



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA: CARACTERÍSTICAS Y SIGNIFICADOS DE LA EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES DE UN COLEGIO PÚBLICO DEL DISTRITO DE CARABAYLLO 2023

**Línea de investigación:
Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en psicología clínica

Autora

Canchari Erazo, Ángela Alisson Natividad

Asesor

López Odar, Dennis R.

ORCID: 0000-0001-7622-7066

Jurado

Díaz Hamada, Luis

Mendoza Huamán, Vicente

Quiñones Gonzáles, Linda

Lima - Perú

2025



CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA: CARACTERÍSTICAS Y SIGNIFICADOS DE LA EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES DE UN COLEGIO PÚBLICO DEL DISTRITO DE CARABAYLLO 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	erecursos.uacj.mx Fuente de Internet	<1%
5	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	doaj.org Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
8	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONDUCTA AUTOLESIVA NO SUICIDA: CARACTERÍSTICAS Y SIGNIFICADOS
DE LA EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES DE UN COLEGIO PÚBLICO DEL
DISTRITO DE CARABAYLLO 2023**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y Psicología educativa

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en
psicología clínica**

Autora:

Canchari Erazo, Ángela Alisson Natividad

Asesor:

López Odar, Dennis R.

ORCID: 0000-0001-7622-7066

Jurado:

Díaz Hamada, Luis

Mendoza Huamán, Vicente

Quiñones Gonzáles, Linda

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

A mi papá en el cielo. A mi mamá y hermana por su ayuda y sus recomendaciones en este proceso.

A mi familia, cada uno con sus formas particulares y características diferenciales fueron un apoyo a lo largo de mi carrera.

Pero de forma especial a mi esfuerzo, a mis ganas de culminar este ciclo empezado hace muchos años para cumplir conmigo misma.

Agradecimientos

A la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal por albergarme los seis años de carrera y proporcionarme los conocimientos para mi formación académica.

A las personas que me permitieron conocer de ellos en las entrevistas.

Al Magister Dennis López Odar por su direccionamiento, guía y paciencia en todo el proceso, pero sobre todo por su compromiso y apoyo incondicional hasta el final.

ÍNDICE

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Descripción y formulación del problema.....	12
<i>1.1.1. Formulación del problema.....</i>	<i>15</i>
<i>1.1.2. Problemas específicos.....</i>	<i>15</i>
1.2. Antecedentes.....	16
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales.....</i>	<i>16</i>
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales.....</i>	<i>19</i>
1.3. Objetivos.....	21
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>	<i>21</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>22</i>
1.4. Justificación.....	23
II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	24
<i>2.1.1. Autolesiones no suicidas.....</i>	<i>24</i>
<i>2.2.1 Adolescencia.....</i>	<i>38</i>
III. MÉTODO.....	41
3.1. Tipo de investigación.....	41
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	42
3.3. Variables o categorías de análisis.....	42
3.4. Población y muestra.....	45
3.5. Instrumentos.....	47
3.6. Procedimientos.....	52

3.7. Análisis de datos.....	54
3.8. Consideraciones éticas.....	55
IV. RESULTADOS.....	57
4.1. Características de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes.....	57
4.1.1. <i>Métodos de autolesión no suicida</i>	57
4.1.2. <i>Objetos utilizados para autolesionarse</i>	58
4.1.3. <i>Partes del cuerpo donde predomina la conducta autolesiva</i>	59
4.1.4. <i>Lugares donde ejecutan la conducta autolesiva</i>	59
4.1.5. <i>Estrategias que usan los adolescentes para ocultar las marcas de las autolesiones</i>	60
4.1.6. <i>Formas de conocimiento sobre las autolesiones</i>	61
4.1.7. <i>Tiempo de inicio y frecuencia de la conducta autolesiva</i>	62
4.2. Experiencia de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes.....	63
4.2.1. <i>Pensamientos y sentimientos vinculados a las autolesiones no suicidas (antes, durante y después de las lesiones)</i>	63
4.2.2. <i>Razones por las que los adolescentes se autolesionan</i>	64
4.2.3. <i>Significado otorgado a la conducta autolesiva no suicida</i>	66
4.2.4. <i>Mecanismo de afrontamiento frente a la conducta autolesiva no suicida</i>	67
4.2.5. <i>Características de apoyo socioemocional en los adolescentes frente a la conducta autolesiva</i>	67
4.2.6. <i>Probabilidad de reincidir en la conducta autolesiva no suicida</i>	68
4.2.7. <i>Conocimiento de la experiencia de la conducta autolesiva no suicida en su medio para con sus pares</i>	69
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	71
VI. CONCLUSIONES.....	85

VII. RECOMENDACIONES.....	87
VIII. REFERENCIAS.....	89
IX. ANEXOS.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Diferencias entre la conducta autolesiva y el intento suicida, según Villarroel (2013) y Walsh (2006)	26
Tabla 2.	Clasificación de la conducta autolesiva en categorías, formas de presentación, métodos y patologías	30
Tabla 3.	Edad de los estudiantes, frecuencia y porcentajes.....	46
Tabla 4.	Año académico en curso, frecuencia y porcentajes	46
Tabla 5.	Evidencias de validez de contenido de la guía de entrevista.....	51
Tabla 6.	Cantidad, frecuencia y porcentajes de los métodos de autolesión usados por los adolescentes.....	58
Tabla 7.	Frecuencia de uso de objetos para la autolesión no suicida.....	58
Tabla 8.	Método usado y partes del cuerpo lesionadas.....	59
Tabla 9.	Tiempo de inicio de las autolesiones.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Razones para realizar la conducta autolesiva no suicida.....	69
Figura 2.	Consecuencias de la conducta autolesiva no suicida en los pares.....	70

RESUMEN

Los adolescentes son vulnerables a factores que pueden desencadenar conductas de riesgo, una de ellas es la conducta autolesiva no suicida. Este estudio tiene como objetivo describir, conocer y comprender la experiencia de esta conducta desde la perspectiva de los propios adolescentes. Se llevó a cabo una investigación cualitativa con diseño fenomenológico de nivel descriptivo, utilizando una guía de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas aplicadas a dieciséis adolescentes de 11 a 15 años, estudiantes de secundaria de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo que presentaban conductas autolesivas sin intención suicida. La validez del contenido de las entrevistas fue verificada mediante el coeficiente V de Aiken, que mostró concordancia y acuerdo entre los jueces. La técnica de análisis de datos por medio de la triangulación reveló que la conducta autolesiva comienza alrededor de los 11 años, el corte en la piel es el método más usado, especialmente en el género femenino. La principal razón para esta conducta es la disfuncionalidad familiar. La conducta se presenta frente a un estado emocional alterado. El significado que los adolescentes atribuyen a esta conducta es aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, resolver una dificultad interpersonal o inducir a un estado de sentimiento positivo. La probabilidad de reincidencia es alta debido a un manejo inadecuado de emociones como la tristeza, enojo e ira a lo que se suma la búsqueda de resultados inmediatos de manejo emocional. Dado el aumento de este comportamiento, es crucial proporcionar investigaciones y ofrecer estrategias de prevención e intervención.

Palabras clave: Autolesiones no suicidas, conducta, características, experiencia, significado, adolescentes.

ABSTRACT

Adolescents are vulnerable to factors that may trigger risky behaviors, one of which is non-suicidal self-injury. This study aims to describe, understand, and comprehend the experience of this behavior from the perspective of the adolescents themselves. A qualitative investigation with a phenomenological design at a descriptive level was conducted, using a semi-structured interview guide with open-ended questions applied to sixteen adolescents between 11 to 15 years old, secondary school students from a public school in the district of Carabayllo, who exhibited self-injury behaviors without suicidal intent. The content validity of the interviews was verified using Aiken's V coefficient, which demonstrated concordance and agreement among the judges. The data analysis technique through triangulation revealed that self-injury tendencies begin around the age of 11, with skin cutting being the most common method, especially among females. The primary reason for this behavior is family dysfunction. It arises in response to an altered emotional state. The meaning that adolescents attribute to this behavior is to relieve a negative emotional or cognitive state, resolve an interpersonal difficulty, or induce a positive emotional state. The likelihood of recurrence is high due to inadequate emotion management, particularly sadness, anger, and rage, compounded by the search for immediate emotional relief. Given the increase in these conducts, providing further research and offering prevention and intervention strategies is crucial.

Keywords: Non-suicidal self-injury, behavior, characteristics, experience, meaning, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano por su complejidad en el continuo de la vida, transita por diferentes etapas, estadios, y procesos que al conceptualizarse como un ser biopsicosocial se encuentra expuesto a un desarrollo interno y externo siendo modulado o influenciado por experiencias que conllevan a la expresión de conductas internalizadas o exteriorizadas. Solo para delimitar y centrarse en una de esas expresiones es necesario observar y entender al sujeto en su medio, en su ambiente de actuación para así comprender los mecanismos usados para afrontar situaciones determinadas o pretender proporcionar una explicación a su actuar.

Es por ello que, en el campo de la adolescencia, y se menciona campo pues es una vasta y complicada área en el desarrollo humano que dura solo un tiempo determinado inmersa de cambios acelerados en los aspectos fisiológicos, cognitivos, conductuales y sociales, pero sobre todo emocionales; influenciados también por una cultura y un avance en la tecnología que pueden sumar o restar formas de defensa que permitan afrontar situaciones de manera óptima, adaptables o desafortunadas.

Es por ello, que la presente investigación está destinada a conocer sobre la conducta autolesiva no suicida y la experiencia de la población que ejecutan tal conducta, en este caso de los adolescentes.

La primera sección plantea el problema de investigación, la información de antecedentes nacionales e internacionales, los objetivos a los cuales se quiere llegar y los lineamientos de justificación del trabajo. La segunda sección esquematiza la formación de bases teóricas que ofrecen sustento a la variable de la conducta autolesiva no suicida, los criterios diagnósticos, modelos que expliquen la conducta y su relación en la población adolescente.

La tercera sección expone el método usado, el ámbito temporal y espacial de la investigación, el diseño de las categorías de análisis, la guía de entrevista como instrumento de recolección de información en la población de estudio, la forma en cómo se llevó a cabo tales entrevistas, el trabajo de campo ejecutado, el análisis de datos y la información obtenida considerando los aspectos éticos.

Para la cuarta sección se exhiben los resultados encontrados según las categorías de análisis establecidas, se conoce las manifestaciones de los adolescentes según la experiencia de la conducta autolesiva no suicida. La quinta sección aborda la discusión de los resultados analizados en relación al marco teórico, a las preguntas planteadas y a los estudios previos. La sexta sección corresponde a las conclusiones del trabajo de investigación. La séptima sección brinda las estrategias de implementación para abordar el tema en estudio. La octava sección se detalla las fuentes bibliográficas usadas y finalmente para la novena sección se adjuntan los anexos empleados en la investigación.

1.1. Descripción y formulación del problema

En el ámbito de la psicología clínica y educativa específicamente en el trabajo con los adolescentes uno de los principales objetivos es el de identificar factores que se encuentren implicados en los procesos de aprendizaje, justamente para un buen desempeño de éste, en un marco ideal sería adquirir competencias necesarias que permitan un éxito en el área académica pero este proceso continuo de aprendizaje no se asimila de forma aislada en el individuo adolescente pues existe todo un sistema que acompaña y se expresa en sus diferentes áreas: biológica, social, cognitiva, emocional y familiar, que el conjunto y las implicancias que cada uno de ellas tenga tendrán como resultado la superación óptima de esta etapa.

La adolescencia en su desarrollo evolutivo está comprendida como una etapa de transición que se caracteriza por presentar periodos críticos pues es el puente o nexo entre el niño y el adulto, por lo tanto, los cambios que se presenten o las influencias a las que están

expuestas serán fundamentales en la adaptación o consolidación de una identidad, pero es necesario mencionar que este proceso podría estar plegado de la presencia de conductas de riesgo que dañen el curso normal del periodo. Además, la vulnerabilidad que el adolescente pueda presentar hace que sea más propenso a desarrollar conductas de riesgo, una de ellas son las autolesiones no suicidas que según Villarroel et al. (2013) es “Toda conducta deliberada destinada a producir daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte” (p. 39). Más allá de ser la autolesión una característica dentro de una patología se está tornando una manera de expresión de una emoción desfavorable o una dificultad en el manejo de una situación. A la falta de datos estadísticos considerables para ser entendido como un trastorno de urgente atención se vislumbra como un fenómeno silencioso, oculto y preocupante que, a nivel nacional e internacional en nuestra población joven esta conducta empieza a mostrarse como una práctica de mayor incidencia en adolescentes de edades tempranas. En relación a lo anterior, se pueden observar algunos datos que demuestran el aumento de esta conducta, Martín (2024) en su artículo informativo para España refiere que las diferentes conductas de autolesión no suicida están invadiendo a preadolescentes y jóvenes alcanzando en los últimos años el 25% de las generaciones más jóvenes en todo el mundo con riesgo extremo de generar adicción. En líneas más adelante hace mención a la probabilidad de que un adolescente de ese porcentaje intente suicidarse es en un 30%; por lo que las autolesiones son vistas como un “semáforo en ámbar” puesto por los adolescentes para pedir ayuda. En la esfera nacional, Berríos (2024) argumenta en otro artículo informativo que entre los años 2018 y 2023 hubo 7787 avisos de intentos de suicidios en el Perú según La Vigilancia Centinela del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), mostrando que el 69% son mujeres y 47% son jóvenes entre 18 a 29 años, revelando que las regiones con mayores notificaciones fueron Lima seguida de Ayacucho, evidenciando un problema de salud pública. Esto se menciona con la finalidad de comprender que una posible consecuencia de las

autolesiones no suicidas en población joven puede devenir en intentos de suicidio por lo que Sarmiento et al. (2019), señala:

La autolesión deliberada sin intención suicida es un problema de salud pública que compromete a población adolescente y adulta joven, menciona una prevalencia mundial entre 11,5 al 19,2% en población general y en población con comorbilidades aumenta hasta un 40 a 80%. El 12,8% de los adolescentes se sienten incapaz de detenerse y el 6,9% presenta una sensación de adicción a autolesionarse lo que se asocia con una práctica en la edad adulta (p. 65.e2).

Por lo anterior mencionado y como profesional que analiza la conducta humana surge el interés de esta investigación en conocer las manifestaciones que presentan los adolescentes al realizar una conducta autolesiva no suicida y a determinar los factores que contribuyen al desarrollo del comportamiento autolesivo en el área escolar. Es decir, este trabajo tiene como finalidad entender la conducta del adolescente que se autolesiona con las declaraciones proporcionadas por ellos mismos que más allá de ser un dato estadístico busca comprender la experiencia individual de cada uno de ellos para generar formas de intervención que permitan ayudar a restablecer probables desequilibrios emocionales considerando que cada uno son un universo independiente con características o influencias similares pero diferentes a su vez, por lo expuesto me conlleva a realizar la siguiente formulación del problema:

1.1.1. Formulación del problema

1.1.1.1. Problema general

- ¿Cómo manifiestan la conducta autolesiva no suicida los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabaylo - 2023?
- ¿Qué significado presenta la conducta autolesiva no suicida para los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabaylo - 2023?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los métodos y objetos para autolesionarse más utilizados en los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo - 2023?
- ¿En qué parte del cuerpo predomina las autolesiones de los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo - 2023?
- ¿En qué lugares llevan a cabo la conducta autolesiva los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo - 2023?
- ¿Con qué frecuencia llevan a cabo la conducta autolesiva no suicida los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo - 2023?
- ¿Cuáles son los motivos, sentimientos, y pensamientos que están vinculados a las autolesiones no suicidas en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 antes, durante y después de la conducta?
- ¿Qué estrategias aplican para ocultar las autolesiones los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023?
- ¿Qué mecanismos de afrontamiento utilizan los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 para el manejo de las conductas autolesivas?
- ¿Cómo se manifiesta la conducta autolesiva en los pares de los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo - 2023?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En los trabajos encontrados en nuestro medio nacional tenemos:

Briones y Donayre (2023) en su investigación buscaron analizar las experiencias subjetivas desde la perspectiva de los adolescentes que se autolesionan. La investigación es de corte cualitativo, con un diseño fenomenológico. Se aplicó una entrevista semiestructurada a cuatro adolescentes mujeres entre 14 a 17 años del nivel secundario, la guía fue validada por

expertos. El objetivo era identificar el rol de la familia, los factores asociados y las motivaciones en las practicas autolesivas. Los resultados obtenidos concluyeron que las discusiones familiares, la violencia física, verbal, amenazas, temor, y miedo son identificatorias del rol de la familia. En cuanto a los factores asociados hay una búsqueda de afecto por parte de las adolescentes, de sentirse amadas, queridas y aceptadas en su relación con su familia y sus amigos. Las razones que conllevaron a las prácticas autolesivas fueron los vínculos entre el afecto inseguro, baja autoestima, impulsividad, problemas de interacción y la falta de atención de los progenitores. Las autoras proponen la importancia de desarrollar programas preventivos que promuevan el autocuidado y las relaciones afectivas equilibradas en el ámbito familiar y educativo.

