



**Relación entre impulsividad y autolesiones en estudiantes universitarios del municipio de
Apartadó**

Idalis Teresa Díaz Castellar

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesor

Juan Paulo Múnera Rueda, Magíster en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Apartadó, Antioquia, Colombia
2022

Cita

(Díaz Castellar, 2022)

Referencia

Díaz Castellar, I. T. (2022). *Relación entre impulsividad y autolesiones en estudiantes universitarios* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Apartadó, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



Biblioteca Sede Apartadó

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Después del hogar donde afortunadamente nací, la Universidad de Antioquia ha sido la casa que más he amado, en la que más he aprendido, y dónde he podido alimentar mi corazón de utopías.

Recorrer este camino de formación ha sido una experiencia caótica y hermosa, han pasado cinco años que en mi memoria parecen uno, y que quisiera extender mucho más. Por lo tanto, agradezco profundamente a mi Alma Máter, y a todos los docentes que he conocido a lo largo de este camino de formación, por transmitir sus conocimientos, por regalarme dudas, por su paciencia y por acompañarme a transitar la construcción y la deconstrucción de mi ser. Especialmente le agradezco a mi asesor Juan Paulo Múnera, por su esperanzadora y oportuna ayuda, quien con su profesionalismo y humanidad se ha convertido en un referente académico y personal, para mí, y para muchos otros estudiantes que tienen la fortuna de recibir sus enseñanzas.

A mis amigos y amigas, porque a dónde quiera que voy, llevo el alma impregnada de esos otros que amo y que me aman.

A mi madre, mi padre, y mis hermanos, porque ahora comprendo más que nunca, cuántas veces me ha salvado su amor, y porque sus acciones me hacen sentir orgullosa y privilegiada de llamarlos mi familia.

Sé que muy pronto este presente que ahora me rodea, será un pasado lejano, y que, si en un futuro me vuelvo a encontrar con este documento, me abrazará la nostalgia, sin embargo, no habrá nada que lamentar, me agradezco a mí, por permitirme dudar, cuestionarme, volver a empezar, vivir, amar y luchar por lo que creo.

Contenido

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
1 Planteamiento del problema	13
1.1 Antecedentes	19
1.1.1 Factores personales que inciden en las autolesiones.....	20
1.1.1.1 Factores contextuales que inciden en las autolesiones.....	28
1.1.1.1.1 Contextualización y cifras.....	30
2 Justificación.....	33
3 Objetivos	36
3.1 Objetivo general	36
3.2 Objetivos específicos.....	36
4 Pregunta de investigación.....	37
5 Hipótesis.....	38
5.1 Hipótesis de trabajo	38
5.2 Hipótesis estadística	38
5.2.1 Hipótesis nula.....	38
5.2.1.1 Hipótesis alterna.....	38
5.2.1.1.1 Variables.....	38
6 Marco teórico	39
6.1 Conducta autolesiva	39
6.1.1 Motivaciones frecuentes	42
6.2 Impulsividad.....	45
7 Metodología	54

7.1 Tipo de enfoque.....	54
7.2 Tipo de diseño	54
7.3 Población.....	55
7.4 Muestra.....	55
7.5 Criterios de inclusión.	56
7.6 Criterios de exclusión.....	56
7.7 Procedimiento de recolección de información	56
7.8 Instrumentos	56
7.8.1 Cuestionario de Autolesiones SHQ	56
7.8.1.1 Escala de conducta suicida PANSI.	57
7.8.1.1.1 Inventario de impulsividad de Dickman.	58
7.9 Consideraciones éticas	58
8 Resultados	63
9 Discusión.....	83
10 Conclusiones	87
11 Recomendaciones.....	88
Referencias	89
Anexos.....	94

Lista de tablas

Tabla 1 Definiciones de impulsividad.....	47
Tabla 2 Operacionalización de variables sociodemográficas.....	61
Tabla 3 Operacionalización de variables.....	62
Tabla 4 Datos sociodemográficos muestra de estudiantes universitarios	63
Tabla 5 Datos descriptivos SHQ Ausencia-Presencia de conducta autolesiva	67
Tabla 6 Datos descriptivos SHQ. Presencia de conducta autolesiva “Manifestación”	69
Tabla 7 Datos descriptivos SHQ Presencia de conducta autolesiva "Sentimientos"	71
Tabla 8 Datos descriptivos SHQ Presencia de conducta autolesiva "manifestaciones última vez"	73
Tabla 9 Datos descriptivos SHQ Presencia de conducta autolesiva "manifestaciones antes de lastimarse por última vez"	75
Tabla 10 Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad (por grupos).....	76
Tabla 11 Prueba No Paramétrica de U-Mann Whitney.....	80
Tabla 12 Correlaciones del Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo en la muestra de estudiantes.	81
Tabla 13 Correlaciones del Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo en muestra de estudiantes con presencia y ausencia de conducta suicida.	82

Lista de figuras

Figura 1 Porcentaje muestra de estudiantes según sexo.....	64
Figura 2 Porcentaje de muestra según estado civil	65
Figura 3 Porcentaje de muestra según creencias religiosas	65
Figura 4 Porcentaje de muestra según estrato socioeconómico	66
Figura 5 Porcentaje de muestra según presencia de diagnóstico psiquiátrico.....	66
Figura 6 Porcentaje de muestra según carreras matriculadas.....	67
Figura 7 Porcentaje muestra de estudiantes con Ausencia-Presencia Conducta autolesiva	69
Figura 8 Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (temporalidad).70	
Figura 9 Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (sentimientos experimentados antes de lastimarse)	72
Figura 10 Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (intencionalidad experimentada antes de lastimarse).....	74
Figura 11 Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (planeación)...75	
Figura 12 Distribución del puntaje directo Escala de Impulsividad de Dickman - Impulsividad Funcional (IF).....	77
Figura 13 Distribución del puntaje directo Escala de Impulsividad de Dickman - Impulsividad Disfuncional (ID)	77
Figura 14 Distribución del puntaje directo del PANSI – Ideación Suicida Positiva	78
Figura 15 Diagrama Boxplot grupos (Ausencia - Presencia) comparativo.....	78
Figura 16 Distribución del puntaje directo del PANSI – Ideación Suicida Negativa.....	79

Siglas, acrónimos y abreviaturas

ACS	Escala de Afrontamiento para adolescentes
ASHS	Adolescents self-harm scale
ASLEC	Adolescent self-rating life events check list
BIS 11	Cuestionario de impulsividad de Barrat
BIS-11-CV	Chinese version of Barratt Impulsiveness Scale-11
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depressive Symptoms Scale
CLENA	Corporación Luis Eduardo Nieto Arteta
COLPSIC	Colegio Colombiano de Psicólogos
CRI-Y	Coping Responses Inventory-Youth
CTC-YS	Communities That Care –Youth Survey
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales
ID	Impulsividad disfuncional
IF	Impulsividad funcional
ISAS	Inventario de Afirmaciones acerca de la Conducta Autolesiva
MAPI	Inventario de personalidad para adolescentes de Millon
MESSY	Escala de Habilidades Sociales Messy
OMS	Organización mundial de la salud
PANAS-CV	Chinese version of positive and negative affect scale
RCN	Radio Cadena Nacional
SITBI	Self- Injurious Thoughts and Behaviours Interview
SISPRO	Sistema integrado de información para la protección social
TAB	Trastorno afectivo bipolar
TCA	Trastornos del comportamiento alimentario
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
UdeA	Universidad de Antioquia
YSR	Youth Self Report

Resumen

La presente tesis de pregrado tuvo por objetivo describir la relación entre impulsividad y conductas autolesivas en estudiantes de una universidad del municipio de Apartadó, Antioquia.

Este tema no se había abordado previamente en la zona, por lo que se utilizó una metodología de tipo exploratorio, descriptivo, transversal y correlacional. Esta investigación se llevó a cabo con una muestra de 84 estudiantes de una universidad de Apartadó con edades comprendidas entre 18 y 45 años, los cuales aplicaron el Inventario de Impulsividad de Dickman, Cuestionario de Autolesionismo (SHQ) e Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI). Los resultados indican que el 77,4% de la muestra no tiene presencia de conducta autolesiva, mientras que el 22,6% sí. La modalidad de autolesiones más presentada por la muestra es el *cutting*. Se encontraron tres motivaciones principales las cuales fueron: autocastigarse, evadir el malestar emocional, y morir. Así mismo, se evidenció que las problemáticas familiares fueron un tema recurrente en quienes ejecutaban conductas autolesivas. No se hallaron correlaciones significativas entre impulsividad y autolesiones, así como tampoco se identificaron variaciones en los niveles de impulsividad funcional y disfuncional en la muestra con ausencia y presencia de conducta autolesiva. Se encontró que, a mayor ideación suicida positiva, es decir factores protectores de suicidio, menor ideación suicida negativa, por lo cual se recomienda continuar realizando trabajos investigativos que aporten a la comprensión de las conductas autolesivas. Del mismo modo se sugiere fortalecer factores protectores de conducta suicida y conducta autolesiva en la región de Urabá.

Palabras clave: autolesiones, impulsividad, estudiantes universitarios, Urabá

Abstract

The objective of this undergraduate thesis was to describe the relationship between impulsivity and self-injurious behaviors in students of a university in the municipality of Apartadó, Antioquia. This issue had not been previously investigated in the area, so an exploratory, descriptive, transversal and correlational methodology was used. This research was carried out with a sample of 84 students from a university in Apartadó between the ages of 18 and 45, who applied the Dickman Impulsivity Inventory, the Self-Injury Questionnaire (SHQ) and the Inventory of Positive and Negative Suicidal Ideation (PANSI). The results indicate that 77.4% of the sample did not have the presence of self-injurious behavior, while 22.6% did. The type of self-harm most presented by the sample is *cutting*. Three main motivations were found, which were: to punish oneself, to avoid emotional distress, and the wish of die. Likewise, it was evidenced that family problems were a recurring theme in those who carried out self-injurious behaviors. No significant correlations were found between impulsivity and self-harm, as well as variations in the levels of functional and dysfunctional impulsivity in the sample with the absence and presence of self-injurious behavior. It was found that, the higher the positive suicidal ideation, that is, the protective factors of suicide, the lower the negative suicidal ideation, for which it is recommended to continue carrying out research work that contributes to the understanding of self-injurious behaviors. In the same way, it is suggested to strengthen protective factors of Suicidal behavior and self-injurious behavior in the Urabá region.

Keywords: self-harm, impulsivity, university students, Urabá

Introducción

Las conductas autolesivas son definidas en la literatura académica como acciones intencionales, dirigidas hacia el propio sujeto, que causan daños superficiales en el cuerpo, son socialmente rechazadas, y no tienen por objetivo acabar con la vida. (DSM-5, 2013; Fleta, 2017; Souza et al., 2008; Vega et al., 2018; Villarroel et al., 2013).

Aunque las conductas autolesivas se diferencian teóricamente de los intentos de suicidio, según diversos investigadores, las autolesiones son el factor de riesgo más importante para futuros intentos de suicidio (Fleta, 2017; Nock et al., 2016; Vega et al., 2018; Villarroel et al., 2013).

Dentro de las variables más relevantes que inciden en la realización de autolesiones se encuentran: tener diagnóstico psiquiátrico, ser parte de un grupo vulnerable, rasgos de personalidad impulsivo, tener entre 15 y 24 años, pocas habilidades para solucionar problemas, conflictos familiares, baja autoestima, abuso sexual, sentimientos de fracaso y desesperanza, pertenecer a un país de ingresos bajos o medios, y tener un otro de referencia que también se autolesiona. (Fleta, 2017; Frías et al., 2012; Hamza & Willoughby, 2019; Mo et al., 2019; OMS, 2019).

Algunas de las motivaciones más frecuentes para autolesionarse según Fleta, (2017) son: castigarse, llamar la atención, evadir malestar emocional, asumir el control sobre situaciones que sobrepasan a la persona, por sentimientos de vacío crónico, y como conducta para suicida.

Según Villarroel et al., (2013) algunas de las formas más comunes de autolesionarse son: cortarse, quemarse la piel, e introducirse objetos cortopunzantes debajo de la piel. En Colombia, medios de comunicación como El Espectador (2018), y Radio Cadena Nacional (RCN, 2016) indican que las autolesiones en jóvenes son una problemática que aumenta, sin embargo, no se tienen muchos datos oficiales respecto a las cifras, así como tampoco se hallaron muchas investigaciones académicas que aborden la temática.

Debido a la necesidad de realizar indagaciones que aporten a la comprensión de las conductas autolesivas, en esta investigación se analizará la relación entre autolesiones e impulsividad en una muestra de estudiantes universitarios del municipio de Apartadó (Antioquia), ya que en la literatura consultada se encontraron relaciones entre estas dos variables; no obstante, se halló que han sido estudiadas principalmente en países anglosajones, por lo que se precisa

realizar una investigación contextualizada. (Díaz y del Carmen, 2019; Hamza y Willoughby, 2019; Mo et al., 2019; Liu et al., 2019).

1 Planteamiento del problema

Según cifras de la Organización mundial salud (OMS, 2019) aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año, siendo esta la tercera causa de muerte a nivel mundial en jóvenes entre 15 y 19 años, afectando principalmente países de ingresos bajos y medianos, ya que el 79% de todos los suicidios se producen en estos países.

Entre los múltiples factores de riesgo se encuentran los trastornos mentales, ser parte de grupos vulnerables, tales como: migrantes, comunidad lgtbi, indígenas, consumo abusivo de sustancias psicoactivas, haber sufrido abusos durante la infancia, dificultades para acceder a ayuda, inestabilidad familiar, sentimientos de fracaso, entre otros.

OMS (2019) plantea que el suicidio es una prioridad de salud pública, por lo tanto, deben desarrollarse planes integrales con el objetivo de prevenir este flagelo, algunas de estas acciones van desde la identificación temprana, tratamiento y atención de personas con mayores factores de riesgo, hasta el seguimiento de quienes presentan intentos fallidos de suicidio.

A continuación, se mostrará de acuerdo con lo sugerido por la literatura académica consultada, el estrecho vínculo entre las autolesiones no suicidas y futuros intentos de suicidio, por lo que se hace necesario enfocarse en prevenir las primeras con el objetivo de reducir lo segundo.

Villarroel et al., (2013) luego de realizar una revisión bibliográfica, encontraron que, en una muestra de 227 adolescentes de New York, entre el 33 y 37% con historial de conductas autolesivas intentaron suicidarse durante el último año. La misma revisión plantea que entre el 30 y 40% de los adolescentes que necesitan ser hospitalizados en centros psiquiátricos es por autolesiones. Con respecto a la población general se estima que entre el 13 y 29% de los adolescentes, y entre el 4 a 6 % de los adultos han presentado conductas autolesivas alguna vez en su vida. En cuanto a la repetición de estas, el 4% de los adolescentes reportó 4 o más conductas autolesivas anuales.

Vega et al., (2018) quienes también realizaron una revisión bibliográfica encontraron que las poblaciones que más se autolesionan son los adolescentes (13 y 45%)

y los adultos jóvenes (5 y 35%). En un estudio citado dentro de esta investigación se halló que, de una muestra de 8.300 estudiantes universitarios americanos, el 17% de estos se había autolesionado alguna vez en la vida.

Los autores señalan que las autolesiones no suicidas (ANS) son el factor de riesgo más importante para intentos futuros de suicidio, incluso más que problemas familiares y síntomas depresivos, cabe resaltar que en poblaciones clínicas la prevalencia de las autolesiones es mucho mayor, los investigadores indican que entre el 30 y 40% de adolescentes que ingresan a hospitales psiquiátricos se ha autolesionado alguna vez y el 50% lo hace recurrentemente.

Por otra parte, Nock et al., (2016) después de realizar entrevistas clínicas a 89 adolescentes ingresados en un centro psiquiátrico por autolesiones no suicidas, mencionan que aproximadamente el 70% de adolescentes que realizaron autolesiones no suicidas reportaron en su historia de vida como mínimo un intento de suicidio, el 15% reportó solo un intento de suicidio, mientras que el 55% reportó 2 o más intentos.

Fleta (2017), tras revisar diversos artículos plantea que un 15% de las personas que se autolesionan presentan tendencia suicida, de hecho, en algunas ocasiones las autolesiones se producen cuando el sujeto detiene el intento suicida. Según el autor, el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental, por ejemplo, en el trastorno límite de personalidad las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes. Adicionalmente solo el 10% de las personas que se autolesionan pide ayuda, siendo esta la tercera causa de muerte en jóvenes de 10-18 años.

Como lo muestran las anteriores investigaciones, las autolesiones son un fenómeno especialmente prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes, que ha sido ampliamente estudiado principalmente en la adolescencia, tiende a decaer en la etapa adulta y tiene una fuerte relación con posteriores intentos de suicidio.

La mayor parte de la información académica disponible sobre las autolesiones no ha sido realizada en Colombia, aunque sí ha sido abordada en otros países latinoamericanos, y del resto del mundo, esto plantea la necesidad de ampliar los estudios nacionales y locales que aborden el fenómeno de las autolesiones, no solo en adolescentes,

sino también en adultos jóvenes, ya que se han identificado como un grupo poblacional que presenta prevalencia de estas, lo anterior facilitará un posterior abordaje preventivo tanto de la conducta autolesiva sin intención suicida, como de futuros intentos de suicidio que puedan estar asociados.

En Colombia no hay datos estadísticos públicos que nos permitan observar la prevalencia de las conductas autolesivas a nivel nacional, departamental o local, esto puede deberse a que en muchas ocasiones la conducta autolesiva se realiza en espacios privados, y como no tiene intencionalidad suicida en la mayoría de los casos no requiere hospitalización. No obstante, el Boletín del suicidio (2018) señala que entre el año 2009 y 2017 se atendieron en todos los servicios de salud del país 36.163 casos con diagnóstico de lesiones autoinfligidas intencionalmente (Códigos CIE10 X60 a X84).

El mismo boletín indica que, el intento suicida en personas de 15-19 años y de 20-24 años ha aumentado en los últimos años, presentándose en el 2017 un porcentaje de 29,7 intentos suicidas en adolescentes de 15 a 19 años, y un 18.8% en jóvenes de 20 a 24 años.

Algunos medios nacionales se han encargado de visibilizar las autolesiones como una problemática en crecimiento. RCN (2016) publicó un artículo en el cual Fundación Amigos Unidos enciende las alertas sobre el aumento de casos de cutting, estableciendo que las edades predominantes para la manifestación de este flagelo son de 11 a 17 años “Durante el 2014 registramos 30 casos, el año pasado registramos 67 casos y en lo que va corrido de este año ya vamos para 52 casos”.

También se encontraron cifras que revelan un aumento en los intentos de suicidio en el país:

La tasa general de suicidios en Colombia en los últimos 5 años se ha mantenido entre 4 y 4.1, mientras que aquella de menores entre 5 y 18 años pasó de 1.57 en el 2008 a 1,75 en el 2012, lo que en casos representa 18 casos más, una cifra lo suficientemente alta como para empezar a indagar qué está sucediendo para que más jóvenes decidan quitarse la vida (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2016, p.2).

Del mismo modo el Boletín del suicidio (2018) indica que la tasa de intento de suicidio ha aumentado, así lo señalan:

La tasa de intento de suicidio reportada en el sistema integral de información para la protección social (SISPRO), para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016 y en 2017 la tasa (preliminar) fue de 52,4.

En 2017, los datos preliminares reportaron que el 29,7% de los intentos de suicidio se dieron en población de 15 a 19 años, seguido del grupo de 20 a 24 años con 18,8%. Es importante resaltar que el 32,1% de los casos reportados por intento de suicidio (8.299), tienen antecedentes de intentos previos. (p.4,5)

Lo anterior nos permite, además de observar el crecimiento del suicidio en el país, identificar a los jóvenes de 15 - 24 años como el grupo poblacional más vulnerable a ejecutar conductas suicidas y a autolesionarse, como lo ha sugerido la literatura académica, por lo tanto, se hace necesario comprender el fenómeno en el marco de este periodo evolutivo, el cual se caracteriza por ser coyuntural, ya que marca el tránsito de la infancia a la adultez, en el cual se afrontan retos a nivel emocional, social y psicológico, al mismo tiempo que se sufren cambios a nivel físico. Así mismo, la exposición al abuso, la pobreza y la violencia pueden posibilitar la emergencia de conductas de riesgo en esta etapa del ciclo vital (OMS, 2019).

