

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ESTUDIANTES DEL NIVEL
SECUNDARIO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DE
TALARA – PIURA, 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

BRIAN ANDRÉS ANCAJIMA CARRASCO

ASESOR

MARILIA SIBELE CORTEZ VIDAL

<https://orcid.org/0000-0002-9360-9282>

Chiclayo, 2021

**CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ESTUDIANTES DEL NIVEL
SECUNDARIO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA
DE TALARA – PIURA, 2020**

PRESENTADA POR
BRIAN ANDRÉS ANCAJIMA CARRASCO

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADA POR

Mónica Lizetty Ciurlizza Garnique
PRESIDENTE

Elmer Díaz Villanueva
SECRETARIO

Marilia Sibebe Cortez Vidal
VOCAL

Dedicatoria

A mis abuelos:

A Papá Rosendo, por ser mi ejemplo de superación, dedicación y esfuerzo. Él es a quien se lo debo todo.

A Mami Coty, quien me enseñó el significado de la oración y la importancia de amar a Dios sobre todas las cosas. Ella es el ejemplo del amor más puro e incondicional.

Por último y por supuesto:

A mi mamá Silvia, mi profesora favorita y modelo de vida. Por su amor infinito, por ser mi fortaleza y enseñarme a no rendirme ante las adversidades de la vida y, sobre todo, por estar siempre conmigo en cada paso que doy.

¡Lo logramos!

Agradecimientos

Agradezco a Dios por haber permitido hacer realidad mi proyecto de vida.

A mi familia, que siempre aportó con un granito de arena.

A mi querida casa de estudios, por su excelente formación académica y su valioso apoyo en el reconocimiento de mis méritos y logros cada semestre.

A mi asesora, la Dra. Marilia, por ser ejemplo de paciencia, humildad y vocación de servicio, sobre todo, por afianzar mi espíritu de investigador.

A la institución educativa, cuyos pasillos me vieron jugar, correr y crecer.

Finalmente, a aquellos docentes, amigos y compañeros que hicieron de estos cinco años una experiencia inolvidable.

Índice

Resumen	7
Abstract	8
Introducción.....	9
Revisión de Literatura	10
Materiales y Métodos	17
Resultados y Discusión.....	19
Conclusiones	26
Recomendaciones	27
Referencias.....	27
Anexos	30

Lista de tablas

Tabla 1. Frecuencia en porcentaje de los niveles de conductas autolesivas según dimensiones en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.	22
Tabla 2. Características sociodemográficas de estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.	24

Lista de figuras

- Figura 1. Frecuencia en porcentaje de los niveles de conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020. 19
- Figura 2. Frecuencia en porcentaje de los niveles generales de conductas autolesivas según grado en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020. 21

Resumen

Las autolesiones constituyen un fenómeno cuyos índices de prevalencia han ido en aumento dentro de la población adolescente, por lo que se considera necesario conocer a profundidad los diferentes aspectos implicados en la ejecución de tales conductas. No obstante, las investigaciones que abordan dicha variable en el Perú, y sobre todo en la región Piura, son escasas. Debido a ello, el objetivo de la presente investigación fue determinar los niveles de conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020. Por ese motivo, se empleó la escala de autolesión de SHAGER, la cual fue aplicada de manera virtual a través de la plataforma Google, acompañada de una ficha sociodemográfica. Asimismo, el diseño del estudio fue no experimental de tipo descriptivo, se contó con una población de 1057 alumnas, de la cual se obtuvo 283 participantes a través del muestreo por estratos y muestreo aleatorio simple. Los resultados evidencian que las funciones Autocastigo y Antisuicidio se ubican en niveles Alto y Promedio, respectivamente. Además, en cuanto a las características sociodemográficas, las estudiantes provienen de familias de tipo nuclear, con padres casados, son de religión católica y la mayoría de ellas no pertenece a algún grupo social. En conclusión, las alumnas se encuentran en el nivel Promedio de conductas autolesivas, puesto que existe un porcentaje significativo de ellas que se ubica en el nivel Alto.

Palabras clave: conductas autolesivas, adolescentes, estudiantes, autolesiones.

Abstract

Self-harm is a phenomenon whose prevalence rates have been increasing within the adolescent population, so it is considered necessary to know in depth the different aspects involved in the execution of such behaviors. However, research that addresses this variable in Peru, and especially in the Piura region, is scarce. Due to this, the objective of this research was to determine the levels of self-injurious behaviors in secondary school students of a public educational institution in Talara - Piura, 2020. For this reason, the SHAGER self-harm scale was used, which was applied virtually through Google Forms, accompanied by a sociodemographic file. Likewise, the study design was descriptive non-experimental of a descriptive type, there was a population of 1057 students, from which 283 made up the sample, through strata sampling and simple random sampling. The results show that the Self-punishment and Anti-suicide functions are at high and average levels, respectively. In addition, in terms of sociodemographic characteristics, the students come from nuclear-type families, with married parents, they are Catholic and most of them do not belong to any social group. In conclusion, the female students are at an average level of self-injurious behaviors, since there is a significant percentage of them who are at a high level.

Keywords: self-injurious behaviors, teenagers, students, self-harm.

Introducción

La adolescencia es una época de cambios y nuevas experiencias, donde la persona empieza a ser consciente de su nuevo rol dentro de la sociedad, el cual conlleva un cúmulo de responsabilidades y expectativas que moldean su comportamiento y personalidad. En esta nueva etapa, el adolescente es testigo de cómo su cuerpo empieza a cambiar y a transformarse en el de un adulto. De igual modo, su círculo social se amplía y, muchas veces, llega a ocupar un lugar primordial en su vida, en donde el principal objetivo se convierte en la búsqueda de aprobación para demostrar que puede encajar y acoplarse a una colectividad. Esto último lo lleva a sentirse digno de pertenecer a un grupo, cuyos integrantes frecuentemente están unidos por compartir similares vivencias o historias de vida. No obstante, mediante estas nuevas experiencias con sus pares, utilizan de forma errónea su concepto de libertad y obran bajo la presión de ellos, lo que puede exponerlos a escenarios de peligro, donde su salud o su vida corren riesgo. Por consiguiente, esto implica que los padres desapruében y sancionen este tipo de conductas, lo que genera conflictos familiares, así como que estas medidas correctivas sean consideradas por el adolescente como una vulneración a sus derechos y autonomía, quien termina por sentirse incomprendido.

Además, estas situaciones debilitan el vínculo de confianza de los padres con sus hijos y viceversa, lo que origina un clima familiar tenso. Incluso, ocasiona frecuentemente que los progenitores se cuestionen sus estilos de crianza o los invada la desesperanza de no poder controlar ni saber orientar a su hijo adolescente. Sin embargo, la mayoría de ellos olvida, o aún no son conscientes, que sus hijos han crecido y ahora se encuentran en una nueva etapa de desarrollo. En consecuencia, algunos padres tienden a aceptar o tolerar este tipo de conductas, lo que los lleva a caer de manera negligente en la permisividad o, en todo caso, no les brindan a sus hijos la debida atención ni tratan de formar parte de sus vidas, pues prescinden de fomentar un ambiente de comunicación asertiva y expresión adecuada de sus sentimientos y emociones.

En esta etapa, la sexualidad del adolescente despierta y nacen las primeras experiencias de enamoramiento, afortunadas para algunos y de frustración para otros. En su mayoría, estos cambios suelen ser drásticos y traumáticos; no obstante, los adolescentes nunca imaginan atravesar estas situaciones y sostener la gran carga de responsabilidad que su nuevo rol en la sociedad les exige, mientras crecen, se equivocan y maduran. Así, debido a la complejidad de esta etapa y al sinnúmero de vivencias que los adolescentes experimentan, pueden canalizar sus pensamientos y emociones, sus triunfos y fracasos en diversas conductas y manifestaciones.

En particular, las experiencias adversas son en su mayoría afrontadas inadecuadamente, ya que optan por inhibirse, vivir en su propio mundo, consumir alcohol y drogas, vulnerar su propio cuerpo, y en casos más extremos llegan a cuestionarse el sentido de su existencia, caen en la desesperanza y formulan ideas con el fin de terminar con su vida, para después ejecutar tan lamentable e irreversible decisión. Esta variedad de conductas de riesgo frecuentemente es evidenciada en la población adolescente. En ese sentido, la presente investigación se centra de manera específica en las conductas autolesivas definidas como actos deliberados, cuyo objetivo es producir daño físico directo al propio cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (Villaruel et al., 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), se estima que 62 000 adolescentes murieron en 2016 como consecuencia de autolesiones. La mayoría de ellos pertenece a países de ingresos bajos o medianos, presentan historiales de dependencia al alcohol, abusos durante la niñez, prejuicios ante la búsqueda de ayuda y dificultades para acceder a una atención sanitaria. Adicionalmente, la información proveniente de los medios de comunicación o redes sociales influye de manera significativa en la ejecución de conductas autolesivas en este sector de la población.

En el Perú, el psiquiatra Rolando Pomalima, director del Área de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental, declaró a un programa de noticias *online* que

actualmente las autolesiones constituyen una epidemia silenciosa entre la población adolescente, pues el número de afectados se encuentra en incremento. De hecho, el experto asegura que, de los 12 chicos que se encuentran hospitalizados en dicha institución, 8 o 9 presentan cortes. No obstante, la situación es similar en el Área de Emergencia y, con mayor frecuencia, en Consulta Externa, donde acuden pacientes desde los 12 a 13 años con cortes en los brazos, método de preferencia por las adolescentes del sexo femenino. Asimismo, el reconocido psiquiatra explica que, quienes realizan este tipo de conductas, carecen de habilidades sociales o de una adecuada gestión de emociones, y que han atravesado por difíciles experiencias escolares, amorosas o amicales, así como presentan historiales de abuso, maltrato, abandono o negligencia por parte de sus padres, entre otros. Sin embargo, las autolesiones también pueden estar asociadas a trastornos mentales. A pesar de ello, esta práctica no es comprendida por los adultos, quienes desconocen que es un modo que emplean los adolescentes para expresar su dolor (Agencia Peruana de Noticias, 2019).

En Piura, la edad promedio para el inicio de las autolesiones se evidencia desde los 11 años en adolescentes mujeres pertenecientes a un sector socioeconómico medio-bajo, quienes presentan tasas elevadas de disfuncionalidad familiar. No obstante, este comportamiento se manifiesta sin intención suicida y está asociado a la interiorización de emociones negativas como la tristeza o la ira, esta última es la responsable de dicha conducta (Magán, 2017).

Según el área de Tutoría, Orientación Educativa y Convivencia Escolar (TOECE) de la institución educativa femenina, durante el año escolar 2019 se reportaron casos de estudiantes que cometían autolesiones, cuyo método más frecuente eran los cortes en los brazos y en las piernas (comunicación personal, 27 de junio, 2020).