Cabrera (2021) investiga las diferencias significativas en las autolesiones no suicidas en función de edad, grado y sexo. La muestra estuvo conformada por 459 adolescentes de la ciudad de Lima. Entre las edades de 12 a 17 años del nivel secundario. Usó el Cuestionario de Autolesiones en Español (SHQ-E) este instrumento fue validado mediante el análisis factorial exploratorio (AFE). La valoración de los datos lo realizó mediante el coeficiente correlación de Rho de Spearman para los análisis descriptivos e inferenciales y U de Mann – Whitney y Kruskal Wallis para la diferencia de grupos independientes. Halló que el 29.8% presentó pensamientos autolesivos, el 23.3% pensamientos suicidas, y el 19.8% conductas autolesivas; encontrándose que existe correlación positiva y significativa entre las variables de pensamiento y conducta autolesiva, así como en las variables de pensamiento suicida y conducta autolesiva. En las características sociodemográficas para el sexo femenino existe diferencias estadísticamente significativas en los pensamientos autolesivos, pensamientos suicidas y autolesiones no suicidas. Además, el corte fue el método más usado con un 61.5% por las mujeres seguido de los golpes de 40.7% por los varones.

Gallegos-Santos, et al. (2018) en su trabajo sobre estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes, propusieron determinar la relación entre las dos variables. La muestra estuvo conformada por 997 alumnos de ambos sexos entre los 13 y 18 años de edad que se encontraban entre tercero a quinto de secundaria de colegios estatales y particulares de la Ciudad de Arequipa. El diseño de investigación fue de tipo transversal, descriptivo – correlacional. Analizaron la información por medio del Inventario de Estilos de Personalidad para Adolescente de Millon (MAPI), la Subescala de Autolesiones y Pensamientos Autolesivos acompañado de una ficha sociodemográfica. En sus resultados encontraron que en el 34.9% hay una prevalencia del pensamiento autolesivo. Para el 27.9% de los estudiantes se han autolesionado en promedio desde los 12 años. Los principales desencadenantes son el estado de ánimo negativo en 48.2% y los problemas familiares 39.9%. Entre los estilos de personalidad que se asocian a las conductas autolesivas encontraron estilo de personalidad de tipo sensible, inhibido y violento.

Neyra (2016) describe las características de violencia familiar y autolesión en adolescentes mujeres de una institución educativa en el distrito de Comas. A la muestra se le aplicó dos instrumentos: La Sección V: Diagnóstico de Manifestaciones y Severidad de las Violencia Intrafamiliar y la Encuesta de Autolesión en Adolescentes; encontrando que, de una muestra de tipo censal, es decir de 258 alumnas entre los 14 y 17 años, el 30% se había autolesionado alguna vez en su vida y la edad de comienzo fue entre los 12 y 15 años. El 64% se realizó cortes en la piel y el 19.1% fueron pellizcos. Las emociones que experimentaron antes de la conducta autolesiva fueron (tristeza, enojo, miedo, odio) en un 87.6%. Para el 12.4% experimentó sensación de placer, relajó y tranquilidad durante la conducta. Señala también que el 76.4% no desean que otras personas se enteren o que les llamen la atención, por ende, no buscan ayuda.

Varona (2015), busca analizar los estilos de afrontamiento y la afectividad en adolescentes que se autolesión. En una muestra de 19 adolescentes entre 13 y 22 años, que acudían a consulta ambulatoria a un hospital psiquiátrico. Mediante la subescala de autolesiones de la escala Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview y la Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA) para valorar las autolesiones. La prueba Positive Affective and Negative Affective Schedule (PANAS) para la afectividad y El Cuestionario del Brief COPE para estilos de afrontamiento. Halló que el método más usado en la autolesión son los cortes en la piel, teniendo como motivo el desahogo de las emociones con predominancia del afecto negativo y un afrontamiento pasivo. Añadieron que las principales situaciones reportadas son de tipo personal: el estado de ánimo, los malos sentimientos, la sensación de vacío, el querer escapar o evitar algo.

La investigación desarrollada por Rospigliosi (2010) en su trabajo sobre factores asociados a las autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana, explora las incidencias de los factores demográficos, sociales y psicológicos en 456 adolescentes varones y mujeres entre las edades de 13 a 18 años, de los tres últimos años de educación secundaria que se autolesionan. Para la investigación usó dos pruebas, la primera para medir las variables socio demográficas y la segunda para evaluar las características de la autolesión. Los resultados que obtuvo fueron: que el 27,4% de adolescentes alguna vez se ha autolesionado o que lo continúa haciendo; entre los motivos que destacan se encontró sentimiento de tristeza. Las autolesiones que se realizaron fueron en la piel, el 52% manifiesta haberse cortado la piel, marcado palabras o letras; el 32,8% reconoce haberse golpeado o hacerse moretones y el 15,2% se produjo pellizcos, jalones de cabello y presiones en el ojo. En el aspecto demográfico más de la mitad destaca vivir en una familia extensa. En el factor social señala que el 62,1% desea tener una mejor comunicación y relación con sus padres. El factor emocional, 12,7% se sienten

descontentos con su apariencia física, el 26% se percibe como poco a nada atractivos y el 11.8% experimentan sentir emociones negativas casi la mayor parte del tiempo.

Vásquez (2009) busca conocer las características de las autolesiones y la alexitimia en un grupo de adolescentes entre varones y mujeres cuyas edades fluctúan entre los 15 y 19 años. En una muestra de 213 adolescentes de 4to y 5to de secundaria de la ciudad de Lima. A través de la Cédula de Indicadores Parasuicidas y TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale), encuentra que más del 20% había ejecutado la conducta en algún momento y que el desencadenante para esa conducta son los problemas familiares y el estado de ánimo depresivo. Otros factores que se asociaban a la conducta autolesiva fueron el maltrato infantil y el abuso sexual infantil, teniendo como factores desencadenantes comunes: conflictos con los familiares, el maltrato y peleas. Algunos indicadores del ánimo depresivo eran la soledad, la culpa y la tristeza.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

A nivel internacional tenemos investigaciones sobre la conducta autolesiva en adolescentes:

Martínez et al. (2023) realizan un estudio analizando las publicaciones en la plataforma Twitter por los jóvenes que practican las autolesiones y las reacciones de la comunidad. Se analizó 1951 mensajes etiquetados con los siguientes hashtags #selfharm, #shtwt o #ouchietwt durante el 21 de octubre al 21 de noviembre del 2022. Los resultados evidencian que las fotos explícitas de lesiones abiertas reciben mayor apoyo y las respuestas que suscitan son *likes*, felicitaciones y mensajes de admiración, mientras que las etiquetas #shtwt o #ouchietwt refuerzan las conductas autolesivas obteniendo reconocimiento de la comunidad a través de sus *likes*.

Trujillo y Hernández (2017) abordan las autolesiones en adolescentes con la finalidad de identificar lo que representan los cortes en el cuerpo de los adolescentes, para esta investigación se asistieron de material escrito realizado por los jóvenes que han practicado esta

conducta y que voluntariamente han expuesto su historia en las redes sociales. La técnica usada fue la recolección de información digital proveniente de diferentes páginas web, una de ellas son los foros; con el objetivo de rastrear mensajes, historias, narraciones y experiencias de adolescentes que se autolesionan. La muestra escogida se seleccionó a conveniencia pues solo se consideraron aquellas experiencias de adolescentes que practican el cutting y cuyo testimonio lo publicaron de manera libre y voluntaria en el internet. Como resultado encontraron que la principal forma de autolesión de los adolescentes es el corte en la piel y lo practican como forma de afrontar diversas situaciones que le producen malestar siendo el cuerpo un medio de expresión.

Berrones y Yupa (2016), buscan relacionar la conducta autolesiva, de forma particular el cutting con la autoestima en niños y púberes cursantes del décimo año de una institución educativa. En una muestra de 240 alumnos entre varones y mujeres de 9 a 13 años, mediante la aplicación de una encuesta que busca tener información sobre la conducta autolesiva del corte en la piel y el test EAP de autoestima. Encontraron que el 38% de ellos han realizado en algún momento la práctica autolesiva. De ellos, en el 32% de encuestados prevalece la conducta autolesiva de cutting (cortes en la piel), el 61% lo han realizado de forma oculta, solos y alejados de las personas. Entre las sensaciones que experimenta se encuentra: dolor para el 66%, alivio para el 31% y placer para el 3%. El 62% presenta muy baja autoestima; por lo que establecen que la práctica de la autolesión para esta muestra se encuentra relacionada con la baja autoestima de los estudiantes, además manifiestan que lo realizan como forma de liberar su dolor psicológico evidenciando inestabilidad emocional.

Marín (2007) en su investigación determina los principales predictores de la autolesión en una muestra de 455 adolescentes mexicanos cuyas edades se encuentran entre los 12 a 16 años asistentes a una escuela pública de nivel de secundaria. Mediante una serie de pruebas como: Cédula de datos demográficos, Escala de dificultades en la regulación emocional

(DERS) – España, Inventario de ansiedad de Beck (BAI), Inventario de depresión de Beck BDI – II, Cédula de autolesiones, Escala de experiencias disociativas para adolescentes (A-DES), Escala de riesgo suicida Plutchik (ERSP). Encontraron que el 46% se autolesionó alguna vez, de ellos el 72.12% lo hizo entre los 11 y 13 años, siendo la conducta más frecuente cortarse la piel 50.95% en mujeres, observando que el mejor predictor para la conducta autolesiva es la desregulación emocional y la depresión. Para los varones la conducta autolesiva fue marcar y pincharse la piel (60.9%), siendo el predictor más resaltante la experiencia disociativa. En cuanto al efecto del tratamiento con terapia Cognitivo Conductual halló que en 20 adolescentes identificados con autolesiones la frecuencia de conductas autolesivas disminuyó en el proceso de terapia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Describir las características que presenta la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023
- Conocer la experiencia de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo - 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los métodos que usan los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 para llevar a cabo la conducta autolesiva.
- Conocer los objetos que usan para ejecutar la conducta autolesiva los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023.
- Describir las zonas del cuerpo donde predomina la conducta autolesiva en los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023.
- Identificar los lugares que los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 usan para autolesionarse.

- Describir la frecuencia de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023.
- Conocer los motivos, sentimientos y pensamientos de los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 vinculados a las autolesiones no suicidas antes, durante y después de la conducta.
- Identificar que estrategias usan los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 para ocultar las autolesiones.
- Conocer las formas de afrontamiento que emplean los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 frente a la conducta autolesiva.
- Conocer la ocurrencia de reincidir en la conducta de autolesión de los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023.
- Conocer la manifestación de la conducta autolesiva en los pares de los adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 que se autolesionan.

1.4. Justificación

La presente investigación tiene una pertinencia teórica, pues propone un acercamiento conceptual y explicativo al fenómeno creciente de las conductas autolesivas en los adolescentes, si bien existe información a nivel teórico para las autolesiones como síntoma de un trastorno o de una conducta suicida, ésta en su defecto no aborda las autolesiones sin intención suicida que a la luz de la observación y en la práctica profesional es necesario un marco de referencia que sirva como base para el conocimiento y distinción con otras sintomatologías para el posterior abordaje del mismo.

El tipo de investigación permitirá explorar y conocer las manifestaciones o razones de los adolescentes para la determinación de realizar una conducta autolesiva sin intención

suicida; la información proporcionada será directa, es decir de la misma fuente, por un lado nos otorgará datos que se podrán corroborar con investigaciones ya planteadas, por otro ofrecerá recursos que ayuden a la explicación conceptual pero sobre todo se obtendrá una relevancia práctica ya que es necesario entender éste fenómeno desde la perspectiva de los adolescentes para hacerle frente con estrategias de intervención y buscar restaurar el equilibrio emocional.

Por lo tanto, se colige que a nivel social la relevancia de la investigación dará luces sobre su importancia en diferentes aspectos, servirá de guía a padres, tutores y profesores para estar alerta ante el fenómeno e intervenir, así mismo el conocimiento aportará pautas para la realización de programas preventivos en las instituciones educativas, y a nivel clínico con base en investigaciones futuras del tema aportará mecanismos de intervención que en la actualidad son nulos o incipientes.

Considerando el diseño de la presente investigación permitirá conocer esta experiencia autolesiva en un grupo de adolescentes desde un punto de vista más cercano e individual, así como cruzar información para comprender y explicar el comportamiento humano.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Autolesiones no suicidas*

El término de autolesiones no suicidas por mucho tiempo no tuvo una conceptualización diferenciada formaba parte de otras definiciones sea como característica, síntoma, o rasgo. No tenía una definición establecida o determinada que señale un constructo identificable y específico; para Alvino y Huaytalla (2016) menciona que las autolesiones “se asocia con términos como: automutilaciones, parasuicidios e intentos de suicidio” (p. 43). Una definición en esos parámetros ofrece Hernández (2007) quien refiere que:

El comportamiento parasuicida son conductas variadas que van desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Comprenden actos deliberados que no tienen un fin fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que la ejecuta; tales actos deben ser poco habituales. (p.6)

Hernández sugiere que el termino de autolesiones no suicidas está inmersa dentro del término parasuicida, considerándolo como una conducta dentro de un constructo más general, definiciones así son las que pueden generar confusiones en el entendimiento conceptual.

La variación del concepto también ha dependido de la zona o área geográfica pues en países europeos usan los términos antes mencionados como equivalentes. Otra variación la puede ofrecer el tipo de investigación ya sea por los objetivos o los hallazgos encontrados, algunos autores de investigaciones incorporaron el término autoenvenenamiento en la definición de autolesión no suicida teniendo en cuenta que esta conducta no tuvo una finalidad de terminar con la vida. Es así que “en la literatura científica las autolesiones no suicidas (*self – injury*) también son nombradas como automutilaciones (*self-mutilation*), cortarse (*self-*

cutting), daño autoinfringido (*selfharming*), conducta parasuicida (*parasuicide behavior*), automoldeo (*self-carving*), entre otros” (Marín, 2007, p. 17).

El término solo de autolesión puede abarcar una amplia lista de palabras asociadas al concepto y en muchos casos puede generar confusión en el diagnóstico clínico; se sabe que dentro de ciertas patologías uno de sus síntomas son las autolesiones, pero si esta no es bien estimada puede ocasionar una clasificación, un diagnóstico equivocado y por ende una etiqueta clínica innecesaria. Walsh (2007) empieza a separar el término de autolesiones del término autolesiones no suicidas expone que éstas tienen un aspecto reiterativo y que afecta al propio cuerpo, pero no hay una intención de morir, para él son conductas de daño físico en el cuerpo con la finalidad de disminuir el componente emocional alterado.

Así nos encontramos con definiciones o acercamientos conceptuales que intentan explicar diferentes aspectos de la autolesión no suicida, como se puede observar varios términos se usan como sinónimos de referencia. Y pese a que aún no se llega a un acuerdo con respecto a los términos a emplear, un aporte de la presente investigación es empezar a diferenciar conceptos, términos y otorgarles dirección para así tener definiciones identificables más claras y precisas y sobre todo que ofrezcan manejos mejor direccionados. En ese sentido a más investigaciones que se hagan desde el punto de vista del actuante permitirá entender la problemática y se podrá llegar a un consenso para obtener una definición más exacta y diferenciada.

Para muchas personas al escuchar el término autolesiones automáticamente lo asocian con suicidio o actos suicidas, que si bien es cierto son conceptos que se han venido relacionando por mucho tiempo y en muchos sentidos, pero cabe señalar que en la actualidad la manifestación de la conducta autolesiva está tomando su propia orientación, tal es así que en el estudio se hablará de autolesiones no suicidas, es decir de una conducta autolesiva sin la

intención de generarse la muerte para ello señalaremos la diferencia con autolesiones con fines suicidas.