Es importante señalar que las conductas autolesivas no son un fenómeno reciente, a lo largo de la historia han estado presentes en distintas culturas y se han justificado por razones religiosas, ideológicas o sociales, sin que ello constituyera una prueba de enfermedad mental. En el siglo XIX, el suicidio se consideraba como la única forma de autolesión, lo que impidió la comprensión y el conocimiento específico de otro tipo de conductas autolesivas, que no tienen el suicidio como finalidad, sin embargo, en la literatura académica actual se diferencian teóricamente en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad. Mientras que el intento suicida busca acabar con la vida las conductas autolesivas no tienen la intencionalidad de desaparecer al sujeto que las practica, además tienen tendencia a repetirse y sus métodos de daño son de letalidad más baja, mientras que los intentos de suicidio son ocasionales, con la intención de acabar con la vida y métodos de letalidad más alta (Fleta, 2017).

En las investigaciones revisadas para los antecedentes, se encontraron algunas investigaciones orientadas a la comprensión de las conductas autolesivas a partir de variables contextuales, en las cuales se revisaba la incidencia de los grupos en los que el adolescente se relaciona con la conducta autolesiva que realizan. Especialmente estas investigaciones se enfocaron en analizar la influencia del contexto familiar y estilos parentales en las autolesiones, si bien se encontró que se los conflictos familiares son un factor de riesgo que precipita conductas de autolesión, no se hallaron correlaciones significativas que permitan establecerlo como el factor más importante (Falero,2015; Obando et al., 2018).

Por otro lado, la tendencia en las investigaciones se orientó al análisis de las conductas autolesivas teniendo en cuenta variables como la personalidad (Santos et al., 2014), esquemas mal adaptativos tempranos (Arthurs, 2014 & Lewis et al., 2005), distorsiones cognitivas (Agudelo, 2017), estrategias de afrontamiento (Castro et al., 2014 & Henao, 2019), impulsividad (Díaz & Del Carmen, 2019; Hamza & Willoughby, 2019; Mo et al., 2019;Liu et al., 2019), y comorbilidad con patologías psiquiátricas (Fleta, 2017; Jiménez et al., 2017; Rodríguez y Guerrero, 2005 & Villarroel et al., 2017).

Los resultados más significativos se hallaron en la comorbilidad con patologías psiquiátricas, según Fleta (2017) entre el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental, primordialmente al Trastorno Límite de Personalidad, del mismo modo otros autores hallaron conductas autolesivas en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y en menor medida en personas diagnosticadas con trastorno depresivo (Jiménez et al., 2017; Rodríguez & Guerrero, 2005).

Otras investigaciones arrojaron relaciones importantes entre conductas autolesivas y características como la impulsividad. Obando et al., (2018) después de realizar una investigación para determinar la relación entre factores contextuales y personales y conductas autolesivas en Colombia, sugieren “realizar estudios de causalidad con las variables más relevantes identificadas (impulsividad, búsqueda de sensaciones y dinámica familiar) para determinar su posible papel en la etiología de la conducta autolesiva” (p.198).

En español se encontró poca literatura académica que analizara las relaciones entre la impulsividad y las autolesiones. Díaz & del Carmen (2019), orientaron su investigación a este tema, encontrando que a mayores niveles de impulsividad mayor frecuencia de autolesiones, del mismo modo, otros autores, específicamente anglosajones encontraron la impulsividad como un factor mediador, determinante e influyente en la frecuencia de conductas autolesivas e incluso como predictor de ellas, sin embargo señalan que es necesario continuar realizando investigaciones orientadas a analizar estas relaciones (Hamza & Willoughby, 2019; Mo et al., 2019; Liu et al., 2019).

La mayor parte de estos estudios se realizó en Estados Unidos, Canadá, China y Perú, la muestra fue principalmente estudiantes universitarios anglosajones, de clase media. Se encontraron pocos estudios latinoamericanos que analicen la relación entre autolesiones e impulsividad.

A nivel nacional no se encontró ninguna investigación que abordara las conductas autolesivas en estudiantes universitarios, a nivel local, en el contexto de la zona de Urabá, se han realizado algunas aproximaciones investigativas a las autolesiones, a través de modalidad de estado del arte, y mediante una investigación cualitativa, específicamente sobre el cutting con adolescentes del municipio de Chigorodó, sin embargo al igual que a nivel nacional, hay ausencia de trabajos investigativos que se pregunten por las autolesiones en estudiantes universitarios, y que analicen su relación con la impulsividad.

Por lo tanto, debido a los riesgos vitales asociados a estas conductas, la significativa relación hallada entre impulsividad y autolesiones en la literatura académica, la ausencia de investigaciones locales y datos estadísticos al respecto, se hace pertinente determinar la relación entre impulsividad y autolesiones en estudiantes universitarios, los cuales se encuentran dentro del rango etario que presenta mayor prevalencia de autolesiones y conducta suicida. De este modo, con la presente investigación se contribuirá a la acumulación de conocimiento contextualizado, el cual podrá utilizarse para la prevención de autolesiones no suicidas, y posibles futuros intentos de suicidio

1.1 Antecedentes

Para llevar a cabo la realización de este apartado se consultaron las siguientes bases de datos: Redalyc, Dialnet, Google Scholar, Scielo, PubMed, Ebsco y Science direct. Se usaron los siguientes criterios de búsqueda: Autolesiones en adolescentes, cutting- + universitarios, cutting- + psicología cognitiva, cutting-+ estilos parentales, cifras de autolesiones en Colombia, autolesiones en la adolescencia, autolesiones y suicidio en la adolescencia, distorsiones cognitivas- + autolesiones en la adolescencia, early maladaptative schema- + self injurys, autolesiones, estadísticas de autolesiones, estadísticas de autolesiones en Antioquia, personalidad y autolesiones, perfiles cognitivos- + autolesiones, impulsivity+self injury, autolesiones y juventud.

Tras la revisión de los antecedentes se proponen tres categorías de análisis a saber:

- Factores personales que inciden en las autolesiones: esta categoría incluye 17 investigaciones que analizan la influencia de variables como la personalidad, esquemas mal adaptativos tempranos, distorsiones cognitivas, estrategias de afrontamiento, impulsividad y comorbilidad con patologías psiquiátricas.
- Factores contextuales que inciden en las autolesiones: la cual recopila 3 trabajos en los cuales se ha revisado la incidencia que tienen los grupos en los que el adolescente se relaciona con la conducta autolesiva que realizan.
- Contextualización y cifras: en la cual se citan cinco reportes de medios nacionales, así como 2 estudios internacionales, en los que se evidencia preocupación general por el incremento de episodios autolesivos en adolescentes

A continuación, se presentan cada uno de los hallazgos más relevantes en cada una de las categorías propuestas.

1.1.1 Factores personales que inciden en las autolesiones

Se incluyen 17 investigaciones que parten de diferentes factores personales para el análisis y comprensión de las conductas autolesivas. Esta categoría se divide en 8 subcategorías:

Personalidad: se incluye una investigación realizada por Santos et al., (2018) quienes usando el Inventario de personalidad para Adolescentes de Millon (MAPI), la versión en español del (sic) “*Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview*” y fichas sociodemográficas, realizaron una investigación de carácter cuantitativo con adolescentes de la Ciudad de Arequipa en Perú, a través de un diseño no experimental transversal, descriptivo-correlacional donde se analizó el vínculo entre estilos de personalidad y autolesiones con una muestra de 997 estudiantes de colegios privados y públicos que estaban en edades entre 13-18 años. Como señalan los autores:

Los resultados indicaron que existe una prevalencia de 34.9% en relación a (sic) pensamientos autolesivos, mientras un 27.9% de los evaluados se ha autolesionado, siendo la edad promedio de inicio de las autolesiones los 12.61 años. Los principales desencadenantes son estados de ánimo negativos (48.2%) y los problemas familiares (39.9%). Así mismo, hallamos que los estilos de personalidad sensible ($r=.293$; $p<.001$), inhibido ($r=.203$; $p<.001$), violento ($r=.149$; $p<.001$) son los que más se asocian con las conductas autolesivas. Se concluye que los estilos de personalidad sensible, inhibido y violento están ligados a una mayor prevalencia de las autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa (Santos et al., 2018, p. 143).

Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas: Por medio de una investigación cualitativa, Agudelo (2017) utilizó como metodología el estudio de casos, lo que le permitió analizar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas de una mujer de 13 años (identificada como L) y un hombre de 16 años (identificado como J) de una institución educativa de la ciudad de Medellín, en Colombia. Después de realizar un análisis de entrevistas semiestructuradas y registros de pensamientos automáticos aplicados a los dos participantes la autora concluye que:

Hay una fuerte similitud entre las distorsiones cognitivas presentes en ambos *cutters*, a pesar que L (la mujer) manifiesta sentimientos de abandono, soledad y carencia afectiva y J (el hombre) de desajustes consigo mismo, baja autoestima e indefensión; se evidencia que la inferencia arbitraria, la sobre generalización, la magnificación y la despersonalización, se encuentran y coinciden constantemente en ambos casos, además se hallaron factores psicosociales influyentes, como dinámicas familiares, clima escolar, precepción (sic.) de sí mismo y uso del tiempo libre al momento de realizar dicha práctica (Agudelo, 2017, p. 7).

Creencias irracionales: Interesándose por el vínculo entre conductas autolesivas y creencias irracionales, Castro (2014), dirigió su investigación hacia una aproximación diagnóstica y psicopatológica de las autolesiones no suicidas con un grupo de 10 adolescentes peruanas.

Desde un marco teórico cognitivo conductual se tuvieron en cuenta las implicaciones del refuerzo positivo y negativo en esta conducta, además de las 11 creencias irracionales de Ellis (1977), como aspectos que permitieron identificar cuan adaptadas a la realidad estaban las pacientes de la muestra. La recolección de datos se realizó en consulta psiquiátrica privada, mediante un instrumento diseñado por él autor de la investigación, en el cual además de informar datos sociodemográficos las participantes debían marcar, por elección simple, la intensidad de las creencias irracionales mismas (nada, poco, bastante, casi siempre). Los hallazgos encontrados por el autor son los siguientes:

“La aplicación de este a las diez pacientes mencionadas tuvo como resultado que en el rango de “bastante” o “casi siempre” destacaban, con seis menciones cada una, las creencias “No puedo controlar lo que me pasa” y “Es más fácil evitar que afrontar algo” e inmediatamente después, con cinco menciones, “Es mejor ser respaldado por alguien más poderoso”. (p.231)

Por último, el investigador mencionó algunos de los tratamientos existentes para disminuir las conductas autolesivas tales como: la terapia dialéctico conductual de Linehan, mindfulness, tolerancia a la frustración y efectividad interpersonal. Estas terapias tienen por objetivo la enseñanza de habilidades psicosociales, regulación emocional y tolerancia a la angustia, así se busca reducir las conductas *para suicidas*. Las anteriores

técnicas pueden realizarse de manera conjunta a tratamientos farmacológicos para estabilizar el estado de ánimo.

Factores predictores: Otro estudio importante, es el de Marín (2013), quien elaboró un estudio con la finalidad de identificar los factores predictores de la autolesión en los adolescentes y de diseñar y evaluar una terapia cognitivo conductual, para ello trabajó con una muestra de 455 estudiantes de escuela secundaria pública en México.

El investigador usó varios instrumentos para medir autolesión, desregulación emocional, depresión, ansiedad, impulsividad y síntomas disociativos, posteriormente diseñó una terapia cognitivo-conductual y luego revisó la efectividad que esta tenía para disminuir o eliminar la problemática.

El diseño de esta investigación fue experimental de control aleatorio. Los resultados arrojaron que las autolesiones disminuyeron en quienes se vieron sometidos a la terapia, el autor indica: “las comparaciones entre grupos indicaron que hubo una disminución significativa en la severidad de las autolesiones en quienes recibieron tratamiento ($t= 2.19$, $gl= 18$, $p< 0.05$) y en todas las demás variables medidas, excepto impulsividad ($p.7$)”; estos resultados ayudaron a esbozar perfiles psicopatológicos de los adolescentes con conductas autolesivas. Es así como se identificaron, principalmente, las experiencias disociativas, la desregulación emocional y la depresión como predictores de las conductas autolesivas, siendo la población del sexo femenino la más vulnerable al flagelo (Marín, 2013).

Esquemas mal adaptativos tempranos: Se encontraron 2 investigaciones orientadas a la comprensión de las conductas autolesivas partiendo de esquemas mal adaptativos tempranos, uno de ellos es el de Lewis et al., (2015) quienes en un intento por comprender los comportamientos autolesivos y teniendo en cuenta la influencia de los esquemas mal adaptativos tempranos en el contexto de las autolesiones no suicidas, usaron instrumentos para identificar el historial de las autolesiones y los esquemas mal adaptativos tempranos en adolescentes de Canadá.

Esta investigación arrojó como resultados que los puntajes más altos en aislamiento social e inhibición emocional, y posiblemente puntajes más bajos en esquemas de derechos / grandiosidad pueden diferenciar a quienes se autolesionan de aquellos que no lo hacen. Además, los niveles más altos de esquema de dependencia / incompetencia pueden diferenciar a aquellos que reportan una frecuencia NSSI (Non Suicidal Self Injurys) más alta de aquellos que reportan un historial NSSI menos frecuente.

Siguiendo los trabajos sobre esquemas mal adaptativos tempranos Arthurs (2014) realizó un estudio acerca de las diferencias entre la personalidad y los esquemas mal adaptativos que diferencian a las personas que presentan conductas autolesivas esporádicas y patológicas. Se utilizó una muestra de 156 participantes, los cuales se clasificaron en tres grupos: los no patológicos (quienes habían tenido menos de 10 incidentes autolesivos, usando menos de 3 métodos de autolesión), los patológicos (quienes tenían más de 10 incidentes de autolesiones con más de 3 métodos) y un grupo control compuesto por participantes que no tenían historial de conductas autolesivas.

Se implementaron varios instrumentos para medir distorsiones cognitivas y evaluar la personalidad. Los resultados arrojaron que los dos grupos que presentaban historial de autolesiones sacaron una baja puntuación en extroversión, amabilidad y responsabilidad en comparación con el grupo control y un marcado aumento en el factor neuroticismo. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los esquemas mal adaptativos tempranos.

Estrategias de afrontamiento: Las estrategias de afrontamiento son otro factor que ha recibido especial atención, por ejemplo, Henao (2019) efectuó una investigación de diseño mixto, con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento usadas por 6 adolescentes con conductas autolesivas de Envigado-Antioquia. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS), y una entrevista semiestructurada acerca de este tipo de conductas. La autora afirma que “las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes que presentan conductas autolesivas son:

no afrontamiento, distracción física y reducción de la tensión, y las estrategias menos utilizadas son: resolver el problema y preocuparse” (p. 11).

Del mismo modo, Castro, et al. (2014) realizaron un estudio en España cuyo propósito era establecer la asociación entre conducta autodestructiva y tipologías de afrontamiento en adolescentes, para ello aplicaron dos instrumentos a 1400 adolescentes entre 12 y 16 años, 1) Escala Autodestructiva de la versión española del Youth Self Report (YSR) de Achenbach (1991) y, 2) Coping Responses Inventory-Youth (CRI-Y) de Moos (1993).

Los resultados indican que “los adolescentes con mayor probabilidad de referir conducta autodestructiva son los pertenecientes a la tipología evitadora, caracterizada por sobre utilizar las estrategias de evitación en detrimento de las de aproximación” (p.127).

Comorbilidad con patologías psiquiátricas: Se encontraron 3 investigaciones orientadas a analizar la prevalencia de las conductas autolesivas en pacientes con diagnosticados con patologías psiquiátricas, Rodríguez y Guerrero (2005), efectuaron un estudio observacional analítico con el objetivo de conocer la frecuencia y fenomenología de autolesiones en mujeres con TCA. La muestra fue de 362 mujeres, que habían recibido tratamiento entre junio de 1997 y enero de 2005, los resultados son los siguientes:

Se encontraron 82 mujeres (22,6%) que, además de los síntomas anoréxicos o bulímicos, se cortaban o quemaban la piel, se golpeaban la cabeza u otras partes del cuerpo hasta sentir dolor, se mutilaban dedos u otras partes del cuerpo hasta sangrar o presentaban varias conductas simultáneamente. (...) La automutilación estuvo asociada de manera significativa con trastorno de estrés postraumático (TEPT), personalidad limítrofe, trastorno afectivo bipolar (TAB) con episodios mixtos e intentos de suicidio previos. El riesgo de TEPT en las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) que se auto mutilan es el doble de aquéllas sin comportamientos de auto daño, que se ajustan a TAB con episodios mixtos, personalidad limítrofe e intentos de suicidio (p. 346)

Siguiendo con la misma línea en el año 2017, Jiménez et al., con el propósito de comprender e interpretar el proceso de autolesión no suicida en mujeres españolas con anorexia o bulimia nerviosa, usaron una metodología cualitativa, teniendo como

paradigma la fenomenología, con mujeres mayores de 12 años. Esta investigación dio como resultado que las autolesiones en población con TCA se deben a la insatisfacción corporal y la influencia directa de compañeros; es interesante notar que un 54% - 61% de la población que se autolesiona sufre TCA.

Por otra parte, Fleta (2017) realizó una revisión bibliográfica en España través de la cual describió las conductas autolesivas, sus posibles causas, condicionantes y motivaciones, factores de riesgo, clasificación, tratamiento y prevención. El autor mencionó que las conductas autolesivas son la acción deliberada de provocarse lesiones en el cuerpo sin finalidad suicida, las cuales han aumentado desde 1960, encontrando mayor prevalencia en jóvenes diagnosticados con patologías psiquiátricas estimando que el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental, siendo el trastorno límite de personalidad el más relevante,

Hay muchos trastornos en los que aparecen las autolesiones, el más común y el único que se considera como criterio de diagnóstico es el denominado trastorno límite de la personalidad. En este trastorno las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes y entre el 8 y 10% consuman el suicidio (p.40).

En esta revisión teórica se encontró que las mujeres se autolesionan principalmente con cortes y los hombres con quemaduras, en cuanto a las motivaciones, se describen 6 grupos los cuales son: para llamar la atención, para castigarse, para evadir el malestar emocional, como conducta parasuicida, para asumir el control sobre situaciones que sobrepasan a la persona y por sentimientos de vacío crónico, así mismo se tienen en cuenta factores de riesgo, factores precipitantes y factores inherentes a la persona.

Factores emocionales: Cisneros y Bombón (2017), realizaron en Ecuador una investigación que tenía por objetivo evaluar si los factores emocionales causan autolesiones en los adolescentes, para ello, emplearon como instrumentos el Cuestionario de Autolesiones, el Test de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Hamilton, con la finalidad de determinar si los factores emocionales influyen en las conductas autolesivas. Los resultados fueron que no existe correlación entre las variables.

Así mismo Villarroel, et al. (2013) revisaron teóricamente el diagnóstico y conceptualización de las conductas autolesivas en Chile, clasificaron sus formas y realizaron una aproximación comprensiva a las motivaciones para desarrollar este tipo de conductas: modelo de la regulación de los afectos, modelo de la disociación, modelo de conducta suicida alternativa, modelo de influencia interpersonal, modelo de los límites interpersonales, modelo del castigo y modelo de búsqueda de sensaciones, los autores encontraron que:

El 21% de los adultos y el 30 a 40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva. En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los adolescentes y el 4 a 6% de los adultos ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida. Estudios clínicos y poblacionales ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años (p.39).

