con los resultados arrojados en el presente estudio, donde el 20,4 % de la muestra indicó haber realizado conductas autolesivas con fines no suicidas después de experimentar problemas familiares, evidenciando que el sujeto centra la atención en los eventos negativos de la vida y actúa negativamente en torno a ello.

En la presente investigación se pudo hallar que antes de que los niños y adolescentes lleven a cabo conductas ANS transcurren minutos, lo cual indica que estas se relacionan con impulsividad, bajo autocontrol y la dificultad que presentan a la hora de autogestionar adaptativamente sus emociones. Esto también se pudo evidenciar en el estudio de Huamaní, (2020). Respecto a las investigaciones planteadas como base en esta investigación, no se logran encontrar datos exactos sobre cuánto tiempo transcurre antes de que el menor tome la decisión de autolesionarse, pero se encuentran resultados similares respecto a las conductas impulsivas, el bajo autocontrol y el papel que estas cumplen (Andover & Morris, 2014; Barrocas et al., 2015; Fleta, 2017 y Klonsky et al., 2014). En la presente investigación, los resultados arrojaron que el 11,4% de los participantes realizó la conducta autolesiva solo minutos después de pensar en ella al presentarse el evento estresor o emoción negativa.

Además de que la impulsividad cumple un papel importante al momento de gestionar las ANS, la práctica frecuente de estas puede terminar debilitando aquellas habilidades regulatorias y, de este modo, llevar a una mayor impulsividad con el transcurrir del tiempo (Hamza & Willoughby, 2019; Ospina, Ulloa & Ruiz, 2019). Así pues, se evidencia la importancia de trabajar y fortalecer estrategias de autocontrol emocional en niños y adolescentes, con el objetivo de evitar posibles formas de actuar más graves a futuro, como lo serían las autolesiones con fines suicidas.

Por otra parte, en estudios como los de Albarracín & González (2019) y Hawton et al. (2012), se ha encontrado una alta influencia de los problemas familiares en la aparición de ANS; y en investigaciones como las de Hernández et al. (2020) y Orgilés et al. (2018), se da a conocer que las relaciones problemáticas con los padres y los conflictos familiares; en general, influyen significativamente en la presencia de la DI. Esto se corrobora en la actual investigación, en donde el 20,4 % de la muestra indicó haber realizado conductas autolesivas con fines no suicidas después de experimentar problemas familiares; dichas conductas están directamente relacionadas con sintomatología depresiva.

Así mismo, se halló que la percepción del apoyo social no solo era baja a nivel familiar, sino también en cuanto a los pares. El 40,9% de la muestra expresó sentirse inconforme con la cantidad de amigos que tenía; el 56,7% indicó sentirse solo o sola constantemente; y el 20,4%

refirió no sentirse amado. Lo anterior reafirma lo encontrado en múltiples estudios sobre el apoyo social. Al respecto, se ha evidenciado que los niños y adolescentes con depresión no lo perciben en un alto grado, a diferencia de los que sí dicen percibirlo en mayor nivel y que no presentan depresión; por consiguiente, el apoyo social se ha calificado como un factor protector contra la DI (Babore et al., 2016; Colman et al., 2014; Garaigordobil et al., 2017; Hernández, et al., 2020; Keles & Idsoe, 2018; Orgilés et al., 2018; Qualter, Brown, Munn & Rotenberg, 2010).

Conclusiones

Después de todo, se logró establecer que la mayoría de los estudios presentados anteriormente muestran hallazgos afines con los de la presente investigación. Debido a la escasez de estudios realizados a nivel nacional y departamental, se ha hecho difícil encontrar otros resultados que apunten hacia una dirección contraria.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, se puede evidenciar, en primer lugar, que en Colombia no se reportan cifras de ANS dentro del sistema de salud de forma independiente a otros trastornos en salud mental, por lo que no se conoce en qué porcentaje este afecta a la población colombiana de diferentes edades. Del mismo modo, la investigación acerca de las conductas autolesivas con fines no suicidas en niños y adolescentes es escasa, lo que conlleva a que no existan rutas de atención oportunas a las que se puedan dirigir los casos de ANS, ni iniciativas o proyectos dirigidos a la prevención de estas.