2.1.1.1. Conducta autolesiva versus intentos de suicidio. La conducta autolesiva se puede diferenciar de los intentos suicidas en tres aspectos básicos que se centran en la conducta en sí misma, estas son: intención, repetición y letalidad (Villarroel et al., 2013, p. 42). A continuación, en la Tabla 1 se describen los componentes para entender estos aspectos; también se incorpora a la tabla los componentes considerados por Walsh (2007) en la diferenciación de los intentos suicidas y de la conducta autolesiva considerando componentes cognitivos, emocionales y de gravedad como: control cognitivo, malestar emocional, daño físico y estado emocional después de la conducta.

Tabla 1

Diferencias entre la conducta autolesiva y el intento suicida, según Villarroel (2013) y Walsh (2006).

	Componentes	Conducta autolesiva	Intento suicida
Villarroel et al. (2013)	Intención	Forma de mantener en control las emociones negativas.	Terminan con la vida.
	Repetición	Reincidentes y repetitivos.	Son ocasionales.
	Letalidad	Varios métodos de baja letalidad.	Método de mayor letalidad.
Walsh (2006)	Control cognitivo	Pensamientos distorsionados, pero con capacidad de divisar diferentes opciones.	Pensamientos distorsionados e ideas absurdas.
	Malestar emocional	Se alterna en episodios de control/optimismo y descontrol/malestar.	Largos tiempos de malestar emocional intenso.
	Daño físico	Daño de leve a medio.	Daño serio e irreversible.
	Estado emocional después de la conducta	Mejora anímica rápida.	Empeora el estado de ánimo.

Todos estos componentes proporcionan características que ayudan a diferenciar la conducta autolesiva de las intenciones con fines suicidas; por otro lado, un punto en comparación entre ambas es que implican agresión directa hacia sí mismo y que se encuentran inmersos dentro de una gama de diagnósticos psiquiátricos pero el análisis de los aspectos comprendidos en cada una de ellas provee distinciones a ser consideradas para las evaluaciones y presuntos diagnósticos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente explicado la definición más cercana sobre autolesión es la otorgada por Villarroel (2013) “es toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte” (p. 39). Entonces por ser una conducta deliberada es intencional, voluntaria y directa, evidenciando un impacto inmediato sobre el cuerpo, gestionándose así un síndrome conductual es decir mostrar una respuesta externalizada, incluyendo lo propuesto por Walsh (2007) obedece a una alteración o desequilibrio interno, es decir presenta una base emocional.

Así lo manifiesta Sutton (2007, como se citó en ASeFo, p. 4) “son heridas físicas en el propio cuerpo motivado por una necesidad de hacer frente a un estrés psicológico insoportable o recobrar un sentido de equilibrio emocional. El acto es normalmente llevado a cabo sin intención suicida, sexual o decorativa”. Por lo tanto, se entiende a la autolesión como la conducta autolesiva donde se infringe daño físico al cuerpo, es directo e intencional y su manifestación es una respuesta a un desbalance emocional que en muchos casos son negativos; excluyendo en esta conducta la intención suicida, ornamental o cultural.

2.1.1.2. Conducta autolesiva en la cultura. En términos de cultura se ha encontrado formas de conducta autolesiva que han sido expresadas tras generaciones bajo un sistema de creencias, tradiciones, o de pertenencia a ciertos estamentos. Las cuales vistas desde diferentes perspectivas pueden ser aceptadas o sancionadas, pero que existen solo bajo esas condiciones a diferencia de una conducta autolesiva que se usa para disminuir dolor emocional.

En la diversidad cultural existen manifestaciones de conducta autolesiva que tienen una finalidad simbólica. En expresiones culturales la conducta autolesiva se ha dado a través de la práctica del tatuaje, piercing (perforación corporal), rituales en sus diferentes exposiciones: estéticas, religiosas, asumiendo roles en la sociedad, obteniendo status, etc., constituyéndose en muchos casos como un acto de valentía, avance social o de adherencia a su grupo. Este aspecto simbólico otorgado por la cultura dota a la conducta autolesiva de aceptación, pero se tendría que tomar con cuidado puesto que cabe la posibilidad de que podría ser sancionada si surgieran riesgos o una exposición de la condición vital del sujeto que la realiza.

Fuera del rango de manifestación cultural, la conducta autolesiva se encuentra como parte de un comportamiento patológico inmersa en trastornos psiquiátricos, hay datos estadísticos e investigaciones que evidencian la relación significativa entre la autolesión y la depresión mayor, el consumo de sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos de alimentación y sin duda hay una mayor relación con la personalidad de tipo límite.

Para la explicación del modelo médico y para una aproximación psicopatológica de la conducta autolesiva advierten que existe una cadena de perturbaciones que conducen a la realización de la autoagresión, según lo explica Castro (2014) “hay tres eslabones a considerar en esta cadena: percepción del estímulo como abrumador, perturbaciones emocionales asociadas a zonas específicas del cerebro y distorsión cognitiva” p. 228.

Por lo tanto, al percibirse un estímulo como algo que el sujeto no puede controlar va a generar emociones desfavorables como ansiedad, impotencia, frustración e ira y por ende la falta de control en cada una de ellas. El autor describe que estas emociones se asocian a estructuras subcorticales que se empiezan a alterar en esos cuadros de emociones desbordantes. De esta forma se explica la presentación en cadena de la conducta autolesiva en el modelo médico. Así mismo esta conducta es encontrada en una lista de trastorno psiquiátricos.

2.1.1.3. Conducta autolesiva como síntoma o característica de trastornos psiquiátricos asociados. Existen trastornos psiquiátricos donde la conducta autolesiva está presente como un síntoma en común y cuya manifestación se evidencia en conjunto con otros síntomas que al análisis de cada uno de ellos otorgaran la diferenciación de las patologías y su posterior tratamiento. Pero al presentar la conducta autolesiva una dirección particular deslindándose de ser un síntoma en una patología mayor y considerando el componente emocional empieza a generarse un cuadro de autolesión en sí mismo. Así lo explica Levenkron (1998, como se citó en Rospigliosi, 2010, p.8)

La autolesión se mantiene como un síntoma secundario ante los síntomas predominantes que constituyen el trastorno principal. Es decir, la autolesión es una característica más dentro de un amplio diagnóstico primario. Pero cuando la autolesión es el síntoma mayormente manifestado o usado para manejar el dolor emocional, al punto que el resto de los síntomas son encontrados en menor medida y con menor intensidad, entonces ha desarrollado un diagnóstico de autolesión en sí.

A partir de esto se refuerza lo postulado, de que solo la conducta autolesiva sin intención suicida está proporcionando una entidad propia con características diferenciadas, pero que aún hay una parte del camino por recorrer para su establecimiento como tal.

Lo que sí se tiene establecido es la clasificación que se ha hecho de la conducta autolesiva (ver Tabla 2), esta categorización la fue dando Favazza (1996) pero organizada para esta presentación y así obtener una mejor comprensión, por lo tanto, para la Tabla 2 se considera categorías, formas de presentación, métodos y patología en la que se encuentra presente la conducta autolesiva.

Tabla 2

Clasificación de la conducta autolesiva en categorías, formas de presentación, métodos y patologías.

Tipos	Forma de presentación	Métodos	Presente en
Autolesión Mayor	Forma severa de presentación se obtiene como resultado de una destrucción sería del tejido corporal.	Enucleación de ojos, castración, amputación de algún miembro.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intoxicación por drogas. ▪ Episodios psicóticos. ▪ Trastorno de la identidad de la integración corporal.
Autolesión Estereotipada	Autoagresión monótona y repetitiva, a veces con patrones rítmicos.	Golpes continuos en la cabeza, mordeduras.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes con déficit cognitivos severos y profundos. ▪ Autismo ▪ Síndrome de Giles De la Tourette ▪ Síndrome de Lesch-Nyan ▪ Neuropatías hereditarias ▪ Retardo mental
Autolesión Compulsiva	Hábitos sintomáticos que son repetidos en forma de ritual.	Arrancarse el cabello, jalarse los pelos de la nariz, etc., morderse las uñas, jalarse la piel y rascarse.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tricotilomanía ▪ Parasitosis delirante ▪ Onicofagia
Autolesión Impulsiva	<p>Repetitiva: Acción repetitiva. Se convierte en una preocupación para el individuo y se va generando una adicción. Presenta daño tisular.</p> <p>Episódica: Suceden de vez en cuando para sentirse mejor o salir rápidamente de pensamientos y emociones estresantes. Presenta un fuerte componente de daño tisular.</p>	<p>Cortarse la piel, autopegarse, clavarse agujas, rascarse la piel evitar que cicatrice.</p> <p>Cortarse la piel y quemarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos por ansiedad ▪ Trastorno de personalidad límite, histriónico y antisocial ▪ Trastornos somatomorfos y facticios ▪ Trastorno de identidad y despersonalización. ▪ Anorexia y Bulimia nerviosa. ▪ Trastornos depresivos. ▪ Trastorno bipolar. ▪ Esquizofrenia. ▪ Trastorno por abuso de sustancias o alcohol. ▪ Cleptomanía

Esta clasificación sobre la autolesión evidencia cuatro categorías con cinco subcategorías. Debido a los cambios que la conducta autolesiva está presentando en la actualidad y a un mejor análisis se considera las subcategorías repetitiva y episódica dentro de la categoría de autolesión impulsiva de esta forma se les brinda un mejor orden y entendimiento a los tipos de autolesiones.

La subcategoría de autolesión episódica está cobrando mayor relevancia en la actualidad por la forma en cómo lo realizan y la ocurrencia de casos encontrados. Es la autolesión que se lleva a cabo con objetos punzocortantes y a la que se denomina “cutting” en el idioma inglés que al traducirlo es “cortando” y que se entiende como “cortes en el cuerpo”.

2.1.1.4. Cutting o self-cutting. Se trata de una conducta impulsiva para generarse daño tisular directo, es decir es la realización de heridas superficiales en diferentes partes del cuerpo con objetos afilados y cortantes. Esta práctica es el método comúnmente realizado por adolescentes en la actualidad, pero no la única ya que existen otros métodos que están empezando a surgir como una práctica de autolesión no suicida.

Las zonas corporales donde lo llegan a ejecutar son: en mayor incidencia el antebrazo, seguido de las muñecas, la parte anterior del abdomen, piernas y muslos; son lugares fáciles de ocultar ante las miradas de los otros. Además, son cortes superficiales que no guardan simetría y no evidencian gravedad quirúrgica o letal. Entre los objetos usados tenemos: en primer lugar, la gilet, seguido de cuchillo o cúter, la parte afilada del tajador de lápiz (para lo cual desarmamos el tajador), espejos pequeños, vidrio, compás y con menos frecuencia la punta de lapiceros sin tinta.

Para los otros métodos tenemos el uso de algún objeto para autogolpearse, el dirigirse uno mismo contra la pared para generar un impacto, el usar el puño para autodaño, el uso del encendedor para quemarse, son algunas de las formas actualmente practicadas, claro que los cortes son las de mayor prevalencia.

La manifestación de este tipo de conducta autolesiva “es un lenguaje somático el cual utiliza al cuerpo en vez de palabras y sentimientos” (Taboada, 2007, p. 7). Si es una forma de comunicación la manifestación de esta conducta es necesario comprender que es lo que quieren transmitir o que es lo representa para los adolescentes el ejecutar esta práctica. Se podría entender desde dos perspectivas; vista desde la forma de manejar o controlar emociones negativas, o desde la intencionalidad de expresar de forma encubierta una solicitud o necesidad que denote atención.

Hay autores que se alinean con una perspectiva determinada, pero la lectura de diferentes trabajos me conlleva a aunar estos lineamientos pues la conducta autolesiva no suicida, es una manera de afrontar situaciones que generan intensa inestabilidad emocional cuya forma de hacerle frente es mediante el acto lesivo propio sin intención letal. La conducta física de corte genera alivio o tranquilidad al dolor emocional; pero al mismo tiempo manifiesta dificultades en la expresión de dicho dolor o una carencia en el vínculo del adolescente y su entorno cercano; por ende, hay una desatención en algún lazo de relación entre el adolescente y su mundo externo.

Entonces se puede colegir que la manifestación de la conducta autolesiva sin intención suicida por la forma de presentación, los criterios que se van expresando, la modalidad empleada debe ser tipificada como un trastorno de conducta autolesiva en sí mismo excluyéndose de un trastorno mayor, claro está si la sintomatología no se presenta con otros síntomas asociados que sugieran una patología diferente ya establecida.

2.1.1.5. Criterios diagnósticos de la conducta autolesiva no suicida. Existe un intento por la APA de otorgarle sustentación a este tipo de síndrome, en el DSM-V el Trastorno de Autolesión No Suicida – NNSI por sus siglas en inglés del Nonsuicidal Self-Injury, es incluida en la sección III como una afectación que necesita más estudio. Según APA (2014):

Criterios diagnósticos del Trastorno de Autolesión No Suicida:

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej. cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

B1. Para aliviar un sentimiento o estados cognitivo negativo.

B2. Para resolver una dificultad interpersonal.

B3. Para inducir un estado de sentimientos positivos

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

C1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo

C2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto

- C3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los períodos psicóticos, el síndrome confusional, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej. trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]) (p. 803).

Por lo tanto, los criterios establecidos por la APA hacen que se reconozca a la conducta autolesiva no suicida como un trastorno con derecho propio, con sus propias características y sintomatología. Una manera de darle explicación al fenómeno mencionado es por medio de enfoques que describan y detallen tal manifestación de conducta, pero sobre todo con más investigaciones que se elaboren al respecto.

2.1.1.6. Modelos teóricos de las autolesiones no suicida. Existen postulados que buscan dar una explicación mediante un modelo teórico, es así que el Grupo de trabajo de

OPBE (2022) plantea teorías que explican el inicio y mantenimiento de la autolesión no suicida:

A. Modelo de las cuatro funciones o modelo integrado de Nock. Propone que la conducta autolesiva no suicida se explica por una integración de las funciones motivacionales internas (intrapersonales) y externas (interpersonales) asociadas a las contingencias de refuerzo positivo (incremento de un evento social deseado o de pensamientos, sentimientos también deseados) o negativo (disminución de eventos sociales indeseados o de pensamientos, sentimientos de la misma manera indeseados).

Por lo que una motivación para un cambio de estado interno (intrapersonal) se puede ver cuando el adolescente ejecuta la conducta autolesiva con la finalidad de sentir alivio emocional cumpliendo la función intrapersonal asociada a un reforzamiento negativo. De manera opuesta se puede entender cuando se realiza una autolesión no suicida para sentirse vivo o presente, este sería una función intrapersonal ligada a un reforzamiento positivo.

Para la función de motivación externa (interpersonal), busca un cambio en el ambiente externo. Llevar a cabo la conducta autolesiva para recibir o llamar la atención de los demás, esto sería función interpersonal relacionado a un refuerzo positivo, en esa misma línea de forma opuesta se puede presentar la autolesión para evitar una discusión, centrándose en la función interpersonal con refuerzo negativo.

Este modelo es el que provee de mayor impacto pues es integrador y explica mejor el fenómeno de la conducta autolesiva, no obstante, no hay que perder de vista que la autolesión puede cumplir diversas funciones en el adolescente.

B. Teorías centrada en la regulación del afecto. Postula varios apartados:

Para la teoría biosocial, explica que se busca minimizar o reducir una emoción desagradable o negativa experimentada en determinado momento a través de la autolesión ya

que permite que se pase de un estado de malestar emocional no soportable al daño físico mediante la distracción del sufrimiento emocional.

Para el modelo de evitación experiencial, propone que la autolesión se usa como un medio de escape y de evitación de pensamientos, emociones, sensaciones somáticas y experiencias desagradables o dolorosas esto hace que mediante el reforzamiento negativo se mantenga en el tiempo.

La cascada emocional, plantea la relación entre un evento desafortunado y la reiterada forma de pensar entre el afecto negativo y el malestar frente a ese evento, por lo que al aumentar la intensidad de la emoción y al no poder desviarla la autolesión se hace presente para menguar dicho malestar.

Las funciones que están dirigidas a uno mismo como el autocastigo y la anti disociación plantea para la primera, que al ejecutar la conducta autolesiva es un medio para expresar ira hacia uno mismo o como una forma de sentirse auto invalidado; para la segunda, formula una función para suprimir estados de desconexión de pensamientos, sentimientos, o del sentido de identidad otorgado por la capacidad que ofrece la conducta lesiva.