Impulsividad: Agrupa las investigaciones que exploran la relación existente entre impulsividad y conductas autolesivas

Díaz y del Carmen (2020) realizaron una investigación que tenía por objetivo determinar las relaciones existentes entre impulsividad y autolesiones con una muestra de 270 adolescentes Peruanos de dos escuelas públicas, para este trabajo las autoras emplearon un diseño no experimental – de corte transversal, de nivel descriptivo correlacional con un enfoque cuantitativo, aplicaron dos instrumentos los cuales fueron el Cuestionario de impulsividad de Barrat (BIS 11) y la escala de autolesión de SHAGER (2015). Los resultados señalan una correlación significativa ($p < 0.05$), de grado muy fuerte $r = .952$. De modo que a mayor impulsividad mayor ejecución de conductas de autolesión en los adolescentes.

Siguiendo la misma línea Hamza y Willoughby (2019), realizaron un estudio longitudinal que duró 3 años con 782 estudiantes de una universidad en Canadá, caucásicos, de clase media, los cuales se encontraban en edades entre los 18 y 24 años, con el fin de determinar la asociación entre los niveles de impulsividad y las autolesiones no

suicidas, para ello utilizaron los siguientes instrumentos: Inventory of Statements About Self-Injury, Barratt Impulsiveness Scale-11 y Center for Epidemiological Studies Depressive Symptoms Scale (CES-D).

Los resultados indicaron una relación bidireccional entre conductas autolesivas e impulsividad, identificando esta última como un predictor de frecuencia de conductas autolesivas a lo largo del tiempo, de modo que los participantes con mayor puntuación en la escala de impulsividad, que planeaban y premeditaban menos sus acciones eran más propensos a involucrarse en conductas autolesivas, debido a la escasa reflexión en torno a las consecuencias de esta.

Del mismo modo, Mo et al., (2019) realizaron una investigación en China con 2.292 estudiantes universitarios cuya edad promedio eran 19 años, con la intención de determinar cómo los eventos estresantes (conflictos familiares, abusos, abandono, *bullying*, entre otros) y el afecto negativo (emociones como ira, culpa, tristeza ansiedad), mediaban la relación entre impulsividad y autolesiones. Los autores utilizaron diversos instrumentos como Adolescents self-harm scale (ASHS), Chinese version of Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11-CV), Adolescent self-rating life events check list (ASLEC) y Chinese version of positive and negative affect scale (PANAS-CV).

Los resultados de la investigación indicaron que entre más eventos estresantes sufría un individuo tenía más probabilidades de experimentar fuerte e incontrolable afecto negativo, por lo tanto, el impacto de la impulsividad en las conductas autolesivas está mediado por estas dos variables, las cuales incrementan la ocurrencia de episodios de autolesión.

Así mismo Liu, et al. (2017) realizaron un metaanálisis de índices neuroconductuales y neurocognitivos de impulsividad en relación con pensamientos y comportamientos suicidas, así como de la autolesión no suicida. Esta revisión fue de literatura científica anglosajona, para el metaanálisis incluyeron 34 estudios, aunque la revisión fue de 2.592.

Los autores realizaron una distinción entre la impulsividad conductual que consiste en la dificultad para prevenir el inicio de un comportamiento o detener una conducta que

ya ha iniciado, y la impulsividad cognitiva, caracterizada por la tendencia a preferir pequeñas recompensas inmediatas en vez de grandes recompensas en el futuro.

De los 34 estudios, 6 analizaban la relación entre impulsividad conductual y autolesiones no suicidas, estos concluían que había una relación positiva: “la OR media ponderada fue 1,34 (IC del 95% = 1,00–1,79), $p < 0,05$. Dado que $I^2 < 0,01\%$, lo que indica baja heterogeneidad” (p.44). En cuanto a la impulsividad cognitiva, debido a falta de datos estadísticos no fue posible una estimación confiable de la fuerza de la asociación entre esta y las autolesiones no suicidas.

La categoría factores personales que inciden en las autolesiones, arroja resultados relevantes de relación entre las autolesiones no suicidas y trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y la impulsividad. En cuanto a las demás variables incluidas la relación no fue tan fuerte.

A continuación, se mencionarán los trabajos investigativos orientados a la comprensión de conductas autolesivas teniendo como punto de partida factores contextuales.

1.1.1.1 Factores contextuales que inciden en las autolesiones. Se incluyen 3 investigaciones que tienen en cuenta la importancia de variables contextuales en el desarrollo de conductas autolesivas.

Falero (2015), relacionó los estilos parentales, la ideación y las conductas autolesivas. En una muestra de 103 adolescentes de 16 y 18 años, utilizó la escala parental elaborada por Oliva et al., (2017), y la escala Self- Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI). Los resultados indicaron que no existe una correlación significativa entre la percepción de los hijos sobre los estilos parentales de sus padres y la ideación o conducta autolesiva. En cuanto a la prevalencia la autora menciona:

“De los 98 sujetos a los que se preguntó, un 30,6% han pensado en autolesionarse y también un 30,6% se han autolesionado alguna vez en su vida. Solo una persona refirió haber recibido atención médica a causa de las autolesiones (3,3%). De los que sí pensaron alguna vez en autolesionarse y los que lo hicieron alguna vez, un 56,7% eran mujeres y un

46,3% varones. Además, un 34,7% de las mujeres y un 26,5% de los hombres se autolesionó alguna vez en su vida” (p.16).

Obando et al., (2018) realizaron una investigación con estudiantes de 11-18 años en Colombia, que consistió en la caracterización de la autolesión y en la identificación de variables clínicas asociadas a una muestra de 1.517 adolescentes y de 43 pacientes. Para ello utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Afirmaciones acerca de la Conducta Autolesiva (ISAS), Escala de Habilidades Sociales Messy (MESSY), Escala de Impulsividad de Barratt en Adolescentes (BIS-11), *Communities That Care –Youth Survey* (CTC-YS), los resultados indicaron que el 46% de la muestra había presentado algún tipo de conducta autolesiva, siendo los métodos usados los siguientes: “Pellizcos (27%), mordiscos (23.4%), cortes (22.1%), golpes (17%), rasguños (14.4%), arrancarse el pelo (13.3%), chuzarse (insertar agujas en la superficie corporal; 13%), quemaduras (11%), raspones en superficies (9%) y escarbarse la piel (9%)”(p.192).

En cuanto a los factores contextuales los autores mencionan: “acerca de los contextos en los que participan los pacientes se identificó que los conflictos familiares, las dificultades en las habilidades sociales, así como un bajo rendimiento académico, son las problemáticas de mayor prevalencia en los adolescentes que presentan autolesión”. (p.198)

Los resultados señalaron que la función principal de las autolesiones era calmarse y reducir emociones negativas. Dentro de las variables más relevantes identificadas, encontraron impulsividad, búsqueda de sensaciones y dinámica familiar.

Charrasqui y Hurtado (2020), realizaron una investigación cualitativa que consistió en la construcción de un estado del arte, en el cual examinaron 50 artículos hispanos que aportaban bases teóricas para la comprensión de conductas autolesivas, allí encontraron la adolescencia como etapa de la vida en la cual se presenta mayor prevalencia de conductas autolesivas, así mismo presentan la familia como una de las variables contextuales más significativa para la comprensión de este tipo de conductas, las autoras mencionan: “desde este ambiente de socialización se describen las autolesiones como resultado de problemáticas relacionadas directamente a la falta de comunicación entre padres y adolescentes, la poca confianza que se puede establecer entre ellos”.(p.67)

Además, se mencionan otros aspectos relevantes como los problemas en solución de conflictos, la desregulación de las emociones, impulsividad y procesos cognitivos distorsionados.

Tras finalizar esta categoría se observa que, si bien el contexto familiar influye, y está presente en adolescentes que presentan conductas autolesivas, este es un fenómeno en el que intervienen múltiples variables, en este caso, las correlaciones cuantitativas entre los entornos familiares y las autolesiones no fueron tan significativas, aunque cualitativamente si se establece un vínculo estrecho entre ambas conductas.

Se concluyen los antecedentes con la tercera categoría:

1.1.1.1 Contextualización y cifras. En este apartado se agrupan 5 reportajes periodísticos nacionales que abordan las autolesiones en Colombia, una revisión sobre la actualización que el DSM-5 realiza en cuanto a las autolesiones no suicidas y una investigación bibliográfica realizada en Reino Unido para estimar tasas de repetición de autolesiones fatales y no fatales.

En Colombia se evidencia que, aunque es una práctica que va en aumento y afecta principalmente a la población de 12-14 años, en nuestro país resulta bastante difícil el acceso a estadísticas de la población con conductas autolesivas, se realizó una búsqueda en el observatorio de salud mental, pero no arrojó ningún resultado concerniente a cifras de población con este tipo de conductas en Colombia.

Roa (2016) menciona que el Cutting o autolesión es una práctica que cada vez es más común en los jóvenes y adolescentes del país. La psicóloga Esperanza Lázaro define las autolesiones como actos voluntarios en los que una persona se causa daño, a través de la lesión o destrucción de sus tejidos con elementos cortopunzantes, tales como puntas afiladas de lápices, cuchillas, cuchillos, o a través de arañazos en la piel y mordeduras hasta que salga sangre.

COLPSIC (Colegio Colombiano de Psicólogos) (2017) hizo un pronunciamiento respecto a la emisión de noticias y contenido relacionado con el suicidio, en este comunicado mencionaron que las autolesiones y el suicidio pueden darse por el fenómeno

de imitación, sobre todo en personas vulnerables, además señalaron que cuando los medios de comunicación publican muchas noticias sobre el suicidio y las autolesiones, las tasas de estos aumentan.

El periódico el Espectador (2018) publicó un artículo en el cual se menciona qué es el *Cutting*, efectos a nivel biológico y su prevalencia en la región Caribe. En este reportaje se menciona que algunos detonantes del *cutting* son la baja autoestima, carencia psicoafectiva y entornos familiares disfuncionales. La corporación CLENA (Corporación Luis Eduardo Nieto Arteta) tiene registros de más de 10 casos de Cutting dentro de los participantes del proyecto de prevención de situaciones de riesgo para los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Rodríguez (2016) publicó una entrevista realizada a un psicólogo clínico de la Universidad del Norte, el cual mencionó que el *Cutting* era un fenómeno reciente en Colombia, asociado a la globalización, ya que a través de esta se asocian costumbres y falencias de otros lugares, también mencionó que las exigencias y carencias de la época actual son un factor precipitante de estas conductas, ya que los jóvenes se sienten cada vez más distantes de los adultos y desvalorados. En este sentido las autolesiones no son un medio para llamar la atención, sino para suplir necesidades no satisfechas.

RCN (Radio Cadena Nacional) (2016) publicó en el mes de mayo un artículo en su página web en el cual la Fundación Amigos Unidos enciende las alertas sobre el aumento de casos de *Cutting*, estableciendo que las edades predominantes para la manifestación de este flagelo son de 11 a 17 años “Durante el 2014 registramos 30 casos, el año pasado registramos 67 casos y en lo que va corrido de este año ya vamos para 52 casos”, advirtió (p.1).

En el año 2018 se llevó a cabo un trabajo teórico en España, en el cual se realizó una revisión de las autolesiones no suicidas de acuerdo con las actualizaciones del DSM-5, el cual la tipifica como una nueva entidad diagnóstica, también se agrupan resultados de diferentes estudios donde se indica que el 13-45% de los jóvenes se ha autolesionado. Los autores indican que las poblaciones que más se autolesionan son los adolescentes y los adultos jóvenes, mencionan que la tasa de autolesiones por género es entre 1.5 y 3 veces

más alta en mujeres que en hombres. Así mismo resaltan que las nuevas tecnologías sirven de vehículo para encontrar información útil entre la población que se autolesiona y para normalizar estas conductas. Finalmente sugieren que es necesario trabajar en la prevención de estas ya que son el factor de riesgo más importante para futuros intentos de suicidio (Vega et al., 2018).

En cuanto a la prevalencia de las conductas autolesivas a lo largo del tiempo y sus consecuencias, Owens et al., (2002) realizaron una revisión bibliográfica de estudios observacionales, experimentales y otras publicaciones anglosajonas publicadas después de 1970, con el fin de estimar tasas de repetición de autolesiones fatales y no fatales, encontrando que el riesgo de suicidio entre los pacientes que se autolesionan es cientos de veces mayor que en la población general, además un cuarto de los suicidios son precedidos por autolesiones no fatales en el año anterior. Así lo mencionan los autores:

Las proporciones medias para la repetición 1 año después fueron: 16% no fatal, y 2% fatal; después de más de 9 años, alrededor del 7% de los pacientes habían muerto por suicidio, después de un año, las tasas de repetición no mortales rondan el 15%. La fuerte conexión entre la autolesión y el suicidio posterior se encuentra entre el 0,5% y el 2% después de 1 año y por encima del 5% después de 9 años (p.193).

2 Justificación

Cada 40 segundos una persona muere por suicidio, el 75% de estas muertes ocurre en países de ingresos bajos y medios, cobrando más vidas que la guerra y los homicidios. (OMS, 2015).

Este es un fenómeno que puede prevenirse en muchas ocasiones si se identifican y atienden de manera temprana conductas de riesgo que lo pueden ocasionar; un amplio número de investigaciones ha revelado que las autolesiones, aun cuando no tengan intencionalidad suicida son el factor de riesgo más importante para predecir intentos futuros de suicidio (Fleta, 2017; Nock et al., 2016; Owens et al., 2018; Vega et al., 2018). De modo que se hace necesaria la comprensión, y la prevención de las conductas autolesivas para reducir intentos de suicidio asociados a estas.

Tal como se puede observar en los antecedentes, estas conductas se han estudiado bastante en las últimas décadas, especialmente en población adolescente y joven, debido a que es en las edades de 15 a 24 años cuando se presentan con mayor intensidad.

El DSM-5 plantea que la mayoría de las conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo, así mismo, investigadores como (Díaz y del Carmen 2019; Hamza & Willoughby, 2019; Mo et al., 2019; Liu et al., 2019; Obando et al., 2018), encontraron relaciones fuertes entre la impulsividad y las conductas autolesivas. Estos autores recomiendan continuar realizando estudios con el fin de aumentar la comprensión sobre el vínculo existente entre la impulsividad y la realización de autolesiones. Cabe resaltar que estas investigaciones se realizaron en su mayoría con una muestra de estudiantes universitarios de clase media anglosajona.

En Colombia se han realizado investigaciones orientadas a la comprensión de conductas autolesivas, algunas de estas mediante variables como: pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas (Agudelo, 2017), estrategias de afrontamiento (Heno, 2019), a través de la modalidad estado del arte (Charrasqui y Hurtado, 2020), factores personales y contextuales (Obando et al., 2018), quien encontró en sus hallazgos la impulsividad como un factor relevante que debe seguirse investigando. De allí que esta

investigación está orientada a explorar más sobre esta variable; también es pertinente señalar que en su mayoría los estudios sobre autolesiones a nivel global se han realizado con población clínica, por consiguiente, esta investigación aportará datos sobre dichas conductas en población no clínica.

Por otro lado, las investigaciones colombianas previamente mencionadas han utilizado como sujetos de muestra estudiantes adolescentes de instituciones educativas. No se halló ninguna investigación en el país que abordará la relación entre impulsividad y autolesiones en estudiantes universitarios, en este sentido, este trabajo será pionero.

La mayoría de los estudiantes universitarios ingresa a los primeros semestres siendo adolescentes, etapa caracterizada según Pedreira y Álvarez (2000), por cambios hormonales, corporales, psíquicos y sociales, los autores mencionan que el cambio de estatus que se le impone al adolescente crea una lucha intrapsíquica y una ambivalencia respecto a la dependencia-independencia.

Por otra parte, Celma (2015), plantea que la adolescencia se caracteriza ser una etapa con niveles elevados de urgencia negativa y positiva (dos dimensiones de la impulsividad), por tanto se suele experimentar mayor volatilidad emocional, afecto negativo mayor y aumento de conductas precipitadas en comparación con los adultos, esto se explica debido a que durante la juventud la corteza prefrontal y la maduración cerebral aún no han terminado de desarrollarse, de modo que el control de impulsos y la reflexión de las conductas es escasa, este marco de circunstancias aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes a realizar conductas de riesgo, tales como, agresiones hacia sí mismo y hacia los demás, conductas de oposición, conductas adictivas, entre otras.

El estatus social del estudiante universitario, aun cuando pase del rango etario determinado para los adolescentes (10-19 años), no será muy distinto, tal como menciona Penengo (2015) citando a Rita Perdomo (citado en Carbajal,2015), la adolescencia puede extenderse después de los 25 años, debido a que en muchas ocasiones se depende económicamente y psicológicamente de los padres, por desempleo, bajos salarios, exigencias académicas, entre otros.

Debido a lo anterior, aunque la población objeto de esta investigación serán jóvenes que estudian en la universidad, por las características psicosociales que comparten con los adolescentes, se analizarán dentro de esta categoría.

Según las investigaciones consultadas, las autolesiones en jóvenes de 15-24 años son una conducta que aumenta a nivel global, sin embargo, en nuestro país no hay mucha información estadística respecto a estas, para los antecedentes de la presente investigación, por ejemplo, al consultar la página web del observatorio de salud mental, no se encontraron datos respecto al tema, así como tampoco se encontró un protocolo nacional de intervención y prevención de las autolesiones y conducta suicida. De modo que con este trabajo se espera contribuir a la acumulación de conocimiento respecto al tema.

Esta investigación es pertinente porque la conducta autolesiva, se ha establecido como uno de los factores de riesgo más importantes para predecir futuros intentos de suicidio. OMS (2019) reconoce que la prevención de los suicidios es un asunto de alta prioridad en la agenda mundial de salud pública, y la psicología como ciencia tiene la responsabilidad de plantear estrategias ayuden a disminuir flagelos que afectan la salud mental, por eso la acumulación de conocimiento que se generará en torno al estudio, comprensión y análisis de la relación entre impulsividad y autolesiones, aportará saberes que faciliten la intervención de conductas de riesgo que pueden obstaculizar el proyecto de vida de los jóvenes, o asociarse en el futuro a prácticas destructivas, aunque estén socialmente aceptadas, tales como consumo abusivo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, entre otros.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

- Describir la relación entre impulsividad y conductas autolesivas en estudiantes de una universidad del municipio de Apartadó, Antioquia.
-

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de conductas autolesivas e impulsividad en estudiantes universitarios de una universidad del municipio de Apartadó, Antioquia.
- Identificar la relación entre conductas autolesivas e impulsividad en la muestra universitaria.
- Analizar los niveles de impulsividad en estudiantes que presentan conducta autolesiva y compararlos con aquellos que no presentan dicha conducta.

4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre impulsividad y conductas autolesivas en estudiantes universitarios?

5 Hipótesis

5.1 Hipótesis de trabajo

Se encuentra diferencias entre las manifestaciones de Impulsividad e Ideación Suicida en una muestra de estudiantes universitarios con ausencia o presencia de conductas autolesivas.

5.2 Hipótesis estadística

Se toma un Valor Sig. $p < 0,05$ para rechazar la Hipótesis Nula, y con un Nivel de Confianza del 95%.

5.2.1 Hipótesis nula

La distribución de puntajes de Impulsividad e Ideación Suicida de los estudiantes que presentan Ausencia de conductas autolesivas es igual a la distribución de los puntajes de Impulsividad e Ideación Suicida de los estudiantes con Presencia de conducta autolesiva.

$$H_0: \text{Grupo Ausencia Cond. Autolesiva} = \text{Grupo Presencia Cond. Autolesiva}$$

5.2.1.1 Hipótesis alterna. La distribución de puntajes de Impulsividad e Ideación Suicida de los estudiantes que presentan Ausencia de conductas autolesivas es diferentes a la distribución de los puntajes de Impulsividad e Ideación Suicida de los estudiantes con Presencia de conducta autolesiva.

$$H_1: \text{Grupo Ausencia Cond. Autolesiva} \neq \text{Grupo Presencia Cond. Autolesiva}$$

5.2.1.1.1 Variables. Impulsividad Funcional, Impulsividad Disfuncional, Ideación Suicida Positiva e Ideación Suicida Negativa

6 Marco teórico

En el presente apartado se mencionarán los referentes conceptuales en los cuales se basa el presente trabajo investigativo, en primer lugar, se desarrollará ampliamente la conducta autolesiva, posteriormente se hará lo mismo con la impulsividad y se finalizará hablando de la adolescencia como momento del ciclo vital clave para entender la relación entre la impulsividad y las conductas autolesivas.