Por otra parte, pese a que, a nivel nacional e internacional, hay estudios acerca de las ANS y la DI, también se halla un vacío en cuanto a investigaciones acerca de ambas variables de manera conjunta, lo que a su vez imposibilita una contrastación rigurosa de la hipótesis de la presente investigación con otros estudios, siendo este un motivo para llevar a cabo dicha investigación.

Además, se presentaron inconvenientes al momento de la recolección de consentimientos informados debido a que: (a) algunos niños y adolescentes no mostraron interés en hacer parte de la investigación por motivos desconocidos, lo que produjo que los consentimientos no fueran entregados a su debido tiempo; (b) una cantidad considerable de padres no permitieron la participación de sus hijos/as en el presente estudio; y (c) el tiempo para realizar la recolección de datos fue limitado, puesto que los estudiantes de la Institución Educativa Santa Rosa de Lima estaban a pocos días de terminar su último periodo escolar. No obstante, la institución educativa tuvo siempre gran interés y disposición en que la investigación se llevara a cabo.

Pese a las diferentes limitaciones, la presente investigación hace un aporte significativo a la psicología, pues aborda un tema que debe ser tratado en cada uno de los ámbitos sociales. Si bien, las ANS inician en su mayoría en la adolescencia, están directamente implicadas con la reducción de cogniciones y emociones que representan malestar para el individuo, lo que hace que las estrategias de afrontamiento estén dirigidas hacia la emoción. Estas perdurarán en el transcurso de la vida, de no ser detectadas e intervenidas en el momento oportuno. Esto contribuye a que se puedan desarrollar trastornos mentales como la depresión, que pueden ser adquiridos no solo en la adolescencia, sino también en la adultez, alcanzando un fin, como puede ser la comisión de autolesiones con fines suicidas.

Por otro lado, incrementar la investigación en ANS es de suma importancia, ya que se considera que estas hacen parte de una ruta que termina en el suicidio; esto se sustenta con los hallazgos en la literatura, en donde se nota una mayor presencia de autolesiones con intencionalidad no suicida en adolescentes de 10 a 15 años, y una prevalencia superior de conductas autolesivas con intención suicida en adolescentes entre 15 y 19 años. Por lo anterior, se puede entrever que generalmente hay un cambio en el tipo de intencionalidad de la autolesión a partir de los 15 años, por lo cual es vital intervenir a tiempo las ANS para mitigar sus consecuencias inmediatas y a largo plazo.

Con respecto al ámbito educativo, esta investigación señala la importancia de hacer un seguimiento activo y continuo con respecto a la salud mental de estudiantes, en compañía de los padres de familia y el entorno cercano de los mismos.

Por consiguiente, es necesario realizar modificaciones en los contextos educativos. En primer lugar, se debe contar con psicoeducación continua a padres y adolescentes en la expresión y validación de emociones (inteligencia emocional), además de psico-educar en la importancia que conlleva el apoyo socio/familiar y, con ello, brindar estrategias en autocontrol emocional, pues es este uno de los factores que influye al momento de realizar conductas autolesivas. Así mismo, se debe modificar el currículo académico, incluyendo clases o capacitaciones que promuevan la inteligencia emocional, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, relaciones y hábitos saludables, que lleven a los individuos a desenvolverse de manera sana frente a situaciones consideradas como complejas y estresantes. También, se deben desarrollar rutas de atención sobre la ANS que incluyan una oportuna detección de las mismas y, con ello, prevenir el desarrollo de posibles psicopatologías, teniendo en cuenta que las ANS son el primer escalón del comportamiento autolítico. Además, es imprescindible generar estrategias de prevención de dichas conductas por medio de la promoción en salud mental que se centren en el desarrollo de habilidades de autocontrol y resolución de problemas. Por último, y no menos importante, es necesario realizar psicoeducación frente a las ANS, pues evidentemente siguen siendo un tabú, tanto en las familias como en las instituciones, lo cual podría sustentar el hecho de que estas maneras de afrontar no se puedan detectar de manera temprana y se impida una adecuada prevención e intervención de las mismas.