C. Modelos neurobiológicos. Estos modelos plantean que las personas que realizan las autolesiones no suicidas muestran: Una actividad cerebral alterada. Presentan diferencias en los procesos cognitivos inhibitorios y en la regulación afectiva. Hay implicancias en el sistema opioide, dopaminérgico y serotoninérgico. Así también, en la forma del procesamiento del dolor pues se postula disminución en la sensibilidad a los estímulos dolorosos.

2.1.1.7. Consideraciones entorno a las autolesiones no suicidas. Al mencionar que la conducta autolesiva cumple varias funciones en los adolescentes, podemos indicar que una parte pueden ser explicados por modelos teóricos, pero también existen consideraciones o variables ambientales - sociales y psicológicos que influyen en la decisión, determinación de realizar la conducta autolesiva. En las diferentes posturas mencionadas se detalla la experiencia

de un estado emocional negativo o perturbador producto de factores que se asocian y generan este comportamiento. A continuación, se puntualiza aquellos elementos que se pueden afiliar para desencadenar este fenómeno en los adolescentes.

Por ser el adolescente un ser en desarrollo biopsicosocial, y que se encuentra en todo un proceso de cambio, la forma de procesar diferentes experiencias (buenas o malas) depende de varios factores, por ende, la conducta a realizar será producto de las convergencias de estos factores.

A. Aspectos ambientales – psicológicos – sociales. Podemos encontrar en una primera dirección: el entorno familiar pues juega un papel importante el desarrollo de la vinculación, de los cuidados recibidos, la validación de emociones, la cohesión familiar, sin dejar de lado el aspecto de los bajos recursos económicos. Esto se puede ver cuando el adolescente se queda en casa solo, o al acompañamiento de algún familiar o extraño lo que configura en muchas ocasiones que el adolescente se forme solo, o que busque una guía en sus compañeros, quienes en su mayoría se encuentran en sus mismas o peores condiciones. La separación de padres, la forma en cómo se lleva a cabo esto actualmente va en curva ascendente y jugando en contra de un desarrollo óptimo para ellos.

En una segunda dirección, sería el espacio de interacción social con sus pares, la forma en cómo se consiguen los amigos, la forma de relacionarse y compartir tiempo mediante el uso de tecnologías, de aparatos móviles y el estar a expensas a una cantidad de información en muchos casos sin un manejo adecuado. La tecnología funciona como un ente para obtener una respuesta rápida que pueda satisfacer pretensiones de cualquier tipo, y al no satisfacerse rápidamente se experimenta sensaciones de frustración mal controladas. Todo ello contribuye a obtener inmediatez ofreciendo facilidad, rapidez, alivio instantáneo dejando de lado el proceso de tolerancia, una operación que toma más tiempo.

El uso de imágenes, videos que conllevan a ser interpretados, entendidos y no explicados mediante palabras hace que se establezca una comunicación limitada a transmitir lo que sientes, el uso de emoticones donde puedes aparentar una emoción sin realmente experimentarla. De igual manera la simultaneidad de conversaciones donde se es difícil vivenciar las sensaciones que cada una de ellas contiene, pasando de una emoción negativa a una positiva en cuestión de segundos. Aquí también se consideran los mensajes que se envían sobre el cuerpo donde se focaliza como lo más importante, la apariencia y lo físico y al cual puedes hacer modificaciones sin importar los riesgos.

B. Experiencias que afectan el bienestar emocional. Pueden expresarse en matices diferentes cada una de ellas, ya que muchas son vividas desde la infancia, por ejemplo: traumas infantiles, abuso sexual, negligencia emocional, disfuncionalidad familiar, déficits en habilidades para procesar emociones, rasgos impulsivos, dificultad en la contención y resolución de problemas, etc.

Cabe señalar que hay un aumento de enfermedades mentales en la población en general muchos niños y adolescentes tienen que cargar con éste pesado equipaje, de la misma manera el haber transitado una pandemia y el impacto dejado en todos sus niveles hace que la salud mental de las generaciones actuales tenga una urgencia de ser entendida y atendida.

Cada aspecto considerado dentro de una gama de posibilidades tiene la probabilidad de aliarse y crear una predisposición a desarrollar un comportamiento autolesivo en la adolescencia.

2.1.2. Adolescencia:

Es importante hablar brevemente sobre la adolescencia no solo por ser el grupo de investigación sino por representar un periodo de vida trascendente. La adolescencia es una etapa en el desarrollo humano que muchos autores la señalan como un ciclo de transición entre

la infancia y la edad adulta, lo consideran un puente un nexo entre el hecho de dejar de ser niño y empezar a ser adulto.

Se caracteriza por estar compuesta por múltiples cambios, directrices, objetivos, aprendizajes y adaptaciones. Cursando por desarrollar una imagen corporal satisfactoria, desarrollar independencia progresiva, mantener relaciones sociales adecuadas, controlar los crecientes impulsos sexuales y consolidar la propia identidad personal; a simple vista no son tareas fáciles de completar por estar plegado de varias consideraciones: biológicas, cognitivas y ambientales.

Parte desde el proceso biológico que se caracteriza por los cambios puberales, hormonales en consecuencia cambios fisiológicos y reproductivos. Es un fenómeno madurativo guiado por la genética que provoca consecuencias psicológicas y sociales en el sujeto que se constituye en la fase más compleja del desarrollo humano.

El proceso cognitivo que incluye la maduración del cerebro que sufre un cambio sustancial. Se realiza la poda sináptica y hay un aumento de la mielinización facilitando un funcionamiento óptimo del mismo, también se produce un desarrollo de estructuras frontales y prefrontales responsables de las operaciones abstractas, junto a regiones cerebrales que se asocian con la motivación, impulsividad (autocontrol) y susceptibilidad adictiva.

Es necesario mencionar que el desarrollo emocional también viene guiado por la maduración del sistema límbico. Estos procesos pueden no darse en paralelo, lo cual tendría en consecuencia un desfase. Toro (2010) señala:

Al haber una desincronización entre el desarrollo emocional (sistema límbico) y el autocontrol (corteza prefrontal) denotaría un factor importante para explicar y entender la mayor susceptibilidad de los adolescentes para tener problemas y trastornos emocionales, ya que la emotividad y la impulsividad van por delante de la capacidad del control racional. (p. 40)

Por lo tanto, se entendería la vulnerabilidad a desarrollar conductas de riesgo.

Desde su nacimiento el adolescente se desarrolla en permanente interacción con su medio. A nivel ambiental consideramos la familia, los amigos, la cultura y la sociedad como agentes que tienen el efecto de modificar al adolescente en su capacidad de adquirir, procesar las experiencias o en la forma de dar una respuesta a los cambios producidos y sobre todo de lo que él piense de sí mismo.

Tanto en la normalidad como en la psicopatología, lo que el adolescente pueda experimentar o manifestar siempre será consecuencia de la interacción entre sus cambios hormonales, la fase puberal actual, su historia anterior, su funcionamiento cognitivo y emocional, y el ambiente en el que se mueve el adolescente y que responde ante él. (Toro, 2010, p. 41).

En definitiva, la etapa de la adolescencia es un proceso complejo y susceptible de producir alteraciones y desencadenar conflictos uno de ellos es la conducta autolesiva no suicida.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La investigación realizada busca formar entendimiento y comprensión del fenómeno y de las categorías en estudio sin un fin de aplicabilidad práctica inmediata. Se desarrolló la búsqueda de conocimientos, asociación de modelos y concomitancia de información con los relatos obtenidos.

El enfoque desarrollado es el cualitativo, este direccionamiento permite profundizar, conocer y explicar desde la vivencia misma de la experiencia lo que significa la realización de una conducta dentro de su contexto personal y social, para este caso la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes, para De la Cuesta (2006, como se citó en Monje, 2011, p. 112) busca “describir el significado de una experiencia a partir de la visión de las que han tenido dicha experiencia”.

Con un diseño fenomenológico:

Que conduce al reconocimiento del significado de la experiencia vivida mediante la descripción e interpretación de la esencia de las mismas pues analizar los fenómenos o la experiencia significativa que se le muestra a la conciencia viabiliza la comprensión del fenómeno como parte de un todo significativo y no hay posibilidad de analizarlo sin el abordaje holístico en relación a la experiencia de la que forma parte. (Fuster, 2019, p. 202)

El nivel descriptivo empleado favorece recoger con sutileza y cuidado las representaciones y detalles de la experiencia, así como sus percepciones, sus motivaciones, el porqué de su conducta y lo que experimentaron.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El proceso de investigación se desarrolló desde agosto del año 2023 hasta julio del 2024, durante este periodo la recopilación de información de los participantes se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2023.

La investigación se desarrolló en una institución educativa pública del distrito de Carabaylo, dicha institución solo es de nivel de secundaria. Tiene una población de estudiantes de 2100 alumnos, que varían entre los 11 y 18 años de edad.

Las entrevistas se realizaron de forma específica en el área del departamento de psicología y en la biblioteca de la institución educativa, espacios asignados por la psicóloga educativa del colegio.

3.3. Variables o Categorías de análisis

El enfoque cualitativo del presente estudio favorece el trabajo con categorías de análisis que busca la recolección de información para generar la organización y sistematización. A continuación, se presentan las categorías de análisis.

3.3.1. Conducta autolesiva no suicida

Son conductas de lesión que tienen un aspecto reiterativo y que afecta al propio cuerpo, pero no hay una intención de morir, son conductas de daño físico en el cuerpo con la finalidad de disminuir el componente emocional alterado (Walsh, 2007).

3.3.2. Métodos de la conducta autolesiva no suicida

El término método es un modo, manera o forma de realizar algo de forma sistemática, organizada y/o estructurada. Hace referencia a una técnica, en algunos casos se entiende también como la forma habitual de realizar algo por una persona basada en la experiencia, costumbres y preferencias personales. (Enciclopedia de Significados Vía Online).

En términos de la investigación de la experiencia de la conducta autolesiva no suicida

en adolescentes, los métodos en dicha conducta son las formas o maneras que ellos han encontrado para ejecutar las autolesiones sin fin suicida que implica: un lugar (espacial), un momento para hacerlo, una parte del cuerpo, un instrumento a utilizar, con una frecuencia y prevalencia de ejecución

3.3.3. Significado de la conducta autolesiva

El término “significado” tiene una función interpretativa debido a experiencias históricamente situadas, cada quien desarrolla su propia comprensión de los objetos, eventos, y situaciones en el mundo. Hace énfasis en una perspectiva del desarrollo para entender el proceso de adquisición de las cualidades fenoménicas y motivacionales del significado a medida que se actúa efectivamente en un mundo complejo y cambiante, el cual se experimenta como inherentemente significativo. Para DeGrandpre (citado en Ballesteros, 2005, p. 234).

Por lo tanto, las experiencias vividas por los adolescentes bajo la conducta de autolesión no suicida ofrecen un significado de parte que permite explorar y conocer a profundidad tal experiencia.

3.3.4. Razones para la autolesión no suicida

Para esta categoría de análisis el término razones según el Diccionario de la RAE, “es el argumento o demostración que se aduce en apoyo de algo”; por lo tanto, para efectos de la investigación se entiende como la explicación en formas de justificación para ejecutar la conducta autolesiva no suicida.

3.3.5. Mecanismos de afrontamiento de las emociones

Los mecanismos de afrontamiento para Lazarus y Folkman (1984, como se citó en Meléndez, et al, 2020, p 15) son los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar situaciones externas y/o internas específicas que se considera que exceden o abruman los recursos del individuo. Mediante los dos tipos de afrontamiento:

centrado en el problema y centrado en las emociones.

3.3.6. Características de apoyo socioemocional frente a la conducta autolesiva

Frente a un evento de la magnitud de las conductas autolesivas no suicidas el apoyo de su entorno cercano para contener, ayudar a evitar o prevenir tal conducta desde el punto de vista de bienestar emocional, Garrido y Padial (2019) refieren:

El bienestar desde la infancia involucra un amplio espectro de áreas y actividades como: la vivencia de recibir un buen trato, ser tenido en cuenta, ser atendido adecuadamente y vivir en un ambiente organizado, con rutinas cotidianas y diversidad de experiencias satisfactorias dentro del marco del desarrollo evolutivo en la generación de la autonomía personal, la identidad, la comunicación interpersonal, la empatía y las habilidades representacionales. (p. 5)

Le sumaría en la etapa de la adolescencia el bienestar emocional, es necesaria y fundamental por lo que esta categoría para efectos de la investigación está sujeta a la atención recibida y a la asistencia de la misma por parte de algún miembro de su entorno; en primer lugar, de la familia, luego de amigos o compañeros, o de algún personal de la comunidad educativa.

De forma mucho más específica el apoyo psicosocial:

Hace referencia al objetivo de ayudar a las personas a recuperarse después de haber vivido una crisis que haya alterado sus vidas, y a mejorar su capacidad para volver a la normalidad después de vivir acontecimientos adversos. (INEE, 2018, p. 17)

3.3.7. Probabilidad de reincidencia en la conducta de autolesiva

Considerada por Ouss (2013, como se citó en Gutiérrez, 2013, p.14) “es el acto de repetir”, por lo tanto, es la posibilidad de volver a ejecutar la conducta autolesiva no suicida en condiciones similares a la ya realizada frente a los factores o razones precipitantes.

3.4. Población y muestra

De un conjunto de sujetos que comprende a estudiantes adolescentes de la institución educativa pública del distrito de Carabayllo – 2023 que muestran la conducta autolesiva sin intención suicida, de ambos sexos, sus edades se encuentran entre los 11 y 18 años de edad, pertenecientes a los años de 1ro a 5to de secundaria.

La población objetivo para la investigación fueron 16 adolescentes, catorce mujeres y dos varones cuyas edades fluctúan entre los 11 y 15 años de edad, pertenecientes a los grados de 1ro a 3ro de secundaria, de ambos turnos mañana y tarde.

En función de las características de los participantes y su accesibilidad se dispuso de un muestreo censal ya que permite analizar la totalidad de la población en estudio así mismo se rige por criterios establecidos en función de las características de lo que se quiere investigar.

- Criterios de Inclusión:

- Tener entre 11 y 18 años de edad.
- Pertenecer al género femenino o masculino.
- Que se encuentren estudiando en la institución educativa.
- Aquellos que hayan tenido alguna autolesión no suicida.

- Criterios de Exclusión:

- Adolescentes menores a 11 años o mayores a 18 años.
- Que no cumplan los criterios de autolesiones no suicidas como cortes, golpes, quemaduras, etc.

Los estudiantes participantes nacieron en el departamento de Lima, por diferentes motivos convergen y viven en el distrito de Carabayllo. En la Tabla 3 se visualiza la muestra en función de la cantidad de estudiantes por edad con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

Tabla 3*Edad de los estudiantes, frecuencia y porcentajes*

Edades	Frecuencia	Porcentaje
11 años	1	6%
12 años	2	13%
13 años	8	50%
14 años	4	25%
15 años	1	6%

Para la Tabla 4 se observa la misma muestra ahora en función de la cantidad de estudiantes por año académico que cursan con sus respectivos frecuencias y porcentajes.

Tabla 4*Año académico en curso, frecuencia y porcentajes*

Año escolar	Frecuencia	Porcentaje
1ro. de secundaria	9	56%
2do. de secundaria	4	25%
3ro. de secundaria	3	19%

De los dieciséis estudiantes dos eran repitentes del año académico anterior. Nueve de los participantes eran alumnos nuevos para el colegio durante ese año, los siete restantes tenían más de dos años en la institución educativa. Por ser adolescentes la mayoría de estudiantes dependen económicamente de sus padres, aunque algunos ya ejercían alguna labor de trabajo como manejar mototaxis, pelar pollos en el mercado. El nivel socioeconómico de la mayoría era bajo.

Seis de las adolescentes presentan mínimo un año con antecedentes autolesivos y sin

conocimiento de sus padres. Los adolescentes que recibieron la derivación para centros de salud, no comunicaron a algún adulto responsable por temor, y sí algún familiar se enteraba tampoco lo asistía por falta de tiempo y temas económicos; de los dieciséis solo dos participantes recibieron asistencia por la conducta autolesiva en el centro de salud cercano y fueron derivados al centro de salud mental comunitario – Asiri. Una adolescente asistió de forma privada a un centro parroquial, solo concurreó a cuatro sesiones ya que fue suspendido por decisión de la familia.