En base a lo expuesto, se formuló la siguiente interrogante: ¿cuáles son los niveles de conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020? En ese sentido, la presente investigación tuvo como objetivo general: determinar los niveles de conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020, y como objetivos específicos: identificar los niveles de conductas autolesivas según grado y dimensiones, así como describir las características sociodemográficas de las estudiantes.

Este tema es trascendental no solo por el aumento de las estadísticas de autolesiones dentro de la población adolescente y su impacto social, sino porque en el Perú no existen muchas investigaciones que profundicen en la conceptualización de este tipo de conductas de riesgo. De igual forma, en Talara no se han realizado estudios que permitan conocer el panorama de esta variable tanto en colegios públicos como privados. Por ello, esta investigación fue beneficiosa para la institución educativa, pues ayudó a identificar el estado y la presencia de conductas autolesivas en sus estudiantes; además, los resultados obtenidos se proporcionaron al área de Tutoría, Orientación Educativa y Convivencia Escolar (TOECE), con el objetivo de plantear soluciones adecuadas e inmediatas para un eficaz abordaje psicológico.

De este modo, el presente estudio no solo contribuyó a una mayor comprensión de este comportamiento en los adolescentes, sino que también brindó un aporte a la psicología, con la finalidad de incentivar futuras propuestas de intervención enfocadas en la prevención, evaluación y tratamiento, lo que permite un minucioso abordaje de la variable mencionada.

Revisión de Literatura

Antecedentes

En una investigación que tuvo como objetivo determinar las principales variables predictoras de la autolesión, participaron 455 estudiantes adolescentes de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México. Se utilizó la Cédula de Autolesión (CAL), la Escala de Disregulación Emocional y los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck. Los resultados mostraron que la prevalencia fue muy alta para cualquier forma de autolesión, al menos una

vez en la vida, donde la mayor parte de los adolescentes iniciaron este hábito entre los 11 y 13 años, y el método más común fue mediante el corte. Asimismo, la proporción de mujeres que se ha autolesionado es ligeramente alta y, en ellas, la frecuencia o número de episodios es mayor. Por otro lado, la depresión, la desregulación emocional y las experiencias disociativas explicaron el 25% de las autolesiones en toda la muestra; no obstante, las dos primeras demostraron ser un predictor de las autolesiones en las mujeres en un 28% (Marín, 2013).

También se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre la violencia familiar y la autolesión. El estudio fue de tipo correlacional y participaron 737 estudiantes de ambos sexos del nivel secundario, entre las edades de 11 a 17 años de dos instituciones educativas del distrito de Comas, Lima. Se empleó el Cuestionario de Violencia Familiar (VIFA) de Altamirano y Castro, y el Cuestionario de Autolesionismo de García-Mijares et al. Como consecuencia se obtuvo que existe una correlación significativa entre la violencia familiar y la autolesión, así como con las dimensiones de esta última. También se demostró que no existe diferencia significativa entre la aparición de la autolesión con variables sociodemográficas, como edad, sexo y estructura familiar (Almeyda, 2020).

Desde otro punto de vista, se llevó a cabo un estudio con el propósito de establecer la relación entre la impulsividad y autolesión. El estudio fue de tipo correlacional, participaron 270 estudiantes adolescentes de ambos sexos pertenecientes a los grados de 3.º, 4.º y 5.º de secundaria de dos instituciones educativas públicas del distrito Carmen de la Legua Reynoso del Callao, Lima. Se empleó el Cuestionario de Impulsividad de Barrat (BIS 11) y la Escala de Autolesión de SHAGER. Los resultados evidenciaron que existe una correlación significativa positiva entre ambas variables. Asimismo, el nivel de autolesión prevalece en un nivel medio con 55.2%. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en cuanto al grado de instrucción (Huamaní, 2020).

Asimismo, se desarrolló una investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre la resiliencia y las conductas autolesivas. El estudio fue de tipo correlacional, participaron 241 estudiantes de ambos sexos del nivel secundario de la institución educativa n.º 164 “El Amauta” de San Juan de Lurigancho, Lima. Se empleó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y la Escala de Autolesión de SHAGER. Se encontró que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre resiliencia y conductas autolesivas. Además, los niveles de conducta autolesiva expresada determinaron la categoría Bajo con 187 (77.6%) de alumnos, donde la dimensión que presenta un nivel más elevado es la de tipo Antisuicidio en la categoría Promedio (88.4%). Por otro lado, se resolvió que no existen diferencias significativas según sexo en la variable conducta autolesiva y sus dimensiones; no obstante, existen diferencias significativas según edades, puesto que los grados con mayor índice de conductas autolesivas son 1.º, 4.º y 5.º de secundaria (Ayón, 2018).

En una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de personalidad y las autolesiones, participaron 977 estudiantes que cursaban entre tercero y quinto de secundaria de colegios estatales y privados de la ciudad de Arequipa. En este caso, se empleó el Inventario de Estilos de Personalidad para Adolescentes de Millon (MAPI) y la Sub-Escala de Autolesiones y Pensamientos Autolesivos. Los resultados evidenciaron que existe una prevalencia de 34.9% en relación con pensamientos autolesivos, mientras que un 27.9% de los alumnos ha cometido autolesiones. Se halló que son los estudiantes de 4.º y 5.º de secundaria, en su mayoría mujeres, quienes sobresalen en ambas categorías. Además, las autolesiones aparecen con una ligera ventaja de incidencia en colegios estatales (29.1%) con una edad de inicio promedio de 13 años. Por otro lado, existe relación entre los estilos de personalidad sensible, inhibido, violento y las autolesiones (Gallegos, 2017).

Desde otro ángulo, se llevó a cabo un estudio con el propósito de describir y analizar el pensamiento autodestructivo, las emociones y sentimientos que están presentes en la conducta autolesiva tipo *cutting*. La investigación fue de tipo cualitativa, participaron 25 alumnas

adolescentes de primero a quinto año de secundaria de colegios públicos y privados de la ciudad de Piura, donde todas ellas presentaban aquel tipo de conducta autolesiva. Los resultados evidenciaron que la edad de inicio de las autolesiones era a los 11 años, y que la mayoría de ellas pertenecía a un nivel socioeconómico medio. En el ámbito familiar, la presencia de disfuncionalidad fue elevada. En el plano cognitivo, los pensamientos negativos fueron de tipo destructivo; no obstante, un 72% no tenía pensamientos suicidas. En el plano emocional, lo predominante antes y durante la lesión fue la ira; mientras que la emoción después de la autolesión fue felicidad. La zona corporal más lesionada fue la pierna y los motivos que las llevaron a ejecutar esta conducta fueron mayormente familiares (Magán, 2017).

Bases teóricas

Conductas autolesivas.

La literatura científica refleja la controversia que existe sobre el término *conducta autolesiva* entre los investigadores europeos y americanos; en consecuencia, se encuentra una variedad de conceptos para referirse a dicha conducta. Este contraste dificulta su delimitación, ya que lo convierte en un constructo complejo de definir y acotar al momento de realizar estudios empíricos y teóricos (De la Fuente, 2018).

Además, a lo largo de la historia, la autolesión se ha asociado principalmente a un síntoma del Trastorno Límite de la Personalidad, sin contar con una entidad diagnóstica propia. Sin embargo, actualmente se conoce que la autolesión ocurre independientemente y refleja un deterioro clínicamente significativo, indistintamente si aquel diagnóstico está presente (Klonsky, Victor & Saffer, 2014). Por esta razón, en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V), se propone el concepto *autolesiones no suicidas*, término que ya es ampliamente utilizado y considerado en la literatura empírica.

Según Klonsky et al. (2014), las conductas autolesivas hacen referencia a la destrucción deliberada y directa del propio tejido corporal sin intención suicida, con fines no sancionados socialmente. De la misma forma, Arrieta (2020) entiende a la autolesión como cualquier comportamiento que cause una destrucción leve o moderada inmediata de la superficie corporal, el cual ocasiona sangrado, hematoma o dolor. Este acto es realizado de manera deliberada, autodirigida, directa y en total ausencia de intencionalidad suicida.

Por consiguiente, es necesario explicar detalladamente la previa definición propuesta de la siguiente forma: el término *deliberada* hace referencia a que el acto es voluntario y no sería autolesión si ocurre accidentalmente. El término *autodirigida* demanda que el acto sea infligido por uno mismo sobre sí mismo, lo que excluye cualquier acción realizada por otra persona. El término *directa* sugiere la necesidad de que la lesión suceda inmediatamente después de la acción, como el brote de la sangre después del corte. Además, la ausencia de intencionalidad suicida indica que su objetivo no es la muerte.

Los comportamientos como el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria se excluyen de esta definición debido a que son considerados actos y métodos indirectos, en otras palabras, el daño resultante es un efecto secundario y no intencional (Klonsky, 2005). Lo mismo sucede con las prácticas y rituales culturales, ya que estas conductas sociales son acostumbradas por varias generaciones de una misma cultura y pertenecen al conjunto de creencias y tradiciones que son compartidas por todos sus miembros y dotan de simbolismo a una comunidad.

Todo pareciera indicar que cortarse la piel es el tipo más común de autolesión; sin embargo, existen otras formas que incluyen: quemar, rascar o golpear partes del cuerpo. De este modo, se evidencia que la mayoría de las personas que se autolesionan utiliza múltiples métodos. Asimismo, las áreas del cuerpo con mayor probabilidad de lesionarse son los brazos, las manos, las muñecas y las piernas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Es fundamental establecer la diferencia entre los intentos de suicidio y la conducta autolesiva. En esta última, la motivación no es morir, sino dañarse, y consistiría en un tipo de *autoayuda* que provee un rápido pero transitorio estado de alivio, que a su vez actúa como una forma de evitar el suicidio. Por lo tanto, se puede asegurar que mediante la autolesión se busca estar mejor y sentirse bien, mientras que en el intento suicida se pretende terminar con todo sentimiento (Taboada, 2007). No obstante, se debe tener en cuenta que las personas que se autolesionan corren más riesgo de intentos de suicidio, ya que existen estudios que han demostrado historial de intentos pasados y pensamientos suicidas entre personas que se autolesionan. Además, un hallazgo constante es que los intentos de suicidio, por parte de quien se autolesiona, a menudo involucran un método diferente al método preferido de autolesión, como la sobredosis de drogas, entre otros (Messer & Fremouw, 2008).

Por último, cuando se expone sobre conductas autolesivas, es pertinente enfatizar en los tipos de autolesiones y, específicamente, en sus características diferenciales; por lo tanto, la autolesión no está relacionada con el deterioro cognitivo general. Asimismo, se diferencia de los comportamientos autolesivos estereotipados debido a que estos mayormente se observan en personas con trastornos del neurodesarrollo y en formas más graves de autolesión, ya que, además de involucrar daños extremos e irreversibles en el cuerpo, son propios de episodios psicóticos.