Finalmente, se evidencia que existe una relación significativa entre las conductas autolesivas y los síntomas depresivos. Sin embargo, aunque se encontraron correlaciones entre tales variables en algunos participantes de la investigación, la mayoría de la población no tenía presencia de síntomas depresivos. Esto puede ser motivo de estudio en futuras investigaciones, con el fin de psico-educar en intervención y prevención. La psico-educación debe enfocarse en concientizar a los niños y adolescentes sobre el reconocimiento de las emociones, así como en el entrenamiento en gestión de las mismas; esto permite al adolescente una mayor resolución de problemas, tanto personales como sociales, mayor autocontrol y automotivación (Lagos, Ossa, Palma & Arriagada, 2020), identificación de pensamientos erróneos y cambio atribucional para disminuir la conducta como objeto problema, pues se asume que la realización de dichas conductas no solo los hace sentir igual, sino que puede traer posibles efectos negativos o adversos a los esperados.

Por último, se propone que, para próximas investigaciones, los padres sean tomados en cuenta en el proceso de concientización previo a la aplicación de instrumentos; de este modo, podrá mitigarse el posible prejuicio social que pueda existir en ellos acerca de la DI y las ANS, lo cual supondrá una mayor participación de los niños y adolescentes. Así mismo, se sugiere incluir no solo a los menores, sino también a los padres en la realización de talleres posteriores a los resultados de la investigación, donde se realice psicoeducación acerca de las diversas rutas de atención y formas de actuar en casos como la DI y las ANS.

Referencias

- Aguilar, C., & Benavides, S. (2016). *Síntomas de depresión infantil y tipo de castigos en niños que asisten al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Lambayeque 2016*. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/4134>
- Albarracín, L., & González, L. (2019). Vínculos afectivos familiares en mujeres adolescentes con conductas autolesivas no suicidas. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(1), 1-18. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i1.2977>
- Albores, L., Méndez, J., García, L., Delgadillo, Chávez, C., Y., Martínez, O. (2014). Autolesiones sin in-

- tención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Ammerman, B., Jacobucci, R., Kleiman, E., Uyeji, L., & McCloskey, M. (2017). The relationship between non-suicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 31-37. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12330>
- Andover, M., & Morris, B. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in non-suicidal self-injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569-575. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371405901102>
- Andover, M. S., Morris, B., Wren, A., & Bruzese, M. (2012). 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*, 6(11), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Asarnow, J., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. & Brent, D. (2011). Suicide Attempts and Non-suicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M., & Cerniglia, L. (2016). Depressive symptoms, self-esteem and perceived parent – child relationship in early adolescence. *Frontiers Psychology*, 7, 982. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00982>
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 56-67. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2011.540467>
- Báez, M., Vera, Z., Mendoza, M., & González, C. (2019). Relación entre miedo, trastornos de ansiedad y depresión en escolares en una escuela subvencionada de Asunción. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 8, 241-242. <https://doi.org/10.26885/rcei.foro.2019.241>
- Barrocas, A., Giletta, M., Hankin, B., Prinstein, M., & Abela, J. (2015). Non-suicidal self-injury in adolescence: Longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 369-380. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9895-4>
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G., (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Beck, J. (2008). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Colección Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa Editorial.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Benito, C. & Ventura, J. (2016). Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 195-203. <http://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/369>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J. & Garaigordobil, M. (2019) Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front. Psychol.* 10, 543. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Bernaras, E., Garaigordobil, M., Jaureguizar, J., & Soroa, M. (2018). Mild and severe childhood depression: differences and implications for prevention programs in the school setting. *Psychology research and behavior management*, 11, 581-588. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S184014>
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz, E., Galván, G., García, L., Velasco, Á., Rodríguez, J.,

- Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García, M., Iglesias, C., Sáiz, P., & Bobes, J. (2019). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones* <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1239>
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 39(3), 233-242. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Brausch, A. & Muehlenkamp, J. (2018). Perceived effectiveness of NSSI in achieving functions on severity and suicide risk. *Psychiatry research*, 265, 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.038>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Brown, M., Comtois, K., & Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>
- Bueno, D. (2019). *Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa nacional*. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3833>
- Buelens, T., Luyckx, K., Kiekens, G., Gandhi, A., Muehlenkamp, J., & Claes, L. (2019). Investigating the DSM-5 criteria for Non-Suicidal Self-Injury Disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.009>
- Burke, T., Piccirillo, M., Moore-Berg, S., Alloy, L., & Heimberg, R. (2018). The stigmatization of non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. 75(3), 329-343. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22713>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Carrasco, M., Del Barrio, M., & Rodríguez, J. (2000). Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con las distorsiones cognitivas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5(1), 45-70. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2000-3C5A4533-B2D5-93B1-69DC-811D493A7B05ydsID=PDF>
- Casillas, D. (2020). La autolesión como forma de expresión de las emociones. El papel que juega la retroflexión en las autolesiones. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, 96, 30-37. <https://www.univa.mx/publicaciones/revistas/2020/No-96-enero.pdf#page=32>
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K. & Sotelo, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15 - 22. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. (2014). *Non-suicidal self-injury in eating disorders*. Heidelberg/New York: Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-40107-7>
- Colman, I., Zeng, Y., McMartin, S., Naicker, K., Ataullahjan, A., Weeks, M., Senthilselvan, A., & Galambos, N. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: findings from a national Canadian cohort. *Prev. Med.* 65, 28-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.04.008>
- Daukantaitė, D., Lantto, R., Liljedahl, S. I., Helleman, M., & Westling, S. (2020). One-Year Consistency in Lifetime Frequency Estimates and Functions of Non-Suicidal Self-Injury in a Clinical Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00538>
- Del Barrio, V. (2000). *La Depresión Infantil. Factores de Riesgo y Posibles Soluciones*. Málaga: Aljibe.

- Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2013). *Depresión en Niños y Adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Del Barrio, V. (2013). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información Psicológica*, (100), 49-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642738>
- Del Barrio, V., Mestre, M., Tur, A. & Samper, P. (2004). La depresión infanto-juvenil: el efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 57(1), 5-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=856425>
- Del Barrio, V. (2015). Los trastornos depresivos y sus tratamientos. En R. González e I. Montoya-Castilla (Eds.), *Psicología clínica infantojuvenil* (pp. 295-326). Madrid: Pirámide.
- Díaz, C. & Santos, L. (2018). *La ansiedad en la adolescencia*. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6 (1), 21-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
- Díaz, J. & Díaz, M. (2015). Depresión en la adolescencia. Revisión. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 11(1-2), 12-52. [http://www.psiquiatriainfantil.org/2015/2015\(1-2\).pdf](http://www.psiquiatriainfantil.org/2015/2015(1-2).pdf)
- Favazza, A. (2012). Non-suicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11 (3), 21-25. <https://www.researchgate.net/publication/267561838>
- Ferreira S., Martins, C., Rosendo, A., Machado, B., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72723959005.pdf>
- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, (2), 37-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>
- Flores, M., Cancino, M., & Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*, 44(4), 200-216. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/200-216/es>
- Fontenot, L., Jackson, J., & Terry, D. (2015). Depressive and Anxious Symptomatology Moderate the Relationship Between Childhood Emotional Abuse Severity and Attentional Bias on the Modified Stroop Task. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 24(7), 753-772. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1062446>
- Ford, J., & Gómez, J. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to non-suicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma y Dissociation*, 16(3), 232-271. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Fox, K., Franklin, J., Ribeiro, J., Kleiman, E., Bentley, K., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for non-suicidal self-injury. *Clinical psychology review*, 42, 156-167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- Frías, A., Vázquez, M., Del Real, A., Sánchez, C., & Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 103, 33-48. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., & Claes, L. (2018). Age of onset of NSSI in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170-178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J. & Machimbarrena, J. (2017) Childhood Depression: Relation to Adaptive, Clinical and Predictor Variables. *Front. Psychol*, 8, 821. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00821>
- Garaigordobil, M., Jaureguizar, J., & Bernarás, E. (2019). Evaluation of the effects of a childhood depression prevention program. *The Journal of psychology*, 153(2), 127-140. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1502741>
- García, J., De Jesús, A., Mayorga, S., Guerrero, L., & Ramírez, J. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesión en adolescentes. *Salud mental*, 38(4), 287-292. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58241191008.pdf>