3.5. Instrumento

Se utilizó la técnica de la entrevista pues permite obtener información de forma detallada de los participantes sobre la conducta a investigar.

La entrevista cualitativa permite la interpretación de la realidad social, los valores, las costumbres, las ideologías y las cosmovisiones que se construyen a partir de un discurso subjetivo donde el investigador asigna un sentido y un significado particular a la experiencia del otro. (González et al, 2022, p.1)

Las cuales fueron direccionadas a los dieciséis adolescentes participantes que presentan la conducta autolesiva sin intención suicida.

Esta técnica se desarrolla mediante el instrumento de guía de entrevista semi estructurada en profundidad, entendida por semiestructura como flexible y dinámica como lo manifiestan Taylor y Bogdán (1994) “las entrevistas cualitativas tienen las características de ser no directivas, no estructuradas, no estandarizadas, y abiertas”. De la misma manera hace referencia por entrevistas en profundidad a “los encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias, o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p. 101)

Esta guía de entrevista (Anexo A) se creó y diseñó con la finalidad de cumplir los

objetivos de la investigación cuyos propósitos son conocer las características y la experiencia de los adolescentes frente a la conducta autolesiva no suicida. El instrumento estuvo conformado por 36 preguntas abiertas. La guía de entrevista explora 5 dimensiones, las cuales son:

- **Experiencia de la autolesión:** Constituida por 14 preguntas que buscan información sobre la realización de la conducta autolesiva no suicida. Comprende las preguntas de cómo, dónde, cuándo, cuánto, frecuencia, intensidad, incluyendo también los pensamientos, sensaciones y emociones antes, durante y después de la conducta.

Ejemplo:

Pregunta N°4 ¿Qué objeto usaste para autolesionarte?

Pregunta N°6 ¿Cuántas veces te has lastimado de esa forma?

Pregunta N°7 ¿Cuándo te lesionabas estuviste sola? ¿En dónde llevabas acabo esta conducta? ¿Había alguien en casa o en el colegio?

- **Comprensión de la autolesión:** Comprende 6 reactivos. Busca abordar el significado que el adolescente otorga a la ejecución de la conducta autolesiva, el por qué lo hizo, o para qué lo hizo, qué es lo que lo conllevó a realizar la conducta, qué consecuencias obtuvo después, qué función cumple para él o ella la autolesión, qué experiencia interna alivia cuando realiza la conducta, de qué manera maneja sus emociones desagradables, cómo hace para controlar sus emociones.

Ejemplo:

Pregunta N°15 ¿Qué significa para ti la lesión que te has hecho?

Pregunta N°19 ¿Cómo sueles manejar tus emociones desagradables de enojo, tristeza y miedo?

- **Experiencia de apoyo o red de soporte:** Consta de 5 ítems, pretenden investigar si el entorno del adolescente tiene conocimiento de las conductas que realiza, si se le ha brindado

algún tipo de ayuda o apoyo y cómo fue este apoyo.

Ejemplo:

Pregunta N°21 ¿Se lo has dicho a alguien? ¿Por qué?

Pregunta N°23 ¿Has recibido el apoyo de alguna persona cercana como familia, pareja, amigos(as), de la escuela? ¿Cómo fue ese apoyo?

- **Experiencia de reincidir en la conducta autolesiva:** Presenta 6 preguntas, con la finalidad de valorar la posibilidad de volver a realizar dicha conducta autolesiva considerando las situaciones, sus pensamientos y reconocer la probabilidad de ocurrencia de la conducta.

Ejemplo:

Pregunta N°26 ¿En los momentos que no te lesionas, es decir en los momentos en los que estas tranquila(o), piensas en eso?

Pregunta N°27 ¿Con qué frecuencia vienen los pensamientos para autolesionarte?

- **Experiencias de sus pares sobre la autolesión:** Abarca de 5 interrogantes, debido a que el adolescente se encuentra en un ámbito educativo se busca conocer a nivel de grupo etario el conocimiento que tiene de otros pares que realicen la conducta autolesiva, resaltando el por qué lo hacen, cómo lo hacen, qué consecuencias observa de esas conductas.

Ejemplo:

Pregunta N°32 ¿Tienes conocimiento de algunos compañeros(as), amigos(as) que también se lesionan? ¿De qué forma?

Pregunta N°35 ¿Qué consecuencias has notado en tus compañeros(as) que se autolesionan?

3.5.1. Evidencias de validez

La validez del instrumento se obtuvo por medio de la evaluación de contenido a través del procedimiento de criterio de expertos o como lo expresa Ruiz (2013) “juicios de expertos”

(p. 108)”, para lo cual se solicitó la colaboración de cinco jueces, de reconocida trayectoria académica, expertos en temas de psicología clínica de forma específica en el área de evaluación y tratamiento en el manejo de niños y adolescentes con un tiempo laboral en el área entre 5 a 15 años. Esto con la finalidad de juzgar de forma independiente los ítems del instrumento “en términos de relevancia o congruencia, claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo de la formulación de los ítems” (Ruiz, 2013, p. 108).

Los jueces fueron seleccionados según un perfil acorde al tema de investigación. El juez N°1, presenta especialización en Neuropsicología, maestría con mención en Psicología Clínica, con nueve años de experiencia en el área de evaluación, trabaja en un centro de diagnóstico psicológico. El juez N°2, se desempeña en el área clínica con formación en terapia Cognitivo – Conductual en niños y adolescentes, cuenta con nueve años de experiencia, trabaja de forma independiente en la atención de jóvenes con problemas de conducta alimentaria. El juez N°3, cuenta también con curso formativo en Terapia Cognitivo – Conductual, pero en Adultos, se desempeña en la evaluación clínica y brinda soporte a las personas víctimas de violencia, tiene nueve años de experiencia. El juez N°4, ha llevado el curso formativo en terapia Cognitivo – Conductual, así como la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), trabaja en una entidad del estado en el área de niños y adolescentes en procesos de evaluación y tratamiento, cuenta con nueve años de experiencia. El juez N°5, se encuentra cursando la segunda especialidad en Neuropsicología, se desempeña como evaluadora en un centro de diagnóstico psicológico y neuropsicológico, tiene quince años de experiencia realizando evaluaciones.

A cada juez se le entregó un archivo con los siguientes documentos: Formato de datos generales que incluye los datos personales y de experiencia profesional, el constructo y sus dimensiones a evaluar, el instrumento (la ficha con todos los ítems de la entrevista semiestructurada para evaluar la conducta autolesiva no suicida) y el protocolo de evaluación

del instrumento con los indicadores correspondientes.

Una vez realizada la evaluación del instrumento por parte de los jueces se procedió a ejecutar los cambios correspondientes solicitados que fueron mínimos ya que estuvieron asociadas a la colocación de los signos de interrogación en la redacción. Cada ítem en su contenido fue calificado en tres criterios: representatividad, relevancia y claridad, mediante el uso de una escala de valoración tipo Likert de 4 puntos, que va desde 0 hasta 3. Para este proceso de cuantificación se usó el coeficiente V de Aiken cuyos valores varían de 0 a 1, mientras más cercanos a la unidad representan un mayor acuerdo entre los jueces de esta manera se estaría consolidando la validez basada en el contenido.

Es así que en la Tabla 5 se evidencian los coeficientes V de Aiken para cada uno de los ítems del instrumento, por lo tanto, se observa que en los tres criterios (representatividad, relevancia y claridad) los valores V varían entre .80 y .1, siendo el primero el valor mínimo obtenido y el segundo el máximo valor resultante. Estas puntuaciones superan el valor de .70 (valor mínimo requerido para la admisión del ítem) por lo tanto la valoración de cada ítem mediante el coeficiente demuestra que existe coincidencia favorable, concordancia y acuerdo entre los jueces para los ítems diseñados de la guía de entrevista siendo estos válidos.

Tabla 5

Evidencias de Validez de Contenido de la Guía de Entrevista

Ítems	Relevancia		Representatividad		Claridad		Decisión
	V	IC 95%	V	IC 95%	V	IC 95%	
Ítem 1	.93	[.70 – .99]	.93	[.70 – .99]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 2	.80	[.55 – .93]	.87	[.62 – .96]	.80	[.55 – .93]	Válido
Ítem 3	.87	[.62 – .96]	.87	[.62 – .96]	.93	[.70 – .99]	Válido
Ítem 4	.93	[.70 – .99]	.93	[.70 – .99]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 5	.93	[.70 – .99]	.93	[.70 – .99]	.87	[.62 – .96]	Válido
Ítem 6	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 7	.93	[.70 – .99]	.93	[.70 – .99]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 8	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido

Ítem 9	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 10	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	.93	[.70 – .99]	Válido
Ítem 11	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 12	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 13	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 14	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	.93	[.70 – .99]	Válido
Ítem 15	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 16	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 17	.93	[.70 – .99]	.93	[.70 – .99]	.87	[.62 – .96]	Válido
Ítem 18	1.00	[.80 – 1.00]	.93	[.70 – .99]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 19	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 20	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 21	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 22	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 23	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 24	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 25	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 26	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 27	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 28	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 29	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	.87	[.62 – .96]	Válido
Ítem 30	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	.93	[.70 – .99]	Válido
Ítem 31	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 32	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	.87	[.62 – .96]	Válido
Ítem 33	.87	[.62 – .96]	.87	[.62 – .96]	.87	[.62 – .96]	Válido
Ítem 34	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 35	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido
Ítem 36	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	1.00	[.80 – 1.00]	Válido

Nota. V = Coeficiente V de Aiken; IC = Intervalo de confianza (95%)

En relación a la confiabilidad, este se obtuvo mediante el desarrollo de categorías de análisis descriptivas lo más concreta y precisa posible, además del uso de medios tecnológicos para conservar la realidad presenciada por medio de grabadoras de audio.

3.6. Procedimientos

Como primera medida a tomar fue escoger un espacio donde concurren los adolescentes, se decidió por una institución educativa, luego fue buscar una institución

educativa que permita llevar a cabo la investigación, de dos instituciones (una privada y la otra pública) dentro del mismo distrito se optó por aquella que presenta más población en adolescentes, la cual fue la institución educativa pública, como ya se mencionó alberga 2100 estudiantes adolescentes.

Se coordinó de forma presencial con la sub – directora pedagógica del plantel la propuesta de realizar la investigación, por ende, la importancia y relevancia de llevar a cabo el estudio. Presentó la propuesta en sesión de directivos de la institución, posteriormente otorgaron el permiso correspondiente y designó a la psicóloga educativa del colegio la apertura a la lista de estudiantes detectados por el área que realicen la conducta autolesiva no suicida, así mismo de la coordinación de horarios y de las instalaciones de la institución.

El contacto con los participantes se generó mediante la lista asignada por el servicio psicológico de la institución. Se ofrece en una lista de 14 estudiantes entre varones y mujeres, en los momentos finales a la ejecución de todas las entrevistas agrega 2 estudiantes más, las cuales fueron tomadas; por lo tanto, se tuvo como muestra final 16 adolescentes que ya habían tenido una entrevista y seguimiento por parte de la psicóloga educativa.

Se procede a diseñar la programación de horarios, en su estructura se estableció que la primera semana constó de enviar citación a los padres de familia para una reunión con la investigadora con la finalidad de explicarles el motivo de la entrevista a sus hijos(as) y de esta manera obtener la firmar del consentimiento informado (se encuentra en el Anexo B), hubo 5 padres de familia que por motivos de trabajo no asistieron para lo cual se generó otra reunión así se concluye esta etapa.

Luego se envía según los horarios las citaciones a cada estudiante en sus respectivas agendas. Durante los meses de noviembre y diciembre se llevó a cabo las dieciséis entrevistas, cabe mencionar que algunas se tuvieron que postergar debido a las actividades propias de la

institución, alargando por un tiempo más lo establecido en relación al periodo asignado para este proceso generando modificaciones en el horario establecido.

Para el momento de las entrevistas, al comienzo de cada una de ellas se procedía a ofrecerles a los adolescentes una explicación, el motivo y la finalidad de la reunión y de la entrevista. Así mismo, se le pedía el asentimiento informado (se encuentra en el Anexo C), ofreciendo la libertad de decisión de formar parte o no de la investigación. Algunos adolescentes presentaron dudas las cuales fueron absueltas logrando así la comprensión y el permiso para llevar a cabo las entrevistas. De esta forma y con el tiempo necesario se procede a la ejecución de las entrevistas individuales con los adolescentes. Cada entrevista fue grabada en audio de inicio a fin, también se hizo anotaciones en una agenda.

La técnica de la entrevista semiestructura fue diseñada para los fines del estudio, el registro se hizo en notas y en grabaciones. “La entrevista es un relato solicitado en el marco de determinados objetivos de investigación, es una situación de interacción social de carácter artificial y está regulada por un marco pautado: el guion o guía de entrevista” (Merlinsky, 2006, p. 30).

Esta guía de entrevista contiene una lista de preguntas abiertas estaba diseñada para explorar el significado y describir las experiencias de los adolescentes en relación a la conducta autolesiva no suicida. Este método favorece la expresión libre del entrevistado por lo tanto la narración de sus experiencias es más detallada y fluida.

3.7. Análisis de datos

La presente investigación es de tipo descriptiva procura acercarse a las experiencias de los adolescentes que realizan la conducta autolesiva no suicida. Al ser este tema poco estudiado en nuestro contexto, debido a que las autolesiones han sido asociadas como un síntoma por mucho tiempo a las sintomatologías de algunos cuadros mentales y no se ha visto de forma independiente, requiere una forma de estudio con nuevas perspectivas que permitan

comprender la ocurrencia y el avance de la conducta desde la información propia de los actuantes.

Por lo tanto, la técnica de Análisis del Contenido permite analizar e interpretar la información recogida de forma sistemática y objetiva pues ofrece la posibilidad de categorizar de forma inductiva la experiencia de la conducta autolesiva, así lo complementa Borjas (2020) “es una técnica que permite leer e interpretar el contenido de los documentos escritos, ya sea un texto propio o ajeno, un texto espontáneo o preparado para su análisis, o un documento” (p. 86) generando así inferencias a partir del mismo texto.

Este análisis se llevó a cabo de forma manual mediante la herramienta del programa de Microsoft Excel, generando matrices en las hojas de Excel para su posterior triangulación entendida esta como “la búsqueda de patrones de convergencia para poder desarrollar o corroborar una interpretación global del fenómeno humano objeto de la investigación. Ofreciendo la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos” (Okuda, 2005, p. 119).

El tipo de triangulación usada para la investigación fue la triangulación de datos que Aguilar y Barroso (2015) admiten como “la utilización de diferentes estrategias y fuentes de información sobre la recogida de datos permitiendo contrastar la información recabada. Esta puede ser temporal, espacial y personal” (p. 74). De esta manera, se va cruzando la información proporcionada por los adolescentes en función del fenómeno a investigar para verificar o comparar dicha información realizando análisis que pueden ofrecer interpretaciones consistentes e inconsistentes.

3.8. Consideraciones éticas

Para la investigación se tomó en cuenta los estándares éticos para todo proceso de pesquisa en ámbitos médicos y sociales plasmados como directivas en el Código de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal, que en sus diferentes capítulos

describen los lineamientos a seguir: De forma General al tener en cuenta las normas referenciales éticos universales; e Individual, en relación a los principios éticos y de los comportamientos esperados como investigadores.

Para el proceder investigativo se tuvo en cuenta Los Principios de la Declaración de Helsinki, El Informe Belmont, El código de Nuremberg cada uno de ellos garantiza el proceder ético frente a los participantes de la investigación, que como primera orden se tiene la autonomía del sujeto en la participación o no de la investigación lo que se consolida en este trabajo en el consentimiento informado a los padres por ser responsables de los menores y el asentimiento de los adolescentes para las entrevistas respectivas; de esta forma se garantiza un desempeño ético siendo consecuente también con las demás directrices establecidas en los documentos antes mencionados.

IV. RESULTADOS

4.1. Características de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes

4.1.1. Métodos de autolesión no suicida

De las entrevistas realizadas se identificaron diferentes métodos de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes. Entre la más usada se encuentra los cortes (cutting), 15 de los 16 participantes eligen este método como forma principal para autolesionarse. El segundo método más usado fue golpearse contra la pared. Cinco adolescentes utilizan este método. De este grupo, dos adolescentes mencionan haber usado los autogolpes, es decir, golpearse con su propio cuerpo (su puño). Al respecto, el participante 5 refirió: *“Me estaba golpeando con mi puño, mi mano”* y el participante 16 mencionó: *“En la cabeza, en mis hombros. Yo solo me golpeo con mi puño”*.