Funciones de las conductas autolesivas.

A partir de la revisión de las investigaciones teóricas desarrolladas por Suyemoto en 1998, Klonsky (2005) identifica, propone y organiza siete modelos que explicarían la función que cumplen las autolesiones. Es importante mencionar que estos modelos funcionales no son mutuamente excluyentes, ya que diferentes funciones pueden coexistir y superponerse conceptualmente.

Modelo de la influencia interpersonal.

Este modelo propone que la conducta autolesiva se utiliza para influir o manipular a las personas del entorno. De esta manera, la autolesión constituiría un grito de ayuda, un medio para evitar el abandono, un intento de ser tomado más en serio o una búsqueda de afecto. La autolesión puede proporcionar una forma de vincularse con amigos que se autolesionan. No obstante, algunas personas pueden no ser completamente conscientes de que sus efectos sobre los demás fomentan o refuerzan su autolesión.

Modelo del autocastigo.

Este modelo sugiere que la conducta autolesiva es una expresión de ira hacia uno mismo, esta emoción predomina en quienes la cometen y, a su vez, motiva dicha conducta. Las personas que se autolesionan han aprendido de su entorno a castigarse o invalidarse a sí mismas. De esta forma, la autolesión puede ser experimentada como un asunto familiar, egosintónico o tranquilizador frente a la angustia.

Modelo del antisuicidio.

Este modelo considera a la conducta autolesiva como un mecanismo de afrontamiento para resistir los impulsos de terminar con la vida. De este modo, la autolesión puede ser considerada como un medio para expresar pensamientos suicidas sin riesgo de muerte y sirve como reemplazo o compromiso frente al deseo de suicidarse.

Modelo sexual.

Este modelo, de orientación psicoanalítica, formula que la conducta autolesiva deriva de conflictos sobre la sexualidad, lo que constituye un medio de gratificar, controlar, distraer o reprimir a uno mismo por sentimientos o impulsos sexuales. Por lo tanto, la autolesión sirve como solución a la expresión de pulsiones en conflicto, tales como problemas edípicos y de naturaleza sexual.

Modelo de la regulación afectiva.

Constituye el modelo más aceptado e incluso se considera como la función principal de la conducta autolesiva. En ese sentido, plantea que la autolesión es una estrategia para aliviar emociones negativas intensas y abrumadoras. Los entornos de invalidación temprana pueden enseñar estrategias inadecuadas para afrontar la angustia emocional. Las personas de estos entornos con disposiciones biológicas para la inestabilidad emocional son menos capaces de manejar su afecto y, por lo tanto, son propensas a utilizar la autolesión como una estrategia de regulación del afecto desadaptativa.

Modelo de la disociación.

Este modelo sugiere que la conducta autolesiva surge como respuesta a periodos de disociación, despersonalización o desrealización. Los individuos que se autolesionan experimentan episodios disociativos prolongados cuando sus seres queridos están ausentes. Los episodios de disociación o despersonalización también pueden ocurrir como resultado de las intensas emociones que sienten las personas que se autolesionan. Causarse daño físico a uno mismo puede conmocionar el sistema, por ejemplo, a través de la visión de sangre o la sensación física, y por lo tanto interrumpir un episodio disociativo y recuperar el sentido de sí mismo.

Modelo de los límites interpersonales.

Este modelo sostiene que la conducta autolesiva es una forma de afirmar los límites del yo. Las personas que se autolesionan carecen de un sentido normal de sí mismos debido a los vínculos maternos inseguros y una incapacidad posterior para separarse de la madre. Por lo tanto, al marcar la piel, como órgano que separa a la persona del entorno que le rodea, establece una distinción entre sí mismo y los demás, a la vez que afirma su propia identidad o autonomía.

Factores de riesgo.

A través de los años, los diferentes estudios empíricos han evidenciado un claro consenso y han permitido afianzar la información obtenida con respecto a las causas de las conductas autolesivas. No obstante, es relevante enfatizar que la mayor parte de la información recopilada proviene de investigaciones con poblaciones clínicas. Por consiguiente, estos determinantes se pueden agrupar de la siguiente forma:

Características sociodemográficas.

Las conductas autolesivas son más comunes en adolescentes y adultos jóvenes; este sector de la población presenta un mayor riesgo de autolesión. La edad de inicio varía entre los 13 o 14 años (Klonsky et al., 2014). En consecuencia, este comportamiento es inusual antes de la pubertad (Taboada, 2007). De manera específica, las autolesiones suelen presentarse en la adolescencia media, con un aumento gradual desde la adolescencia temprana (González, Vasco & Nieto, 2016), lo que produce un leve declinar en la adolescencia tardía (Frías et al., 2012).

Si bien se considera que las mujeres se autolesionan más que los hombres, hay estudios que afirman que la proporción entre ambos sexos es la misma. La diferencia puede estar relacionada con los métodos de autolesión, por consiguiente, las mujeres son más propensas a cortarse, mientras que los hombres son más propensos a quemarse o golpearse a sí mismos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). A eso se le añade que, durante la adolescencia, las mujeres frecuentemente atraviesan por más conflictos emocionales que los hombres (Flores, Cancino & Figueroa, 2018).

Factores biológicos.

La autolesión es el resultado de una disminución de neurotransmisores cerebrales encargados de regular las emociones. Por un lado, los bajos niveles de serotonina

estarían comprometidos con este comportamiento debido a que tal neurotransmisor facilita el transporte de impulsos nerviosos en los núcleos del rafe, el cual es un área del cerebro cuya función es regular la impulsividad y la agresión. Por otro lado, sucedería lo mismo con los opioides, los cuales regulan las emociones y suprimen el dolor, y generan resultados placenteros. Por lo tanto, las personas se autolesionan para estimular su producción, de manera que asocian la conducta autolesiva con un sentimiento positivo. Finalmente, mediante este hábito, las endorfinas que son liberadas en la ejecución de este acto se pueden convertir en adictivas (Flores et al., 2018).

Características de personalidad.

Las personas que se autolesionan experimentan emociones negativas más frecuentes e intensas en su vida diaria que las personas que no se autolesionan (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). En consecuencia, los rasgos de personalidad implicados en la conducta autolesiva son la desregulación emocional y la impulsividad. La primera se evidencia con déficit en la reactividad y autorregulación emocional, mientras que la segunda demanda la urgencia de acción como respuesta a sentimientos negativos (De la Fuente, 2018).

Asimismo, los adolescentes que incurren en estos actos presentan baja autoestima y un estilo cognitivo negativo, lo que les origina sentimientos de fracaso e inferioridad, una autoimagen negativa y tienden a realizar atribuciones internas negativas (Frías et al., 2012). A ello se le suma el déficit de habilidades emocionales y autocastigo, este último entendido como tendencia a la autocrítica, intensa ira autodirigida o desagrado (González et al., 2016). Esta ira se considera incontrolable y puede ocasionar daño hacia las demás personas, por lo tanto, esta frustración es canalizada a través de la autolesión (Flores et al., 2018). También la presencia de agresividad se asocia con el empleo de métodos violentos al momento de autolesionarse (De la Fuente, 2018).

Además, las personas que se autolesionan muestran dificultades con su experiencia, conciencia y expresión de emociones, pues existe una elevada correlación con la alexitimia, entendida como la dificultad para identificar o comprender sus emociones (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Es importante agregar que la autolesión representa un mecanismo de alivio de tensiones y relajación mental ante la incapacidad para expresar los problemas de manera verbal, así como temor a exponer los sentimientos abiertamente. Por ello, los individuos que cometen autolesiones muestran incapacidad para solucionar sus problemas, así como escaso autocontrol ante dificultades interpersonales (Flores et al., 2018).

Características psicopatológicas.

Principalmente y a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado (DSM-IV-TR), la autolesión comúnmente es asociada al Trastorno Límite de Personalidad por constituir un síntoma de este cuadro clínico. Asimismo, ambas patologías comparten sintomatología como emocionalidad negativa y desregulación emocional como ejes centrales. Esto también causa que estén asociados con trastornos de depresión y ansiedad. Sin embargo, se ha comprobado la fuerte y estrecha relación de esta última con la autolesión, debido a que la excitación emocional o la presión a menudo provoca la ejecución de tales actos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

De igual forma, las autolesiones suelen coexistir con trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y anorexia. En consecuencia, los comportamientos alimenticios desordenados, como atracones y purgas, pueden ser provocados por emociones negativas similares a las que preceden a las autolesiones (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Además, estos cuadros clínicos son más frecuentes en

adolescentes que se autolesionan, lo que genera que presenten una imagen corporal negativa (González et al., 2016).

Por otro lado, las personas que padecen trastornos relacionados con sustancias tienen más probabilidades de autolesionarse. Esto se debe a que tanto la conducta autolesiva como el abuso de sustancias implican causar daño al cuerpo fisiológicamente, por lo tanto, procesos psicológicos similares pueden subyacer a tales comportamientos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Problemática psicosocial.

Es pertinente conocer que un entorno social puede influir en el inicio, persistencia y transmisión de conductas autolesivas (Flores et al., 2018). Por consiguiente, un suceso adverso en la vida, especialmente conflictos interpersonales, puede desencadenar una conducta autolesiva en una persona vulnerable (Taboada, 2007).

Principalmente, un nivel socioeconómico bajo, un escaso nivel de educación, ingresos reducidos o vivir en la pobreza constituyen factores de riesgo para las conductas autolesivas. El riesgo es mayor cuando los padres están separados o divorciados, y en familias donde existen conflictos maritales. Igualmente sucede con las experiencias infantiles adversas como abuso emocional, físico y sexual, así como la presencia de problemas domésticos como violencia y maltrato hacia la madre. En ese sentido, la psicopatología que presenten los padres es un factor para tomar en cuenta. En resumen, una maternidad o paternidad desadaptativa, acompañada de maltrato infantil, aumenta la probabilidad de autolesionarse, a la vez que genera severas dificultades en las relaciones interpersonales en la adolescencia (Taboada, 2007).

Ahora bien, existe un relativo consenso sobre que las personas que se autolesionan han sufrido abuso sexual infantil y que esto conduce al desarrollo de autolesiones. Sin embargo, los estudios han permitido concluir que ambos comparten los mismos factores de riesgo, lo cual comprueba que parte de la población que ha sufrido abusos no se autolesiona, y gran número de quienes se autolesionan no ha sufrido abusos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

La mayoría de población que se autolesiona tiene relaciones interpersonales disfuncionales (Taboada, 2007). Por ello, no es de sorprenderse que las experiencias de acoso escolar o *bullying* sean frecuentes en adolescentes que se autolesionan, lo que constituye incluso un factor predisponente para la ejecución de tales conductas. Asimismo, existe evidencia de que la conducta autolesiva se mantiene por modelado o imitación, pues los adolescentes que se autolesionan tienen personas dentro de su entorno cercano que también incurrir en estas prácticas, ello constituye un factor mantenedor de esta conducta (Frías et al., 2012).

