



Cooperación
Española
GUATEMALA

Fundación
Sobrevivientes

Programa Prevención de la Violencia y el Delito
contra Mujeres, Niñez y Adolescencia en Guatemala

Guía a nivel clínico para el abordaje de las autoagresiones dirigido a niñez y adolescencia

Proyecto

“Restableciendo el proyecto de vida de mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia a través de modelos de intervención en prevención y atención en la Costa Sur Guatemala”



**Programa Prevención de la Violencia y
el Delito contra Mujeres, Niñez y
Adolescencia en Guatemala**

*Proyecto "Restableciendo el proyecto de vida de las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de
violencia a través de modelos de intervención en prevención y atención
de la costa sur de Guatemala"*



TABLA DE CONTENIDO

ACRONIMOS.....	4
PRESENTACIÓN.....	5
Consideraciones Éticas:	8
1. ¿QUÉ SON LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS (ANS):.....	9
2. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO Y DE VULNERABILIDAD?	11
3. ¿QUÉ INDICADORES PODEMOS NOTAR EN LOS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES?	14
4. ¿QUÉ METODOS Y/O HERRAMIENTAS PODEMOS UTILIZAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS AUTOAGRESIONES NO SUICIDAS (ANS)?	16
5. ¿CÓMO PODEMOS REALIZAR LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA?	21
6. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA.....	30
REFERENCIAS	32
ANEXOS:.....	34
Anexo No. 1 Contrato Psicoterapéutico.....	34
Anexo No. 2 Examen mental	36
Anexo No.3 Cuestionario de Autolesiones.....	37
Anexo No. 4 Escala de depresión para niños y adolescentes	41
Anexo No. 5 Plan terapéutico para niños y adolescentes.....	43
Anexo No. 6 Plan de re-consulta para niños y adolescentes	44



ACRONIMOS

ANS	Autolesión no suicida
EM	Examen Mental
LGBTIQ+	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queers y todas aquellas personas cuya identidad de género u orientación sexual no corresponden a la norma hetero normativa.
NNA	Ninas, niños y adolescentes
OMS	Organización mundial de la salud
PAP	Primeros auxilios psicológicos
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
VCM	Violencia contra la mujer
FS	Fundación Sobrevivientes





PRESENTACIÓN

A continuación, se presenta la guía a nivel clínico para el abordaje de las autoagresiones en niñez y adolescencia dirigido especialmente al personal que trabaja en el área de la salud mental.

El objetivo de la guía es disponer de un instrumento metodológico para la intervención desde una perspectiva clínica, que permita identificar y/o detectar casos, así como brindar la atención y abordaje a niñas, niños y adolescentes que presentan conductas de autoagresiones no suicidas (ANS).

De acuerdo al diagnóstico realizado por Fundación Sobrevivientes (FS) buscó establecer el nivel de abordaje de las autolesiones de mujeres, niños y adolescentes en los 4 departamentos priorizados: Guatemala, Escuintla, Suchitepéquez y Retalhuleu de la Costa Sur, en la mayoría de los acercamientos con entidades del Estado y de la Sociedad Civil, organizaciones que trabajan con el tema de la violencia contra la mujer y la Comunidad de LGTBIQ+. A lo largo del trabajo de campo se logró verificar la situación de silencio peligroso que tiene el tema a nivel de atención y prevención. En la mayoría de las instituciones desconocen la temática y/o carecen de mecanismos y estrategias para poder atender y abordar los casos. Asimismo, cabe señalar que dentro del mismo se acentúa que son en su mayoría las mujeres preadolescentes, adolescentes y adultas, quienes intentan autolesionarse.





En este sentido, para la atención e intervención de los casos en niñas, niños y adolescencia, se abordarán a partir de los 9 a 18 años, según la teoría de Erick Erickson se encuentran en la etapa de latencia, de 9 a 12 años y la etapa de la adolescencia de 12-18. En estas etapas, la niña y el niño inician a enfrentarse a un sentimiento de inferioridad. Esta es la etapa en la que debe de desarrollar destrezas y un pensamiento lógico, para enfrentar las diferentes situaciones que se le presenten. El vecindario, la familia y la escuela son parte fundamental en el desenvolvimiento de cada niño y niña, ya que *“el niño/a modifica sus juegos y sus conductas, se hace más responsable e intentan llevar muchas actividades por sí mismos y aquellos que no reciben la aprobación de sus padres, maestros y compañeros, llegan a tener un sentimiento de inferioridad”*. (Bordignón, 2005, p. 57)

En la etapa de la adolescencia, según Erickson, la pregunta insistente es: *¿quién soy?* Los adolescentes empiezan a mostrarse más independientes y tomar distancia de los padres, prefieren pasar más tiempo con los amigos y amigas. La exploración de sus posibilidades se produce en esta etapa. Inician a apuntalar su propia identidad basándose en las experiencias vividas. Esta búsqueda va a causar que en múltiples ocasiones se sientan confusos acerca de su propia identidad. (Citado por Regader, 2015, p. 1)

Por su parte Piaget expone que en esta edad los niños y niñas desarrollan un pensamiento más lógico y llegan a desenvolverse de formas más maduras, funcionando como adultos. Actuando de forma correcta a los problemas que se les llegue a presentar. Determina esta etapa como un estadio de las operaciones concretas, que comprenden las edades de los 9 a los 11 y la etapa de estadio de las operaciones formales abarca de los 12 a los 18, en la que el pensamiento lógico, es parte fundamental para la solución de





problemas. Llevando a los jóvenes a actuar mediante la sistematización de sus ideas y crear sus propias opiniones. (Technopat, et.al, sin fecha, p. 5-7)

A través del tiempo las autolesiones en las niñas, niños y adolescentes han ido en aumento, especialmente en las niñas y adolescentes, muchos de ellos son influenciados por sus compañeros de grado, amigos y conocidos, ya que, en esta etapa de crecimiento, las relaciones personales llegan a ser influenciadas negativa o positivamente en los niños, niñas y adolescentes.