Los otros métodos usados fueron las quemaduras (2 de los 16 participantes). El participante 9 comentó *“Me quemaba la palma de mi mano”*. Luego se encuentran el frotarse y rascarse la misma herida antes cortada, el jalarse el cabello. Un método no reportado en la literatura y encontrado en la investigación e incorporado como método autolesivo no suicida fue el pelarse la planta del pie, pues la adolescente manifiesta la intención de liberarse de sus problemas mientras lo hace. Por otro lado, el 56% de adolescente reportó haber usado un solo método de autolesión mientras que el 43% utilizan múltiples métodos (ver Tabla 6).

Tabla 6

Cantidad, frecuencia y porcentajes de los métodos de autolesión usados por los adolescentes

Cantidad de Métodos	Frecuencia	Porcentajes
1	9	56%
2	4	25%
3	2	12%
5	1	6%

4.1.2. Objetos utilizados para autolesionarse

A los métodos que los adolescentes emplean para autolesionarse se acompañan del uso de objetos que permiten la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin finalidad suicida. Estos objetos lo hemos clasificado entre los más y menos usados según la frecuencia de uso, cabe destacar que la parte corporal como lo es el puño también se considerará como objeto ya que un objeto puede ser estimado como algo que se visualiza, se utiliza y que juega un papel o un rol, en tal sentido se hallaron los siguientes objetos según su uso (ver Tabla 7).

Tabla 7

Frecuencia de uso de objetos para la autolesión no suicida

Frecuencia de uso	Objetos
Objetos más usados	Guillette, cutter, pared, cuchillo y tijera
Objetos menos usados	Navaja, encendedor, filo del tajador al desarmarlo, uña (propia uña del sujeto o la uña de un animal – gato), puño, cuaderno y folder, piquetera, regla y llave.

4.1.3. Partes del cuerpo donde predomina la conducta autolesiva

Identificados los métodos y los objetos que usan los adolescentes para la conducta autolesiva, se describe las zonas del cuerpo donde los adolescentes se infringen las autolesiones (ver Tabla 8). Los adolescentes reportaron que los cortes abarcan las extremidades, el abdomen, el cuello y la cara. Los golpes contra la pared se concentran en la cabeza y las extremidades superiores, mientras que los golpes con el mismo puño se ejercen en la cabeza, hombros, pecho y manos. Por otro lado, las quemaduras solo se realizan en las manos. El método de jalarse el cabello y pelarse la planta del pie son acciones muy parecidas ya que ambas implican arrancar o quitar parte del cuerpo, pero se consideran como categorías independientes por ser zonas distintas del cuerpo.

Tabla 8

Método usado y partes del cuerpo lesionadas

Método usado	Partes del cuerpo lesionadas
Cortes	Un brazo de preferencia el izquierdo, ambos brazos, muslo, cuello, cara, piernas, rodilla y estómago
Golpes contra la pared	Cabeza, hombros, espalda, puños, nudillos y manos
Golpes con su mismo puño	Pecho, manos, cabeza y hombros
Quemaduras	Manos
Jalarse	Cabello
Pelarse	Pie

4.1.4. Lugares donde ejecutan la conducta autolesiva

Dentro de lo reportado, los adolescentes refieren que el espacio físico elegido por ellos para llevar a cabo esta conducta es su casa. Quince de los adolescentes señalan que lo ejecutan en su cuarto y baño, así lo manifiesta la participante 12: *“Mayormente lo hago en mi casa.*

Cuando estoy sola voy al baño o a mi cuarto". Cuatro de estos participantes refieren también autolesionarse en el colegio, específicamente en el baño y el salón de clase cuando se encuentran solos. Al respecto, la participante 4 manifestó: *"En casa y en el colegio una vez. Y este me lo hice en el baño porque no sé, no me sentí muy bien, o sea, sentía que me faltaba la respiración, me alteré y fui"*. Un adolescente expresa haberse autolesionado solo en el colegio: *"Uhhh, Solo en el colegio, en el baño la primera y el segundo, en el salón de compañeros, pero no había nadie"*.

4.1.5. Estrategias que usan los adolescentes para ocultar las marcas de las autolesiones

Al ser la conducta autolesiva una conducta que al infligirse en la piel deja marcas, por su naturaleza estas huellas se van hacer evidentes y notorias, pero también va a depender de la profundidad o fuerza con la que se haya realizado, en ese sentido la participante 14 expresó: *"Ya no se ven mucho. Ya no, ya se ha borrado, por acá, hay algunas por acá, esta es la última que me hice y tengo uno acá en la rodilla"* la marca a la que hace referencia es una línea delgada blanca de aproximadamente unos 5 centímetros y la de la rodilla unos 2 centímetros considerando que se lo realizó hace 6 días y la profundidad fue leve como una marca que no llegó a penetrar en la piel. Dentro de lo permitido por parte de los adolescentes, 15 de ellos mostraron sus autolesiones a excepción de un participante que se negó en dos oportunidades hacerlo, alegó solo una negación de no deseo.

Se observa que el mecanismo de reparación de los tejidos de la piel varía dependiendo del tiempo en las que se realizaron, se pueden ver líneas entre ligeramente delgadas a otras más gruesas, entre líneas de color blancas como rosadas y algunas con costras, esto para los cortes. En el caso de los golpes o quemaduras no se evidenció huella o marca alguna o al menos que haya sido visible en el momento de las entrevistas. El 63% de los adolescentes usan alguna prenda para encubrir las lesiones como son: chompas, poleras, polos manga larga, suéter, casacas del colegio; tanto en casa como en el colegio aún en épocas de calor donde su uso se

extiende, es más frente a una pregunta por alguna marca que de casualidad se evidenció tienden a falsear la información aduciendo a algo externo como forma de justificar la marca, así lo refiere la participante 14: *“Yo me ponía poleras. Mi mamá una vez casito se da cuenta, pero le dije que era lapicero y se lo creyó”*. A diferencia del 37% quienes refieren no usar, ni hacer algo para encubrir las marcas o huellas.

4.1.6. Formas de conocimiento sobre las autolesiones

Es importante conocer que la etapa de adolescencia guarda estrecha relación con una expansión en el aspecto de interacción social y al ser el escenario de investigación un colegio público es preciso notar la manera en cómo los adolescentes se enteraron o tuvieron conocimiento de estas formas de autolesión. Las pesquisas refieren que las formas de conocimiento de esta conducta surgen de: la interacción con algún amigo o amiga que ya realizaba esta conducta como lo manifestó la participante 1: *“Una amiga una vez me contó que lo hizo por sus problemas que tenía y yo también empecé hacer lo mismo”*. Por acceso a alguna plataforma o red social de información como son: la televisión asociada a un programa como la Rosa de Guadalupe o reportajes sobre personas que contaban formas para desahogarse; videos en Facebook, en Tik Tok como lo refirió la participante 9: *“Fue por mi celular, yo era de estar más pendientes de mis redes sociales, entonces había un grupo donde decían varias formas y empecé hacer eso”*. Por aprendizaje en forma de castigo como lo expresó el participante 16: *“Fue en el colegio de niño, cuando la profesora nos castigaba jalándonos el pelo cuando no entendíamos los problemas, intenté hacer lo mismo”*. Por uno mismo, como lo mencionó la participante 15: *“Yo misma, agarré la tijera y empecé a cortarme”*. O como lo comentó el participante 10: *“Yo mismo, fue cuando estaba lavando los servicios, me corté con el cuchillo, vi mi mano en el agua lo saqué y no sentí nada”*.

4.1.7. Tiempo de inicio y frecuencia de la conducta autolesiva

Para observar el inicio de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes se estructuró intervalos de tiempo con 5 puntos de cortes (ver Tabla 9):

Tabla 9

Tiempo de inicio de las autolesiones

Inicio	Frecuencia
La última semana	0
El último mes	1
Los últimos seis meses	6
El último año	4
Los dos últimos años	4

Es preciso señalar que un participante no respondió a la pregunta de cuándo comenzó con las autolesiones, ya que no se acordaba.

Considerando las edades mencionadas por los participantes se analiza que el promedio de inicio de la conducta autolesiva se produjo entre los 11 y 13 años. Otro dato mencionado en la parte de Métodos, hace referencia a que las adolescentes mujeres son en gran medida la población más vulnerable para la realización de estas conductas pues de los 16 participantes, 14 fueron adolescentes mujeres y 2 adolescentes varones siendo la proporción en porcentajes de 88% para mujeres y 12% para varones, se evidencia la prevalencia para el género femenino.

Así mismo, se estableció la frecuencia de la conducta autolesiva entre la última vez de la autolesión y el inicio de la misma. Tres participantes se autolesionaron entre 1 y 2 veces, otros tres participantes se lesionaron entre 3 a 7 veces y diez participantes se autolesionaron de 7 veces a más. Se encontró que los adolescentes dosifican la cantidad de autolesiones, como lo expresó la participante 5: *“Eh, nunca me hago en cantidad porque me da miedo. Me siento mal*

de la nada, me hago 1 o 2 y al día siguiente también, o de allí ya no y así". Por otro lado, la participante 13 expresó: *"Yo me corto. Eh, poquitas veces unas 3 o 4"*.

4.2. Experiencia de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes

4.2.1. Pensamientos y sentimientos vinculados a las autolesiones no suicidas (antes, durante y después de las lesiones)

Las emociones que se vinculan al momento anterior (antes) de llevar a cabo la autolesión están dirigidas a emociones desagradables de experimentar como lo son en gran medida la tristeza y el enojo, en menor medida encontramos: la ansiedad, la decepción, el dolor, la culpa y la inseguridad. Al relacionar los pensamientos a las emociones evidenciamos que existen pensamientos que se dirigen al manejo del dolor emocional como el participante 12, quien expresó: *"Solo quiero cortarme a ver si se me pasa el dolor"*, o como lo refirió la participante 3: *"Pensaba que si hago eso iba ser un alivio como un calmante"*. Hacia las situaciones externas asociadas a la familia como lo manifestó la participante 11: *"Pensaba en mi mamá, y en cómo se siente. Y esto iba ser una forma de desahogo para que ya no sufra"*. Asociado a otra situación externa con referencia a la parte académica así lo comentó el participante 16 *"Por qué no puedo entender las matemáticas, soy muy malo para eso"*.

Para el momento en que se lleva a cabo la conducta (durante), encontramos que experimentan la emoción de enojo y tristeza asociado a una falta de dolor corporal en el momento de las autolesiones pues refieren no sentir dolor mientras lo ejecutan. Los pensamientos que se evidencia durante las autolesiones en su mayoría son recuerdos sobre situaciones, cosas que le decían, acontecimientos que les generaron dolor emocional (tristeza, enojo, culpa, decepción, ansiedad) como hace referencia la participante 5: *"No pienso nada, solamente recuerdo las cosas malas que me decían que era mi culpa y me cortaba. Pero no me dolía, solamente me cortaba y decía que así estaría todo mejor que se irían mis problemas"*.

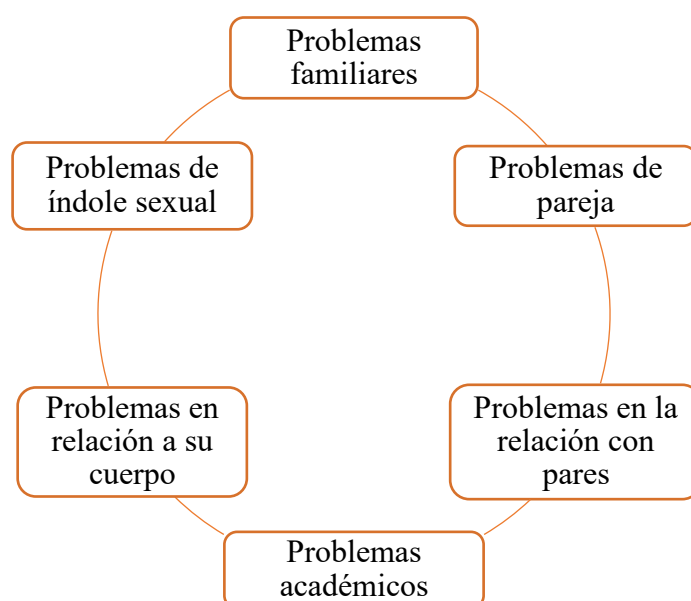
Posterior a las autolesiones (después), se observó que 13 de 16 adolescentes expresan sentir tranquilidad con frases similares de: “alivio”, “nada”, “calmada”, “como una relajación”, “mejor”, “como si ya no estuviera con tristeza”. A nivel de dolor físico producto de las autolesiones comentan sentir variabilidad a nivel de dolor que va desde no percibir dolor, a advertir un poco de dolor, hasta apreciar dolor; así mismo hacen notar cierto malestar, ardor o dolor mucho después de la autolesión en los momentos en que se bañan o se tienen que lavar esas zonas. En relación a los pensamientos en su mayoría manifiestan no experimentar algún tipo de pensamiento negativo como lo expresa la participante 4: “*ya no pensaba en nada*” o como lo refiere la participante 17: “*me decía, ya pasó*”. La participante 14 responde sentirse mejor después de la autolesión y expresar un pensamiento positivo hacia el futuro en relación a su familia: “*Todo iba a pasar y mi hermana va a reflexionar de sus actos*”.

4.2.2. Razones por las que los adolescentes se autolesionan

La frecuencia de las autolesiones ya sea por única vez o por una tendencia a realizarla varias veces se encuentra relacionado a una serie de razones o motivaciones sean personales o situacionales que los adolescentes manifiestan y que justifican su conducta (ver Figura 1).

Figura 1

Razones para realizar la conducta autolesiva no suicida



4.2.2.1. Problemas familiares. Se destaca el problema entre la familia ya sea la relación entre padres e hijos(as) o con hermanos(as) como lo manifiesta la participante 12 *“A veces me siento mal, porque mi hermana hace cosas, este cosas malas y me da pena, se va a tomar, se escapa de mi casa y me da pena mi mamá”*, o la relación entre el mismo adolescente con el padre o madre como lo refiere la participante 17 *“me dolía que mi mamá me dijera eso de ser una floja, una inútil”* o como responde el participante 10: *“Por problemas de mi casa, que me peleé con mi papá. Para no manchar a mis hermanos me cortaba, no me desahogaba con ellos”*.

4.2.2.2. Problemas de pareja. Muchos de estos adolescentes empiezan con el gusto por el sexo opuesto y generan relaciones sentimentales que en su proceso señalan problemas en su forma de relacionarse como lo comentó la participante 6: *“Este, acabar con mi ex enamorado, y ya, ya, pues, este me ilusionó, me enamoró. Eh, terminamos a los 3 meses y él me terminó a mí porque le gustaba otra chica. Eh, de ahí terminó todo”*.

4.2.2.3. Problemas con amigos o compañeros de clase. Así lo expresó la participante 9: *“Me llamaban perra y me decían así; o sea se burlaban también de mi cara, me decían que era fea y más un montón de cosas y todos venían contra mí”*

4.2.2.4. Problemas académicos. Como lo referido por el participante 13: *“Porque tenía ansiedad. Es que no puedo hacer las cosas como se debe hacer, que en cómo poner atención. En querer hacer las tareas y sacar buenas notas y no puedo, o como lo manifestado por el participante 16, quien realizaba la conducta de solo golpes contra la pared o consigo mismo y refirió: “Que no me salga bien resolver los ejercicios. Para entender mejor, para ver si mi cabeza puede entender”*.

4.2.2.5. Problemas en relación a su cuerpo. Como la participante 15 respondió: *“No me siento conforme conmigo misma. Lo comentarios de mis primas sobre el peso, el cuerpo,*

mi cara” así como la participante 2 quien comentó: *“Por mi cuerpo, lo comparo con mis compañeras”*.

4.2.2.6. Problemas de índole sexual. En esta parte los adolescentes hacen referencia a eventos de abuso sexual por algún conocido y/o familiar: La participante 5 comentó: *“Por los recuerdos (narra situación de abuso sexual perpetrado por hijo de la pareja de su mamá), los problemas en casa entre mi mamá y mi hermana mayor”*. Claro está que al tener un evento de abuso sexual implícitamente se encuentra relacionado a problemas familiares producto de lo anterior, en esta parte ambos van de la mano.