Es evidente la clara diferencia que existe entre las conductas autolesivas y suicidas. Sin embargo, es pertinente mencionar que las investigaciones han identificado que las personas que se autolesionan manifiestan sentimientos de repulsión por la vida, mayor apatía, autocrítica y escaso apoyo social, lo que los vuelve propensos a intentar suicidarse (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Asimismo, las autolesiones están fuertemente asociadas con historiales de intento de suicidio, por lo tanto, las conductas autolesivas constituyen un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida (Klonsky et al., 2014).

Por otro lado, la autolesión parece ser más común entre las personas con orientación homosexual, bisexual o aquellas que tienen dudas con respecto a su sexualidad (Klonsky et al., 2014). Ello se debe a que la mayoría de las autolesiones se producen después o alrededor del momento en que se toma conciencia de la orientación sexual (Taboada, 2007).

Por último, la autolesión también podría ser a causa del estrés escolar, ya que su incidencia tiende a disminuir en periodos vacacionales (Flores et al., 2018).

Adolescencia.

Este es el periodo de la vida que generalmente transcurre cerca de una década, entre los 10 y 20 años, y en donde ocurre la transición de la infancia a la adultez. Esta etapa ofrece oportunidades de crecimiento físico, cognitivo y psicosocial para el individuo, pero, a su vez, en la mayoría de los casos puede presentar dificultades durante este proceso (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

De esta forma, los adolescentes atraviesan por cambios físicos, como un rápido crecimiento de estatura y peso, así como cambios en la forma, proporción y tamaño de ciertas zonas de su cuerpo. Algunos signos de la pubertad se manifiestan con la aparición de las características sexuales primarias, las cuales crecen y maduran a lo largo de esta etapa. Además, se evidencia el comienzo de la madurez sexual con el primer periodo menstrual (menarquía) en las mujeres, y la primera eyaculación (espermaquia) en los varones. Es necesario mencionar que estos cambios hormonales pueden afectar los estados de ánimo y comportamiento, en especial a las mujeres, quienes se muestran sensibles ante su apariencia física. Al realizar juicios imprecisos e irrazonables, debido a su inmadurez cerebral, los adolescentes evidencian tendencia a comportamientos de riesgo, lo que los vuelve vulnerables a los efectos del alcohol y consumo de sustancias dañinas (Papalia et al., 2009).

Por otro lado, una preocupación constante dentro de esta etapa es la búsqueda de la identidad, puesto que a menudo el adolescente experimenta una crisis identitaria, la cual constituye un intenso periodo de autoexploración. Por lo general, los adolescentes presentan bajos niveles de autoestima, en especial las mujeres. Asimismo, la mayor parte de adolescentes busca apoyo social y emocional de parte de su grupo de pares, a la vez que surgen las primeras experiencias de noviazgo. Al mismo tiempo, comúnmente durante esta etapa se presentan conflictos dentro de las familias, y se tornan difíciles las relaciones entre los padres e hijos. Por último, la presencia de insatisfacción corporal puede ocasionar trastornos del estado de ánimo, de la conducta alimentaria e incluso ideación suicida (Morris & Maisto, 2011).

Materiales y Métodos

Diseño de investigación.

No experimental de tipo descriptiva, ya que únicamente se medirá la variable de forma objetiva y concreta sin ninguna manipulación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Participantes.

La población estuvo conformada por estudiantes del sexo femenino del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara, Piura, durante el periodo setiembre-diciembre del 2020. En total fueron 1057 estudiantes de segundo a quinto grado de secundaria, de acuerdo con el registro proporcionado por la Dirección.

Para calcular el tamaño de la muestra se tomó como referencia la fórmula para poblaciones finitas donde los valores son: Z: Nivel de confianza (1,96 = 95%); p: Proporción esperada (0,5 = 50%); q: 1 - p (0,5); e: Margen de error (0,05). El tamaño de la muestra estuvo conformado por 283 estudiantes.

Asimismo, se utilizó el muestreo por estratos, donde 2.º = 262 ($n_1 = 71$); 3.º = 248 ($n_2 = 65$); 4.º = 291 ($n_3 = 79$) y 5.º = 256 ($n_4 = 68$). De este modo, en cada estrato la selección fue a través del muestreo aleatorio simple.

En cuanto a los criterios de selección, se incluyeron estudiantes del sexo femenino del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara, Piura. Se excluyeron estudiantes del sexo femenino de primer grado de una institución educativa pública de Talara, Piura, estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (NEE) asociadas a discapacidad

verificadas a través del registro de estudiantes matriculadas y estudiantes que no contaron con acceso a internet, datos móviles o servicio de wifi. Asimismo, se eliminaron aquellas estudiantes que, pese a haber aceptado participar, al momento de la aplicación de los instrumentos desistieron de formar parte del estudio.

Técnicas e instrumentos.

La técnica utilizada fue la encuesta, y la variable Conductas Autolesivas fue medida a través de la Escala de Autolesión de SHAGER (ver Anexo A). Este instrumento elaborado por Dávila (2015) tiene como objetivo identificar autolesión en adolescentes, y es de administración individual o colectiva, con un tiempo de aplicación de 20 minutos aproximadamente. El rango de edad es entre 13 y 16 años, lo que corresponde a los grados de segundo a quinto de secundaria. Asimismo, cuenta con validez de constructo (0.945) y confiabilidad de 0.957. La escala cuenta con 30 ítems distribuidos en siete dimensiones: Influencia Interpersonal, Autocastigo, Antisuicidio, Sexual, Regulación del Afecto, Disociación y Límites Interpersonales. Además, contiene cinco opciones de respuesta con escala de tipo Likert, que va desde uno (Nunca) hasta cinco (Siempre). Además, para fines de la investigación se establecieron las normas generales para la categorización de la variable y sus dimensiones.

Además, se utilizó una ficha de factores sociodemográficos (ver Anexo B), la cual consideró los siguientes aspectos: edad, grado, sección, estado civil de los padres, lugar de posición entre hermanos, personas con las que vive, grupo social, religión y actividades con mejores amigos.

Procedimientos.

Con la finalidad de llevar a cabo la presente investigación, se solicitó la autorización de la institución educativa (ver Anexo C). Asimismo, se contó con el respaldo de la directora de la Escuela de Psicología de la universidad, a través de una carta de presentación (ver Anexo D).

Para la aplicación de los instrumentos, y considerando que se trató de una evaluación en línea, se programó una fecha con el área de Tutoría, Orientación Educativa y Convivencia Escolar (TOECE) de la institución. La aplicación fue llevada a cabo durante un fin de semana para los grados de 2.º a 5.º, con el objetivo de evitar interrumpir las clases virtuales de lunes a viernes. De esta manera, con la fecha acordada, se contactó a las estudiantes, previo envío del registro de Dirección. Luego, esta evaluación se realizó de manera colectiva, por medio del formulario de la plataforma Google, con una duración estimada de 20 minutos. A continuación, se les envió el enlace respectivo a través de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, donde se estipuló el asentimiento para la participación en el estudio, así como las indicaciones para el desarrollo del instrumento.

Aspectos éticos.

El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, donde fue evaluado y aprobado (ver Anexo E).

Es relevante mencionar que el informe fue analizado por el software antiplagio Turnitin, el cual arrojó un valor de similitud menor al 30% (ver Anexo F).

Para asegurar la participación libre y autónoma, se solicitó la autorización verbal a los padres de familia a través de la lectura de un consentimiento informado (ver Anexo G), con el fin de aprobar o no la participación de sus menores hijas en la investigación. Igualmente, en el formulario Google, se les otorgó un asentimiento a las estudiantes (ver Anexo H), en donde pudieron confirmar su participación voluntaria en el estudio. Así, si decidían formar parte de la investigación, no habría consecuencias negativas, pues contaban con la oportunidad de retirarse en cualquier momento.

De igual forma, se veló por cumplir con el principio de beneficencia, ya que se otorgaron los resultados obtenidos de la investigación a la institución educativa, de tal manera que el área de Tutoría, Orientación Educativa y Convivencia Escolar (TOECE) plantee las medidas de

prevención e intervención adecuadas y necesarias con el objetivo de salvaguardar la integridad de su población estudiantil. Además, se cumplió con el principio de justicia, pues la práctica de conductas autolesivas es una problemática que mayormente se evidencia en la adolescencia, lo cual origina la necesidad de realizar estudios específicamente con este sector de la población, con la finalidad de recabar estadísticas que sean de utilidad para los profesionales en psicología, así como para elaborar planes de tratamiento adecuados y futuras investigaciones en torno a la variable mencionada.

Procesamiento y análisis de datos.

Los datos recolectados, previamente registrados y organizados por medio del formulario de Google, fueron descargados a través del software Microsoft Excel, lo que constituyó la base de datos. Para describir las características sociodemográficas, se empleó la frecuencia en porcentaje. Después, con el fin de determinar los niveles de autolesiones, los puntajes obtenidos se sumaron y ubicaron en categorías; posterior a ello, se utilizó la función de frecuencia en porcentaje para un mejor análisis de los datos. De igual modo, el procedimiento anterior se aplicó para las dimensiones de las autolesiones según grado. Finalmente, los resultados fueron organizados y presentados en tablas y figuras.

Resultados y Discusión

Niveles de conductas autolesivas.

Con respecto a los niveles de conductas autolesivas, el mayor porcentaje de adolescentes se encuentra en nivel Promedio con 47.4% (ver Figura 1).