En este marco de ideas, se presenta a continuación este instrumento que ofrece herramientas mecanismos y metodologías que aumenten las capacidades y habilidades de los equipos de profesionales en salud mental que intervienen en el abordaje a niñas, niños y adolescentes, que permita establecer practicas dirigidas a intervenir las autoagresiones no suicidas (ANS) de forma especializada, junto a una atención sensible, humana, cálida, empática y respeto.

La guía está dividida en cinco partes. La primera parte da una breve explicación sobre las autolesiones y amplía un poco acerca del por qué las niñas, niños y adolescentes se autolesionan.

La segunda parte describe cuales llegan a ser los factores de riesgo y vulnerabilidad en los casos de autoagresión en niñas, niños y adolescentes.

En la tercera parte que pueden observar para reconocer algún caso de autolesiones, el cual se propone como instrumento que permite detectar casos y que pueden integrarse al expediente.

La cuarta sugiere métodos y/o herramientas que como profesionales podemos utilizar para el diagnóstico de las autoagresiones no suicidas (ANS).





La quinta parte está constituida por las estrategias y mecanismos de cómo realizar la atención e intervención. Y, por último, la sexta propone recomendaciones para realizar la intervención. Se incluye una sección de anexos, donde aparecen los instrumentos que se sugieren para el proceso de acompañamiento psicoterapéutico.

Consideraciones Éticas:

En el marco de la ética, los profesionales que abordan e intervienen este tipo de casos, les corresponde ajustarse a los principios y valores propios de sus profesiones para actuar con la mayor objetividad posible en la atención y abordaje de los casos, sin dejarse llevar por la subjetividad, estereotipos y prejuicios que contaminen su accionar en su ética profesional.

Es importante que las niñas, niños y adolescente como los padres de familia y/o cuidadores/as estén informados de los temas a abordar en esta intervención, por lo que firmarán el contrato y el profesional asegurará mantener la confidencialidad para cada caso, por lo cual las entrevistas se realizarán en lugares privados y seguros, con condiciones físicas adecuados.

Dentro de este marco, otro de los principios éticos para la intervención es el trato digno, en todo momento los niños y adolescentes deben de ser tratados con cuidado, respeto, sensibilidad, afecto y empatía, teniéndolo en cuenta en cualquier tipo de atención y abordaje que se realice.



1. ¿QUÉ SON LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS (ANS):

Es posible que la expresión de “autolesión o autoagresión” no sea familiar. Estas palabras se usan para definir el daño que una persona se hace a sí misma. El daño puede ser a través de cortes en la piel, quemaduras, arañones, jalones de pelo o golpes en alguna parte del cuerpo.

Las prácticas más usuales que utilizan los jóvenes son aquellas que dañan la piel, tanto directa como indirectamente, están dirigidas especialmente a dañar el cuerpo de forma física, pero también aquellas que dañan psicológicamente, repercutiendo en los estados de ánimo y la forma de verse a sí mismos/as. Los actos violentos les ocasionan sentimientos de impotencia y apatía que los lleva a hacerse daño, utilizando objetos corto punzantes como un gilet, navaja, alambre, las uñas y aguja. (González y Equipo, 2022, p. 18).

En el diagnóstico realizado por Fundación Sobrevivientes sobre autoagresiones, los y las entrevistadas definen las autoagresiones como: *“aquellas agresiones físicas que dañan el cuerpo y también psicológicas, derivado de traumas, el cual es utilizando como un método de desahogo y dejar de lado lo que están sufriendo”*. Al sentir el dolor físico en el cuerpo, tranquiliza el sufrimiento emocional que se está viviendo y sintiendo. La describen también como *“las conductas que afectan la salud física y emocional de los niños, niñas y adolescentes”* (González y Equipo, 2022, p.

Siempre en este orden de ideas, Gardner, lo define como: “un ataque físico del propio cuerpo, se encuentra implícita en la definición la comprensión de que el cuerpo será deliberadamente y por lo general habitualmente





dañado más que destruido” (citado por Cárdenas y Reynoso, 2017, p. 4).

Por su parte, Carvajal, describe las autolesiones como: *“toda conducta deliberada que tiene como fin producir daño físico al propio cuerpo, sin la intención de generar la muerte, es decir, su letalidad es baja, y tienen como principal objetivo reducir la intensidad de emociones desagradables”* (Citado por González y Tezón, 2016, p. 15).

Arévalo-Mira dice que la violencia contra uno mismo y/o auto infligida se refiere a las acciones que provocan daño en las personas, pero que han sido producidos por ellas mismas, o cuando el agente y el paciente son la misma persona. Dentro de este tipo de violencia se encuentran las autolesiones o mutilaciones y también el suicidio, (Citado la Fundación Nacional para el Desarrollo, en el curso de prevención de la violencia en línea, Modulo II, 2017, p. 5)

Por lo que estudios realizados sobre autolesiones no suicidas ANS, coinciden en señalar que son las mujeres adolescentes quienes presentan un mayor porcentaje de hacerse daño, así concluye el diagnóstico realizado por Fundación Sobrevivientes, donde se describe que la edad promedio frecuente para las autoagresiones es de 14-25 años de edad y la población más vulnerable son las niñas y adolescentes. (González y Equipo, 2002, p. 7).



2. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO Y DE VULNERABILIDAD?

De acuerdo a Parra, García y Mompeán, los factores de riesgo y de vulnerabilidad son aquellas situaciones que el profesional puede detectar, tanto en la historia personal y familiar como en el entorno próximo y social. La detección precoz de estos factores de riesgo y vulnerabilidad implica una actuación a nivel preventivo, constituyendo por tanto una intervención primera dirigida a los cambios de conducta y situaciones que mejoren el sistema normal de protección de los niños y adolescentes, evitando así el posible desarrollo de situaciones de maltrato y violencia. (2000, p. 32)

Según el diagnóstico realizado por Fundación Sobrevivientes, de acuerdo a las entrevistas a profesionales en la salud mental, los factores de riesgo y de vulnerabilidad que se identificaron están relacionados con aquellos patrones de interacción que las niñas, niños y adolescentes establecen con ellos mismos/as, con sus familias y con sus entornos. En esta guía se presentan los factores que se detectaron e identificaron y que se recomienda tomar en cuenta para elaborar el plan de acción y atención para cada caso, según las características, la etapa de desarrollo en que se encuentre y especialmente el nivel de afección emocional que presenten. A continuación, se presenta el siguiente cuadro que contiene los factores de riesgo y vulnerabilidad:

Factores de riesgo y vulnerabilidad		
Ellos mismas/os: <ul style="list-style-type: none">▪ Baja autoestima	Familia <ul style="list-style-type: none">▪ Violencia intrafamiliar▪ División familiar	Entorno: <ul style="list-style-type: none">▪ Abandono escolar.▪ Influencia de amigos/as



<ul style="list-style-type: none">▪ Poco control de emociones▪ Trastornos de la personalidad▪ Falta de empleo▪ Comparaciones por pares▪ Poco manejo de habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none">▪ Disfunción familiar▪ Prejuicios y creencias▪ Libertad u opresión sobre los derechos sexuales.▪ Normas familiares en relación con la feminidad y masculinidad.	<ul style="list-style-type: none">▪ Influencia de pares (grupos sociales)▪ Influencia negativa de las redes sociales▪ Estereotipos▪ Comunidades con visiones patriarcales y sexistas▪ El bullying▪ Libertad u opresión sobre los derechos sexuales▪ Esquemas machistas.
--	--	---

Asimismo, se mencionan dentro del estudio otros factores que están vinculados especialmente a los estereotipos y creencias, los índices altos de pobreza, a la violencia de género y violencia contra la mujer y a las estructuras de poder y machismos que prevalecen en la sociedad, entre las que se encuentran:

Culturales: estereotipos y prejuicios de género, normas sociales en relación a la feminidad y masculinidad, la percepción del género, comunidades con visiones patriarcales y sexistas que legitiman la violencia para asegurar el dominio y la superioridad de los hombres. Una comprensión de la esfera familiar como privada y bajo la autoridad masculina y una aceptación general de la violencia como parte de la esfera pública y como un medio aceptable para resolver conflictos y afirmarse.





La forma como una sociedad percibe la violencia contra la mujer: se protege o se culpa a las víctimas, en algunas sociedades se ve como vergonzoso y débil a las mujeres que denuncian, hablan sobre la violencia contra las mujeres. En algunos sistemas legales la violencia se evalúa en parámetros subjetivos y se culpa a las mujeres de atraer la violencia contra ellas mismas a través de su comportamiento, lo que favorece a los agresores y deja desprotegida a las víctimas quienes no denuncian o solicitan apoyo debido a la desconfianza en las autoridades públicas. Las personas con orientación sexual e identidad de género no hegemónica en muchos casos se sienten desprotegidas legalmente ante la violencia de la que son víctimas.

La feminización de la pobreza: hace que las mujeres sean principalmente vulnerables a la violencia, los patrones sistemáticos en la intersección de la violencia y la pobreza se intensifican convirtiéndose en barreras para salir del círculo de la violencia. Con el Covid-19 se visibilizó que cuando el desempleo y la pobreza afectan a los hombres, ellos pueden utilizar la violencia para reafirmar su masculinidad, lo que lleva a entornos de riesgo más vulnerables para mujeres, niñez y adolescencia.

Factores Políticos: la carencia de políticas públicas, la baja representación de las mujeres y de paridad en posiciones de toma de decisión, acceso al poder y política implica poca priorización para realizar cambios sociales, lograr igualdad. La necesidad de destinar presupuestos para generar acciones que generen transformaciones sociales en relación a la VCM. Ante esta situación las mujeres en muchos casos no encuentran mecanismos eficientes y eficaces que ayuden a gestionar los efectos emocionales de la violencia.



3. ¿QUÉ INDICADORES PODEMOS NOTAR EN LOS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES?

Conocer los indicadores para identificar casos de autolesiones no suicidas en niñas, niños y adolescentes está encaminada a evaluar la probabilidad y recopilar información para detectar si efectivamente se está ante un caso de autoagresiones o no, y/o indicar si existe otra problemática que este afectando niñas, niños y adolescentes y que sea el inicio para este tipo de conductas o para poder intervenir.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de investigación, se identificaron los siguientes indicadores, que ayudan a reconocer y/o detectar cuando una persona se está auto agrediendo, sin intenciones de suicidio:

Indicadores para Detectar Autolesiones no suicidas en niñas, niños y adolescentes

- Usar ropa manga larga todo el tiempo (sin importar el clima: cálido y/ frío).
- No participar en actividades deportivas (acuáticas, football y basquetbol, entre otras).
- Presentar síntomas de soledad y depresión.
- Presentar timidez y alejamiento.
- Temor a chequeos médicos y de laboratorio.
- Presentar problemas al caminar y en la postura corporal.
- El uso exagerado de accesorios en las muñecas (pulseras, relojes y/o muñequeras).
- Aislarse de los grupos y actividades sociales, así como de la familia.
- Problemas gástricos y estomacales sin explicación alguna.



- Presentar dolores de cabeza sin explicación y golpes externos.
- Mirada ausente y caída
- Síntomas de tristeza y depresión
- Poco manejo de emociones (miedo, tristeza, agresividad, timidez, etc.).
- Cambios en el estado de ánimo (tristeza, depresión, ansiedad, enojo, frustración)
- Descarga emocional en las redes sociales.

Se sugiere tomar este cuadro como herramienta para hacer un cheque de los que se considere se han o están observando e integrarlo dentro del expediente.

Identificados los indicadores, se recomienda tomar las medidas inmediatas para la intervención y atención de los casos, teniendo en cuenta la edad de la niño, niño y adolescentes, así como los factores de apoyo, protección y derivación que se puedan realizar. Un plan de atención y abordaje, que incluya los métodos y estrategias psicoterapéuticas para la intervención, será mucho más efectivo si cuenta con el apoyo de la familia como aliada, a pesar que pueda ser un espacio o factor de riesgo, es importante que el profesional identifique en este proceso, cuáles son los vínculos afectivos dentro del sistema familiar.



4. ¿QUÉ METODOS Y/O HERRAMIENTAS PODEMOS UTILIZAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS AUTOAGRESIONES NO SUICIDAS (ANS)?