6.1 Conducta autolesiva

A continuación, se mencionará cómo se ha definido la conducta autolesiva. Para ello, se tendrán tres momentos: 1) se caracteriza la conducta autolesiva en términos de los elementos centrales que son recurrentes en las definiciones, 2) se diferencia conducta autolesiva de otras conductas que implican lesiones personales, 3) se clasifican las características clínicas de las autolesiones y, 4) se establecen diferencias con la conducta suicida.

Como una propuesta actualizada, tras una revisión bibliográfica, Vega et al., (2018) proponen entender la conducta autolesiva como “cualquier comportamiento que se realiza de manera intencionada, autodirigida, sin intencionalidad suicida, y que causa una destrucción inmediata de la superficie corporal.” (p. 146). Esta definición toma como característica definitoria el daño superficial en el cuerpo, sin embargo autores como Fleta (2017), incluyen el envenenamiento dentro de las conductas autolesivas, lo cual se aleja de los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 (2013), en el que definen las autolesiones como lesiones intencionalmente infligidas en la superficie corporal que producen sangrado, hematoma o dolor, dentro de estas incluyen cortes, quemaduras, pinchazos, golpes y frotación excesiva, excluyendo los envenenamientos.

Ahora bien, asumir esta definición implica como condición que la conducta sea intencionada y consciente, es decir, como señalan Vega et al., (2018), “esta definición excluye comportamientos que pueden suponer autolesiones accidentales o indirectas (p.ej.,

restricción alimentaria, consumir drogas), o que son socialmente aceptados (p.ej., tatuaje, autolesionarse en el contexto de un ritual religioso)” (p. 146).

Esto es importante porque conlleva a la necesidad de diferenciar conductas que, aunque suponen lesiones personales, intencionadas y auto dirigidas, tienen una motivación diferente. Por ejemplo, Souza et al., (2008) excluyen como conductas autolesivas la “aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones, que implican: cortar, cercenar o lesionar de forma permanente el esqueleto o los dientes y practicar escarificación, tatuaje, circuncisión, perforación corporal y ablación de clítoris” (p. 490). Así, siguiendo a Villarroel et al., (2013), es posible afirmar que las modificaciones corporales no entran en la categoría de autolesiones en tanto estas son justificadas por aspectos de índole religioso, cultural, ideológico o social, las cuales, a su vez, se transmiten generalmente generacionalmente con un componente simbólico muy claro, por ejemplo, relacionado con la pureza, valentía o pertenencia.

Estos mismos autores tampoco tipifican como autolesiones prácticas como fumar, beber y comer en exceso, ya que, aunque estas conductas son dañinas y realizadas por el propio sujeto, la motivación de estas es la búsqueda del placer.

En la práctica clínica se han propuesto algunas clasificaciones que se utilizan para el abordaje clínico de las autolesiones, Villarroel et al., (2013) Citando a Simeón y Favazza (1995) plantea las siguientes:

- **Conductas autolesivas mayores:** Incluyen actos poco frecuentes, a menudo presentes en episodios psicóticos. Consisten en la amputación de extremidades, extirpación del globo ocular, castración, entre otros.
- **Conductas autolesivas estereotipadas:** Se presentan principalmente en personas que sufren autismo, discapacidad mental severa, o patologías neurológicas: “Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello” (Villarroel et al., 2013, p.40).
- **Conductas autolesivas compulsivas:** En esta categoría se incluyen conductas repetitivas que se realizan como actos automáticos tal es el caso de rascarse

la piel hasta excoriarla, morderse las uñas y arrancarse el cabello, en estos casos el daño es leve o moderado.

Conductas autolesivas impulsivas: Las más comunes son “cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos” (Villarroel et al., 2013, p.40). Se dividen en dos: autoagresiones impulsivas episódicas: en las que hay un temor por dañarse y autoagresiones impulsivas repetitivas: se dan casi a diario, aunque no haya un claro factor desencadenante.

La conducta autolesiva también requiere distinguirse de la conducta suicida. Esta distinción se centra en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad.

Mientras que el intento suicida busca acabar con la vida, las conductas autolesivas no tienen la intencionalidad de desaparecer,

La conducta no es vislumbrada como una forma de terminar con la vida (...), sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, para luego continuar con los objetivos trazados para la propia biografía (Villarroel et al., 2013, p.41).

Las conductas autolesivas tienen tendencia a repetirse, mientras que los intentos de suicidio son ocasionales y sus métodos de daño son de letalidad más baja comparado con los intentos de suicidio. Además, en este último se busca acabar con la vida y el sufrimiento, para lo cual se suelen elegir métodos indoloros, mientras que en la autolesión el dolor es un aspecto central (Fleta, 2017).

Así, tras esta revisión, proponemos entender la conducta autolesiva como acciones intencionales, dirigidas hacia el propio sujeto, que causan daños superficiales en el cuerpo, son socialmente rechazadas, y no tienen por objetivo acabar con la vida (DSM-5, 2013; Fleta, 2017; Souza et al., 2008; Vega et al., 2018; Villarroel et al., 2013;).

6.1.1 Motivaciones frecuentes

A continuación, se hará un abordaje de los planteamientos que diversos autores han sugerido para comprender las motivaciones subyacentes a las conductas autolesivas, para lo cual: 1) Se plantean las principales motivaciones propuestas y 2) se mencionan los modelos sugeridos para la comprensión de estas.

Fleta (2017) hace referencia a las autolesiones como conducta empleada para producir alivio en situaciones perturbadoras, el autor sugiere que las autolesiones funcionan como una forma de control emocional, donde a través del dolor físico el sujeto evita los pensamientos que le inquietan, “generalmente se usa para liberarse de sentimientos de rabia, ira, tristeza, soledad, rencor y dolor emocional. Se efectúa para liberar las emociones que el auto agredido no puede expresar” (p.39), este autor realiza una agrupación de seis motivos principales que influyen en las autolesiones:

- **Para llamar la atención:** Los sujetos se realizan autolesiones muy llamativas, lo cual causa que otros estén pendientes de ellos, a través de esta conducta buscan obtener atención y afecto o chantajear, culpabilizar y amenazar a otro.
- **Para castigarse:** En personas con baja autoestima, sentimientos de minusvalía, culpabilidad, rechazo y disgusto hacia el sí mismo, las autolesiones están motivadas por la creencia de que son malos, y por lo tanto merecen ser castigados.
- **Para evadir un malestar emocional:** La autolesión es usada como mecanismo para bloquear temporalmente pensamientos que producen malestar, controlar las emociones y liberar tensión emocional, ya que el dolor físico se prioriza por encima de cualquier otra sensación.
- **Como conducta parasuicida:** En estos casos las conductas autolesivas surgen cuando el intento de suicidio logra frenarse de manera que no produce la muerte, en otras ocasiones se realizarían como tentativa previa en la cual el sujeto intenta descubrir si será capaz de suicidarse, o que sentirá cuando se vaya a suicidar. Fleta (2017), plantea que el 15% de las personas que se autolesionan tienen tendencias suicidas.

- ***Para asumir un control sobre situaciones que sobrepasan a la persona:***

Cuando hay situaciones adversas que el sujeto no puede controlar, se autolesiona para constatar que al menos si puede controlar su propio cuerpo.

- ***Por sentimientos de vacío crónico:*** En estos casos las personas se sienten vacías, piensan que les falta algo o que no sienten nada por lo que el dolor producido por la autolesión serviría para hacerlos sentir vivos.

Castro (2014), plantea tres aspectos psicopatológicos que influyen en las autolesiones, El autor menciona que, en primera instancia, está la percepción de un estímulo como abrumador e incontrolable, luego se produce una perturbación emocional asociada a alteraciones de algunas estructuras subcorticales como el hipocampo, el tálamo y los canales de comunicación con la corteza afectiva prefrontal y temporal y por último está la influencia de las distorsiones cognitivas o creencias irracionales. Castro (2014) Citando a Favazza (2013) dice que las autolesiones surgen como respuesta patológica a la falta de regulación emocional, y tolerancia a la aflicción, a través de las cuales se produce un alivio rápido, pero momentáneo de las emociones, pensamientos o situación displacentera.

Vega et al., (2018) citando al DSM-5, menciona 3 de las expectativas que pueden encontrarse en los sujetos con conductas autolesivas, las cuales consisten en: 1) Aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, 2) Resolver una dificultad interpersonal, y 3) Inducir un estado de sentimientos positivos (p.147). Este tipo de conductas son más frecuentes en personas con las siguientes características tal como menciona Fleta (2017) remitiéndose al DSM-5:

- ***Capacidad de solución de problemas:*** si es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas.
- ***Impulsividad:*** la mayoría de las conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo.
- ***Desesperanza:*** síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida.

- ***Ira y hostilidad:*** diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan.

Otras características relevantes que se han encontrado son planteadas por Frías et al., (2012) quien tras realizar una revisión bibliográfica encontró que los adolescentes que se autolesionan presentan déficit en la reactividad y autorregulación emocional, así como mayor impulsividad que los grupos de pares que no presentan conductas autolesivas. La baja autoestima y el estilo cognitivo negativo también son factores influyentes, ya que los estudios analizados sugieren que estos son aspectos encontrados en los sujetos que se autolesionan. Así como también los conflictos interpersonales ya sean conflictos en la familia, la escuela o los grupos de pares. Del mismo modo se ha encontrado que quienes se autolesionan tienen la presencia de otros significativos que también lo hacen. El abuso sexual debido a la vulnerabilidad que causa en el sujeto también se convierte en un factor que suele predisponer este tipo de prácticas (Frías et al.,2012).

Con el fin de lograr una mayor comprensión de las motivaciones encontradas en las conductas autolesivas Villarroel et al., (2013) citando a Klonsky (2007) plantea los siguientes modelos:

- ***Modelo de la regulación de los afectos:*** Desde este modelo las autolesiones son entendidas como una estrategia que se usa con el fin de aliviar intensos afectos negativos.
- ***Modelo de la disociación:*** Las autolesiones surgen junto con estados de disociación, de despersonalización y/o desrealización, en estos casos, la conducta autolesiva serviría como mecanismo para que el sujeto se revitalice y reconecte con su cuerpo a través del dolor.
- ***Modelo de conducta suicida alternativa:*** En estos casos la conducta autolesiva funciona como una forma adaptativa de resistirse al deseo real de morir, de modo que las autolesiones permiten expresar sentimientos y pensamientos autodestructivos sin el riesgo de quitarse la vida.

- **Modelo de influencia interpersonal:** Se usa la conducta autolesiva para influir en otros seres significativos, en sus afectos y acciones, así como también para intentar ser valorado.
- **Modelo de los límites interpersonales:** En personas que no tienen una identidad integrada, las autolesiones sirven para afirmar la autonomía y distinguir la identidad física, el sí mismo de los otros.
- **Modelo del castigo:** La autolesión es usada como una estrategia normal de autocontrol, que sirve a individuos que aceptan y favorecen el castigo y la invalidación para incentivar y moldear comportamientos.
- **Modelo de búsqueda de sensaciones:** Las conductas autolesivas se entienden como un medio para generar emociones intensas en personas que necesitan excitación para conectarse con la vida, “se plantea que biológicamente tendrían un estado hipo hedónico basal que los impulsaría a la búsqueda activa de sensaciones límites placenteras y a la vez dolorosas. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño a sí mismo” (Villarroel et al., 2013, p.41).

6.2 Impulsividad

A continuación, se define el concepto de impulsividad de acuerdo con los planteamientos encontrados en varias investigaciones.

Un referente importante para conceptualizar la impulsividad es la revisión bibliográfica de Riaño et al., (2015) donde examinaron 108 documentos con el fin de exponer cómo se suele estudiar la impulsividad en adolescentes, detallar los instrumentos más usados y mencionar los rasgos psicológicos con los que suele relacionarse.

Los autores mencionan que no encontraron una definición única y concreta de impulsividad, por lo que procuraron precisar el concepto de acuerdo con lo expuesto por diferentes teóricos. En dicha caracterización se resaltan los siguientes aspectos: falta de inhibición de respuestas, predilección a centrarse solo en el presente sin analizar las

consecuencias futuras, toma de decisiones rápidas y respuestas sin analizar el contexto, tendencia a elegir recompensas pequeñas pero inmediatas en vez de esperar recompensas grandes que tarden un poco más y un procesamiento rápido de la información caracterizado por falta de reflexividad (Riaño et al.,2015, *citando a* Barratt, 1994; Brook y Boaz, 2005; Claes et al., 2000; Dougherty et al., 2003; Heino et al.,2003; Reynolds et al., 2008). Esta caracterización logra incluir la gran mayoría de los aspectos que se presentan en las diferentes definiciones (ver Tabla 1).

Tabla 1*Definiciones de impulsividad*

Definición	Autor
Falta de inhibición de respuestas y procesamiento rápido de la información	Barrat, 1994, citado por Riaño et al., (2015)
Tendencia a vivir el momento sin tener en cuenta las consecuencias en el futuro.	Castellani & Rugle, 1995; Ghahremani et al., 2013; Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpelä, & Rantanen, 2003, citado por Riaño et al., (2015)
Respuesta sin tener una evaluación adecuada del contexto, la dificultad en retardar las recompensas y la toma de decisiones rápidas.	Claes, Vertommen, & Braspenning, 2000; Dougherty et al., 2003; Reynolds, Penfold, & Patak, 2008, citado por Riaño et al., (2015)
Falta de autocontrol	(Brook & Boaz, 2005, citado por Riaño et al., (2015)
Preferencia hacia pequeñas y prontas recompensas sobre recompensas más grandes y demoradas, generando respuestas prematuras que evidencian la falta de inhibición	Dougherty et al., 2003, citado por Riaño et al., (2015)
Tiene 4 dimensiones: 1) urgencia negativa, 2) Falta de perseverancia, 3) Falta de premeditación y 4) búsqueda de sensaciones.	DeWit (2009) y Whiteside y Lynam (2001), citados por Riaño et al., (2015)
Un acto impulsivo es aquel caracterizado por la inmediatez de respuesta, escasez de reflexión y de revisión de antecedentes o resultados futuros. No se reduce a la psicopatología, sino que puede ser una respuesta funcional y adaptativa.	Celma, (2015)

Plantean dos clases de impulsividad: disfuncional y funcional. La primera se relaciona con la toma de decisiones rápidas en situaciones que así lo requieren y de las cuales se obtiene un beneficio; la segunda se asocia a toma de decisiones desordenadas, improductivas, rápidas, sin reflexión y con consecuencias negativas para el sujeto.

Dickman (1990) citado por Squillace et al., (2011)

Plantea la impulsividad compulsiva como otra variante del mismo constructo, caracterizada por la incapacidad de resistirse a actuar una vez es detectado un estímulo endógeno o exógeno, en caso de oponer resistencia esto producirá una gran tensión que solo se calmará una vez el sujeto realiza el acto impulsivo.

Celma, (2015)

Elaboración propia.

Por otro lado, autores como DeWit (2009) & Whiteside & Lynam (2001) (citados por Riaño et al., 2015) proponen cuatro dimensiones de este concepto: 1) *urgencia negativa*: la conducta impulsiva surge cuando se experimenta una situación negativa, 2) *Falta de perseverancia*: ante el aburrimiento la respuesta es rendirse, 3) *Falta de premeditación*: se caracteriza por actuar sin analizar las consecuencias y 4) *búsqueda de sensaciones*: disposición a buscar y realizar actividades que produzcan excitación.

Una revisión realizada por Squillace et al., (2011) ya señalaba la dificultad para precisar una definición concreta, planteando la necesidad de renombrar el término o precisar a qué subtipo se refiere cada autor. También concluyen que, dado que la impulsividad no es un constructo unitario, debe considerarse como multidimensional, por lo cual se hace necesario hablar de diferentes clases.

Por ejemplo, Celma (2015) concuerda con Riaño et al., (2011) & Squillace et al., (2013), planteando tal como los autores anteriormente citados lo mencionan, que la impulsividad es un constructo multidimensional, que tiene variaciones de acuerdo a las fuentes que se investiguen, sin embargo a rasgos generales Celma (2015) nos plantea que un acto impulsivo es aquel caracterizado por la inmediatez de respuesta frente al estímulo que lo desencadena, escasez de reflexión y de revisión de antecedentes o resultados futuros, desadaptativo, no planeado y acompañado de una gran carga emocional.

Este autor además aclara que este concepto no se reduce a la psicopatología, sino que puede ser una respuesta funcional y adaptativa que activa comportamientos que nos pueden librar de amenazas cuando así lo requiere el contexto.

Del mismo modo, Dickman ya proponía en 1990 (citado por Squillace et al., 2011) una distinción entre dos clases de impulsividad: disfuncional y funcional. La primera se relaciona con el entusiasmo, altos niveles de audacia y actividad, toma de decisiones rápidas en situaciones que así lo requieren y de las cuales se obtiene un beneficio; la segunda se asocia a toma de decisiones desordenadas, improductivas, rápidas, sin reflexión y con consecuencias negativas para el sujeto.

Los planteamientos mencionados por los autores anteriores nos permiten afirmar que la impulsividad se definirá como negativa o positiva para un sujeto, de acuerdo a las consecuencias que las acciones realizadas traigan para su vida, lo cual señala la importancia de no apresurarse a catalogar determinados rasgos como patológicos sino, más bien, analizar de manera holística las conductas que el sujeto realiza. De modo que puntuar de manera elevada o baja un test de impulsividad no es un indicador concluyente para diagnosticar un trastorno de control de impulsos, así como tampoco es un elemento determinante para afirmar que alguien tendrá comorbilidades con patologías mentales. Lo que determinará lo anterior es el tipo de actos que se lleven a cabo, y sus consecuencias en quien realiza la acción y en su marco contextual.

Barrat et al., (1997) citados por Squillace et al., (2011) son referentes muy influyentes en el campo de estudio de la impulsividad, estos autores la definen como una tendencia a responder ante estímulos endógenos o exógenos de manera rápida, irreflexiva, sin dimensionar las consecuencias para sí mismo y para otros, además señalan que esta característica no se reduce a una acción particular, sino que predispone un conjunto de conductas a realizar por el mismo sujeto. Patton et al., (1995) plantean 3 tipos de impulsividad a partir de la primera escala de impulsividad desarrollada por Barratt, con el fin de ayudar a precisar la multidimensionalidad del concepto:

- ***Impulsividad motora:*** caracterizada por la predilección a actuar bajo la influencia de las emociones del momento, por la búsqueda de recompensas y evitación de la frustración.
- ***Impulsividad atencional o cognitiva:*** referida a carencias en la capacidad de controlar los pensamientos y déficit en la atención sostenida.
- ***Impulsividad por imprevisión o Impulsividad no planeada:*** definido como un estilo cognitivo caracterizado por procesar la información muy rápidamente, y tomar decisiones apresuradas, teniendo en cuenta únicamente el momento presente, sin analizar consecuencias.

Estas 3 dimensiones de impulsividad han sido criticadas por algunos autores dada la baja correlación entre sí que presentan, por ejemplo, Squillace et al., (2011) luego de realizar su revisión documental plantean que las diferentes facetas de impulsividad propuestas tienen baja correlación entre sí, y que los procesos cognitivos están presentes en todas las formas de impulsividad por lo que no es viable tratar de evaluarlos de manera independiente.

Así mismo Parrado et al., (2018) analizaron en Colombia la validez del instrumento de impulsividad BIS-11, para lo cual aplicaron los siguientes cuestionarios a una muestra de 255 estudiantes de primer año de Psicología: la versión en español del BISS-11 y prueba de personalidad 16 PF, version 5.