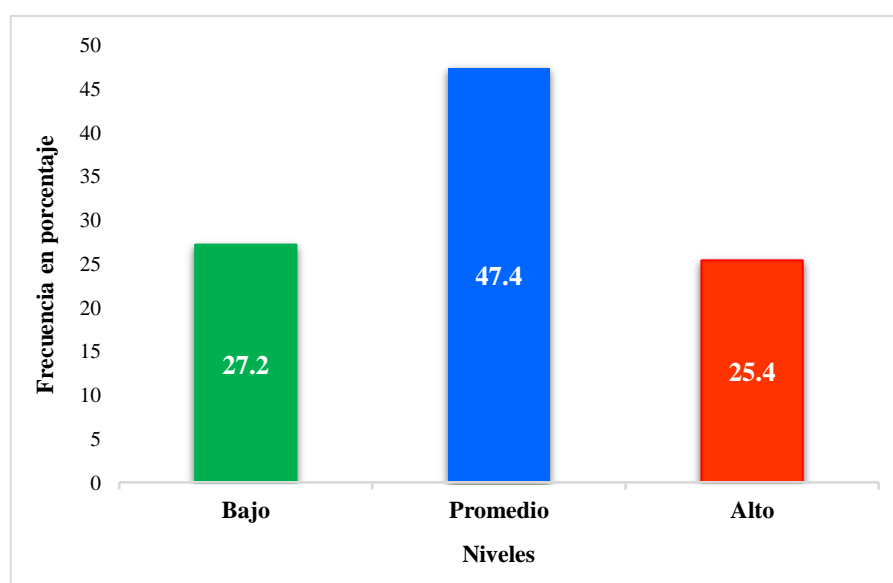


Figura 1. Frecuencia en porcentaje de los niveles de conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

Los resultados obtenidos guardan relación con los estudios realizados por Huamaní (2020) y Dávila (2015), quienes encontraron niveles Promedio de conductas autolesivas dentro de su población en un 55.2% y 45.4%, respectivamente. Sin embargo, difieren de la investigación realizada por Ayón (2018), quien obtuvo una mayor frecuencia en la categoría Bajo con 77.6% de estudiantes.

No obstante, es necesario prestar atención a la frecuencia que corresponde a la categoría Alto, pues el 25.4% constituye una cantidad significativa que, además, guarda estrecha relación con lo encontrado por Gallegos (2017) y Dávila (2015), cuyas poblaciones evidenciaban un

27.9% y 27.6%, respectivamente, lo que representaba una alta prevalencia de conductas autolesivas.

Además, en el estudio de Gallegos citado precedentemente, se ha comprobado que podría existir una relación entre conductas autolesivas y los estilos de personalidad sensible, inhibido y violento, prevaleciendo este último en un 36.3%. En la misma línea, la impulsividad podría estar relacionada con las conductas autolesivas, e incluso existiría cierto predominio en las mujeres, quienes muestran mayor tendencia a la autolesión por sus altos niveles de impulsividad (Huamaní, 2020).

Los adolescentes que se autolesionan tienen dificultades para la búsqueda de alternativas y la solución de problemas, así como para asumir una actitud positiva frente a ellos. Esto incide en la capacidad para reponerse ante las dificultades y caen en la desesperanza. Por consiguiente, las conductas autolesivas también podrían explicarse por la presencia de bajos niveles de resiliencia y uso de inadecuadas estrategias de afrontamiento frente a las adversidades personales, familiares y escolares (Cifuentes, 2018). Esto es respaldado por Ayón (2018), quien encontró una correlación inversa y significativa entre resiliencia y las conductas autolesivas, donde los estudiantes con mayor nivel de resiliencia presentaban menor nivel de conductas autolesivas.

Como se mencionó en el párrafo anterior, las personas que se autolesionan contarían con pocos recursos psicológicos para afrontar situaciones que generen estrés, lo que puede estar acompañado de bajos niveles de bienestar psicológico; de modo que existe una tendencia hacia el estilo de afrontamiento pasivo. Por ello, se debe tener en cuenta que la mayoría de las consecuencias indeseables que afectan la vida de los jóvenes bajo un ambiente estresante son de carácter psicológico (Varona, 2015). Esto se corrobora con lo encontrado por Cifuentes (2018), quien sostiene que las crisis de identidad de la adolescencia y la baja autoestima generan altos niveles de estrés que conllevan al desarrollo de estrategias de afrontamiento no adaptativas.

Por otro lado, las personas que cometen conductas autolesivas reflejan características asociadas a la angustia emocional, como afecto negativo, depresión, ansiedad y desregulación emocional. Sobre todo, son comúnmente llevadas a cabo por personas que muestran predisposición a las emociones negativas autodirigidas y la autocrítica (Klonsky et al., 2014). Ello se respalda por Klonsky & Muehlenkamp (2007), quienes manifiestan que las personas que se autolesionan tienden a experimentar emociones negativas más frecuentes e intensas en su vida diaria que las personas que no se autolesionan, lo cual podría ser la razón principal de la autolesión, pues esta conducta alivia temporalmente la angustia emocional. Asimismo, las personas que se autolesionan muestran dificultades con su experiencia, conciencia y expresión de emociones, y tienden a ser alexitímicos, lo que se evidencia mediante un déficit en las habilidades sociales y emocionales. Además, son más propensas a la autocrítica y aversión a sí mismas, acompañada de una baja autoestima.

Estas características también son evidenciadas en la investigación de Cifuentes (2018), quien encontró que los estudiantes que llevan a cabo conductas autolesivas tienen dificultad para el reconocimiento de sus emociones y presentan una débil formación en el autoconcepto. Acompañado de una baja autoestima, estos rasgos serían el principal indicador de malestar psicológico que se deriva en pensamientos de tipo autodestructivo. De igual modo, la autora evidenció que los estudiantes que se autolesionan presentan déficit de habilidades sociales, débil red de apoyo familiar al presentar complicaciones en la interacción con sus padres, y una débil red de apoyo por parte de la institución educativa a la cual pertenecían. Por lo tanto, este escenario incrementa el conflicto interior que los adolescentes experimentan, se acentúa la sensación de soledad y la incapacidad de expresar con palabras sus necesidades, lo que desencadena la práctica de autolesiones.

Niveles de conductas autolesivas según grado.

En cuanto a los niveles generales de conductas autolesivas según grado, se observa que en su totalidad las estudiantes se encuentran en un nivel Promedio. Se obtuvo 49.3% en segundo grado, 40% en tercero, 48.1% en cuarto y 51.5% en quinto (ver Figura 2).

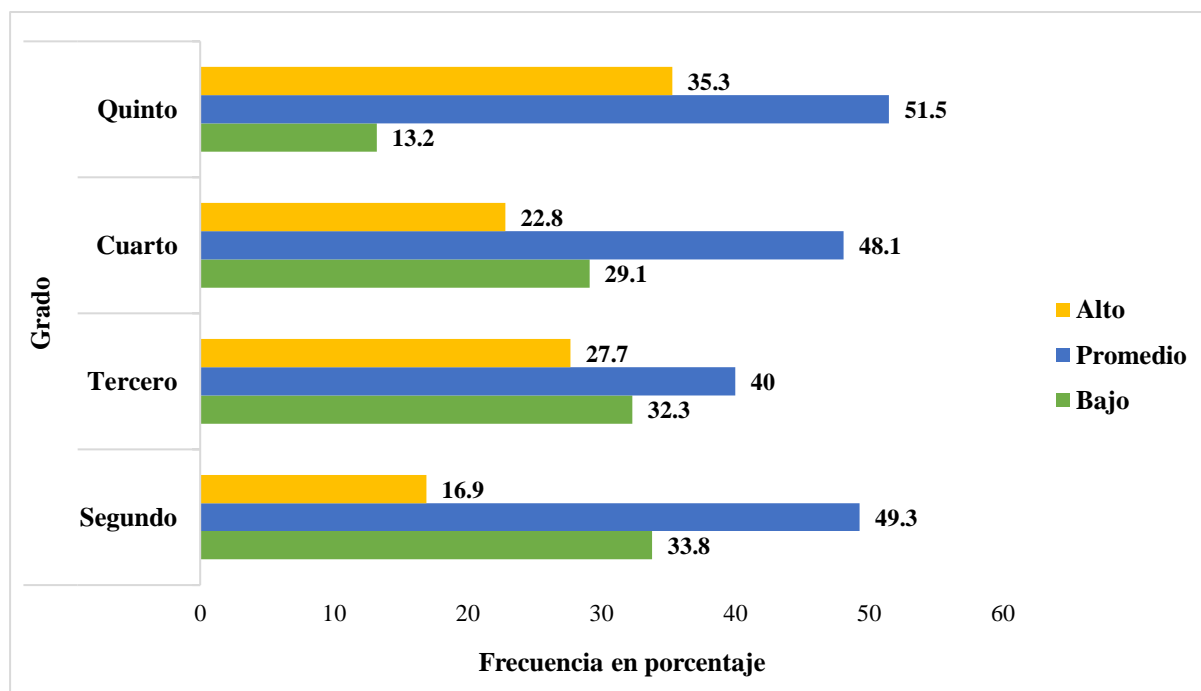


Figura 2. Frecuencia en porcentaje de los niveles generales de conductas autolesivas según grado en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

No obstante, es pertinente señalar que existe un porcentaje significativo de conductas autolesivas en nivel Alto (35.3%) en las estudiantes de quinto grado de secundaria. Este resultado se asemeja a lo encontrado por Gallegos (2017), donde el mayor índice de conductas autolesivas fue en 5.º de secundaria con 30.2%; del mismo modo, Ayón (2018) obtuvo un resultado similar. Sin embargo, difiere de Dávila (2015), quien obtuvo el mayor porcentaje en 4.º grado con 15% de nivel Alto de autolesión.

En contraste, se evidencia mayor frecuencia en la categoría Promedio de 2.º a 5.º grado. Generalmente, aquellos estudiantes que se encuentran en estos grados poseen edades de 13 a 16 años, respectivamente. En ese sentido, se debe tener en cuenta que la edad juega un papel relevante en la ejecución de conductas autolesivas. Así lo respalda la literatura empírica, donde este comportamiento es común entre adolescentes y adultos jóvenes, quienes inician alrededor de los 13 o 14 años (Klonsky et al., 2014).

A su vez, ello concuerda con la investigación de Ayón (2018), quien encontró que las edades en las que se dan mayor grado de conductas autolesivas son 12, 13 y 16 años. Estos resultados son similares a los que obtuvo Gallegos (2017), que indicaban que la edad promedio para el inicio de autolesiones era de 13 años, lo que comprobaría que las personas empiezan a autolesionarse mayormente en la adolescencia temprana. En la misma línea, Dávila (2015) evidenció que los estudiantes de 13 a 16 años fueron lo que presentaron mayor nivel de autolesión con un 28.6%.

No obstante, las investigaciones anteriores difieren del estudio de Cifuentes (2018), quien en una población colombiana evidenció que la edad de inicio y presentación con mayor

recurrencia de conductas autolesivas fue entre los 11 y 13 años. Asimismo, Magán (2017) encontró que la edad de inicio se ubicó a los 11 años y la edad promedio fue de 13.7 años. Del mismo modo, en una población mexicana, Marín (2013) encontró que el 72.1% de quienes se han infligido daño lo hizo por primera vez entre los 11 y 13 años, cuya edad promedio de inicio fue a los 11.8 años.

Por consiguiente, se evidencia que la adolescencia constituye la etapa en la que se presentan conductas autolesivas con mayor frecuencia, sobre todo se inician desde la adolescencia temprana y se afianzan con el transcurso de esta etapa; sin embargo, en algunos casos, se puede prolongar hasta el inicio de la adultez temprana.