Para intervenir y acompañar en casos de autolesiones no suicidas en niñez y adolescencia, es fundamental que se adopten todas las medidas y mecanismos para asegurar la recuperación física y emocional. En este apartado se recomiendan instrumentos, recursos y materiales psicoterapéuticos que faciliten esta intervención.

Intervenir de manera temprana es importante, permite un diagnóstico y tratamiento de manera temprana que reduce las conductas de autolesivas, así como abordar la depresión asociadas a estas conductas y disminuir en algunos casos causas ideas y/o intentos suicidas.

La evaluación clínica para las autoagresiones en niñez y adolescentes se puede llevar a cabo de manera efectiva en el primer nivel de atención de los casos, tomando en cuenta que son los profesionales de la salud mental quienes tienen el primer contacto con ellas y ellos.

Para esta intervención se recomienda seguir con los siguientes pasos:

Entrevista inicial: Es de suma importancia que los y las profesionales guarden en todo momento la empatía, calidez, cordialidad, delicadeza y mucha sensibilidad humana para el abordaje en esta primera etapa, tomando en cuenta el nivel de desarrollo emocional, social y cognitivo de niños, niñas y adolescentes. La confianza debe de estar llena de afecto, respeto y



escucha atenta. La voz, los gestos, la mirada y la postura corporal juega un papel fundamental para establecer el Rapport y/o la Alianza Terapéutica.

Tanto el **Rapport como la Alianza Terapéutica**, son mecanismos que permiten la conexión y desarrollo de la confianza entre quien ayuda y quien recibe esa ayuda. Es fundamental la comprensión en el primer momento para descubrir toda la información que se necesita para orientar el proceso de acompañamiento que se necesita. La **empatía** juega un papel importante dentro del Rapport, ya que beneficia a la comprensión de las emociones y sentimientos, poniéndose en su lugar y asumiendo su punto de vista.

Según el Protocolo de Atención del Área de Psicología de Fundación Sobrevivientes describe que en la entrevista inicial se recogerá la información más importante que permita llegar a un diagnóstico, conocer a la persona, crear y mantener la relación interpersonal, comprometer a las personas con su tratamiento. (Ídem. 2021, p. 8)

Antes de una entrevista es necesario que los profesionales tomen en cuenta las siguientes consideraciones:

<p><i>Con relación a la entrevista</i></p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.✓ Escucha activa.✓ Evite hacer preguntas cerradas.✓ Deben desarrollarse al ritmo del niño, niña y adolescente y no al de los profesionales que acompaña.
---	--



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estar atentos a lo que necesite los niños y adolescentes (por ejemplo: ir al baño, tomar agua, etc.). ✓ No usar lenguaje demasiado técnico que no comprendan los chicos y chicas. ✓ Prestar atención a la expresión verbal y no verbal que acompaña a la versión de los hechos denunciados. ✓ El tiempo de la entrevista no debe de ser mayor de una hora, con niños y niñas se recomienda no más de 35 minutos y, con adolescentes 40 minutos.
<p>Espacio físico y muebles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De preferencia que sea un espacio limpio, seguro y confortable, con suficiente iluminación, colores vivos y alegres. ✓ Muebles deben de ser los apropiados a las diferentes edades de los chicos y chicas. ✓ Se recomienda no usar escritorio, da una sensación lejana, apática y establece una barrera. ✓ Trata de colocar una silla frente de la otra y/o sentarse al lado de la persona que recibe la ayuda.
<p>Uso se material lúdico/juego</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contar con hojas para dibujar y pintar (carta/oficio) ✓ Libros infantiles de acuerdo a la edades y etapas. ✓ Crayones y marcadores suficientes ✓ Juegos de mesa para diferentes edades



	<ul style="list-style-type: none">✓ Dibujos (anatómicos) suficientes✓ Títeres y marionetas✓ Juego de las emociones
--	--

Examen Mental (EM): Es la valoración de la capacidad mental que el profesional realizará, evalúa varias variables del comportamiento cognitivo. De acuerdo a Ortega y Cárdenas, dicen que el examen mental consiste en un registro descriptivo de las funciones mentales y psicológicas del paciente derivado de la observación y exploración ordenada y sistemática de los signos y síntomas (alteraciones psicopatológicas) presentes en un paciente en un momento determinado. (2011, p. 2)

El instrumento del Examen Mental (EM) que se recomienda en esta guía explora áreas del funcionamiento cognitivo y conductual que ayudarán a identificar alteraciones. Es importante su uso a lo largo de la intervención, por lo menos en cada sesión y/o en cada dos sesiones. En las áreas donde se sospeche alguna alteración elevada, se sugiere explorar más detenidamente, lo que permitirá elaborar un diagnóstico mucho más efectivo en relación a los síntomas que causan las autoagresiones no suicidas. Adjunto en anexo (No. 2), se encuentra el instrumento sugerido.

Instrumento de evaluación o valoración clínica: La evaluación y/o valoración clínica se puede llevar a cabo de manera efectiva en este primer nivel de atención e intervención. Si se diagnostica una conducta autolesiva se debe de tratar de inmediato, no debe ignorarse los síntomas y reacciones que manifiesta las niñas, niños y adolescentes. Por ejemplo, si un niña, niño y adolescente expresa sentirse frecuentemente triste, deprimido, miedo, con ansiedad, desesperanza, aburrido e irritable durante las dos primeras





semanas, es fundamental la intervención de emergencia, ya que puede estar al inicio de un evento de autolesión y/o planeación suicida.

Se sugiere para una evaluación o valoración clínica el Cuestionario Self-Harm para detección de autolesionismo. El mismo puede utilizarse como instrumento de **pretest y postest**. (adjunto en la sección de anexos No. 3). Dicho cuestionario es una herramienta válida y confiable que ayuda en el diagnóstico clínico, fue elaborado con una muestra representativa en la ciudad de México, donde de manera rápida y oportuna se diagnosticó si los niños y adolescentes se estaban autolesionando. La suma de los indicadores que se describen, determina si se requiere atención profesional. Según los autores permite identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas. (García, et. al, 2015, p. 1).