Los autores señalan que los componentes de impulsividad en dichas pruebas tienen baja consistencia interna, y que deberían estudiarse de manera independiente, así mismo indican que se debe tener mucho cuidado al establecer correlaciones entre impulsividad y problemas de comportamiento, dado que población no clínica puede puntuar alto estos instrumentos sin que ello sea un indicador de patologías, sino como parte del comportamiento normal en el cual algunas conductas pueden ser impulsivas o no de acuerdo al contexto de elección.

Celma (2015) hace referencia a la impulsividad compulsiva como otra variante del mismo constructo, caracterizada por la incapacidad de resistirse a actuar una vez es detectado un estímulo endógeno o exógeno, en caso de oponer resistencia esto producirá

una gran tensión que solo se calmará una vez el sujeto realiza el acto impulsivo, tras el cual suelen aparecer sensaciones gratificantes que funcionan como refuerzo positivo, y posteriormente una vez estas sensaciones han desaparecido pueden producirse sentimientos de culpa o fracaso, estas conductas suelen intensificarse cuando el sujeto vivencia eventos estresantes, según Celma (2015) los atracones bulímicos, las conductas autolesivas o la cleptomanía, son un ejemplo de conductas compulsivas impulsivas.

Este aporte realizado por Celma (2015) se relaciona con lo planteado por Squillace et al., (2011) quienes definen 3 motivaciones generales que explican las conductas impulsivas: “la alta sensibilidad a las recompensas, el actuar rápido sin planificación y por último el comportamiento compulsivo en búsqueda de alivio ante la tensión o el estrés” (p.15).

Algunos autores desde planteamientos neurobiológicos nos permiten comprender las conductas impulsivas a la luz de la maduración cerebral del adolescente, Celma, (2015) citando a (Larson y Richards, 1994 & Steinberg, 2004) menciona que durante la adolescencia la urgencia negativa y positiva (dos dimensiones de la impulsividad) juegan un papel muy importante, ya que la adolescencia se caracteriza ser una etapa con niveles elevados de estos dos tipos de urgencia, en tanto se suele experimentar mayor volatilidad emocional, afecto negativo mayor y aumento de conductas precipitadas en comparación con los adultos. esto se explica debido a que durante la adolescencia la corteza prefrontal y la maduración cerebral aún no han terminado de desarrollarse, de modo que el control de impulsos y la reflexión de las conductas es escasa.

De Sola Gutiérrez et al., (2013) realizan una revisión bibliográfica sobre las adicciones teniendo en cuenta la impulsividad como variable principal, en su trabajo aportan la perspectiva neurobiológica de la impulsividad, los autores citando a Ceravolo et al., (2009) indican que el córtex prefrontal, relacionado con la planificación y el juicio es una de las áreas cerebrales implicadas, también el núcleo *acumbens* relacionado con el refuerzo y la amígdala. Otros autores señalan que los neurotransmisores constituyen la base neuroquímica reforzadora del comportamiento impulsivo, especialmente la dopamina, caracterizada en estos casos por elevados niveles en contraste con la serotonina

que presenta una baja función (Seo & Kennealy., 2008; Wolf & Leander., 2002, *citado por* de Sola Gutierrez et al., 2013).

Del mismo modo Oliva (2007) plantea que durante la etapa de adolescencia se producen cambios en el cerebro del adolescente, específicamente en la corteza prefrontal, la cual tiene un importante papel en las funciones ejecutivas y la autorregulación de la conducta, cuyo desarrollo no concluye hasta la tercera década de vida, del mismo modo el circuito mesolímbico (área asociada a la motivación y búsqueda de recompensas) sufre cambios debido a las alteraciones hormonales. Estas modificaciones en el cerebro hacen al joven más vulnerable a realizar conductas impulsivas y de riesgo.

Otro hecho importante que ocurre en el cerebro durante la adolescencia hasta la etapa adulta es una progresiva mejora en la conexión entre el lóbulo frontal y estructuras límbicas como la amígdala, el hipocampo y el cuerpo caudado, lo cual permite un mayor control cognitivo e inhibición de las emociones y la conducta, ya que varias áreas cerebrales serán responsables de la ejecución o control de los actos. Dado que el joven apenas está realizando esa integración cerebral, tiene mayor tendencia a actuar de manera emocional e impulsiva.

Después de revisar los textos mencionados anteriormente se concluye que, aunque no hay una sola definición de impulsividad los diferentes autores conversan entre sí con sus planteamientos sobre este concepto, los cuales no son contradictorios o excluyentes. De modo que a nivel general podemos decir que la impulsividad puede ser funcional cuando las respuestas son adaptativas frente a demandas del contexto y reportan beneficio para el sujeto, disfuncionalmente se definirían como un patrón de conducta caracterizado por escasa reflexividad sobre las consecuencias de las acciones a realizar y toma de decisiones basada solo en el presente, en el cual influyen principalmente áreas cerebrales como la corteza prefrontal y neurotransmisores como la dopamina y la serotonina. Frente a esto los jóvenes presentan mayor vulnerabilidad que los adultos, debido a que por su etapa del ciclo vital su lóbulo prefrontal y cerebro aún se encuentran en periodo de maduración. (Riaño et al.,2015, *citando a* Barratt, 1994; Brook y Boaz, 2005; Claes et al.,

2000; Dougherty et al., 2003; Heino et al.,2003; Reynolds et al., 2008); (Squillace et al., 2011; De Sola Gutiérrez et al., 2013; Celma, 2015; Oliva, 2007).

7 Metodología

7.1 Tipo de enfoque

La presente investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta el enfoque de investigación cuantitativo, el cual, según Hernández et al., (2014) “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.37).

Este enfoque se encontró pertinente para este trabajo debido a que su objetivo fue describir la relación entre impulsividad y autolesiones en estudiantes universitarios, para lo cual se plantearon hipótesis basadas en las teorías existentes, y se utilizaron instrumentos psicométricos para la recolección de datos, los cuales posteriormente fueron sometidos a un análisis estadístico que permitiera determinar la veracidad de la hipótesis planteada.

7.2 Tipo de diseño

El diseño empleado en este trabajo investigativo fue no experimental, el cual, según Hernández et al., (2014) son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p.154).

En efecto, en esta investigación no se manipularon variables ni se influyó en ellas para modificar el ambiente o respuestas de los participantes

En el presente trabajo se empleó un diseño de tipo Descriptivo, Transversal, Exploratorio y Correlacional.

Se pretendió describir las diferentes manifestaciones de conductas autolesivas en una muestra de estudiantes universitarios y sus respectivas variables sociodemográficas.

Se realizó un diseño Transversal porque se midió, en un momento determinado de la vida de los sujetos objeto de estudio (último año).

Fue un estudio Exploratorio en la medida que se pretendió explorar una temática que no ha sido estudiada en la región del Urabá Antioqueño, y de la cual, no se tiene antecedentes de tipo cuantitativo.

Por último, se trató de un estudio Correlacional porque se pretendió describir las diferentes relaciones entre impulsividad (funcional – disfuncional) e ideación suicida (positiva – negativa) en la muestra recolectada durante el último año en cuestión.

7.3 Población

La presente investigación se realizó con estudiantes de una universidad del municipio de Apartadó, la cual tiene un total aproximado de 727 estudiantes matriculados en los diferentes pregrados que ofrece, dentro de los cuales se encuentran los siguientes: psicología, trabajo social, sociología, ingeniería civil, sanitaria, arte dramático, licenciatura en matemáticas, microbiología, comunicación social, administración de empresas, entre otros.

7.4 Muestra

El tamaño de la muestra para esta investigación de 84 estudiantes de una universidad de Apartadó con edades comprendidas entre 18 y 45 años, los cuales aplicaron el Inventario de Impulsividad de Dickman, Cuestionario de Autolesionismo (SHQ) e Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI). Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con los estudiantes que manifestaron disposición a participar en esta investigación.

7.5 Criterios de inclusión.

Ser estudiante matriculado en algunos de los programas ofrecidos por determinada universidad del municipio de Apartadó.

7.6 Criterios de exclusión.

No estar matriculado en alguno de los programas ofrecidos por la universidad seleccionada para esta investigación.

7.7 Procedimiento de recolección de información

A través de bases de datos suministradas por la institución se accedió a los correos electrónicos de todos los estudiantes matriculados en una universidad del municipio de Apartadó, a estos se les escribió un correo electrónico donde se les invitó a participar en la presente investigación, dicho correo contenía el consentimiento informado, tratamiento de datos, y los siguientes instrumentos en formularios de Google: Inventario de Impulsividad de Dickman, Cuestionario de Autolesionismo (SHQ) e Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI). Posteriormente, se analizaron todos los datos recolectados con el software IBM SPSS 26 Statistics.

7.8 Instrumentos

7.8.1 Cuestionario de Autolesiones SHQ

García et al., (2015) señalan que el Cuestionario de autolesionismo (SHQ) tiene por objetivo identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas en adolescentes. Para ello se realizan en un primer momento tres preguntas de tamizaje para determinar la presencia de conducta autolesiva. Posteriormente, se indaga por cuestiones específicas asociadas a la autolesión, tales como: “último episodio, método utilizado para

autolesionarse, motivación, vivencia durante el autolesionismo, finalidad de la autolesión, presencia de consumo de sustancias durante el acto, planeación y ejecución de este y presencia de comunicación del episodio a otra persona”. Los autores encontraron que la sensibilidad de la escala para detectar autolesionismo es de 95%, su especificidad de 35%, su valor predictivo positivo de 72% y su valor predictivo negativo de 90%.

Población: Para la validación al español del cuestionario García et al., (2015) seleccionaron una muestra por conveniencia de 106 adolescentes de entre 11 y 17 años sin historia de retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo o psicosis y que se encontraran en seguimiento por trastornos afectivos, trastornos del comportamiento o ansiedad por al menos tres meses antes del inicio del estudio (p.288).

García et al., (2015) manifiestan que el SHQ-E presentó una *a de Cronbach* de 0.960, IC 95% (0.954 - 0.966) y una estabilidad temporal a tres meses de 0.9787, IC 95% (0.959 – 0.989), $p < 0.001$ (p.289).

La sensibilidad del SHQ-E para detectar autolesionismo fue de 97.96%, con una especificidad de 54.39%. El valor predictivo positivo de la prueba fue de 64.86% y el valor predictivo negativo de 96.88%; la razón de verosimilitud positiva (LR+) fue de 2.15, y la razón de verosimilitud negativa (LR-) de 0.04. García et al., (2015).

García et al., (2015) indican que los resultados de este estudio sugieren que el SHQ-E es una herramienta válida y confiable, ya que su consistencia interna de 0.96, indica una excelente fiabilidad.

7.8.1.1 Escala de conducta suicida PANSI. Villalobos (2009) realizó una adaptación del PANSI (Positive and Negative Suicide Ideation) – Inventario de ideación suicida positiva y negativa, a través de una traducción simple. Este cuestionario fue desarrollado por Osman et al., (1998) citados por Villalobos 2009) con el propósito de medir conjuntamente, factores de riesgo y de protección frente a las ideas suicidas.

Este cuestionario posee 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), que son evaluados en el marco de las últimas dos semanas y en los que se pregunta qué tan a menudo la persona ha presentado cada uno de los 14 pensamientos. El evaluado deber responder usando una

escala de puntos que van desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). El instrumento tiene dos escalas, las cuales son: ideación positiva e ideación negativa. (Villalobos, 2009, p.511).

El PANSI presenta un buen nivel de consistencia interna según Villalobos (2009) quienes indican que el instrumento presenta un Alpha de Cronbach de .899. Así mismo señalan que las correlaciones ítem-escala fueron significativas ($p < .01$) en todos los casos y fluctuaron entre .37 (ítem 2) y .72 (ítem 9), demostrando una importante interrelación de los ítems que componen la prueba (p.513).

En cuanto a la consistencia interna de cada una de las escalas, se obtuvo para ideación negativa un coeficiente alfa de Cronbach de .931, y para ideación positiva un coeficiente alfa de Cronbach de .836 (Villalobos, 2009).

7.8.1.1.1 Inventario de impulsividad de Dickman. Pedrero (2009) plantean que el Inventario de Impulsividad de Dickman (DII; Dickman, 1990) consta de 23 ítems divididos en dos subescalas: 11 miden IF (impulsividad funcional) y 12 ID (impulsividad disfuncional). Las respuestas son de elección forzosa en sentido afirmativo o negativo (P.586).

Los autores realizaron una investigación compuesta por 398 sujetos de población no-clínica y 140 de adictos en tratamiento por problemas adictivos, con la cual buscaban determinar la utilidad del instrumento para medir las dimensiones que propuso Dickman, llegando a la conclusión de que es un instrumento útil y confiable. (Pedrero, 2009).

7.9 Consideraciones éticas

Esta investigación se ajusta a los principios éticos establecidos en la **resolución 8430 de 1993** por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de acuerdo con el artículo 11 de la presente resolución esta es una investigación sin riesgo en la cual no se realiza ninguna modificación o intervención intencionada en las variables psicológicas, biológicas, fisiológicas o sociales de los participantes.

Así mismo cumple con los criterios expuestos en el Cap.1, para la investigación con seres humanos ajustándose siempre a los principios éticos existentes. Esta investigación se lleva a cabo con seres humanos, porque no hay otro medio idóneo de recolección de información, sin embargo, en todo momento se salvaguardará la integridad física y emocional de los participantes, los cuales recibirán un consentimiento informado por escrito que describirá de manera breve en el que consiste la investigación, el objetivo de esta y el rol de los participantes en la misma, la recolección de la información solo se llevará a cabo cuando se obtenga el consentimiento informado y asentimiento de los participantes.

También se desarrollará de siguiendo los reglamentos establecidos la ley **1090 de 2006** por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, este trabajo investigativo se llevará a cabo de manera responsable tal como lo dictaminan las disposiciones generales de la ley anteriormente mencionada, por lo cual se procurará en todo momento que “los servicios sean usados de manera correcta”(p.2), en este caso, que esta investigación aporte conocimientos que posteriormente puedan ser utilizados para “crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y sus comunidades para una mejor calidad de vida”(p.1)

De manera inalterable, se respetará en todo momento la confidencialidad, tal como lo ordena principio general número 5, con la excepción de circunstancias particulares, en las cuales se pueda producir daño a la persona propia o a terceros, estas excepciones se comunicarán a los participantes de la investigación.

Para el cumplimiento del principio general numero 9 relacionado con la investigación con participantes humanos se consultó la **resolución 8430 de 1993**, la cual se citó al comienzo de estas consideraciones éticas.

Asimismo, este trabajo se suscribe al código deontológico y bioético para el ejercicio profesional de la psicología, tomándolo como la regla de conducta que guiará este ejercicio investigativo que se lleve a cabo, por lo tanto, se fundamentará “en los principios

de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad” (p.10).

Para el uso de la información recolectada se agruparán los datos, y se ocultará información que posibilite la identificación de quien suministra los mismos, también las transcripciones y otro tipo de informaciones que se hallen en formato electrónico de otro tipo estarán protegidas del escrutinio de terceros, en cumplimiento de los Art.29 y 30.

La investigadora que llevará a cabo este trabajo asume su responsabilidad por el tema de estudio elegido, la metodología a usar, los instrumentos de esta, así como de las conclusiones y resultados, teniendo los principios éticos de respeto y dignidad humana, como eje transversal a todo el proceso, velando en todo momento por salvaguardar el bienestar y derechos de los participantes, siguiendo de este modo los lineamientos del Art. 49 y 50.

Finalmente, tal y como lo menciona la ley 8430 de 1993, el ejercicio de la investigación en humanos debe llevarse a cabo contemplando lineamientos teóricos avalados por la ciencia, por lo cual, en todo momento se mantendrá el rigor científico de acuerdo al paradigma cuantitativo, al cual se adhiere esta investigación, con el propósito de que los hallazgos que esta investigación arroje y los conocimientos que pueda generar, realmente puedan usarse para planes preventivos futuros, o como antecedentes en posteriores investigaciones.

Tabla 2*Operacionalización de variables sociodemográficas*

Variable	Valores	Tipo de escala
Edad	18 – 45	Ordinal
Sexo	1 = Hombre 2 = Mujer	Nominal
Con quién vive	1= Abuelos 2= Amigos 3= Familia 4=Pareja 5=Mamá 6= Hijos 7= Solo	Nominal
Estado civil	1= Casado/a 2= Soltero/a 3= Unión libre	Nominal
Creencias religiosas	1= Si 2= No	Nominal
Estrato socioeconómico	1 – 4	Ordinal
Diagnóstico psiquiátrico	1= No 2= Ansiedad 3=Depresión 4= Trastorno bipolar 5= Trastorno obsesivo compulsivo	Nominal
Pregrado	1= Trabajo social 2= Sociología 3= Psicología 4= Microbiología 5= Ingeniería sanitaria 6= Ingeniería civil 7=Ingeniería agroindustrial 8= Contaduría pública 9= Comunicación social y periodismo 10= Arte dramático 11= Archivística 12= Administración de empresas 13= Motricidad y desarrollo humano	Nominal
Semestre académico	1 – 10	Ordinal

Elaboración propia.

Tabla 3*Operacionalización de variables*

N°	Variable	Definición operacional	Categoría	Propiedad de la variable
1	Edad	Años cronológicos del participante	18-45	Razón
2	PANSI - Ideación suicida positiva	Factores protectores ante conductas suicidas	Ítems 2,6,8,12,13,14	Escala Likert
3	PANSI - Ideación suicida negativa	Factores de riesgo ante conductas suicidas	Ítems 1,3,4,5,7,9,10,11	Escala Likert
4	Impulsividad funcional	Respuestas rápidas, adaptativas y beneficiosas para el sujeto	Ítems 2,3,5,6,8,11,12,15,16,19,20	Escala Dicotómica
5	Impulsividad disfuncional	Respuestas rápidas, desadaptativas y perjudiciales para el sujeto	Ítems 1,4,7,9,10,13,14,17,18,21,22,23	Escala Dicotómica
6	SHQ - Autolesionismo	Conductas autodirigidas, orientadas al daño superficial de la piel, sin intención de morir.	Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	Escala Politómica

Elaboración propia.

8 Resultados

Tabla 4

Datos sociodemográficos muestra de estudiantes universitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo	Hombre	25	29,8	29,8
	Mujer	59	70,2	100,0
Estado civil	Casado/a	2	2,4	2,4
	Soletero/a	72	85,7	88,1
	Unión libre	10	11,9	100,0
Creencias religiosas	Sí	64	76,2	76,2
	No	20	23,8	100,0
Estrato socioeconómico	1	26	31,0	31,0
	2	50	59,5	90,5
	3	6	7,1	97,6
	4	2	2,4	100,0
Dxco Psiquiátrico	No	75	89,3	89,3
	Ansiedad	4	4,8	94,0
	Depresión	3	3,6	97,6
	TAB	1	1,2	98,8
	TOC	1	1,2	100,0
Pregrado	Ciencias Sociales y Humanas	22	26,2	26,2
	Psicología	29	34,5	60,7
	Ingenierías	14	16,7	77,4
	Ciencias administrativas	14	16,7	94
	Otros pregrados	5	6	100

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Las respuestas obtenidas tras la aplicación de la encuesta sociodemográfica en la muestra de estudiantes universitarios nos indican que el 70,2% de los encuestados son mujeres, mientras que el 29,8% son hombres. De los 84 encuestados solo 3 manifestaron vivir solos, el resto viven con su pareja, amigos, abuelos, padres, entre otros. El 85,7% de

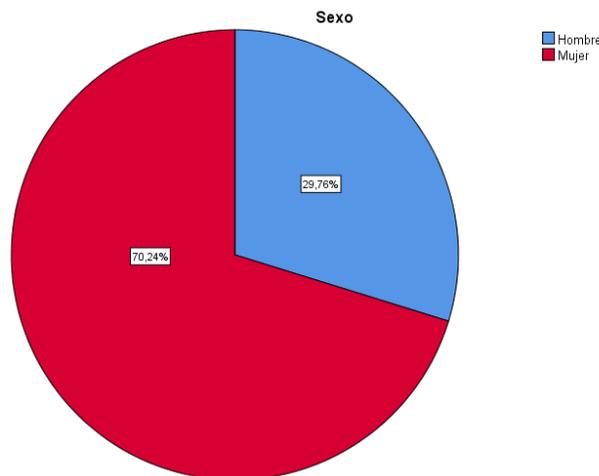
la muestra es soltero/a, el 14,3% se encuentra casado/a o en unión libre. Con respecto a las creencias religiosas el 76% afirman tenerlas y el 23,8% restante no.