- Glenn, C., & Klonsky E. (2010). A Multimethod Analysis of impulsivity in Non-suicidal Self-Injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67-75. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017427>
- González, L., Vasco, I., & Nieto, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56. <http://dx.doi.org/10.18270/chps.v16i1.1968>
- Granados, B., Orts, C. & Rey, L. (2020). Regulación emocional y uso problemático de las redes sociales en adolescentes: el papel de la sintomatología depresiva. *Health and Addictions*, 20 (1), 77-86. <https://www.researchgate.net/publication/339843166>
- Grube, M. (2004). Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and self-injurious behaviour at the time of admission? *Psychopathology*, 37(1), 41-49. <http://dx.doi.org/10.1159/000077019>
- Hamza, C., Stewart, S., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(2012), 482-495. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hamza, C. & Willoughby, T. (2019). Impulsivity and non-suicidal self-injury: A longitudinal examination among emerging adults. *Journal of Adolescence*, 75, 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.07.003>
- Hamza, C., Willoughby, T., & Armiento, J. (2014). A laboratory examination of pain threshold and tolerance among non-suicidal self-injurers with and without self-punishing motivations. *Archives of Scientific Psychology*, 2(1), 33. <http://dx.doi.org/10.1037/arc0000008>
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hernández, J., Joanico, B., Juanico, G., Salgado, M. & Zaragoza, I. (2020). Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. *Atención Familiar*, 27(1), 38-42. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72281>
- Huamaní, L. (2020). *Impulsividad y autolesión en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Carmen de la Legua Reynoso - Callao*. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/43161>
- International Society for the Study of Self-injury. (2018). What is self-injury? <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Garaigordobil, M. (2017). Child depression: prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. *Spanish Journal Psychology*, 20, 17. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2017.14>
- Jaureguizar, J., Garaigordobil, M. & Bernaras, E. (2018). Self-concept, Social Skills, and Resilience as Moderators of the Relationship Between Stress and Childhood Depression. *School Mental Health* ,10, 488–499. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9268-1>
- Jacobson, C., Muehlenkamp, J., Miller, A., & Turner, J. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375. <http://dx.doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Jones, M. (2019). *A Meta-analysis of the Effectiveness of Behavioral Intervention Technologies and Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Youth with Depression*. <https://search.proquest.com/openview/476687f7eb3e87c83e410b47d48596be/1?pq-origsite=gscholarycbl=51922ydiss=y>
- Keles, S., & Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*, 67, 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R.P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J.G., Kessler, R.C., Myin-Germeys, L., Nock, M.N., & Bruffaerts, R. (2018). The associations between