En este mismo orden de ideas, se recomienda otro instrumento útil para la evaluación y el diagnóstico, se trata de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher EDAK (adjunto en la sección de anexos No. 4). Es un instrumento auto aplicable que puede ser muy útil en el diagnóstico y monitoreo de los síntomas depresivos como factor de riesgo para dañarse a sí mismo/a. El puntaje obtenido puede utilizarse como guía en las entrevistas posteriores o re-consultas. (Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health, 2012, p. 8)

Observación: Es fundamental, se centra habitualmente en observar detenidamente los movimientos, los gestos, la expresión corporal, la mirada, etc. La observación ayuda a obtener información detallada y precisa de los sucesos, comportamientos y las interacciones tal y como suceden. Las mismas se registra y contribuye a completar los datos e información que se



necesita en esta intervención. La observación es fundamental en la aplicación del Examen Mental (EM), a lo largo de cada intervención.

5. ¿CÓMO PODEMOS REALIZAR LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA?

En este apartado se abordan las estrategias terapéuticas de cómo intervenir en casos de autoagresiones no suicidas (ANS) con niñas, niños y adolescentes. Los profesionales deben de conocer los métodos y estrategias de terapia para acompañar estos casos.

Métodos Terapéuticos: Para el abordaje de los casos de autolesiones no suicidas (ANS) en niñas, niños y adolescentes, se recomienda un método terapéutico que favorezca los procesos de pensamiento y la solución de problemas. Por lo que se sugiere para este abordaje la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), la cual se centra en las evaluaciones, atribuciones, sistemas de creencia y expectativas y en los efectos que estos procesos cognitivos tienen sobre las emociones y conductas. El principal principio de la terapia cognitivo-conductual es que, cambiando el pensamiento de una persona, podemos modificar su sistema de creencias, lo que a su vez puede provocar cambios en su conducta (Okun, 2006, p. 183)

Por otro lado, se recomienda con los más pequeños/as integrar la terapia lúdica, la cual engloba una serie de métodos y técnicas lúdicas especializadas, cuyo objetivo son que el niño y niña encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades, así como la normalización de sus pautas de desarrollo. Todo esto con la guía de un terapeuta de juego, especializado en este modelo de trabajo terapéutico, quien le ofrece al niño y niña una relación





cordial, empática y afectuosa que le proporcione la confianza necesaria para la superación de los problemas que lo llevaron a la terapia. (Protocolo de Atención del área de psicología, Fundación Sobrevivientes 2021, p. 19).

Plan Terapéutico y/o intervención: El objetivo de un Plan Terapéutico y/o Intervención es seleccionar las técnicas, los métodos terapéuticos y los recursos materiales más adecuados para la intervención. Una vez seleccionados se pone en marcha, siempre se sugiere la evaluación continua para asegurar que esté funcionando dentro del marco del tratamiento. Si, por ejemplo, el plan no responde se ha de replantear otras técnicas y/o métodos, especialmente cuando se abordan casos con niños y adolescentes. (adjunto en anexos No. 5)

Es fundamental que antes de planificar un Plan de tratamientos y/o Intervención, el profesional haya realizado una entrevista completa, la observación, el examen mental, el instrumento sugerido para la identificación de conductas autolesivas y finalmente la aplicación de pruebas psicométricas, se sugieren las proyectivas de lápiz y papel (**Persona, árbol, familia, casa, persona bajo la lluvia**). Esto permitirá realizar un diagnóstico y/o pronóstico mucho más completo para elaborar el plan.

Dentro de las actividades terapéuticas para el abordaje e intervención de los casos, se sugiere las siguientes, tomando en cuenta que se busca con este proceso de acompañamiento psicoterapéutico la modificación de conductas.



Primera sesión	
Actividad Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estableciendo el Rapport y Alianza terapéutica. • Entrevista.
Objetivo específico	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer la confianza, la comunicación en la relación de ayuda e intervención. • Obtener la información/anamnesis.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Crayones, lápiz, marcadores

Segunda sesión	
Actividad Terapéutica	Desahogo emocional
Objetivo específico	Hablar de su experiencia vinculada a las autoagresiones.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Crayones, lápiz, marcadores

Tercera sesión	
Actividad Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición y control de las emociones
Objetivo específico	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a controlar las emociones.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Crayones, lápiz, marcadores Juego de emociones



Cuarta sesión	
Actividad Terapéutica	Emoción-pensamiento-acción
Objetivo específico	Reestructuración de las creencias sobre sí mismos y las autoagresiones.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Tarjetas de colores Crayones, lápiz, marcadores

Quinta sesión	
Actividad Terapéutica	Reacciones desproporcionadas.
Objetivo específico	Identificar las reacciones desproporcionadas vinculadas a las autoagresiones.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Crayones, lápiz, marcadores

Sexta sesión	
Actividad Terapéutica	Aprendiendo a controlar mis emociones y reacciones.
Objetivo específico	Fomentar el autocontrol vinculada a las autoagresiones.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Crayones, lápiz, marcadores



Séptima sesión	
Actividad Terapéutica	Todo lo positivo de mí mismo/a – un clima positivo.
Objetivo específico	Mejorar el conocimiento de sí mismo/a propio mediante la comunicación de las emociones, sentimientos, gustos y deseos.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Hojas tamaño carta Crayones, lápiz, marcadores

Octava sesión	
Actividad Terapéutica	Cierre del proceso
Objetivo específico	Garantizar un buen final, reforzando los mecanismos de seguridad aprendidos en el proceso terapéutico, así como los méritos de los cambios obtenidos.
Método Terapéutico	Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
Recursos	Papelógrafos Marcadores de colores Tarjetas de colores Lápices y crayones

Dentro de este proceso de terapia se sugiere integrar ejercicios de relajación y respiración, ya que, a través de los mismos, las niñas, niños y adolescentes adquieren conciencia del propio cuerpo y sentir los efectos positivos de la relajación. Aprenden también a manejar mejor sus emociones y reacciones.



Con los padres y/o cuidadores principales se recomienda las siguientes orientaciones:

- ✓ Informar sobre detalles sobre las autoagresiones.
- ✓ Informar sobre los factores de riesgo y de vulnerabilidad.
- ✓ Mantener a los padres y cuidadores al tanto del proceso psicoterapéutico con sus hijos e hijas.
- ✓ Promover el apoyo dentro del hogar para que funcione mejor la intervención.
- ✓ Sugerir actividades en el hogar que contribuyan en el proceso psicoterapéutico.