El 90,5% de la muestra pertenece a los estratos 1 y 2, el 9,5% restante a los estratos 3 y 4. En cuanto a si han sido diagnosticados por psiquiatría, el 89,3% no presenta diagnóstico alguno, mientras que el porcentaje restante señalaron tener diagnóstico de ansiedad correspondiente al 4,8%, depresión 3,6%, trastorno afectivo bipolar 1,2% y trastorno obsesivo compulsivo 1,2%.

El 60,7% de los encuestados pertenecen a diferentes programas de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; el 39,3% restante estudian principalmente en ingenierías, ciencias administrativas y otros pregrados.

Figura 1

Porcentaje muestra de estudiantes según sexo

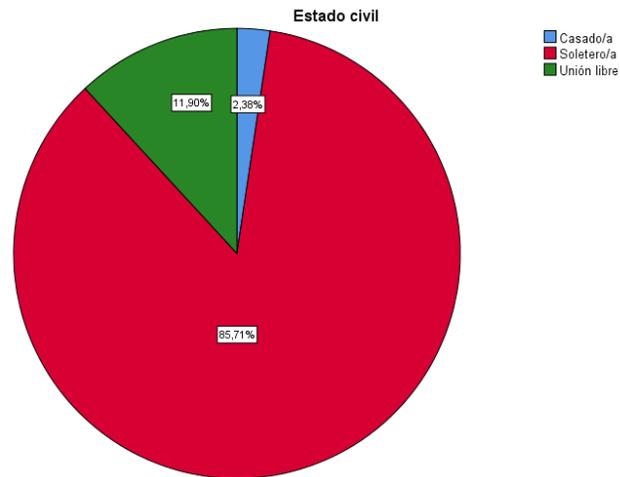


Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 70,24% de las encuestadas fueron mujeres y el 29,76% hombres.

Figura 2

Porcentaje de muestra según estado civil

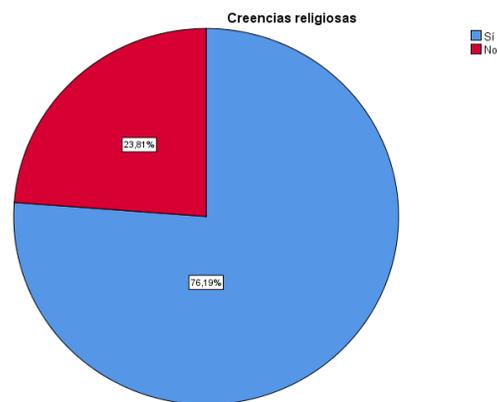


Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 85,7% de los encuestados manifiestan estar solteros.

Figura 3

Porcentaje de muestra según creencias religiosas

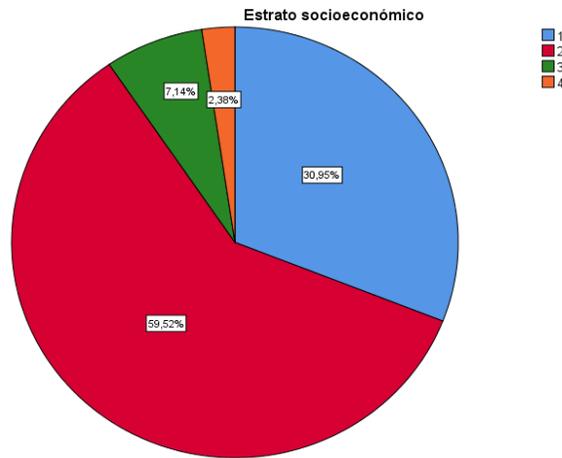


Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 76,1% de los estudiantes tiene creencias religiosas.

Figura 4

Porcentaje de muestra según estrato socioeconómico

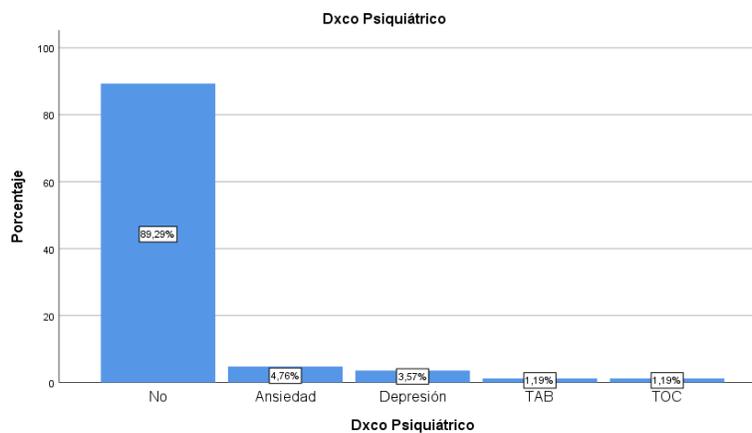


Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 90,5% de los encuestados pertenece a los estratos 1 y 2.

Figura 5

Porcentaje de muestra según presencia de diagnóstico psiquiátrico

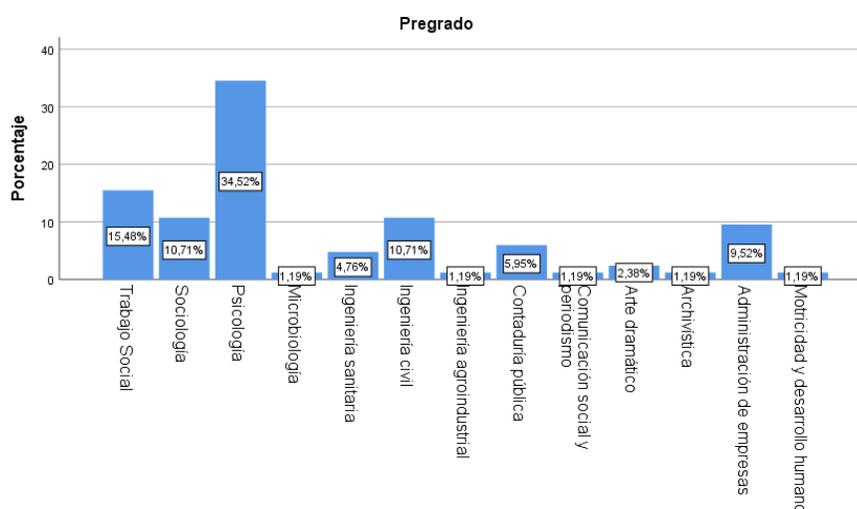


Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 89,9% de la muestra no tiene diagnóstico psiquiátrico.

Figura 6

Porcentaje de muestra según carreras matriculadas



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Los estudiantes encuestados están matriculados en los pregrados de trabajo social, sociología, psicología, microbiología, ingeniería sanitaria, ingeniería civil, ingeniería agroindustrial, contaduría pública, comunicación social y periodismo, arte dramático, archivística, administración de empresas y motricidad y desarrollo humano. El 34,5% estudia psicología, representando el porcentaje más alto, seguido de trabajo social 15,4% y sociología 10,71%, el resto pertenece a los pregrados mencionados con anterioridad.

Tabla 5*Datos descriptivos SHQ Ausencia-Presencia de conducta autolesiva*

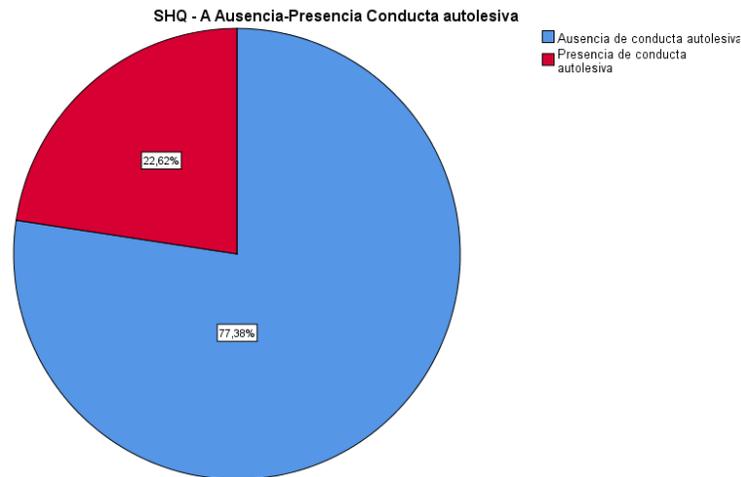
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SHQ -1	No	47	56	56
	Sí, una vez	16	19	75
	Sí, dos, tres o cuatro veces	12	14,3	89,3
	Si, cinco o más veces	9	10,7	100
SHQ -2	No	39	46,4	46,4
	Sí, una vez	19	22,6	69
	Sí, dos, tres o cuatro veces	9	10,7	79,8
	Si, cinco o más veces	17	20,2	100
SHQ-3	No	65	77,4	77,4
	Sí, una vez	11	13,1	90,5
	Sí, dos, tres o cuatro veces	3	3,6	94
	Si, cinco o más veces	5	6	100
SHQ-AP	Ausencia de conducta autolesiva	65	77,4	77,4
	Presencia de conducta autolesiva	19	22,6	100

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

En cuanto a los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento SHQ (Cuestionario de Autolesionismo) observamos que el 77,4% de la muestra no tiene presencia de conducta autolesiva, mientras que el 22,6% sí. El 56% de los estudiantes universitarios encuestados reporta no haber pensado en lastimarse sin querer morir, el 44% señala sí haberlo pensado. En cuanto a ideación suicida el 46,4% señala no haber pensado suicidarse, y el 53,6% sí.

Figura 7

Porcentaje muestra de estudiantes con Ausencia-Presencia Conducta autolesiva



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 77,3% de los estudiantes no tiene presencia de conductas autolesivas.

Tabla 6

Datos descriptivos SHQ. Presencia de conducta autolesiva "Manifestación"

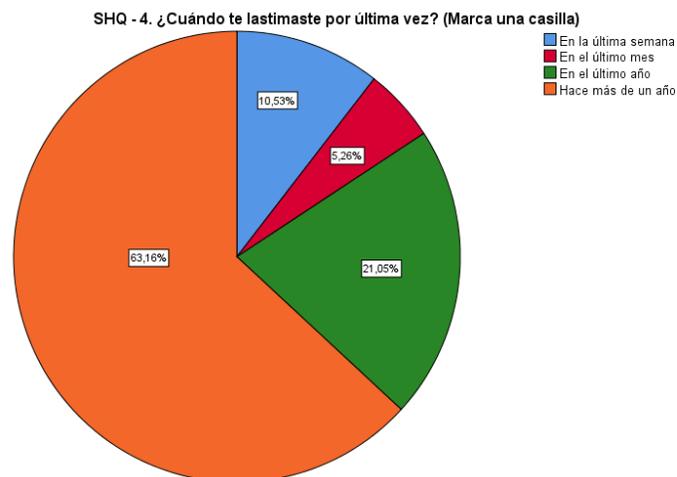
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SHQ-4	En la última semana	2	10,5	10,5
	En el último mes	1	5,3	15,8
	En el último año	4	21,1	36,8
	Hace más de un año	12	63,2	100
SHQ-5	Te cortaste la piel	10	52,6	52,6
	Tuviste una sobredosis o tomaste veneno	6	31,6	84,2
	Hiciste algo más	3	15,8	100
SHQ-6	Problemas familiares	5	26,3	26,3
	Problemas con tu novio(a)	4	21,1	47,4
	Problemas de salud	2	10,5	57,9
	Combinado	1	5,3	63,2
	Combinado + Problemas salud	7	36,8	100

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Se resalta que un 36,8% de la muestra de estudiantes presentaron en el último año conductas autolesivas. Estas principalmente se manifestaron con conductas asociadas o similares al *cutting* (52,6%). Las principales razones manifiestas por la muestra estuvieron relacionadas con problemas de índole familiar (26,3%), problemas con novio/a (21,1%) y/o problemas relacionados a la salud física y mental (36,8%).

Figura 8

Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (temporalidad)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Con respecto a la temporalidad, el 63,16% de los estudiantes que manifestaron haberse lastimado, señalan haberlo hecho hace más de un año, el 21,5% en el último mes, el 10,53% en la última semana, y el 5,26% en el último mes

Tabla 7*Datos descriptivos SHQ Presencia de conducta autolesiva "Sentimientos"*

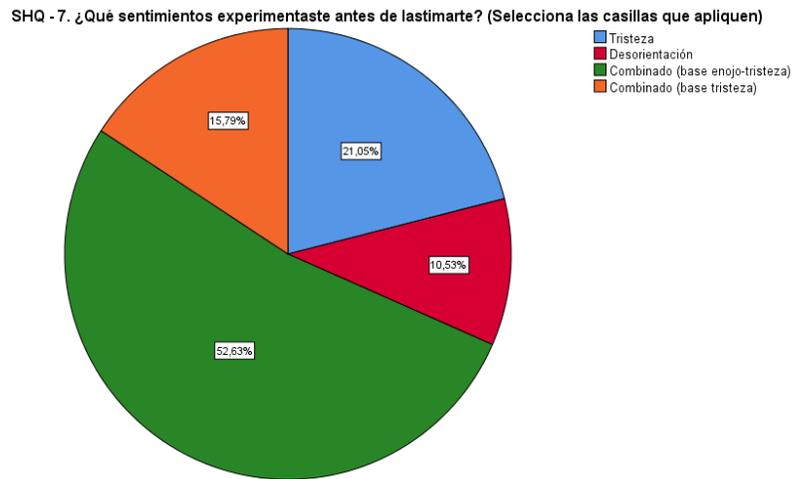
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SHQ-7	Tristeza	4	21,1	21,1
	Desorientación	2	10,5	31,6
	Combinado (base enojo-tristeza)	10	52,6	84,2
	Combinado (base tristeza)	3	15,8	100
SHQ-8	Tristeza	4	21,1	21,1
	Vergüenza	2	10,5	31,6
	Combinado (base enojo+tristeza)	5	26,3	57,9
	Combinado (base tristeza)	8	42,1	100
SHQ-9	Te sentiste mejor	3	15,8	15,8
	Te sentiste peor	8	42,1	57,9
	Te sentiste igual	8	42,1	100

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Los estudiantes que presentaron conducta autolesiva manifestaron sentir principalmente enojo y tristeza antes de ejecutar la autolesión (52,6%). Después de autolesionarse, reportan mayoritariamente tristeza y enojo (42,1%), así como también manifiestan sentirse peor e igual después de la autolesión (84.2%).

Figura 9

Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (sentimientos experimentados antes de lastimarse)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 52,6% de los estudiantes experimenta antes de lastimarse sentimientos de enojo y tristeza.

Tabla 8*Datos descriptivos SHQ Presencia de conducta autolesiva "manifestaciones última vez"*

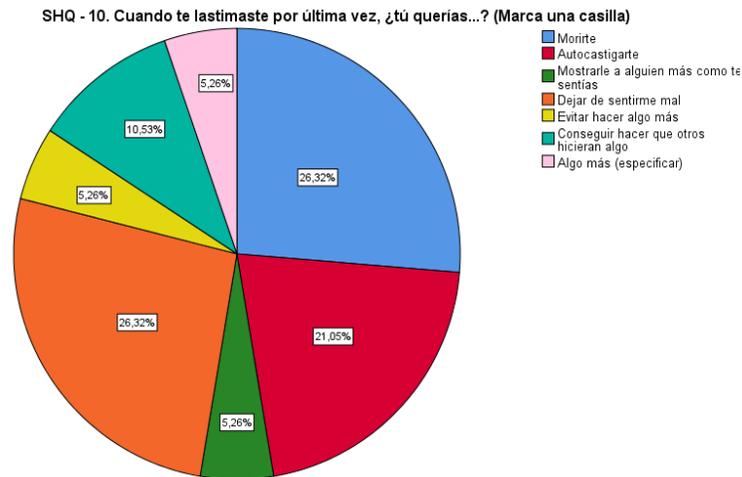
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SHQ-10	Morirte	5	26,3	26,3
	Autocastigarte	4	21,1	47,4
	Mostrarle a alguien más como te sentías	1	5,3	52,6
	Dejar de sentirme mal	5	26,3	78,9
	Evitar hacer algo más	1	5,3	84,2
	Conseguir hacer que otros hicieran algo	2	10,5	94,7
	Algo más (especificar)	1	5,3	100
SHQ-11	Drogas	4	21,1	21,1
	Ninguno	15	78,9	100
SHQ-15	A nadie	13	68,4	68,4
	A alguien a quien conocía	6	31,6	100

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

En cuanto a las razones que motivaron la conducta autolesiva, el 26,3% encuestados manifiestan tener la intención de morir, el 26,3% indican el deseo de dejar de sentirse mal, el 21,1% deseaban autocastigarse, durante el episodio de autolesión el 21,1% señala haber consumido drogas, mientras que el 78,9% indica no haberlo hecho, el 31,6% le hizo saber a alguien que conocía que se había lastimado, y el 68,4% no le contó a nadie.

Figura 10

Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (intencionalidad experimentada antes de lastimarse)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Las principales motivaciones de la conducta autolesiva manifestadas por los encuestados fueron mayoritariamente morir (26,3%) y dejar de sentirse mal (26,3%), otra razón relevante fue el deseo de autocastigarse (21,05%).

Tabla 9

Datos descriptivos SHQ Presencia de conducta autolesiva "manifestaciones antes de lastimarse por última vez"

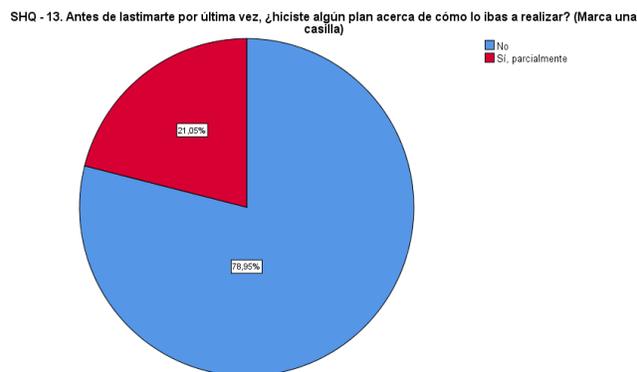
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SHQ-12	Meses	2	10,5	10,5
	Semanas	2	10,5	21,1
	Días	2	10,5	31,6
	Minutos	8	42,1	73,7
	Segundos	5	26,3	100
SHQ-13	No	15	78,9	78,9
	Sí, parcialmente	4	21,1	100
SHQ-14	A nadie	18	94,7	94,7
	A alguien a quien conocía	1	5,3	100

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

Se observa que el 31,6% de los estudiantes que se autolesionaron duró meses, semanas y días pensando en llevar a cabo la conducta, mientras que el 68,4% pensó en lastimarse minutos y segundos antes de hacerlo. El 78,9% no elaboró un plan acerca de cómo autolesionarse y el 94,7% decidió no contarle a nadie sobre su intención.

Figura 11

Porcentaje muestra de estudiantes con Presencia Conducta autolesiva (planeación)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

El 78,9% de la muestra manifestó no haber elaborado un plan antes de lastimarse.