4.2.3. Significado otorgado a la conducta autolesiva no suicida

El significado que los adolescentes atribuyen a la conducta autolesiva no suicida se enmarca en tres directrices:

4.2.3.1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. Donde refieren respuesta como la participante 15: *“Es una forma de calmarme frente a lo que siento, a lo que me dicen”*, o como lo expresó la participante 4: *“Para calmar el dolor mental y cambiarlo por el dolor físico”*.

4.2.3.2. Para resolver una dificultad interpersonal. Así manifestado por la participante 2: *“Para que me ayude a pasar mejor el dolor y así pueda evitar vomitar”*, o como la participante 6 quien respondió: *“Al estar llena de ira, de decepción y para no romper el televisor o el espejo, mejor me corto mi brazo”*.

4.2.3.3. Para inducir un estado de sentimiento positivo. Expresado por el participante 11 quien mencionó: *“Es algo que me tranquiliza”* o como el participante 12: *“Así me distrae, me calma”*.

Los adolescentes ofrecen un significado a la conducta autolesiva no suicida pero también advierten consecuencias de la misma, entre la que más destaca es la conciencia de saber que es una conducta que los daña y que puede tener consecuencias lamentables

físicamente para ellos. De la misma manera, esa intención se puede observar en lo que ellos piensan sobre la conducta para sus pares en que puede ser negativo a nivel físico si ejecutan esa conducta, hacen notar que existe un motivo o causa para que sus pares también lo ejecuten, pero a la par ofrecen advertencias de que no lo hagan.

4.2.4. Mecanismo de afrontamiento frente a la conducta autolesiva no suicida

Son diferentes las formas de manejo que los adolescentes emplean para el control de sus emociones desagradables de enojo, tristeza y miedo. Se encontró que seis participantes prefieren no decir, ni emitir algún comentario solo ejecutar alguna conducta como: aislarse, bañarse o dormir. Mientras que otros cuatro participantes expresan la emoción ya sea en llanto, grito acompañado de la conducta de aislarse. Por otro lado, cuatro adolescentes continúan con la conducta autolesiva no suicida. Hubo dos adolescentes que buscaban ayuda externa es decir contar con alguien a quien puedan mencionar cómo se sienten de preferencia amigos(as).

El 68% reconocen que sí existen otras formas de lidiar con sus emociones desagradables para evitar las autolesiones y que en algún momento lo han intentado como son: el rayar una hoja, el evitar la conducta, el prestar atención en sí misma, el escribir. A comparación del 32% que refieren no tener otro mecanismo pues lo intentan, pero se mantienen en la misma conducta de autolesionarse.

4.2.5. Características de apoyo socioemocional en los adolescentes frente a la conducta autolesiva

La percepción de conocimiento de las conductas de autolesión no suicida para su entorno es de 87% de personas relacionadas a los adolescentes como son algún miembro de su familia, un(a) amigo, compañero, la psicóloga del colegio, profesor, tutor o auxiliar. Frente a este conocimiento la percepción de apoyo que los adolescentes perciben sería para aproximadamente la mayoría la de recibir sostén y buscar ayuda de profesionales como lo explica la participante 4: “*Bueno mi mamá al enterarse, me llevaría al psicólogo*”. Para otra

participante el apoyo de sus amigas lo recibiría mediante los comentarios proporcionados por ellas como lo manifestó la participante 6: *“Me dirían que no me haga eso”*. A diferencia del 13% cuya percepción del conocimiento de las autolesiones no es de nadie y que si se llegaran a enterar la percepción de apoyo sería negativa como lo manifestó la participante 15: *“No confío en mis amigos y mi familia me regañaría”*. Esta percepción cambia cuando la conducta de autolesión ya es del conocimiento de alguna persona (familia, amigos o profesional), es decir cuando el 94 % sabe que el adolescente se autolesiona la ayuda recibida es distinta a la percibida, dado que, casi la mitad (46%), menciona no haber recibido ayuda y en su lugar fueron objetos de regaños y burlas como lo explicó la participante 9: *“Al enterarse, mi mamá me dijo que por qué lo hacía, que eso solo hacen los locos. Me fui al baño a llorar, me encerré. Me siguió y me dijo: ¿qué, lo vas hacer de nuevo?, que sí hacía eso era una loca y que me iba a internar”*. En el mismo sentido lo expresó la participante 5: *“El año pasado la psicóloga citó a mi mamá, cuando nos íbamos a casa, empezó a llorar y me dijo: que sí me iba a matar que le avise para que se prepare para eso y que deje de hacer estupideces”*. A diferencia del 26% cuyo apoyo recibido fue positivo pues refieren que los motivaron a que dejen de hacer eso. Por otro lado, el 28% da cuenta de que el apoyo recibido fue parcial pues daban muestra de entendimiento y que las cosas iban a cambiar, pero solo duraba un tiempo.

4.2.6. Probabilidad de reincidir en la conducta autolesiva no suicida

Es preciso identificar la probabilidad de reincidir en la conducta autolesiva asociado a los factores precipitantes, para lo cual se advierte que en los momentos en los que se encuentran tranquilos el pensar en autolesionarse para el 50 % es negativo. Mientras que para un 25% a pesar de mantener un estado de tranquilidad aún persiste el pensamiento de autolesionarse. Y para el otro 25% el pensar en autolesionarse es parcial, es decir no muy seguido.

Los pensamientos que se asocian a la reincidencia de la conducta autolesiva son pensamientos que se relacionan con el físico de la adolescente como lo indicó la participante

15: *“Observo mi cuerpo y me veo al espejo para ver si estoy bien y si me veo mal puedo ir a cortarme”*. Por temas familiares como lo expresó el participante 14: *“Si mi familia está bien, no me corto, pero si mi familia está mal si me puedo cortar, estoy atenta a todo lo que le pasa a mi familia”*. Por aspectos académicos, así lo comentó el participante 16: *“Por qué soy así de tonto, por qué no entiendo las clases de matemática”*. Por temas relacionados a buscar sentirse mejor, como lo mencionó la participante 7: *“No me gustar sentirme mal, por eso cuando viene el pensamiento me vuelvo a cortar para sentirme mejor”*, o como lo expresó la participante 4: *“Quiero sentirme mejor, sacarme este dolor”*. O por los pensamientos en forma de recuerdos sobre todo en los adolescentes que vivenciaron situaciones de abuso sexual o tocamientos indebidos como lo manifestado por la participante 5: *“Cuando viene los recuerdos de lo que me pasó, pensar que es mi culpa”*.

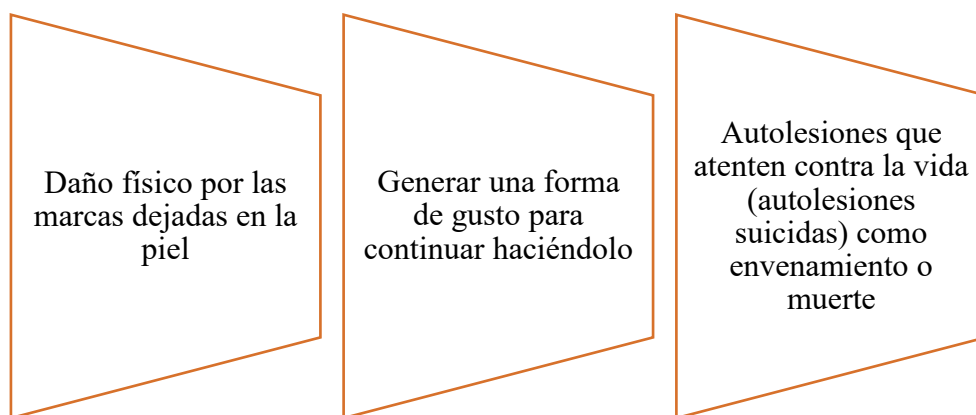
4.2.7. Conocimiento de la experiencia de la conducta autolesiva no suicida en su medio para con sus pares

La mayoría de los adolescentes que se autolesionan tienen conocimiento de que en su medio esta práctica también es ejecutada por sus pares ya sea porque comparten algún vínculo de amistad, familiar, o de convivencia escolar. El método más usado son los cortes. El 50% menciona desconocer la forma en cómo se autolesionan sus compañeros, si es lo ejecutan de forma individual o conjunta. Para el 44% es de su conocimiento de que la conducta de autolesión no suicida lo realizan en forma individual. El 6% restante conoce que esta conducta la llevó a cabo en forma conjunta (entre dos personas). A la pregunta de saber ¿por qué crees que ellos se autolesionan?, sus respuestas hacen referencia a los problemas que pueden estar experimentando dentro de las categorías de: problemas familiares, problemas de pareja, problemas de haber sido víctima de abuso sexual. Lo que indica que existe una motivación para las autolesiones sin intención suicida. Aunque 8 participantes advierten, no considerar ni haber

notado consecuencias para sus compañeros que se autolesionan a diferencia de los 8 participantes restantes quienes reconocen que sí existen consecuencias (ver Figura 2):

Figura 2:

Consecuencias de la conducta autolesiva no suicida en los pares



Por otro lado, a nivel del medio donde se desarrollan los adolescentes, la conducta de autolesionarse sin intención suicida es de conocimiento variado, puesto que, el 44% comentan que sus amigos(as) más cercanos saben que ellos se autolesionan y que han recibido muestras de apoyo para que eviten ejecutar esa conducta como lo expresa el participante 11: *“Se dieron cuenta y me decían ya no te cortes, te vas hacer daño”*. Mientras que el 31% refieren que se enteraron porque sus compañeros se dieron cuenta ya sea por observar sus marcas, por el uso continuo de poleras, o porque un profesor (tutor) o auxiliar comentó el hecho, para este grupo el soporte fue dividido para algunos mostraron apoyo y para otros fue una fuente de molestias pues los compañeros hacían notar sus cortes en forma de burla, así lo expresó el participante 5 a quién le decían: *“Ya pues, haber córtate”*. A diferencia del 25% quienes aducen que su medio no tiene conocimiento de sus autolesiones debido a que no desean contárselos por temor a que los regañen, o por temor a las críticas, así manifestado por la participante 15: *“Que no se enteren porque van a criticar”*.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se procederá a explicar y analizar los resultados obtenidos de las características de la conducta autolesiva no suicida en los adolescentes, sus experiencias y el significado otorgado a la conducta.

En la presente investigación se halló que la edad de inicio para la conducta autolesiva se encuentra entre los 11 y 13 años, dato distinto hallado por Neyra (2016) donde refiere que los adolescentes de una institución educativa del distrito de Comas que en algún momento de su vida se autolesionaron la edad de inicio fue entre los 12 y 15 años, es decir actualmente la edad para el inicio de esta conducta disminuyó un año para nuestra realidad. Marín 2007, en su estudio en población de adolescentes mexicanos ya había considerado que la edad de inicio fue entre los 11 y 13 años coincidiendo con lo encontrado en esta investigación.

Se evidencia que en la etapa de la adolescencia la conducta autolesiva no suicida cobra importancia en ser considerada un factor de riesgo que se debe de tomar en cuenta y contemplar como un tema de conversación con los adolescentes sea en casa, en colegio o en entidades de salud, ya que la adolescencia en si misma se caracteriza por cambios en sus diferentes áreas como lo son: el área cognitiva, el área emocional, el área fisiológica, el área social, el área conductual. Cada área caracterizada por sus componentes que a su vez se van interrelacionando una con otra. Haciendo referencia a Siegel (2014), entrar en la adolescencia es alcanzar la vida en plena ebullición.

Esta ebullición podría ser descontrolada en aspectos emocionales evidenciándose en la conducta y dañándose físicamente. Una de esas conductas es la conducta autolesiva no suicida, los métodos utilizados por los adolescentes para ejecutar dichas conductas podrían llegar a ser variados como: cortes, golpes contra la pared, golpes con su mismo puño, quemaduras, jalarse el cabello, pelarse la planta del pie. En su mayoría estos métodos coinciden con lo reseñado

por Rospigliosi (2010) a excepción de los pellizcos y presiones en el ojo, por su parte la presente investigación muestra un método adicional como es el pelarse la planta del pie. En el mismo artículo hace referencia que el corte en la piel es un método con mayor porcentaje de práctica, así mismo se corrobora como principal procedimiento de autolesión no suicida usado por los adolescentes de la institución educativa pública del distrito de Carabayllo. Seguido del método de golpearse contra la pared, que en cuanto a género este método es más usado por los varones a diferencia de los cortes que son más usados por las mujeres, de la misma manera concluye Cabrera (2021), en su estudio con adolescentes de Lima entre los 12 a 17 años que cursaban el nivel secundario demostró que el método principal de autolesión fueron los cortes en la piel y con mayor frecuencia en las mujeres.

En cuanto al número de métodos, se advierte que la cantidad no es exclusivo de un solo género ya que ambos sexos pueden llegar a ejecutar varios métodos a la vez, esto debido a la característica de los adolescentes de probar o experimentar situaciones nuevas que le permitan relacionar el dolor físico en lugar del dolor emocional, por ende la experimentación en cuanto al método y a la profundidad al realizarse la conducta de autolesión no suicida toma importancia en este punto, así lo describe la participante N°5 quien llegó a experimentar cinco métodos distintos de autolesión como fueron los cortes, las quemaduras, los golpes a sí misma, jalones de cabello, frotarse o rascarse la herida.

Las partes del cuerpo donde se infringen las autolesiones pueden abarcar desde el cabello hasta la planta del pie ejerciéndose esta conducta en toda la zona frontal del cuerpo, zonas que son accesibles por ellos. Como lo manifiesta Manca (2017):

Las partes del cuerpo más frecuentemente atacadas son los brazos, las piernas, el tórax y otras zonas de la parte frontal del cuerpo siendo ésta, por un lado, la más accesible y, por el otro, más fácil de ocultar, con el fin de poder mantener completamente en secreto tales conductas. La piel representa el elemento de separación, de límite entre el mundo

interno y el mundo externo, de comunicación y de interacción entre ambos mundos y de discriminación entre el adentro y el afuera” (p. 81).

Siguiendo la afirmación realizada por Manca, donde hace referencia a que las lesiones son hechas en zonas accesibles porque cumplen el papel de mantenerse en secreto, a esto se le suma que en la investigación el 63% de los participantes mencionaban que usan alguna prenda para encubrir las lesiones como son: chompas, poleras, polos manga larga, suéter, casacas del colegio; tanto en casa como en el colegio aún en épocas de calor donde su uso se extiende, y frente a la posibilidad de pregunta por parte de un tercero acerca de sus marcas los adolescentes tienden a falsear la información aduciendo a alguna situación externa como forma de justificar las marcas.

Considerando en este punto las marcas producto de las autolesiones no suicidas es oportuno conocer los objetos usados para las lesiones sin fines suicidas que acompañan a los métodos usados pues estos también varían de acuerdo a los métodos, es decir si la conducta autolesiva es el corte o “cutting”, los instrumentos usados para ejecutar esa conducta son aquellos que en su estructura tengan una parte con filo como: el guillette, cutter, cuchillo, tijera, navaja, filo del tajador, la uña del gato, etc. Si la conducta es el golpe los objetos son la pared, un cuaderno, un fólder y el mismo puño. Así para la conducta de quemarse el objeto es un encendedor. Para los hincos el objeto es una piqueta.

Podemos observar que, así como los métodos varían los objetos usados también pueden ser variados y distintos, la única función es que el objeto cumpla la finalidad de generar daño en la piel o en el cuerpo, además estos objetos tienen la característica de ser accesibles y de uso cotidiano en la mayoría de los casos considerándose un riesgo pues en ese sentido cualquier objeto con esa característica podría usarse con tal fin. Si la finalidad es generarse daño en la piel, es necesario tener en cuenta también los otros factores de dirección, letalidad y repetición considerados para la conducta autolesiva no suicida.

Estas consideraciones fueron formuladas por Kahan y Pattison (1984, como se citó en ASEFO): Por dirección tenemos la intencionalidad, pues esta conducta debe comprender que la intención se logra en un tiempo corto siendo consciente de las consecuencias dañinas con el objetivo de llegar a ejecutarlo como lo menciona la participante 11: *“Pensaba en mi mamá, y en cómo se siente. Y esto iba ser una forma de desahogo para que yo ya no sufra. Me iba así a lugares que paraban solos ahí y ahí me cortaba”*.