Plan Re-consulta y/o Seguimiento: El fin de realizar un plan de seguimiento es comprobar cómo va el tratamiento de acuerdo al motivo de consulta, en este caso las autolesiones. De acuerdo a Okun el objetivo del seguimiento es evaluar los efectos a largo plazo de la intervención y las estrategias aplicadas, asimismo, reconocer el trabajo que ambas partes han hecho. (2006, p. 286).

Es importante dentro del plan de seguimiento, las llamadas telefónicas para recordar las sesiones, incluso al terminar la intervención, un tiempo después de tres meses o seis meses llamar para saber cómo están o comunicarles que nos acordamos de ellos y ellas.

Adjunto en la sección de anexos se encuentra un esquema de un plan de seguimiento o re-consulta. (Anexo No. 6)



Abordaje de los profesionales de la salud mental:

Para el abordaje e intervención de los casos de autoagresiones no suicidas (ANS), es preciso que los profesionales tomen en cuenta pautas para poder intervenir de forma eficaz. A continuación, se mencionan las siguientes:

- ✓ Las creencias, mitos y las ideologías del profesional pueden tener efectos negativos o positivos sobre los resultados que se esperan de la intervención.
- ✓ El estado emocional idóneo de los profesionales es importante dentro del proceso de acompañamiento.
- ✓ Tanto el inicio como cierre son elementos claves para el buen desarrollo y fin de la intervención.
- ✓ Establecer una comunicación amplia, clara y precisa, que permita una atención adecuada y eficaz.

Intervención en crisis y/o primeros auxilios psicológicos (PAP): El principal objetivo a corto plazo de la intervención en crisis es proporcionar todo el apoyo y ayuda posible a las personas y sus familiares para facilitar la recuperación del equilibrio emocional. La atención se dirige hacia la reducción de la tensión y la resolución adaptativa de los problemas. (Okun, 2006, p. 319).

En los casos de crisis o descontrol emocional por parte de los niños, niñas y adolescentes. Se sugiere tomar el tiempo y espacio para calmar y devolver el control. La estabilidad y equilibrio emocional de los chicos y chicas es fundamental para realizar la entrevista. Se recomienda los siguientes etapas o pasos:



- Respiración (Cambio de respiración, respiración por medio de pajilla, etc.)
- Técnicas del recuerdo agradable (pueden emplear personajes que admiran y con quienes se identifican).
- Visualización cognitiva o guiada
- Ejercicio del lugar seguro (se sugiere: invitar a ir a un bosque, un río, etc.).
- Ejercicios de relajación, incluyendo visualizaciones guiadas, a los niños y adolescentes les gusta

Pauta 1: Para estos ejercicios, se invita al niño y adolescente a que se sienten con sus pies sobre la tierra, si en caso no llegarán, se busca un almohadón o banco de madera para que se encuentre estabilidad. Sus manos tienen que estar a la altura de los hombros y colocadas en sus rodillas. De preferencia se sugiere que se realice con los ojos cerrados, sin obligar.

Pauta 2: Al lograr la estabilidad emocional, es conveniente tomar el tiempo para hacer psicoeducación para comprender mejor la desestabilización emocional.

Procesos psicoeducación -padres de familia-hijos

En este acompañamiento es fundamental la primera entrevista evaluativa con los padres de forma individual, especialmente de los niñas, niños y adolescentes, permitirá en primer lugar: a) evaluar la calidad de relación de la familia; b) identificar factores de riesgo y, vulnerabilidad; c) identificar factores de protección y d) iniciar con un proceso de psicoeducación.

La psicoeducación significa orientar y ayudar a comprender con mayor claridad la situación y/o problema que se está abordando con los chicos y



chicas niñas, niños y adolescentes, en este caso es hablar sobre las autoagresiones. La psicoeducación consiste en un proceso que permite brindar a las personas la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. (Bulacio, 2004).

Factores motivacionales (juegos – lúdico)

Dentro de los factores motivacionales para la intervención con niñas, niños y adolescentes, se sugieren las siguientes pautas:

Después de cada intervención, trate la manera de dar palabras motivadoras, como, por ejemplo:

- Reforzar que ha hecho un buen trabajo, en cada sesión.
- Felicitar por el avance que ha tenido en el proceso.
- Agradecerle por su tiempo y esfuerzo.
- Darle asesoramiento en la búsqueda de ayuda y un número de contacto.
- Volver al Rapport o a la conversación de temas neutrales, para facilitar la transición a la salida de la sala de entrevistas.
- Maneje un regulador de terapia: que consiste en elaborar un calendario con las fechas de las sesiones terapéuticas y en cada sesión colocar un sticker o imagen positiva. Al completar las sesiones del plan terapéutico, realizar una actividad motivadora en familia.



6. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Este primer contacto es importante porque permite establecer un vínculo de acercamiento y confianza con los chicos y chicas a quienes se entrevistan y atienden, por lo que a continuación, se presentan algunas recomendaciones que los profesionales es necesario tomen en cuenta para realizar esta intervención de la manera más efectiva y positiva, entre las que se encuentran:

Establezca el contrato: por escrito, debe de ser claro, comprensible para todas las partes y estar siempre abierto a posibles revisiones. El mismo debe incluir: horarios, la duración de la intervención, el lugar donde se realizará la misma, el tipo de método terapéutico y los compromisos que se adquieren entre las partes. Es fundamental las firmas. Se sugiere antes de firmar, leer y explicar. En caso de los menores de edad, son los padres quienes dan la autorización para el acompañamiento y firman. (adjunto en la sección de anexos se encuentra un diseño No. 7)

Entrada /inicio de la terapia: Una bienvenida cálida y sonriente es la mejor manera de empezar. Hable de temas neutrales, no vinculados con las autoagresiones, tratando de establecer una charla informal. Se sugiere, por ejemplo: a) pregunte el nombre completo, seguido pregunte: *¿cómo prefiere que le llame?* b) ser amable, cortés y una sonrisa es esencial para romper el hielo, a veces el humor es necesario; c) la comunicación ha de ser amable, cálida y no acusadora y, por último, d) debe de ser respetuosa en todo momento.