Tabla 10*Medidas de tendencia central, dispersión y prueba de normalidad (por grupos).*

Dimensión	Grupos	N	Media	Med	D.E	Asim	Curt	K-S	S-W
Dickman – (IF) Impulsividad Funcional	Ausencia cond. autolesiva	65	5,14	5	2,474	-0,119	-0,655	0,010	0,068
	Presencia cond. autolesiva	19	3,79	4	2,594	0,834	0,393	0,124	0,213
Dickman – (ID) Impulsividad Disfuncional	Ausencia cond. autolesiva	65	3,18	3	2,481	0,720	-0,315	0,000	0,000
	Presencia cond. autolesiva	19	5,79	6	2,347	-0,380	-0,149	0,016	0,505
PANSI – (ISP) Ideación Suicida Positiva	Ausencia cond. autolesiva	65	17,02	17	3,338	-0,222	-0,329	0,055	0,463
	Presencia cond. autolesiva	19	12,47	12	5,379	0,098	-0,169	,200*	0,941
PANSI – (ISN) Ideación Suicida Negativa	Ausencia cond. autolesiva	65	4,92	1	6,625	1,434	1,893	0,000	0,000
	Presencia cond. autolesiva	19	14,16	14	7,104	0,406	0,400	0,010	0,158

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.

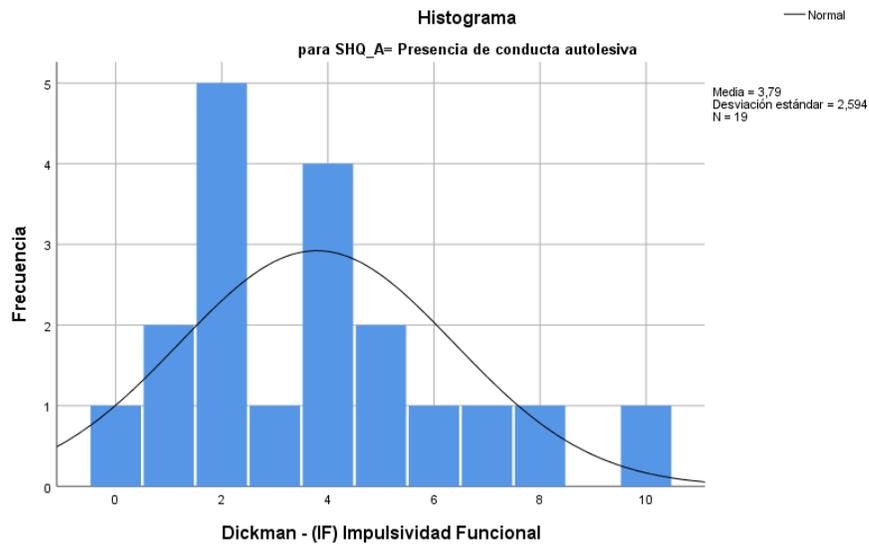
Valor $P > 0,05$

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Con respecto a las escalas Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo, se realizó comparación en dos muestras independientes (Ausencia y Presencia de conducta autolesiva). Tras realizar prueba de normalidad, y teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, se observa que solamente los puntajes directos de la dimensión Ideación Suicida Positiva (ISP) presentó distribución normal; las demás no cumplieron el supuesto de normalidad. La prueba de normalidad bajo el método de Shapiro-Wilk, las cuatro dimensiones evaluadas en ambos instrumentos presentaron distribución normal de los datos, correspondiente a la muestra con presencia de conducta suicida.

Figura 12

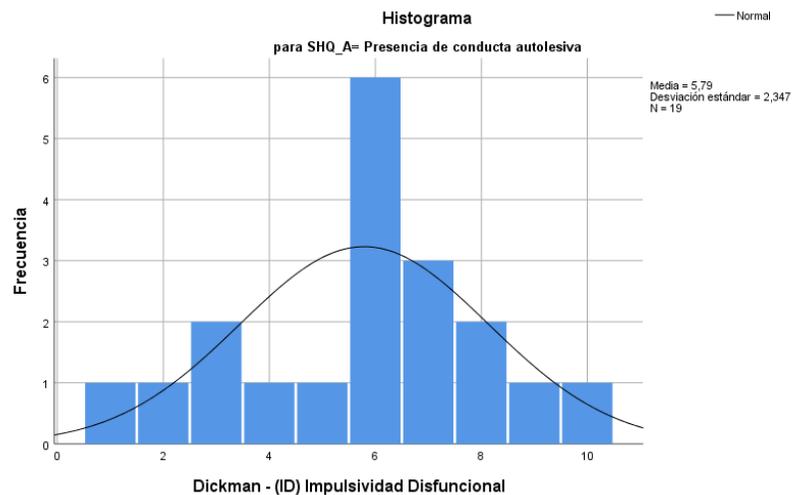
Distribución del puntaje directo Escala de Impulsividad de Dickman - Impulsividad Funcional (IF)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Figura 13

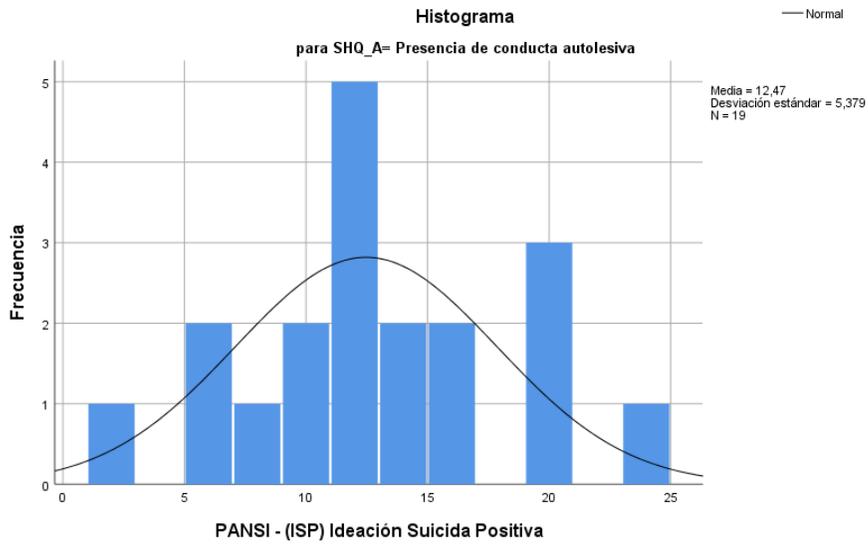
Distribución del puntaje directo Escala de Impulsividad de Dickman - Impulsividad Disfuncional (ID)



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Figura 14

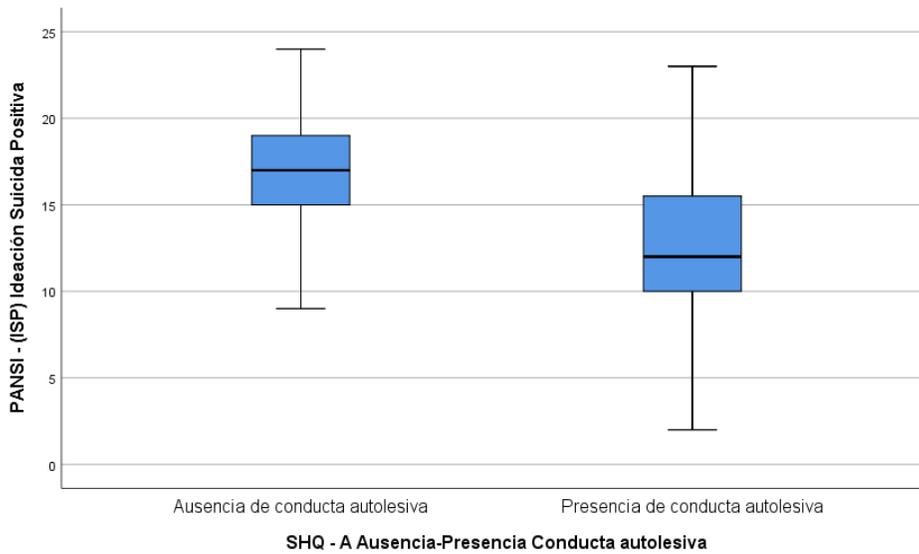
Distribución del puntaje directo del PANSI – Ideación Suicida Positiva



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Figura 15

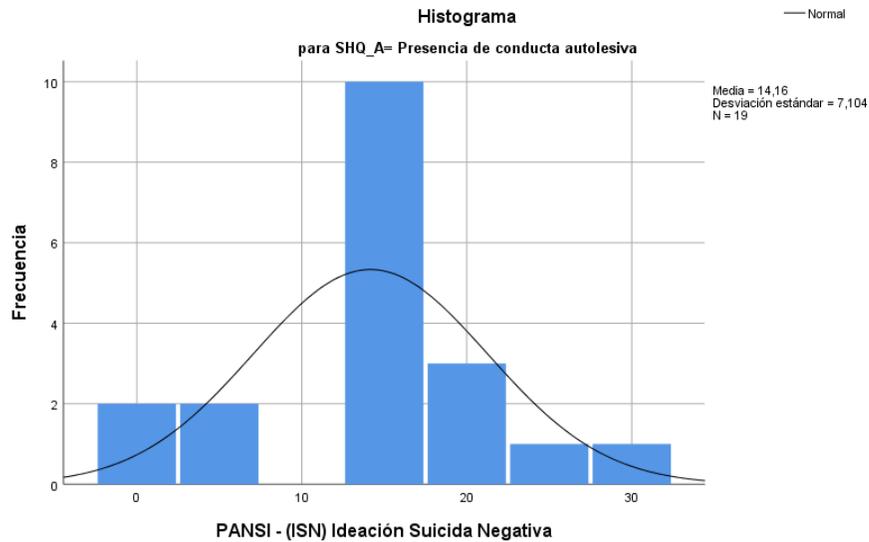
Diagrama Boxplot grupos (Ausencia - Presencia) comparativo



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Figura 16

Distribución del puntaje directo del PANSI – Ideación Suicida Negativa



Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics

Como en las escalas Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo no se presentaron distribución normal en tres de las cuatro dimensiones, se procedió a realizar la Prueba No Paramétrica de U-Mann Whitney (para muestras independientes).

Tabla 11*Prueba No Paramétrica de U-Mann Whitney*

Dimensión	Grupos	N	Rango promed io	Suma de rangos	Sig.
Dickman - (IF) Impulsividad Funcional	Ausencia cond. autolesiva	65	45,58	2962,5	0,031
	Presencia cond. autolesiva	19	31,97	607,5	
Dickman - (ID) Impulsividad Disfuncional	Ausencia cond. autolesiva	65	37,25	2421,5	0,000
	Presencia cond. autolesiva	19	60,45	1148,5	
PANSI - (ISP) Ideación Suicida Positiva	Ausencia cond. autolesiva	65	47,47	3085,5	0,000
	Presencia cond. autolesiva	19	25,5	484,5	
PANSI - (ISN) Ideación Suicida Negativa	Ausencia cond. autolesiva	65	36,15	2349,5	0,001
	Presencia cond. autolesiva	19	64,24	1220,5	

Nota: IBM SPSS 26 Statistics. Modificado por autor.
Valor $P < 0,05$

Para las cuatro dimensiones, se obtuvo un valor sig. menor a 0,05 ($P < 0,05$), indicando así que, hay suficiente evidencia estadística para no aceptar la Hipótesis Nula, donde la distribución de la puntuación directa de las dimensiones de las escalas Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo es igual tanto en la muestra de estudiantes con ausencia de conducta autolesiva como en aquellos con presencia de dicha conducta; esto lleva a la interpretación de que sí se acepta la hipótesis planteada por el investigador (la distribución de las puntuaciones de las dimensiones del Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo) en los estudiantes con ausencia de conducta autolesiva es diferente a las puntuaciones obtenidas por la muestra de estudiantes con presencia de conducta autolesiva.

Tabla 12

Correlaciones del Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo en la muestra de estudiantes.

	Dickman - (IF) Impulsividad Funcional	Dickman - (ID) Impulsividad Disfuncional	PANSI - (ISP) Ideación Suicida Positiva	PANSI - (ISN) Ideación Suicida Negativa
Dickman - (IF) Impulsividad Funcional	1			
Dickman - (ID) Impulsividad Disfuncional	-0,108	1		
PANSI - (ISP) Ideación Suicida Positiva	,255*	-,372**	1	
PANSI - (ISN) Ideación Suicida Negativa	-,284**	,438**	-,645**	1

Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. Modificada por autor

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Se halló significativa correlación inversa entre ideación suicida positiva e ideación suicida negativa de $-,645^{**}$ en la muestra total de estudiantes, lo que indica que, a mayor presencia de ideación suicida positiva, menor puntuación de ideación suicida negativa.

Tabla 13

Correlaciones del Inventario de ideación suicida negativa y positiva (PANSI), Inventario de impulsividad de Dickman y Cuestionario de Autolesionismo en muestra de estudiantes con presencia y ausencia de conducta suicida.

		Dickman - (IF) Impulsividad Funcional	Dickman - (ID) Impulsividad Disfuncional	PANSI - (ISP) Ideación Suicida Positiva	PANSI - (ISN) Ideación Suicida Negativa
Ausencia	Dickman - (IF) Impulsividad Funcional	1			
	Dickman - (ID) Impulsividad Disfuncional	0,054	1		
	PANSI - (ISP) Ideación Suicida Positiva	0,138	-,304*	1	
	PANSI - (ISN) Ideación Suicida Negativa	-0,176	,276*	-,516**	1
Presencia	Dickman - (IF) Impulsividad Funcional	1			
	Dickman - (ID) Impulsividad Disfuncional	-0,281	1		
	PANSI - (ISP) Ideación Suicida Positiva	0,274	-0,088	1	
	PANSI - (ISN) Ideación Suicida Negativa	-0,293	0,362	-,636**	1

Nota: Fuente IBM SPSS 26 Statistics. Modificada por autor

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla presenta correlación negativa entre ideación suicida positiva e ideación suicida negativa de $-,516^{**}$ en estudiantes con ausencia de conducta autolesiva, y correlación negativa de $-,636^{**}$ entre ideación suicida positiva e ideación suicida negativa en estudiantes con presencia de conducta autolesiva, lo que indica que cuando hay factores protectores hay mayores probabilidades de evitar conducta suicida.

En cuanto a la variable impulsividad no se hallaron correlaciones significativas entre impulsividad funcional ni disfuncional, así como tampoco entre impulsividad y autolesiones.

9 Discusión

Después de analizar los resultados de la presente investigación encontramos que, en los estudiantes con presencia de conducta autolesiva, la modalidad más presentada es el cutting (52,6%). Villarroel et al., (2013) incluyen el cortarse la piel dentro de una categoría llamada “conductas autolesivas impulsivas”, las cuales se caracterizan por no ser planeadas ni reflexionadas con anterioridad; estas pueden ser episódicas, cuando ocurren aisladamente y hay temor por dañarse la piel, o repetitivas cuando se dan casi a diario sin una identificación clara del desencadenante.

La muestra de estudiantes que reportaron episodios autolesivos encaja dentro de la categoría anteriormente mencionada por Villarroel et al, (2013) ya que el 68,4% de la muestra pensó en lastimarse minutos y segundos antes de hacerlo, lo cual es un claro indicador de la ausencia de planeación rigurosa, aspecto señalado por Celma, (2015) & Riaño et al., (2015) como una dimensión de impulsividad, que implica la respuesta inmediata frente a un estímulo, sin revisar antecedentes ni reflexionar en los resultados futuros. En consonancia con lo anterior, el 78,9% de los estudiantes reportó no haber elaborado un plan acerca de cómo autolesionarse.

Por otro lado, la literatura académica ha señalado que uno de los aspectos relevantes que ayudan a diferenciar la conducta autolesiva de la conducta suicida es la intencionalidad de la misma. Cuando la lesión autoinfligida responde al deseo de morir, hace referencia a un episodio suicida (Villarroel et al., 2013). Ahora bien, si se realiza como medio para controlar emociones negativas, afrontar situaciones difíciles, u olvidarse de un mal momento, se trata de conducta autolesiva (DSM-5, 2013; Fleta, 2017; Souza et al., 2008; Vega et al., 2018; Villarroel et al., 2013).

Frente a esto tenemos que de los estudiantes universitarios que reportaron haberse autolesionado, el 26,3% tenía la intención de morir; esta motivación podría interpretarse

como conducta suicida propiamente, o como conducta parasuicida, la cual según Fleta (2017) surge cuando el intento de suicidio logra frenarse de manera que no produce la muerte; en otras ocasiones se realizarían como tentativa previa en la cual el sujeto intenta descubrir si será capaz de suicidarse, o que sentirá cuando se vaya a suicidar.

Aunque en esta investigación separó conceptualmente la autolesión y la conducta suicida, es importante recalcar que diversos autores señalaron que muchas de las personas que se autolesionan tienen tendencias suicidas (Fleta,2017; Nock et al., 2016; Owens et al., 2002; Vega et al., 2018).

Otras motivaciones relevantes fueron el deseo de dejar de sentirse mal (26,3%) y autocastigarse (21,1%). Estas últimas razones están dentro de las causas principales por las que las personas se autolesionan. Fleta (2017) señala que para *evadir el malestar emocional* se utiliza la autolesión como mecanismo para bloquear temporalmente pensamientos que producen malestar, controlar las emociones y liberar tensión emocional, ya que el dolor físico se prioriza por encima de cualquier otra sensación.

De acuerdo con lo anterior, los estudiantes que presentaron conducta autolesiva manifestaron sentir principalmente enojo y tristeza antes de ejecutar la autolesión (52,6%). Sin embargo, en esta muestra la conducta autolesiva no cumplió la función de evadir el malestar previo planteado por Fleta (2017), ya que después de autolesionarse, los encuestados reportaron mayoritariamente tristeza y enojo (42,1%), así como también indicaron sentirse peor e igual después de la autolesión (84.2%).

Celma, (2015) sugiere que cuando se lleva a cabo una conducta impulsiva aparecen sensaciones gratificantes que la refuerzan, pero estas desaparecen demasiado rápido, dando lugar a sentimientos de miedo, culpa, fracaso o vergüenza.

Con respecto a la temporalidad, el 63,16% de los estudiantes que manifestaron haberse lastimado, señalan haberlo hecho hace más de un año, la no repetitividad de esta conducta podría deberse a la ausencia de las sensaciones gratificantes que Celma, (2015) señaló.

En cuanto a la intención de *autocastigarse*, Fleta (2017) indica que suele ser una motivación frecuente en personas con baja autoestima, sentimientos de minusvalía, culpabilidad, rechazo y disgusto hacia el sí mismo, las cuales tienen la creencia de que son malos, y por lo tanto merecen ser castigados.

Por otra parte, los estudiantes que participaron en esta investigación indicaron que las principales razones por las que se autolesionaron estuvieron relacionadas con problemas de índole familiar (26,3%), problemas con novio/a (21,1%) y/o problemas relacionados a la salud física y mental (36,8%), lo cual concuerda por Santos et al., (2018) quienes plantearon que los principales desencadenantes de las autolesiones son estados de ánimo negativos (48.2%) y los problemas familiares (39.9%). Del mismo modo, Obando et al., (2018) afirman que los conflictos en la familia, escasas habilidades sociales y problemas escolares son factores asociados a la autolesión.

En relación con la variable impulsividad, en esta investigación no se hallaron correlaciones significativas que nos permitan inferir que es una variable relevante en el ejercicio de conductas autolesivas, a diferencia de lo encontrado por investigadores como Díaz & del Carmen (2020), Hamza, Willoughby (2019), & Mo et al., (2019) & Liu, et al. (2017) quienes señalaron que había correlación positiva entre estas dos variables.

Cabe resaltar que autores como Parrado et al., (2018) señalan que se debe tener mucho cuidado al establecer correlaciones entre impulsividad y problemas de comportamiento, dado que población no clínica puede puntuar alto estos instrumentos sin que ello sea un indicador de patologías, sino como parte de la conducta normal, donde

algunos actos pueden ser impulsivos o no de acuerdo al contexto de elección, planteamiento que se relaciona con la conceptualización que realizó Dickman, (1990), citado por Squillace et al., (2011) dónde diferencia dos tipos de impulsividad: funcional y disfuncional, las cuales se tuvieron en cuenta para este trabajo investigativo.