Si bien la adolescencia es una etapa vasta que ofrece oportunidades de crecimiento físico, cognitivo y psicosocial, también conlleva simultáneamente una serie de cambios que convierten al adolescente en un agente vulnerable. De este modo, en la mayoría de los casos pueden presentarse dificultades durante este proceso. En consecuencia, los cambios hormonales pueden afectar los estados de ánimo y comportamiento, en especial a las mujeres, quienes se muestran sensibles ante su apariencia física. Asimismo, al realizar juicios imprecisos e irrazonables, los adolescentes evidencian tendencia a comportamientos de riesgo, como las conductas autolesivas (Papalia et al., 2009). Además, la crisis de identidad en esta etapa, la búsqueda de apoyo del grupo de pares, los conflictos en la familia y las primeras experiencias de noviazgo llevan a que los adolescentes presenten bajos niveles de autoestima y, en casos más extremos, desarrollen trastornos del estado de ánimo, entre otros (Morris & Maisto, 2011).

La adolescencia también es una etapa marcada por la inestabilidad emocional, lo que implica que los adolescentes no posean mecanismos de gestión emocional adecuados y se vuelvan proclives a la ejecución de conductas autolesivas (Cifuentes, 2018). Además, la inestabilidad emocional se relaciona con la agresividad que los jóvenes ejecutan en sí mismos, lo que incrementa sus niveles entre los 12 y 15 años (Varona, 2015).

Por lo tanto, al ser la adolescencia una etapa de frecuentes apariciones de problemas emocionales, la conducta autolesiva constituiría un refugio para el adolescente, ya que, al experimentar dolor, cree que su malestar se concentra en la herida y solo surge de esta, como si el origen del sentimiento se redujera y naciera de la autolesión en sí misma. Debido a ello, es necesario tomar en cuenta la edad para una mejor comprensión de este comportamiento, pues, a medida que pasan los años, aumenta la capacidad de entendimiento de las emociones por parte de los adolescentes; en contraste con el inicio de esta etapa, donde existe mayor dificultad en el manejo emocional (Varona, 2015).

Niveles de conductas autolesivas según dimensiones.

Las estudiantes se ubican en su mayoría en nivel Bajo en la dimensión Sexual con 90%, también evidencian tener un nivel Promedio en la dimensión de Antisuicidio con 71%. No obstante, la dimensión de Autocastigo presenta un nivel Alto con 35% (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Frecuencia en porcentaje de los niveles de conductas autolesivas según dimensiones en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

Nivel	Dimensiones %						
	Influencia Interpersonal	Autocastigo	Antisuicidio	Sexual	Regulación Afectiva	Disociación	Límites Interpersonales
Bajo	40.3	49.5	0	90	43.1	34.6	31.8
Promedio	29.3	15.5	71	3.9	28.3	34.6	43.1
Alto	30.4	35	29	5.7	28.6	30.7	25.1

Según Suyemoto (1998), las personas que cometen conductas autolesivas evidencian menor probabilidad de afirmar que se infligen daño como expresión de un conflicto sexual reprimido. Además, debido a que el modelo sexual se basa en la teoría psicoanalítica de Freud, carece de evidencia científica, y presenta dificultad de operacionalización y observación directa. Por ese motivo, se explicarían los resultados del presente estudio, donde se evidencia una mayor frecuencia de la dimensión Sexual en el nivel Bajo.

La función Antisuicidio sugiere que la autolesión es un mecanismo de defensa para resistir los impulsos de intentar suicidarse. Por ende, la frecuencia Promedio evidenciada en esta dimensión (71%) indicaría que las estudiantes se autolesionan como un medio para expresar pensamientos suicidas sin riesgo de muerte y como un reemplazo al deseo de terminar con su vida (Klonsky, 2007). Este resultado es semejante al de Ayón (2018), quien encontró que la dimensión Antisuicidio tiene mayor frecuencia en la categoría Promedio. Es importante tener en cuenta que la función Antisuicidio podría ser característica de los individuos que presentan un episodio depresivo, o en su defecto, sintomatología depresiva, pues este modelo sugiere la lucha contra el impulso de muerte de los individuos (Suyemoto, 1998).

La presente investigación arroja un alto porcentaje de estudiantes que identifican motivaciones relacionadas con la dimensión Autocastigo (35%). Bajo esta función, los diferentes estudios empíricos llevados a cabo han podido evidenciar que la ira autodirigida parece ser una característica destacada en quienes se autolesionan, e incluso puede motivar esta conducta. Esto es congruente con la teoría de Marsha Linehan, quien plantea que las personas que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear el comportamiento (Villarreal et al., 2013). Por lo tanto, las personas que cometen conductas autolesivas han aprendido de su entorno a castigarse o invalidarse a sí mismas; en consecuencia, la autolesión puede ser experimentada como un asunto familiar, habitual, cómodo o tranquilizador, y convertirse en una forma de calmarse a sí mismos ante la angustia emocional (Klonsky, 2005), lo que permite reducir los sentimientos de frustración, vergüenza, decepción o culpa que los llevan a sentir que merecen castigarse (Arrieta, 2020).

Lo anteriormente expuesto se valida a través de investigaciones como la de Klonsky & Muehlenkamp (2007), las cuales manifiestan que las personas que se autolesionan particularmente serían más propensas a ser autocríticas o experimentar una intensa ira o aversión hacia sí mismas. También es semejante al estudio de Klonsky (2007), quien obtuvo que más del 50% de quienes se autolesionan respalda el autocastigo o la ira autodirigida como una motivación para la ejecución de conductas autolesivas. De igual forma, Klonsky et al. (2014) encontraron que más de la mitad de la población informó que se autolesionaban como una forma de ira o autocastigo autodirigidos. De esta forma, se debe prestar minuciosa atención a la relación que tendrían las conductas autolesivas con la autocrítica y el papel que cumpliría la autoestima.

Similar a ello, Magán (2017) evidenció la presencia de pensamientos negativos de tipo destructivo en un 52% de las personas que se autolesionan, lo que corrobora que la conducta autolesiva estaría vinculada a emociones negativas como la ira, responsable de la conducta de cortarse. De igual forma, encontró que antes de la autolesión predomina la emoción de ira (64%) y el sentimiento de enfado (44%). Esto es semejante a lo obtenido por Klonsky (2007), quien evidenció que el afecto negativo agudo precede a la autolesión, y la disminución de este junto a una sensación de alivio están presentes después de realizar este acto.

Es necesario enfatizar que diversos estudios a lo largo de los últimos años han corroborado que el modelo de regulación afectiva sería el más aceptado y la principal función de la conducta autolesiva, incluso, se ha establecido como consenso en la actualidad. No obstante, es interesante percatarse que otras funciones guardan relación con dicho modelo. Un

ejemplo de ello es la función Antisuicidio que puede estar relacionada con la regulación del afecto en vista de que la conducta autolesiva alivia las emociones negativas intensas que podrían llevar a una persona a intentar terminar con su vida (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Además, aquello es consistente con Suyemoto (1998), pues llegó a la conclusión de que la autolesión tiene como función lidiar con estados emocionales intensos, como la rabia, frustración, vergüenza y la sensación de vacío, pero principalmente la autora recalca que la autolesión se entiende mejor como un comportamiento sobredeterminado, es decir, que cumple una variedad de funciones.

Características sociodemográficas.

La mayoría de las adolescentes tiene entre 14 a 16 años, con un porcentaje de 26.9% a 28.3%, respectivamente. Asimismo, un 27.9% de ellas pertenece a cuarto grado y un 78.8% es de religión católica. Además, el 47% de los padres de familia son casados y el tipo de familia que destaca es del tipo nuclear con un 50.5%. Por otro lado, las estudiantes no pertenecen a algún grupo social en un 76.3%; mientras que un 39.9% de ellas realiza más de cuatro actividades cuando se reúne con sus mejores amigos, tales como estudiar o hacer tareas, jugar o practicar deportes, salir a comer o pasear, conversar, ver películas, ir a fiestas y tomar alcohol (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Características sociodemográficas de estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

Características sociodemográficas		Frecuencia %
Edad	13	17.7
	14	26.9
	15	27.2
	16	28.3
Grado	Segundo	25.1
	Tercero	23
	Cuarto	27.9
	Quinto	24
Estado civil de los padres	Casados	47
	Convivientes	24
	Separados / divorciados	26.5
	Viuda/o	2.5
Tipo de familia	Nuclear	50.5
	Monoparental	18.7
	Extensa	26.1
	Reconstituida	2.1
	Otra	2.5
Pertenece a algún grupo	Sí (grupo religioso, deportivo, otros)	23.7
	No	76.3
Religión	Católica	78.8
	Evangélica	13.1
	Cristiana	3.5
	Testigo de Jehová	1.8
	Otra	2.8
Actividades con amigos	Una actividad	30
	Dos actividades	14.1

Tres actividades	15.9
Cuatro a más	39.9

Es importante considerar el papel que cumplen las características sociodemográficas en la ejecución de conductas autolesivas y el motivo por el cual no se puede exponer esta variable sin mencionar aquellas características.

Diversos estudios han comprobado que aspectos como la edad, el sexo, el tipo de familia, el nivel socioeconómico, entre otros, desempeñan un papel decisivo y fundamental en aquellas personas que se autolesionan. De esta forma, las características sociodemográficas constituyen factores de riesgo en sí mismas, de ahí procede su relevancia.

La conducta autolesiva es más común entre adolescentes y adultos jóvenes, y su inicio generalmente ocurre alrededor de los 13 o 14 años, tal como se expuso en el resultado de Niveles de conductas autolesivas según grado.

La mayoría de los estudios sugiere que las mujeres son más propensas a llevar a cabo conductas autolesivas que los hombres, y este mayor porcentaje se atribuye frecuentemente a que las mujeres atraviesan más conflictos emocionales que los hombres durante la adolescencia (Flores et al., 2018). Asimismo, presentan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, ansiedad u otro tipo de trastornos mentales durante esta etapa (Varona, 2015). Sobre todo, la depresión y la desregulación emocional constituyen el mejor predictor para la práctica de autolesiones en las mujeres (Marín, 2013).

Lo previamente expuesto guarda relación con el estudio de Cifuentes (2018), donde la proporción más alta de estudiantes que ejecutaban conductas autolesivas fueron las mujeres en un 23%. También es consistente con Dávila (2015), quien obtuvo que las mujeres tenían un mayor nivel de autolesión, evidenciado en un 23.6% de puntuación Alto. Asimismo, Gallegos (2017) encontró que las mujeres (32%) mayormente se han autolesionado alguna vez o lo continúan realizando en la actualidad.