Resistencia al apoyo: en muchos casos la resistencia puede ser negativa para el proceso. Se sugiere manejarla de forma respetuosa, incluya técnicas de afirmación que requieren una escucha activa, ayuda a la persona a enfrentarse a la realidad. Larrabee recomienda usar preguntas abiertas pueden ayudar a hacer que las personas resistentes se centren en la exploración de sí mismos. (Citado por Okun, 2006, p. 134)





Programa Prevención de la Violencia y el Delito contra Mujeres, Niñez y Adolescencia en Guatemala

REFERENCIAS

1. Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*, vol. 2, no. 2, p. 56. Corporación Universitaria Lasallista, <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>.
2. Bulacio (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación ICCAP. Artículo. Recuperado en: www.fundacióniccap.org/poster_4_uso_delapsicoeducacion_como_estrategia.
3. Cárdenas, P. y Reynoso, M. (2017). Las Autolesiones en adolescentes escolarizados: Causas y consecuencias en el ámbito familiar y educativo. Disponible en: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25987/1/An%
c3%a1lisis%20de%20casos.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25987/1/An%c3%a1lisis%20de%20casos.pdf)
4. García Mijares, J. F., Alejo Galarza, G., Mayorga Colunga, S., Guerrero Herrera, L., & Ramírez García, J. (julio-agosto de 2015). *Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes*. Obtenido de Salud Mental : <https://www.autolesion.com/2016/07/30/validacion-al-espanol-del-self-harm-questionnaire-para-deteccion-de-autolesionismo-en-adolescentes-articulo/>
5. Regader, B. Teorías del Desarrollo de Erik Erikson. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>





6. Okun, B. (2001) Ayudar de forma efectiva, Counseling. Técnica de terapia y entrevista. España. Ediciones Paidós Ibérica, SA. Pág. 416.
7. Ortega, M. y Cárdenas, M. (2011). El Examen Mental. Disponible en: <https://psiquii.files.wordpress.com/2011/11/examen-mental.pdf>
8. Protocolo de Atención del Área de Psicología Fundación Sobre vivientes. Guatemala, 2021.
9. Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health. (2002). Identificación, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adolescente. USA.





ANEXOS:

Anexo No. 1 Contrato Psicoterapéutico

(Tomando del Protocolo de Atención del Área de Psicología de Fundación Sobrevivientes, 2022).

CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO NIÑAS/NIÑOS

Yo _____, de _____ años de edad, madre/padre o responsable cuidador/a de: _____, he solicitado a Fundación Red Sobrevivientes de Violencia la atención y acompañamiento psicoterapéutico para _____, de _____ años, en el Área de Psicología.

Por lo que me comprometo a cumplir con los siguientes acuerdos:

1. Me han explicado, he comprendido, que para la atención y acompañamiento psicoterapéutico se usarán diversos enfoques, estrategias y técnicas.
2. Las sesiones tendrán una duración promedio de 45 minutos, si se aplicará el Modelo de Terapia EMDR, el tiempo aumenta a 90 minutos. Este horario será establecido previamente.
3. Las sesiones se realizarán en la Sede de Fundación Red Sobrevivientes de Violencia.
4. Las sesiones comenzarán y terminarán puntualmente, por lo que si llego tarde podré asistir el tiempo que reste desde mi llegada, no se repondrá el tiempo perdido por mi retraso.)
5. Si por razones de enfermedad o circunstancias de fuerza mayor suspendo la cita, me comprometo a dar conocimiento a la psicóloga responsable para reprogramar otra sesión.
6. Proporcionar información sobre números de teléfono y celulares y/o actualización de los mismos para que me localicen.
7. En caso de dejar de asistir a mis psicoterapias en tiempos prolongados daré aviso a la psicóloga responsable, para no perder la oportunidad de seguir contando con el servicio y la atención.





8. La atención y acompañamiento psicológico se dará por terminada al cumplir con las siguientes condiciones: a) completar el proceso (indicado por la psicóloga responsable); b) tres inasistencias sin fundamento o razón válida, sin establecer comunicación con ninguna de las partes.)
9. Me comprometo como responsable a respetar el espacio terapéutico: no interrogatorios, interpretaciones, suposiciones, coacciones relacionadas a temas trabajados dentro de la terapia.
10. Participar en los espacios de terapia en donde sea requerida mi presencia en apoyo a la evolución del proceso.
11. Reconozco la importancia de involucrarme en espacios que promuevan la psicoeducación con temas relacionados a la evolución del proceso terapéutico que fortalezcan las redes de apoyo.

La profesional responsable, se compromete a los siguientes:

1. Trabajar de manera profesional y ética aplicando conocimientos y experiencias que acompañen el proceso de manera satisfactoria.
2. Referir a otros especialistas en caso de considerarlo necesario o conveniente. En caso de elaborar informes psicológicos, será asignado a otra profesional del área. o para la elaboración de informes psicológicos/forenses.
3. Informar con anticipación, sobre cancelación o reprogramación de la cita establecida, por causas de orden profesional e institucional.
4. Cerrar el proceso psicoterapéutico con previo conocimiento y autorización de las autoridades de esta institución, en caso de manifestarse en el desarrollo de la terapia de acciones violentas y/o agresivas. (Cerrar el caso, si en la tercera cita reprogramada no me presento.)