Así mismo Celma, (2015) aclara que este concepto no se reduce a la psicopatología, sino que puede ser una respuesta funcional y adaptativa que activa comportamientos que nos pueden librar de amenazas cuando así lo requiere el contexto.

Las correlaciones más fuertes en esta investigación se hallaron entre ideación suicida positiva e ideación suicida negativa (-,645**), indicando así que, a mayor presencia de ideación suicida positiva, menor puntuación de ideación suicida negativa. Esto concuerda con lo expresado por Villalobos, (2009) quien señala que la ideación suicida correlaciona positivamente con factores como desesperanza, depresión, eventos que han generado estrés, baja autoestima, entre otros, y que a su vez se relaciona negativamente con factores protectores como redes de apoyo, autoestima, motivos para vivir y estrategias de afrontamiento. De modo que, a mayores factores protectores, menor ideación suicida.

Del mismo modo, la OMS, (2001) plantea que tener buenas relaciones familiares, buenas habilidades sociales, autocontrol, autoconfianza, expectativas positivas, integración social, y apoyo de personas relevantes son factores que protegen al sujeto de ejecutar conductas suicidas.

10 Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación que tuvo por objetivo describir la relación entre impulsividad y conductas autolesivas en estudiantes de una universidad de Apartadó, nos permiten concluir que no hay correlaciones significativas entre impulsividad y autolesiones. Tampoco se hallaron correlaciones significativas entre impulsividad funcional y disfuncional en la muestra con ausencia y presencia de autolesiones.

Existe correlación inversa entre ideación positiva e ideación negativa, de modo que, a mayor ideación suicida positiva, es decir factores protectores de suicidio, menor ideación suicida negativa.

Las relaciones familiares son un tema recurrente y relevante en la población que reporta conducta suicida y conducta autolesiva, lo cual implica que es una variable que debe ser teniéndose en cuenta en futuras investigaciones que se lleven a cabo.

Se hace necesario ampliar investigaciones relacionadas con la conducta autolesiva y la conducta suicida, ya que muchos de los que reportan autolesionarse empleando como método el cutting, mencionan que su intencionalidad era morir.

11 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los hallazgos de esta investigación se realizan las siguientes sugerencias:

- Aumentar el tamaño de la muestra en estudiantes universitarios con presencia de conductas autolesivas, y también, discriminarlos según el tipo de manifestación de la conducta.
- Considerar otras variables, no solo aquellas que desencadenan conductas autolesivas, sino también aquellas que actúan como mecanismos protectores, como, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento en personas con conducta autolesiva.
- Indagar más sobre la relación entre conducta suicida y autolesiones, ya que se evidenció en la muestra de este trabajo, que un alto porcentaje de personas que se autolesionan tienen el deseo de morir.
- Ahondar la relación entre autolesiones y manifestaciones como miedo intenso, angustia, preocupación ansiedad y desesperanza.

Empero, también se sugiere que más allá de la investigación de la problemática abordada, es menester que se lleven a cabo las siguientes acciones:

- Realizar talleres de prevención de autolesiones en estudiantes universitarios
- Fortalecer factores protectores de conducta autolesiva y conducta suicida en la región de Urabá

Referencias

- Agudelo, E. (2017). *El cutting: Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos a partir de las vivencias de dos estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Manuel J. Betancur* [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. <https://bit.ly/3ufvyHT>
- American Psychiatric Association [5°Ed] (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5. Panamericana.
- Arthurs, S. (2014). *Personalidad y esquemas desadaptativos tempranos que diferencian a las personas que participan en autolesiones no suicidas infrecuentes versus patológicas* [Tesis de maestría, Lakehead University]. <https://bit.ly/3GhMArt>
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(4), 226-235. <https://bit.ly/3GevudR>
- Castro, K., Kirchner, T. y Planellas, I. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1), 121-133. <https://bit.ly/3oeLF17>
- Charrasqui, D., Hurtado, Y. (2020). *Conductas autolesivas en adolescentes, claves teóricas para su comprensión: un estudio del estado del arte*. [Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia]. <https://bit.ly/3LaOL3N>
- Cisneros, J., & Bombón, V. (2017). *Los factores emocionales y su influencia en las conductas autolesivas; El cutting en los estudiantes de la Unidad educativa "Juan Benigno Vela" de la ciudad de Ambato Provincia de Tungurahua*. [Bachelor's tesis, Universidad Tecnológica Indoamericana]. <https://bit.ly/3s8LwRl>
- Colegio Colombiano de Psicólogos, COLPSIC. (08 de septiembre de 2017) *Pronunciamento COLPSIC sobre la emisión de noticias y contenido relacionado con suicidio*. <https://bit.ly/35s5LBV>
- De Sola, J., Rubio, G., Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), 145-155. <https://bit.ly/3L1ggww>

-
- Díaz, H., & Del Carmen, L. (2020) Impulsividad y autolesión en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Carmen de la Legua Reynoso - Callao, 2019. [Tesis de Pregrado. Universidad Cesar Vallejo]. <https://bit.ly/3KUKIsd>
- El Espectador. (2018). ¿Qué es el Cutting, la práctica entre jóvenes que alerta en Atlántico? En *El Espectador*. <https://bit.ly/34nfc1R>
- Falero, A. (2015). *El estilo parental y las autolesiones en la adolescencia*. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Icaica de Comillas]. <https://bit.ly/3L1sO79>
- Fleta J. (2017) Autolesiones en la adolescencia una conducta emergente. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*, 47(2), 37-45. <https://bit.ly/3ofa8aa>
- 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*. N°103, 33-48. <https://bit.ly/3KZIFUU>
- García, J., Galarza, G., Mayorga, S., Guerrero, L., & Ramírez, J. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud mental*, 38(4), 287-292. <https://bit.ly/3GaTFtG>
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2019). Impulsividad y autolesión no suicida: un examen longitudinal entre adultos emergentes. *Journal of Adolescence*, 75, 37-46. <https://bit.ly/3GbuG9v>
- Henao, X. (2019). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes entre los 11 y 14 años que presentan conductas autolesivas pertenecientes a una Institución Educativa de Envigado*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Oriente] <https://repositorio.uco.edu.co/handle/123456789/203?show=full>
- Hernández R., Fernández, C., Baptista M. (2014) *Metodología de la investigación*. 6° Edición. Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). Boletín Epidemiológico Trimestral: "Quitarse la vida cuando ésta aún comienza" Suicidios NNA en Colombia. 6(8), 402-439. <https://bit.ly/34nGkko>
- Jiménez, M., Ortiz, H., Tejedor, M., Rodríguez, M., Berna, M., & Marcos, A. (2017). Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia y bulimia

- nerviosas. *NURE investigación: Revista Científica de Enfermería*, 14(90) <https://bit.ly/34l3E2j>
- Lewis, S., Lumley, M., y Grunberg, P. (2015). Esquemas mal adaptativos tempranos y autolesiones no suicidas entre adultos jóvenes: una investigación preliminar. *Journal Counselling Psychology Quarterly*, 28 (4), 386-402. <https://bit.ly/3GtXrPb>
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Departamento administrativo de la función pública*. <https://bit.ly/34rnXVD>
- Liu, R., Trout, Z., Hernández, E., Cheek, S., y Gerlus, N. (2017). Una perspectiva de la neurociencia cognitiva y del comportamiento sobre la impulsividad, el suicidio y las autolesiones no suicidas: metaanálisis y recomendaciones para futuras investigaciones. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 440-450. <https://bit.ly/3ugv2cS>
- Marín, I. (2013) *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. [Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://bit.ly/3Hi0uet>
- Ministerio de Salud y protección social. (2018) *Boletín de salud mental, Conducta suicida, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Boletín No 2, julio de 2017, agosto de 2018, actualización.
- Mo, J., Wang, C., Niu, X., Jia, X., & Lin, L. (2019). La relación entre impulsividad y autolesión en estudiantes chinos: el papel mediador en cadena de los acontecimientos vitales estresantes y el afecto negativo. *Journal of Affective Disorders*, 256, 259-266. <https://bit.ly/3HdbmtU>
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. (2006). Autolesiones no suicidas entre adolescentes: correlatos diagnósticos y relación con los intentos de suicidio. *Psychiatry Research* 144, 65-72. <https://bit.ly/3ug0RSU>
- Oliva, A. (2007) Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239-254. <https://bit.ly/3IPgrck>
- Organización Mundial de la Salud. (2019) *Salud mental del adolescente*. <https://bit.ly/3KWL8Ox>

-
- Organización Mundial de la Salud. (2019) *Suicidio*.
<https://bit.ly/3ugvNCK>
- Owens D, Horrocks J, House A. (2002). Repetición fatal y no fatal de autolesiones. Revisión sistemática. *Br J Psychiatry* 181, 193-9. <https://bit.ly/3s2ZxQB>
- Pedreira, J., Álvarez, L. (2000) Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social*, 120, 69-89. <https://bit.ly/3rfxtDF>
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4),585-591. <https://bit.ly/34ncjBw>
- Penengo Ricci, V. (2015) *El ingreso a la vida universitaria, un recorrido incierto* [Tesis de pregrado, Universidad de la República]. <https://bit.ly/3s2qIex>
- RCN Radio. (2016). Fundación Amigos Unidos reporta 52 casos de ‘cutting’ en niños y adolescentes. En *RCN Radio* <https://bit.ly/3Hc8z4d>
- Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de salud, República de Colombia. <https://bit.ly/3J9g3pp>
- Riaño, D., Guillen, A., y Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 14(3),1077-1089. <https://bit.ly/34qduQn>
- Roa, N. (25 de mayo de 2016). *El cutting, un drama con pocos registros en Colombia*. RCN Radio. <https://bit.ly/3KYeL1U>
- Rodríguez, J. (31 de Julio de 2016). *El ‘cutting’ no diferencia estrato, color o género”*: psicólogo. El Heraldo. <https://bit.ly/3s5QQ8d>
- Rodríguez, M., & Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones auto infligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (3),343-354. <https://bit.ly/3Hp4iuw>
- Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista De Psicoterapia*, 29(110), 185-209. <https://bit.ly/3B15fXz>

-
- Santos, M., Guzmán, Y., & Calcina, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 4(2) 143-151. <https://bit.ly/3ocQPhu>
- Souza., Machorro M., Moreno L. (2008) Modificaciones corporales, autolesión y salud. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(6), 490-493. <https://bit.ly/3odLK8C>
- Squillace, M., Picón, J., y Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18. <https://bit.ly/3GgliSb>
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martínez, R., Romero, S., Pascual, J. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿Quién, ¿cómo y por qué? *Actas Esp. Psiquiatría*, 46(4), 146-155. <https://bit.ly/3ANpTds>
- Villalobos, F. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 509-520. <https://bit.ly/3ug2CiY>
- Villarroel G., Jerez C., Montenegro M., M. A., Montes A., Igor M., M., & Silva I. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. <https://bit.ly/3Hh7mbH>

Anexos

Consentimiento informado

Con el fin de identificar aspectos relacionados con la salud mental de los universitarios, estoy desarrollando la investigación “Relación entre conducta autolesiva e impulsiva en estudiantes universitarios” a realizarse durante el periodo 2021-1. El objetivo de la investigación es analizar la relación entre la impulsividad y autolesiones en estudiantes de la Universidad de Antioquia, sede Apartadó.

Mi nombre es Idalis Teresa Díaz Castellar y soy estudiante del IX semestre de la Universidad de Antioquia-Seccional Apartadó, como parte de este proceso, te invito a participar contestando una encuesta sociodemográfica y tres cuestionarios que abordan aspectos relacionados con la impulsividad, las autolesiones y la ideación suicida. El tiempo estimado para la aplicación del presente formulario es de 15 a 20 minutos.

Usted debe saber que su participación en esta investigación es de carácter voluntario y gratuito, no habrá ningún tipo de retribución económica ni de otro tipo. Hemos diseñado el formulario para que las preguntas deban responderse, de esta manera no olvidarás una pregunta que es importante para nosotros. Sin embargo, como tu participación es voluntaria, aunque hayas empezado a responder puedes dejar de hacerlo en el momento que lo desees sin que ello implique algún tipo de consecuencias legales, económicas ni de otro tipo.

Ten presente que algunas preguntas serán muy personales y quizás evocarán situaciones que te han generado malestar.

Esta investigación permitirá acumular conocimientos sobre un asunto poco abordado en nuestro contexto local y nacional, la información recopilada servirá para determinar posibles temas de prevención e intervención para la población universitaria. Como requisito, debes ser mayor de edad para participar de la investigación.

Tratamiento de datos

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N°8430 de 1993 del Ministerio de salud, la cual establece las normas para la investigación en el área de la salud, y la Ley 1090 del 2006—Código Deontológico y Bioético en Psicología— que reglamenta el ejercicio de la profesión y establece los parámetros éticos que se deben cumplir.

La información suministrada por los participantes será guardada bajo confidencialidad, las respuestas de este formulario serán leídas únicamente por la investigadora y su asesor, o el participante en cuestión que solicite una copia de sus respuestas.

En el trabajo no se mencionarán los nombres reales de quienes participen en esta investigación, los datos se usarán únicamente con fines académicos, es decir para la construcción de artículos, informes, y otros materiales de este tipo.

En caso de que los temas tratados, debido a su carácter íntimo y sensible ocasionen malestar emocional en el participante, se les invita a hacer uso de las líneas de atención psicológica disponibles:

Línea departamental: 440 76 49

Línea gratuita UdeA: 01 8000 521 021

Línea de WhatsApp: 3166011106

Correo de Psico orientación: psicoorientacionseccionaluraba@udea.edu.co

A continuación, puede decidir si consiente participar luego de ser informado de la investigación. Ten presente que para participar debes ser mayor de edad.

Después de leer la información respecto a la investigación “RELACION ENTRE CONDUCTA AUTOLESIVA E IMPULSIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS” y de haber resuelto mis dudas e inquietudes, manifiesto que decido formar parte de la investigación como participante. Autorizo al investigador a usar las respuestas que suministraré en el presente formulario, para fines académicos, siempre y cuando se salvguarde mi privacidad. Doy fe de mi libre decisión de participar de esta investigación

y manifiesto que no ha habido ningún tipo de presión o coacción para participar en la investigación; además, dicha decisión la tomó en pleno uso de mis facultades mentales.

- Si
- No

Versión española del Inventario de Impulsividad de Dickman	SI	NO
Con frecuencia, no dedico suficiente tiempo a pensar sobre una situación antes de actuar		
Trato de evitar las actividades en las que debes actuar sin tomar mucho tiempo para pensar		
No me gusta tomar decisiones rápidas, ni siquiera decisiones sencillas como qué ponerme o qué cenar		
Disfruto resolviendo problemas lenta y cuidadosamente		
Se me da bien aprovecharme de las oportunidades inesperadas, cuando debes hacer algo inmediatamente o perder esa posibilidad		
Me gustaría trabajar en algo que requiriera tomar decisiones rápidas		
A menudo tomo decisiones sin dedicar tiempo a considerar la situación desde todas las perspectivas		
He perdido importantes oportunidades por no ser capaz de decidir rápidamente		
Con frecuencia digo y hago cosas sin tener en cuenta las consecuencias		
Frecuentemente concierdo citas sin estar seguro de poder asistir		
Me siento a disgusto cuando tengo que tomar decisiones rápidamente		
No me gusta hacer las cosas rápidamente, incluso cuando estoy haciendo algo que no es difícil		
Compro a menudo cosas sin pensar si realmente puedo permitírmelo		
Se me da bien razonar cuidadosamente		
Me gusta participar en conversaciones rápidas y animadas donde no tienes tiempo de pensar antes de hablar		
Me gustan los deportes y juegos en los que debes elegir rápidamente tu próximo movimiento		
Muchas veces los planes que hago no salen bien porque no los he preparado suficientemente bien por adelantado		
Con frecuencia me busco problemas porque no pienso antes de actuar		
La mayor parte de las veces soy capaz de transmitir mis pensamientos con palabras rápidamente		
La gente me admira porque soy capaz de pensar con rapidez		
Muchas veces digo lo que se me pasa por la cabeza sin pensarlo antes		
Antes de tomar una decisión valoro cuidadosamente los pros y los contras		
Rara vez me implico en proyectos sin considerar primero los posibles problemas que me voy a encontrar		

Cuestionario de Autolesionismo

Preguntas de tamizaje (1-3)

Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito, sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otra parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis? (Marca una casilla).

- 1.- No
 2.- Sí, una vez
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces
 4.- Sí, cinco o más veces

Pregunta 2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? (Marca unacasilla)

- 1.- No
 2.- Sí, una vez
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces
 4.- Sí, cinco o más veces

Pregunta 3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado a ti mismo, o has tenido una sobredosis que no fueraaccidental? Esto incluye todos los episodios de autolesionismo, hayas querido o no morir en ese momento (Marca una casilla)

- 1.- No
 2.- Sí, una vez
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces
 4.- Sí, cinco o más veces

Si contestaste “No” a la pregunta 3, este es el final del cuestionario. Continúasólo si contestaste “Sí” a la pregunta 3.

Pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por última vez? (Marca una ca-silla)

- 1.- En las últimas 24 horas.
 2.- En la última semana
 3.- En el último mes
 4.- En el último año
 5.- Hace más de un año

Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez, tú...? (Marca unacasilla)

- 1.- Te cortaste la piel (especifica cómo)

- 2.- Tuviste una sobredosis o tomaste veneno (especifica cómo)

- 3.- Ambos, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno (especifica cómo)

- 4.- Hiciste algo más (especifica cómo)

Pregunta 6. Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pen-saras en lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Problemas familiares
 2.- Problemas con tu novio(a)
 3.- Problemas con la policía
 4.- Problemas escolares
 5.- Problemas de salud
 6.- Problemas con el alcohol
 7.- Problemas con alguna droga

Pregunta 7. ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte?(Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo
- 2.- Tristeza
- 3.- Preocupación
- 4.- Excitación
- 5.- Desorientación
- 6.- Tensión
- 7.- Vergüenza
- 8.- Miedo
- 9.- Algún otro (Especifica):

Pregunta 8. ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo
- 2.- Tristeza
- 3.- Preocupación
- 4.- Excitación
- 5.- Desorientación
- 6.- Tensión
- 7.- Vergüenza
- 8.- Miedo
- 9.- Alivio
- 10.- Algún otro (Especifica):

Pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...? (Marca una casilla)

- 1.- Te sentiste mejor
- 2.- Te sentiste peor
- 3.- Te sentiste igual

Pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...?(Marca una casilla)

- 1.- Morirte
- 2.- Autocastigarte
- 3.- Mostrarle a alguien más cómo te sentías
- 4.- Dejar de sentirte mal
- 5.- Evitar hacer algo más
- 6.- Sentirte mejor
- 7.- Conseguir que otros hicieran algo
- 8.- Conseguir detener a otros de hacer algo
- 9.- Algo más (Especifica):

Pregunta 11. Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...?(Marca una casilla)

- 1.- Drogas y alcohol

- 2.- Drogas
- 3.- Alcohol
- 4.- Ninguno

Pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello? (Marca una casilla)

- 1.- Meses
- 2.- Semanas
- 3.- Días
- 4.- Minutos
- 5.- Segundos

Pregunta 13. Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar? (Marca una casilla)

- 1.- No
- 2.- Sí, parcialmente
- 3.- Sí, detalladamente

Pregunta 14. Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie
- 2.- A alguien a quien conocía
- Específica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía
- ¿Cómo se lo hiciste saber?:

Pregunta 15. Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie
- 2.- A alguien a quien conocía
- Específica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía
- ¿Cómo se lo hiciste saber?:

Inventario de ideación suicida positiva y negativa – PANSI		Nunca =0	Casi nunca=1	A veces=2	Casi siempre=3	Siempre=4
1	¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti.					
2	¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?					
3	¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?					
4	¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?					
5	¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?					
6	¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?					
7	¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?					
8	¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?					
9	¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?					
10	¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?					
11	¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?					
12	¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?					
13	¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?					
14	¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?					