No obstante, los estudios anteriores difieren de Ayón (2018), quien no evidenció diferencias significativas según sexo y conducta autolesiva. Esto es respaldado por Klonsky et al. (2014), cuyos estudios han arrojado tasas similares de incidencia de autolesión en hombres y mujeres, y que la diferencia puede estar dirigida a los métodos de autolesión, donde las mujeres tienden más a realizarse cortes en la piel. Además, a diferencia de las mujeres, los hombres se inclinan por llevar a cabo alguna acción para exteriorizar su malestar ante una situación estresante (Varona, 2015).

Por otro lado, el entorno social puede influir en el inicio, persistencia y transmisión de conductas autolesivas. En cuanto al ámbito familiar, existe un mayor riesgo cuando los padres están separados o divorciados, y en familias donde existen conflictos maritales. Además, es relevante tener en cuenta la psicopatología que pueden presentar uno de los padres o ambos, y experiencias adversas infantiles que incluyen abuso emocional, físico y sexual, así como que la madre sea maltratada o golpeada (Taboada, 2007). Esto guarda relación con Almeyda (2020), quien encontró que la autolesión se relaciona con la violencia familiar. De este modo, la presencia de la violencia sea de tipo física o psicológica aumenta la probabilidad y el riesgo de que un adolescente se inflija daño, lo que intensifica la predisposición ante esta conducta.

Asimismo, junto a la presencia de disfuncionalidad familiar, el hecho de vivir en familias extensas o reconstituidas pareciera ser otro factor de riesgo en la ejecución de conductas autolesivas. Así lo demuestra Gallegos (2017), pues encontró que el principal desencadenante de las autolesiones son los problemas en el ámbito familiar (39.9%), así como que los estudiantes que se autolesionan viven con otros familiares, como tíos, abuelos y otros que no son sus progenitores (35%), o en todo caso provienen de familias reconstituidas (35.4%).

De similar manera, Magán (2017) evidenció en su población que un 72% de adolescentes integran una familia extendida y los motivos para autolesionarse fueron familiares

(64%), con presencia de disfuncionalidad familiar en un 88%. Asimismo, pertenecían al nivel socioeconómico bajo (24%). De este modo, las desventajas socioeconómicas, como ingresos familiares reducidos y vivir en la pobreza, también constituyen factores de riesgo para las conductas autolesivas.

A partir del párrafo anterior, lo señalado guarda relación con lo encontrado por Castro (2016) en una población chilena, donde las mujeres eran quienes se autolesionaban más que los varones, y esta conducta iniciaba en la adolescencia temprana. Aquellos adolescentes que presentaban mayor riesgo eran los que vivían con su madre y padrastro, o con sus padres adoptivos. Además, las adolescentes que se infligían daño reportaban alto niveles de neuroticismo, bajo autoconcepto y bajo soporte social que sus pares que no se autolesionaban.

En una primera instancia, lo mencionado pareciera diferir de los resultados de la presente investigación, pues se encontró que un 50.5% de estudiantes provienen de familias nucleares. Sin embargo, Cifuentes (2018) encontró que, en mayor proporción, los estudiantes que se autolesionaban pertenecían a familias nucleares; además, asegura que la ausencia de alguno de los padres en el núcleo familiar no es un factor de riesgo determinante para el inicio de la práctica de conductas autolesivas. En contraste, Marín (2013) evidenció que más del 50% de su población vivía con ambos padres. De igual forma, Messer y Fremouw (2008) incluyen en su revisión un estudio donde la mayoría de los estudiantes de secundaria que se autolesionaban provenían de hogares donde sus padres estaban casados (59%).

Lo expuesto genera severas dificultades en las relaciones interpersonales en la adolescencia, lo que conlleva un escaso desarrollo de habilidades sociales para lograr vínculos adecuados y sanos con su grupo de pares. Esto se valida con la investigación de Varona (2015), quien señala que la presencia de amigos influye en que los adolescentes tomen la decisión de autolesionarse; asimismo, evidenció que, antes de ejecutar esta conducta, los jóvenes no conocían a alguien que realice el mismo acto. Sin embargo, posterior a la conducta, la mayoría de ellos indicó que tenía más de un amigo que había hecho lo mismo.

Además, es pertinente indicar que la religión podría cumplir un rol importante en la ejecución de conductas autolesivas, puesto que se ha evidenciado que las creencias religiosas previenen estos comportamientos, lo que constituye un factor protector en la mayoría de las personas (Taboada, 2007).

Por consiguiente, es necesario prestar atención al apoyo social que puede recibir el adolescente de parte de su grupo de pares, por ejemplo: pertenecer a un grupo religioso, deportivo, etc. También, es fundamental conocer las actividades que realizan cuando se encuentran en compañía de sus amigos, ya que estas pueden constituir conductas de riesgo en sí mismas, como ir a fiestas, tomar alcohol, entre otras acciones.

Conclusiones

Las estudiantes en su mayoría se encuentran en el nivel Promedio de conductas autolesivas. No obstante, existe un porcentaje significativo de estudiantes que se ubican en el nivel Alto.

Las estudiantes de segundo a quinto grado se encuentran en su totalidad en un nivel Promedio de conductas autolesivas. Sin embargo, quinto grado presenta un mayor porcentaje de estudiantes que se ubican en el nivel Alto.

Las estudiantes se ubican en su mayoría en un nivel Bajo en la dimensión Sexual, seguido de un nivel Promedio en la dimensión de Antisuicidio. No obstante, la dimensión de Autocastigo presenta un nivel Alto.

Las estudiantes provienen de familias de tipo nuclear, con padres casados. Asimismo, son de religión católica y la mayoría de ellas no pertenece a ningún grupo social. Por otro lado, realizan más de cuatro actividades cuando se reúne con sus mejores amigos.

Recomendaciones

Se sugiere realizar investigaciones similares a este tipo de estudio, en población masculina, así como desarrollar trabajos donde se tome como referencia las conductas autolesivas en la región Piura.

Se recomienda realizar estudios correlacionales con variables que se consideran de relevancia para profundizar en términos como: ideación suicida y sintomatología depresiva.

Se sugiere llevar a cabo estudios que midan la asociación de factores de riesgo con las conductas autolesivas.

Se sugiere el desarrollo y la propuesta de un plan de acción por parte de la institución educativa con la finalidad de abordar esta problemática, y a su vez contar con la participación de estudiantes, padres de familia y docentes.

Referencias

- Agencia Peruana de Noticias. (7 de febrero del 2019). ¡Alerta! Advierten incremento de casos “cutting” desde los 12 años. *Andina*. Recuperado de <https://www.andina.pe/agencia/noticia-alerta-advierten-incremento-casos-cutting-desde-los-12-anos-741690.aspx>
- Almeyda, C. (2020). *Violencia familiar y autolesión en adolescentes de dos instituciones educativas del distrito de Comas, 2019* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/41310/Almeyda_PCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arrieta, S. (2020). *Revisión bibliográfica narrativa sobre la autolesión no suicida* (Tesis de pregrado). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de https://eprints.ucm.es/61149/1/ARRIETA_CASTELLANOS_SE_TFG.pdf
- Ayón, H. (2018). *Resiliencia y conductas autolesivas en adolescentes del nivel secundario de la institución educativa N° 164 El Amauta – San Juan de Lurigancho, 2018* (Tesis de maestría). Universidad de César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/35511/Ay%c3%b3n_EHJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castro, K. (2016). *Conducta autolesiva en adolescentes chilenos y su asociación con diversos factores de protección y de vulnerabilidad psicológica: papel mediador de las estrategias de afrontamiento* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, España [Resumen]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137972>
- Cifuentes, N. (2018). *Autolesiones en adolescentes: ansia de vida* (Tesis de maestría). Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/1241/1/CBA-Spa-2018-Autolesiones_en_adolescentes_ansia_de_vida_Trabajo_de_grado.pdf
- Dávila, S. (2015). *Diseño y validación de una escala de autolesión en escolares de Los Olivos*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú.
- De la Fuente, M. (2018). *Autolesiones en la adolescencia* (Tesis de pregrado). Universidad de Valladolid, España. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30252>

- Flores, M., Cancino, M. & Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 200-216. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/200-216/es>
- Frías, A., Vásquez, M., Del Real, A., Sánchez, C. & Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 5. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>
- Gallego, B. (2019). *Factores de riesgo y de protección de las autolesiones no suicidas en población adolescente española* (Tesis doctoral). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1020>
- Gallegos, M. (2017). *Estilos de personalidad y autolesiones en alumnos de tercero a quinto de secundaria en la ciudad de Arequipa* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4566>
- González, L. Vasco, I. & Nieto, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855292>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta edición). Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Huamaní, L. (2020). *Impulsividad y autolesión en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Carmen de la Legua Reynoso – Callao, 2019* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/43161/Huaman%
c3%ad_%20DLDC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/43161/Huaman%c3%ad_%20DLDC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Klonsky, E. (2005). *The functions of deliberate self-harm in college students* (Order No. 3202680). Available from ProQuest Central. (305406103). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/305406103?accountid=37610>
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E., Victor, S. & Saffer, B. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Magán, M. (2017). *El pensamiento autodestructivo en la conducta autolesiva tipo cutting de las adolescentes piuranas* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú [Resumen]. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7661/Magan_mm%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitiva conductual para adolescentes que se autolesionan* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de

- México. Recuperado de http://www.ciencianueva.unam.mx/bitstream/handle/123456789/78/28_desarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Messer, J., & Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 162-178.
- Morris, C. & Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología* (13ª Ed.). México: Pearson Educación.
- Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Informe sobre la salud en el mundo 2014*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia* (11ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
- Taboada, E. (2007). Autolesiones (primera parte). *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5(3), 7-31.
- Varona, S. (2015). *Autolesiones en adolescente: estilos de afrontamiento y efecto*. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/6718/VARONA_KLIOUKINA_SOF%c3%8dA_AUTOLESIONES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M. & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art06.pdf>

Anexos

Anexo A

ESCALA DE AUTOLESIÓN - SHAGER Sharon Geraldine, Dávila Obando (2015)

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____ EDAD: _____ FECHA: _____ SEXO: _____

INSTRUCCIONES:

LEA ATENTAMENTE LAS PREGUNTAS Y RESPONDA CON TOTAL SINCERIDAD MARCANDO CON UNA (X) EN ALGUNAS DE LAS ALTERNATIVAS, EN ESTE TEST NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS. POR FAVOR, LEA DETALLADAMENTE CADA ÍTEM ANTES DE MARCAR, CUANDO NO ESTÉ SEGURO (A), RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE USTED SIENTA, NO EN LO QUE USTED PIENSA QUE ES CORRECTO.