Guatemala, _____

Firma Psicóloga

Firma de Responsable



Anexo No. 2 Examen mental

EXAMEN MENTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre: _____ Fecha: _____ Psicóloga: _____

I. Apariencia general (actitud y forma de ser)

- Afable
- Retraída/o
- Desconfiada/o
- Desafiante
- Hostil
- No habla
- Ansiosa/o
- Accesible
- Autodespresiativa/o
- Limpieza
- Arreglo personal

II. Estado de conciencia:

- Alerta
- Obnubilación
- Confusa
- Desconcentrada/o

III. Estado de ánimo y afecto

- Eufórico
- Alegre
- Exaltada/o
- Deprimida/o
- Triste
- Decaída/o
- Apática/o
- Apropiada/o
- Inapropiada/o
- Oscilación adecuada
- Restringido (poco confundida)
- Plano

IV. Actividad motora

- Actividad aumentada
- Actividad disminuida
- Magnetismo
- Tic
- Posturas peculiares
- Hace caras
- Apática/o

V. Asociación y flujo de ideas (Características del lenguaje)

- Lenguaje coherente
- Lenguaje incoherente
- Circunstancialidad
- OTROS (especifique)

VI. CONTENIDO DE IDEAS

- Ideas homicidas
- Ideas delirantes
- Ideas suicidas
- Ideas de referencia
- Otros (especificar)

VII. Sensorio

- Orientación en persona
- Orientación en espacio
- Orientación en tiempo

VIII. Memoria

- Remota
- Reciente

- Pasada

IX. Inteligencia conceptual

- Pensamiento concreto
- Pensamiento abstracto
- Introspección (insight)

X. Síntomas de depresión

- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Disminución de la libido
- Dif. Para conciliar el sueño
- Se despierta temprano
- Se siente cansada/o
- Falta interés en activad.
- Sensación de angustia
- Sensación de irritabilidad
- Sensación de no ser querida/o
- Sensación de desesperanza
- Sensación de desvalidez
- Baja autoestima

XI. Confiabilidad del relato

- Confiable
- No confiable
- Fantasiado

Impresión diagnóstica:



Anexo No.3 Cuestionario de Autolesiones

Preguntas de tamizaje:

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

- No
- Si, una vez
- Si, dos, tres o cuatro veces
- Si, cinco o más veces.

Pregunta 2: ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? (Marca una casilla).

- No
- Si, una vez
- Si, dos, tres o cuatro veces
- Si, 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 fuera accidental?

Esto incluye todos los episodios de autolesión, hayas querido o no morir en ese momento. (Marca una casilla).

- No
- Si, una vez
- Si, dos, tres o cuatro veces
- Si, cinco o más veces.

Si contesta “No” a la pregunta 3, este es el final del cuestionario. Continúa sólo si contestaste “Sí” a la pregunta 2.

Pregunta 4: ¿Cuándo te lastimaste por última vez? (Marca una casilla).

- En las últimas 24 hrs
- En la última semana
- En el último mes
- En el último año
- Hace más de un año





Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez? tú...?

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 pensaras en lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- Problemas familiares
- Problemas con tu novio (a)
- Problemas con la policía
- Problemas escolares
- Problemas de salud
- Problemas con el alcohol

- Problemas con alguna droga
- Algún otro (Especifica):

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

- Enojo
- Tristeza
- Precaución
- Excitación
- Desorientación
- Tensión
- Vergüenza
- Miedo
- Algún otro (Especifica):

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

- Enojo
- Tristeza





- Precaución
- Excitación
- Desorientación
- Tensión
- Vergüenza
- Miedo
- Alivio
- Algún otro (Específica):

- Sentirte mejor
- Conseguir que otros hicieran algo
- Conseguir detener a otros de hacer algo
- Algo más (Específica):

Pregunta 9. Después de lastimarte, tu..? (Marca una casillas)

- Te sentiste mejor
- Te sentiste peor
- Te sentiste mejor

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

- Drogas y alcohol
- Drogas
- Alcohol
- Ninguno

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

- Morirte
- Autocastigarte
- Mostrarle a alguien cómo te sentías
- Dejar de sentirte mal
- Evitar hacer algo más

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

- Meses
- Semanas
- Días
- Minutos
- Segundos





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

- No
- Si, parcialmente
- Si, detalladamente

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

- A nadie
- A alguien a quien conocía

Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

1. A 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)

- A nadie
- A alguien a quien conocía

Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

A alguien a quien no conocía
¿Cómo se lo hiciste saber?: _____





Anexo No. 4 Escala de depresión para niños y adolescentes

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE KUTCHER: EDAK

Nombre: _____

Fecha: _____

EN LA ULTIMA SEMANA DE COMO TE HAS SENTIDO EN PROMEDIO CON RESPECTO A LO SIGUIENTE:

1. ¿Has tenido el ánimo bajo, te has sentido triste, decaído, deprimido o irritable?
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi todo el tiempo
 - Todo el tiempo

2. ¿Has sentido que vales poco, sin esperanza, que desilusionas a las personas o que no eres una buena persona?
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi todo el tiempo
 - Todo el tiempo

3. ¿Te sientes cansado, fatigado, con poca energía, sin motivación, te cuesta trabajo hacer las cosas, quisieras descansar o dormir más de lo habitual?
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi todo el tiempo
 - Todo el tiempo





4. ¿Piensas que la vida no es muy divertida, no te sientes bien cuando normalmente debías sentirte bien, no disfrutas de las cosas como lo haces normalmente?

- Casi nunca
- A veces
- Casi todo el tiempo
- Todo el tiempo

5. ¿Te sientes preocupado, nervioso, inquieto, tenso, ansioso o entras en pánico?

- Casi nunca
- A veces
- Casi todo el tiempo
- Todo el tiempo

6. ¿Has pensado planeado suicidarte o dañarte a ti mismo?

- Casi nunca
- A veces
- Casi todo el tiempo
- Todo el tiempo

Calificación de los 6 ítems de la EDAK:

- a) = 0
- b) = 1
- c) = 2
- d) = 3

Suma el puntaje de cada ítem para obtener una calificación total.

Calificación: Si la calificación total es igual o mayor a 6 “es posible que este deprimido” y requieras tratamiento y apoyo. Si la calificación total es menor a 6 “probablemente no esté deprimido”





Anexo No. 5 Plan terapéutico para niños y adolescentes

PLAN TERAPEÚTICO

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Objetivo general del plan: _____

N	Actividad Terapéutica	Objetivo específico	Método terapéutico	Fechas previstas	Recursos Utilizar
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Observaciones: _____

Nombre, firma y sello del o la profesional





Anexo No. 6 Plan de re-consulta para niños y adolescentes

PLAN DE RECONSULTA O SEGUIMIENTO

Nombre completo _____

Fechas	Actividad terapéutica	Síntomas identificados	Avances obtenidos	Impresión clínica

Observaciones:

Nombre, firma y sello del o la profesional