- non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
- Klonsky, E., Victor, S., & Saffer, B. (2014). Non-suicidal self-injury: What we know, and what we need to know. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Lagos, M., Ossa, C., Palma, M. & Arriagada, C. (2020). Self-perception of emotional development of secondary students in the Ñuble region, Chile. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 19(39), 17-27. <https://dx.doi.org/10.21703/rexe.20201939lagos1>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos (2da ed)*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lin, M., You, J., Ren, Y., Wu, J., Hu, W., Yen, C., & Zhang, X. (2017). Prevalence of non-suicidal self-injury and its risk and protective factors among adolescents in Taiwan. *Psychiatry Research*, 255, 119-127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.028>
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. <https://psycnet.apa.org/record/1993-97864-000>
- Liu, S., You, J., Ying, J., Li, X., & Shi, Q. (2020). Emotion reactivity, non-suicidal self-injury, and regulatory emotional self-efficacy: a moderated mediation model of suicide ideation. *Journal of affective disorders*, 266, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.083>
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37 (8), 1183–1192. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lynch, T., & Cozza, C. (2009). *Behavior therapy for nonsuicidal self-injury*. En M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (p. 211–250). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-012>
- Manca, M., Presaghi, F., & Cerutti, R. (2013). Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 215, 111-119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.010>
- Martínez, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica*, 2(1), 35-47.
- Martínez, A., & Rosselló, J. (2016). Depresión y funcionamiento familiar en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 10(1), 215-245. <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/94>
- Mayer, P., Morales, N., Figueroa, V., & Ulloa, R. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud pública de México*, 58, 335-336. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>
- Méndez, F., Olivares, J. & Ros, M. (2001). Estado de ánimo depresivo: Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E., Caballo & M. A. Simon, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Pirámide.
- Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de salud mental en niños, niñas y adolescentes 2018*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-anna-2017.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Molina, R., & Arranz, J. (2010). *Depresión*. <https://www.miguelflores.com/books/Psicologia/depresion.pdf>
- Mollà, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones

- no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Moreno, C., & Araque, Y. (2016). *Estudio descriptivo correlacional: ideación suicida emociones negativas, autoestima, satisfacción vital en adolescentes localidad Kennedy*. <https://hdl.handle.net/11634/3336>
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of non-suicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67-80. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>
- Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(10), 1-9. <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock M., & Prinstein M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nowicki, S., Gregory, S., Iles-Caven, Y., Ellis, G. & Golding, J. (2018). Early Home-Life Antecedents of Children's Locus of Control. *Frontiers in Psychology*. 9, 2032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02032>
- Obando, D., Trujillo, Á., & Prada, M. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>
- Observatori de Bioètica i Dret (1979). *Informe de Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Oliva, A., Antolín, L., & Rodríguez, A. (2019). Uncovering the link between self-control, age, and psychological maladjustment among Spanish adolescents and young adults. *Psychosocial Intervention*, 28(1), 49-55. <https://doi.org/10.5093/pi2019a1>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud Mental del Adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/La-carga-de-los-trastornos-mentales-en-la-Regi%C3%B3n-de-las-Am%C3%A9ricas-2018.pdf>
- Ospina, M., Ulloa, M., & Ruiz, L. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia. Semergen*, 45(8), 546-551. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.010>
- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., & Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry research*, 225(3), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
- Orgilés, M., Samper, M., Fernández, I., & Espada, J. (2018). *Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares*. http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5338/Depresi%C3%B3n_en_preadolescentes_esp%C3%B1oles.pdf?sequence=1&rd=003186207787361
- Peña, E., Mejía, K., Ruíz, A., Monsiváis, R. & Álvarez, C. (2019). Scale of cognitive symptoms in depression (EsADFUN). *Arch Neurocién*, 24(4), 14-22. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=91557&idP=8710>
- Plener, P., Schumacher, T., Munz, L., & Groschwitz, R. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-in-