ELIJA EL PUNTAJE MAS ADECUADO DE 1 A 5 QUE MEJOR LA DESCRIBA EN LA SIGUIENTE ESCALA:

ÍTEM	ALTERNATIVAS				
	NUNCA 1	RARA VEZ 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Te has sentido presionado(a) o influenciado(a) por otras personas para hacerte daño					
2. Alguna vez has tenido la necesidad de hacerte daño.					
3. Has pensado en autolesionarte.					
4. Tomas laxantes para adelgazar					
5. Alguna vez te has inducido el vómito.					
6. Hay por lo menos dos personas a las que les puedo hablar si me quiero hacer daño.					
7. Puedes conversar sin sentirte muy incómodo(a) de la autolesión con al menos compañeros (as) de clase con tal de conseguir ayuda.					
8. Cuentas con un listado de cosas que puedes hacer para lastimarte.					
9. Cuando tienes deseos de hacerte daño, sueles perderte en tu mente.					
10. Sientes nervios o ansiedad antes de pensar en hacerte daño.					
11. Alguna vez han abusado físicamente de ti.					
12. Te has cortado intencionalmente en alguna ocasión.					
13. Has ofrecido en algún momento intercambio sexual por afecto.					
14. En ocasiones has atentado contra tu vida					
15. Has pensando en hacerte perforaciones o tatuajes en el cuerpo					
16. Alguna vez han abusado sexualmente de ti					
17. Sueles bloquearte con frecuencia.					
18. Existen ocasiones en que no te puedes controlar y empiezas a tirar cosas o a insultarte.					
19. Tienes un lugar a donde ir si deseas salir de tu casa para no tener que hacerte daño.					
20. Sueles contar a personas desconocidas que te lastimas.					
21. Sueles perderte en tus pensamientos negativos.					
22. Uso información de redes como videos, foros, blogs que me sirven de ejemplo para autolesionarme.					
23. A veces piensas que cortándote o haciéndote daño será lo mejor para ti.					
24. Cuando sientes que la vida no tiene sentido, sueles lastimarte.					
25. A veces no quieres comer por miedo a engordar y que no te quieran.					
26. Tus amigas (os) te presionan para lastimarte.					
27. Tienes pensamientos suicidas.					
28. Alguna vez he sufrido un accidente o me herido gravemente intencionalmente.					
29. Alguna vez he consumido alguna sustancia tóxica.					
30. Cuando te lastimas sientes satisfacción.					

Anexo B**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Instrucciones: A continuación, encontrarás algunas preguntas sobre ti y tu familia. Debes saber que toda la información que nos brindes será de carácter confidencial. Es importante que respondas con sinceridad y recuerda que no es un examen, por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. ¿Cuántos años tienes? Entre 11 a 17 años.
2. ¿En qué grado estás?
 - a. Segundo
 - b. Tercero
 - c. Cuarto
 - d. Quinto
3. ¿A qué sección perteneces?
 - a. A
 - b. B
 - c. C
 - d. D
 - e. E
 - f. F
 - g. G
 - h. H
 - i. I
4. ¿Cuál es el estado civil de tus padres?
 - a. Casados
 - b. Convivientes
 - c. Separados/Divorciados
 - d. Viuda/o
5. ¿Qué número de hija eres? (por ejemplo: 2 de 3 hermanos) _____
6. ¿Con quién/es vives?
 - a. Mamá
 - b. Papá
 - c. Hermano/a/s
 - d. Tío/a/s
 - e. Primo/a/s
 - f. Abuelo
 - g. Abuela
 - h. Otro
7. ¿Perteneces a algún grupo de tu comunidad? (por ejemplo: grupo católico, coro, equipo deportivo, grupo musical, taller de danzas, etc.)
 - a. Sí
 - b. No
8. ¿A qué religión perteneces?
 - a. Católica
 - b. Evangélica

- c. Adventista
 - d. Mormona
 - e. Testigo de Jehová
 - f. Otra
9. Cuando te reúnes con tus mejores amigas/os, ¿qué hacen? (puedes seleccionar más de una opción)
- a. Estudiar o hacer tareas
 - b. Jugar o practicar deportes
 - c. Salir a comer y/o pasear
 - d. Conversar
 - e. Ver películas
 - f. Ir a fiestas
 - g. Tomar alcohol
 - h. Consumir drogas
 - i. Robar

Anexo C

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”

Chiclayo, julio del 2020

Sra.
MARÍA MARISOL ALARCÓN DÍAZ
DIRECTORA DE LA I.E.
Ciudad

SD

Por medio de la presente reciba mis saludos cordiales, deseando se encuentre bien de salud y que su gestión educativa sea provechosa en este tiempo de emergencia sanitaria.

Yo, BRIAN ANDRÉS ANCAJIMA CARRASCO, con DNI 70003532 y código universitario 161TS63586, estudiante de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de la ciudad de Chiclayo. Encontrándome actualmente en la elaboración de mi proyecto de tesis titulado “Conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020”. Solicito a su dirección me brinde autorización para la ejecución de mi proyecto de investigación en la institución que ud. dirige, debido a la amplia población de adolescentes en formación y a la gran trayectoria que posee en la provincia de Talara.

Recurso a usted para que sirva acceder a mi solicitud, autorizando realizar mi investigación con la población estudiantil del presente año lectivo y por ser menores de edad informar a sus padres sobre el trabajo que se va a realizar, estoy a su disposición para coordinar con usted y otros profesionales de la IE. si así lo cree conveniente para exponer mi trabajo.

Sin otro particular por el momento, me despido esperando su confirmación.

Cordialmente,

BRIAN ANDRÉS ANCAJIMA CARRASCO
DNI: 70003532

Anexo D

Carta N° 046– 2020 -USAT-EPSI

B Becerra Escate Nelly Patricia <nelly.becerra@usat.edu.pe>
Jue 23/07/2020 11:20
Para: maaldi20@hotmail.com
CC: ANCAJIMA CARRASCO, BRIAN ANDRES

Chiclayo, 20 de julio del 2020

Carta N° 046– 2020 -USAT-EPSI
Lic. María Marisol Alarcón Díaz
Directora de la Institución Educativa
Talara, Piura

Reciba el cordial saludo de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Escuela de Psicología, quienes oramos por su bienestar, el de su familia y de sus colaboradores. La presente tiene por finalidad informarle que nuestro estudiante ANCAJIMA CARRASCO, BRIAN ANDRES, tiene como propuesta de Tesis para optar su título de licenciado, Conductas Autolesivas en Estudiantes del Nivel Secundario de una Institución Educativa Pública de Talara - Piura, 2020. La población estará constituida por estudiantes de su institución. Razón por la cual requiere su autorización para poder ejecutarla además información de contacto (correos o números de celular) de dichos estudiantes para poder invitarlos a participar y a quienes acepten enviarles el consentimiento informado con los instrumentos que se utilizaran en dicha investigación.

Por la deferente atención que brinde a la presente, le anticipo mi agradecimiento y hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

Mgtr. Nelly Patricia Becerra Escate
Dirección de Escuela de Psicología
Facultad de Medicina
RPC 978726646

Anexo E



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN Nº 426-2020-USAT-FMED
Chiclayo, 17 de setiembre de 2020

Vista la solicitud virtual Nº TRL-2020-8388 con fecha de aprobación 08 de setiembre de 2020 que adjunta el documento emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación del estudiante ANCAJIMA CARRASCO BRIAN ANDRES, de la Escuela de Psicología. Asesor: Dra. Marilia Sibebe Cortez Vidal.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Psicología.

Que el proyecto de Investigación denominado: **CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DE TALARA - PIURA, 2020**, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Psicología y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria Nº 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que el estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mgtr. Luis Enrique Jara Romero
Decano (e)
Facultad de Medicina

Anexo F

Reporte de software antiplagio Turnitin

Informe de Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	bdigital.uexternado.edu.co Fuente de Internet	2%
4	psicoapuntesweb.wordpress.com Fuente de Internet	1%
5	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
7	www.revsaludpublica.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
9	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%

Anexo G

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Padre de Familia

Institución: I.E. [REDACTED] - Talara

Investigador: Brian Andrés Ancajima Carrasco

Título: Conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

Señor padre de familia:

A través del presente documento se solicita la participación de su menor hija en la investigación Conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara, Piura.

Fines del Estudio:

La investigación es desarrollada por un estudiante de la Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, con el fin de determinar los niveles de conductas autolesivas, las cuales son definidas como actos deliberados cuyo objetivo es producir daño físico directo al propio cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.

Procedimientos:

Si usted acepta la participación de su hija en este estudio, se le pedirá que responda a las preguntas de dos cuestionarios, que tienen una duración de 30 minutos aproximadamente.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Se le informará a su menor hija de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los test's realizados, a través de la psicóloga de la institución.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación de su hija en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole. Los costos de todos los test serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los resultados finales de la investigación serán entregados a los directivos de la Institución Educativa donde las respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información:

La información se mantendrá guardada por un periodo de dos años, pasado este tiempo, será eliminada.

Derechos del participante:

La participación es voluntaria. Su hija tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llamar a Brian Andrés Ancajima Carrasco al teléfono 958566261.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que su hija ha sido tratada injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, a través del correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hija participe en este estudio, comprendo en qué consiste su participación en el proyecto, también entiendo que puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Padre de familia

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Brian Andrés Ancajima Carrasco

70003532

Anexo H

Asentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución: I.E. [REDACTED] - Talara

Investigador: Brian Andrés Ancajima Carrasco

Título: Conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

Propósito del estudio:

Invitamos a usted a participar en el estudio “Conductas autolesivas”, desarrollado por un estudiante de la Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Las conductas autolesivas son definidas como actos deliberados cuyo objetivo es producir daño físico directo al propio cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.

Se realiza este estudio con el fin de determinar los niveles de conductas autolesivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Talara - Piura, 2020.

Procedimientos:

Si decides participar en este estudio tendrás que responder a dos test’s de aproximadamente 15 minutos cada uno.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Si lo deseas, se te informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los test’s realizados, a través de la psicóloga del colegio.

Costos e incentivos

No deberás pagar por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole. Los costos de todos los test’s serán cubiertos por el estudio y no te ocasionarán gasto alguno.

Confidencialidad:

Se guardará tu información con códigos y no con nombres. Si los resultados son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes. Tus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Uso de la información obtenida:

La información se mantendrá guardada por un periodo de dos años, pasado este tiempo, será eliminada.

Derechos del participante:

Si decides participar en el estudio, puedes retirarte de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al investigador a cargo del estudio: Brian Andrés Ancajima Carrasco, al teléfono 958566261.

Si tienes preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o crees que has sido tratada injustamente puedes contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo a través del correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe.

ASENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué significa mi participación en el estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Brian Andrés Ancajima Carrasco

70003532