- jury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Qualter, P., Brown, S., Munn, P., & Rotenberg, K. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 19, 493–501. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0059-y>
- Quant, D., Toro, R., Pineda, L., Robayo, H., & Hernández, Y. (2016). Validación preliminar de una guía de evaluación e intervención transdiagnóstica en depresión infantil. *Revista Evaluación e Intervención Psicológica*, 1(2), 111-121. <http://190.65.221.162:1094/Revistas/index.php/UNINCCA/article/view/15>
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica] http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/409/RAMIREZ_BARRANTES_RENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reinfjell, T., Kårstad, S., Berg-Nielsen, T., Luby, J., & Wichstrøm, L. (2016). Predictors of change in depressive symptoms from preschool to first grade. *Development and Psychopathology*, 28, 1517–1530. <https://doi.org/10.1017/S0954579415001170>
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787–804. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(77)80150-0)
- Ren, Y., Lin, M., Liu, Y., Zhang, X., Wu, J., Hu, W., Xu, S., & You, J. (2018). The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and non-suicidal self-injury among Taiwanese adolescents. *Journal of clinical psychology*, 74(7), 1246-1257. <https://doi.org/10.1002/jclp.22587>
- Rey, J., Bella-Awusah, T., & Liu, J. (2017). *Depresión en niños y adolescentes*. <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
- Ribeiro, J., Franklin, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E., Chang, B., & Nock, M. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46, 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Rodríguez, C., Pu, D., & Foiles, A. (2019). Cognitive-Affective Pathways to Child Depressive and Anxious Symptoms: Role of Children's Discipline Attributions. *Child Psychiatry Human Development*, 50, 163–171. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0831-7>
- Roselló, J., & Rivera, Z. (2016). Problemas interpersonales presentados por adolescentes puertorriqueños/as con depresión. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 12(1), 55-76. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4896100>
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B., McNiel, D., Klonsky, E., Ozer, E. & Yaeger, A. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry research*, 216(2), 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.018>
- Sanz, J. & García, M. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Sousa, V., Driessnack, M. & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), 1-6. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of Non-suicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Taliaferro, L., & Muehlenkamp, J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American College Health*, 63, 40–48. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.953166>

- Torres, M., Zambrano, K., Jumbo, R., & Brito, A. (2019). Embarazo en Adolescentes: Factores Psico-sociales. *RECIAMUC*, 2(2), 315-331. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/94>
- Trepal, H., Wester, K., & Merchant, E. (2015). A cross-sectional matched sample study of non-suicidal self-injury among young adults: support for interpersonal and intrapersonal factors, with implications for coping strategies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9, 36 <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0070-7>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139. https://www.researchgate.net/publication/320676944_Modelos_cognitivos_de_la_depresion_Una_sintesis_y_nueva_propuesta_basada_en_30_anos_de_investigacion
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.academia.edu/37742068/DEPRESI%C3%93N_DIAGN%C3%93STICO_MODELOS_TE%C3%93RICOS_Y_TRATAMIENTO_A_FINALES_DEL_SIGLO_XX
- Verástegui, C. (2019). *Maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N° 0003 "Nuestra señora del Carmen" San Miguel, Lima 2018*. <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1102/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Victor, S., Styer, D., & Washburn, J. (2015). Characteristics of non-suicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C., & Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del child depression inventory:-CDI. *Diversitas*, 2(2), 217-227. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67920203.pdf>
- Villaruel G., Jerez C., Montenegro M., Montes A., Igor M., & Silva I. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1), 38-45. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
- Wang, L., Feng, Z., Yang, G., Yang, Y., Wang, K., Dai, O., Zhao, M., Hu, C., Zhang, R., Liu, K., Guang, Y., & Xia, F. (2016). Depressive symptoms among children and adolescents in western China: an epidemiological survey of prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 246, 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.050>
- Weaver, L., Marshall, S. & Svensson. (2019). Depressive symptoms and non-suicidal self-injury during adolescence: Latent patterns of short-term stability and change. *Journal of Adolescence*, 75, 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.07.013>
- Whitlock, J., & Knox, K. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 161(7), 634-40. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>
- Yang, L., Zhou, X., Zhou, C., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., Gong, X., & Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 17, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>
- Zapata, J. (2018). *Funcionalidad familiar y depresión en los estudiantes de 6to grado de primaria de la Institución Educativa Ann Goulden-Piura, 2017*. <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/8170>
- Zhou, X., Hetrick, S., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C., Cohen, D., Del Giovane, C., Liu, Y., Michael, K., Zhang, Y., Weisz, J., & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207-222. <https://doi.org/10.1002/wps.20217>