Por letalidad, tenemos que este factor en la conducta autolesiva sin intención suicida tiende a ser baja y no amenazante para la vida, es decir que el acto no resulta en muerte de forma inmediata o en el futuro próximo, expuesto así nuevamente por la participante 11: *“El mío era leve, nomás. Yo no he llegado a ese punto de cortarme hasta el fondo”* o como la participante 12: *“Uhm, al principio me dolía un poco, pero ahora que lo hago ya no me duele”*.

Por repetición, que el acto sea ejecutado una vez (claro está considerando el factor letalidad) o varias veces por un periodo de tiempo, así manifestado por la participante 5: *“Eh, nunca me hago en cantidad porque me da miedo. Me siento mal de la nada, me hago 1 o 2 y al día siguiente también. O de allí ya no y así”*.

Al considerar los factores antes mencionados de dirección, letalidad y repetición, la conducta autolesiva en la mayoría de los casos no es una conducta abierta, es decir, no es expuesta en su ejecución, asimismo teniendo en cuenta la discreción por parte de ellos (los adolescentes), las autolesiones no suicidas son llevadas a cabo en espacios cerrados que pueden ser en su hogar: la habitación y el baño, sobre todo en los momentos en los que no hay personas en sus casas o si se encuentran están en ambientes distintos al de los adolescentes; de la misma manera ésta práctica también ha sido trasladada a los ambientes de la institución educativa como los baños o aulas con la condición de que no haya compañeros(as) o personal del colegio, por lo tanto hace referencia a que son practicas ejecutadas en ambientes solitarios y de forma oculta lo que incrementa el riesgo para los adolescentes.

Si su ejecución es gran medida secreta, la forma en cómo empezaron a tener conocimiento sobre este tipo de acciones no es tan oculta considerando que como característica de esta etapa es la expansión en el aspecto de interacción social en los adolescentes, el espacio de desarrollo (una institución educativa pública), el acceso a la tecnología tan acelerada en producir información y viralizarse sin control proveen de insumos que al interactuar entre ellos hacen que se acceda a diferentes tipos de información que también generan daño y perjuicios a una población que se encuentra en pleno desarrollo de su autocontrol además de ser “vulnerables”. Al considerar la expansión de la interacción social en los adolescentes lo reportado en la investigación da cuenta de que la principal forma de conocimiento acerca de las autolesiones ha sido justamente la acción que se ejercen recíprocamente entre los estudiantes, la relación con algún amigo o amiga que ya presentaba esta conducta. El acceso a la tecnología (redes sociales, plataformas, apps, etc.) surge como otra medida adoptada por los adolescentes para incursionar en los temas de autolesiones así lo menciona Martínez (et. al. 2023), quienes analizaron las publicaciones realizadas en la plataforma Twitter por los adolescentes que practican las autolesiones identificando los tipos de usuarios y cómo es la respuesta de la comunidad. Hallaron que los adolescentes usan las redes sociales para difundir su dolor y para encontrarse con sus iguales llegando a ámbitos internacionales. Se detectaron dos tipos de conversaciones una exógena, que incluyen el consumo y la producción de contenidos asociados a las autolesiones no suicidas y la otra la conversación endógena, en la que comparten su dolor entre iguales. Así mismo es un punto que nos debe llevar a reflexionar sobre el uso que los adolescentes le dan a la tecnología y que suma como factor de riesgo a la incidencia en este tipo de conducta autolesiva. Otra forma de conocimiento sobre las autolesiones fueron el aprendizaje en contextos sociales y el aprendizaje personal que se inicia por alguna situación distinta a la de autoagredirse como lo es un corte casual de ahí la asociación con la conducta autolesiva.

Hasta el momento lo explicado ha sido relacionado con el objetivo de describir las características de la conducta autolesiva en los adolescentes, ahora nos enfocaremos en conocer las razones y analizar el significado de la conducta de autolesión en ellos. Partiremos de la principal razón que mencionan los estudiantes entre las que subrayan los problemas familiares, ya sea la relación entre los mismos padres, entre los hermanos o entre los padres e hijos. En su investigación Gallegos-Santos, et al. (2018) describe a los problemas familiares como segundo factor de la causa de las autolesiones en su población de adolescentes en la ciudad de Arequipa. Para Briones y Donaire (2023) destacan en su investigación la relación familiar como el principal medio generador de las autolesiones no suicidas cuando existen conflictos, puesto que perciben el rol de su familia como evitativo, desinteresado y falta de atención hacia ellos mismos; en ese sentido lo encontrado en esta investigación es acorde con lo hallado en el presente trabajo, por lo tanto, es un punto fundamental ya que la relación familiar visto desde el punto sistémico:

Es la interacción entre los miembros que integran el sistema, a partir de interacciones que establecen lazos que permiten a los miembros permanecer unidos y alcanzar metas por medio de la comunicación que permite observar los conflictos, las reglas y normas que regulan la homeostasis del sistema familiar y el comportamiento de cualquier elemento del sistema lo altera en su totalidad. (Amarís et al., 2004, p. 5).

Tomando en cuenta lo descrito por los autores anteriores una alteración en la homeostasis familiar puede conllevar a circunstancias lamentables para los miembros del grupo familiar. Es por ello que los adolescentes que se encuentran en búsqueda del control personal al verse en situaciones en las que su ambiente familiar varía y no saben o no pueden controlarlo recurren a las autolesiones como medio o forma de control. Otros puntos de desequilibrio para los adolescentes son las relaciones de pareja, aspectos académicos, problemas con los compañeros o pares (se podrían considerar el bulliying) razones que coinciden en la

investigación de Cabrera (2021). Los problemas de índole sexual, como es el caso de abuso sexual perpetrado por un familiar o conocido, es un factor preponderante y con consecuencias en las autolesiones no suicidas, para este trabajo considerando los participantes (16 adolescentes) se encontró 3 casos con temática de abuso sexual, casos que no son expuestos a la denuncia de agentes para el cuidado y protección del menor mucho menos para un tratamiento y que son considerados como “los secretos de familia” porque entre ellos ocultan y evitan exponerlo, situación que es alarmante en esta población pues infiere descuido, desprotección y falta de atención al adolescente víctima de estos hechos ya que los tres casos refieren haberlo comentado a su familia pero no les creyeron y dejaron pasar el evento como si nada hubiese ocurrido, se necesita de mayor apoyo a nivel de políticas sociales que brinden protección y auxilio a los adolescentes que no cuenten con el apoyo familiar, en estos casos ya que son cuadros con pronósticos reservados pues se ha observado que los adolescentes inmersos en esta problemática son los que experimentan con varios métodos de autolesión a la vez, son los que mantienen la conducta por más tiempo, además de la frecuencia de ejecución de las lesiones sin fines suicidas y son los que van configurando otros cuadros patológicos.

Por otro lado, se halló un caso asociado al factor relacionado al cuerpo, fue el de una participante que presentaba cuadros de Bulimia y que realizaba la conducta de autolesión no suicida por dos motivos relacionados al cuadro: el primero, la comparación con sus compañeras en termino de contextura de cuerpo y segundo, por generar sentimientos de culpa después de haber comido que la llevaba a cuadros de vómitos y a las autolesiones e incluso a quemarse. Por ende, la frecuencia de las lesiones eran altas debido a que la conducta de comer de por sí es todos los días por lo que la emoción, el pensamiento y sentimiento asociada a la comida también es constante. Así lo menciona Rodríguez, et al. (2021) en su investigación con pacientes que presentan el cuadro de conducta alimentaria asociada a las autolesiones no suicidas pues plantea que existe un factor común entre ellas que es la insatisfacción corporal

debido a que “se compone de actitudes negativas hacia el cuerpo y la autoimagen, y la visión del cuerpo como objeto de desprecio, lo cual podrá conllevar a la presencia de autolesiones” (p. 3), lo cual fue ratificado en su discusión de forma específica para la conducta de bulimia y las autolesiones no suicidas “ya que esta se caracteriza en gran medida por un patrón purgativo en el cual se lleva a cabo un ritual de “lesión” corporal como puede ser el vómito” (p. 7).

En términos de este factor relacionado al cuerpo se puede considerar que, si bien es cierto tanto la conducta de vomitar como la autolesión no suicida son formas de autolesión independientes y que pueden estar relacionadas, también se considera esta última como forma de manejo emocional para restaurar la culpa ejercida por el vómito.

Se ha visto los factores que se asocian a dicha conducta ahora mencionaremos las emociones, sentimientos y pensamientos que experimentaron los adolescentes ya sea antes, durante y después de las autolesiones no suicidas. Atendiendo a lo mencionado del manejo emocional de los adolescentes toma importancia abordar este punto antes de considerar lo que significa para el adolescente la ejecución de la conducta autolesiva. La investigación pone en evidencia a las emociones desagradables de tristeza y enojo como medios principales para la conducta autolesiva no suicida seguidas de la ansiedad, la decepción, el dolor, la culpa y la inseguridad. Estas emociones se encuentran vinculadas de forma consecuente a la aparición de pensamientos negativos: en inadecuación, en desmérito, en insatisfacción, etc.; relacionados a alguna razón o motivo antes mencionados como: problemas familiares, de pareja, de relación con pares, académicos, relacionados al cuerpo o de índole sexual; estos factores son considerados por Duarte, et al. (2021) como “multifactoriales y multicausales” (p. 57) en el contexto de los adolescentes por ende son factores contextuales para la conducta de autolesión no suicida, es decir a efectos de la aparición del motivo o razón se genera un tipo de pensamiento negativo lo que conduce a la experimentación de las emociones desagradables y

como forma de control de esas emociones conlleva a los adolescentes a generarse las autolesiones no suicidas.

El hecho de que los adolescentes en estos casos intenten controlar las emociones desagradables conlleva a tratar el punto de regulación emocional, considerada por algunos autores como Sánchez et al. (2022), que “en edades tempranas, como la adolescencia, actúan como un factor de riesgo de suicidio, pero lo opuesto a ello que es la regulación emocional se considera como un factor protector, que modula el pensamiento de muerte” (p. 49).

Para la investigación sobre los adolescentes que ejecutan la conducta autolesiva no suicida también experimentan un proceso de intento de regulación emocional mediante dicha conducta. Se ha encontrado que los pensamientos antes de la autolesión van orientados a efectos de una regulación como lo son lo expresado por la participante 11: “*Pensaba en mi mamá, y en cómo se siente. Y esto (la autolesión no suicida) iba ser una forma de desahogo para que ya no sufra*”, o por la participante 12 al manifestar: “*Solo quiero cortarme a ver si se me pasa el dolor*”. Para el momento en que se ejecuta la conducta, el pensamiento para evitar el dolor emocional se transforma en recuerdos de lo acontecido por el factor, razón o motivo surgido antes y asociado a las emociones previas, pero con la variable de que en el momento no experimentan dolor físico o corporal, por lo que se podría presumir que en ese momento entre el recuerdo y las emociones el lesionarse a nivel físico materializan lo experimentado emocionalmente, es decir hay un traslado de lo emocional a lo concretamente físico. Ya que al finalizar la conducta experimentan una sensación de alivio, de calma, de tranquilidad, pero físicamente advierten un cierto nivel de dolor que dependiendo de cada adolescente hay una variedad de nada a mucho entre malestar, ardor y dolor después de la autolesión, así referido por la participante 4: “*ya no pensaba en nada, solo un ligero ardor cuando me lavaba*”. Esto se puede considerar como un mecanismo, una forma, un método donde se evita no experimentar el dolor de las emociones producto de sus pensamientos sino

transformarlo mediante la conducta autolesiva en dolor físico. Por lo tanto, se evidencia que la conducta no tiene un fin suicida de acabar con la vida y por ende cobra importancia considerarlo con sus propias características como un ente distinto a los constructos de ideación suicida y de las conductas con intención suicida. Entre los significados que los adolescentes atribuyen a dicha conducta tenemos tres grupos: el aliviar un sentimiento o estado negativo, el resolver una dificultad interpersonal o el inducir un estado de sentimiento opuesto. Considerar que esto solo se puede valorar con una evaluación minuciosa considerando los diferenciales entre ambos estipulado en la Tabla 1 de Walsh (2007) modificado por Villarroel (2013). Por ello, es preciso mencionar que la conducta autolesiva puede estar presente como indicador de una conducta suicida por lo que la evaluación y el conocimiento sobre el tema puede ayudar a diferenciar los cuadros. El significado que los adolescentes adoptan en mayor medida para explicar su conducta se relaciona con los modelos explicados en el marco teórico aunado al significado de la autolesión, al contexto en el que el individuo se relaciona o convive, adicionando a ello el producto de experiencias traumáticas en algunos de los casos, todos configuran variables que permiten desestimar un determinado modelo incluso para cada caso de estudio, esto quiere decir que hasta el momento las conductas de autolesión no suicida ejecutada por los adolescentes no es compatible con un solo modelo explicativo para tal conducta, sino que se advierte de una combinación de dos o más, e incluso de una variedad de modelos para la autolesión sin intención suicida; por ello se hace necesario plantear investigaciones donde se aborde solo el significado de la conducta autolesiva en poblaciones con mayor cantidad de adolescentes o de relacionar cada factor o los factores desencadenantes con cada modelo explicativo para la conducta, se deja abierta la iniciativa para futuras investigaciones en el tema.

Si bien es cierto no se puede determinar en la presente investigación un modelo explicativo único para la conducta autolesiva no suicida de los mencionados en el capítulo II, pero si es factible explicar qué mecanismo de afrontamiento usan los adolescentes cuando

experimentan emociones desagradables tras realizar la conducta de autoagresión. Frente a la respuesta sobre los desencadenantes o factores que hacen que ellos realicen la conducta surge la pregunta qué otras maneras tienen para manejar sus emociones desagradables, entendiendo por mecanismo de afrontamiento todo plan a seguir para lidiar con demandas internas o externas que sean vistas como excesivas frente a los recursos con los que cuentan. Estos planes pueden ser mediante formas conductuales y cognitivas. Se halló entre los participantes diferentes mecanismos conductuales. En menor medida se encuentran: el aislarse, bañarse, dormir, rayar una hoja, escribir, buscar ayuda en otras personas para mencionar cómo se sienten; en mayor medida: el mantener la conducta autolesiva. Algunos usaban el mecanismo de afronte cognitivo al centrarse en sí mismo, es decir experimentan la emoción desagradable y antes de volver a autolesionarse deciden pensar en las consecuencias. Por otro lado, también se evidencia la combinación entre conducta y cognición, donde al experimentar la emoción lo manifiestan mediante la conducta de llanto, grito, seguido del aislamiento, aquí entra a tallar la parte cognitiva a través del centrarse en sí mismo. Es relevante mencionar que los adolescentes pueden llegar a entablar formas distintas a la conducta autolesiva como manera de afronte emocional como las antes vistas pero la salida más rápida y eficaz que ellos encuentran son las de las autolesiones sin fines suicidas pues es una forma de control de las emociones desagradables ante el dolor que éstas le generan producto de algún desencadenante. Aquí se hace evidente el criterio B del DSM – 5 para el mantenimiento de esta conducta.

A lo anterior se suma el apoyo socioemocional que tienen los adolescentes frente al conocimiento de la conducta autolesiva por parte de su entorno, por un lado una característica de la conducta es que esta sea oculta o no sea hecha de conocimiento hacia las personas allegadas de los menores ante este escenario existen dos puntos a considerar cómo son: la percepción de apoyo del adolescente ante la posibilidad de que se enteren de la conducta de autolesión frente al momento en que se enteran de la autolesión y cómo es ese apoyo. Se

muestra que en un 84% en un inicio los adolescentes perciben que su entorno al conocer de sus autolesiones darían muestra de apoyo y esa percepción se orienta al de sostén y de búsqueda de ayuda en profesionales pero, cuando la conducta ya es de conocimiento de algún familiar, personal educativo o profesional de la salud la percepción cambia pues su experiencia demuestra que en el 94% de adolescentes las personas cercanas a ellos al saber que se autolesionan manifiestan en un 46% no haber recibido ayuda y en su lugar fueron objetos de regaños y burlas como lo explicó la participante 9: *“Al enterarse, mi mamá me dijo que por qué lo hacía, que eso solo hacen los locos. Me fui al baño a llorar, me encerré. Me siguió y me dijo: ¿qué, lo vas hacer de nuevo?, que sí hacía eso era una loca y que me iba a internar”*. El 28% da cuenta de un apoyo parcial, es decir, iniciaban con un entendimiento de la problemática del adolescente pero que con el tiempo este era dejado de lado y no sostenido en el tiempo. Y el 26% refirió haber recibido apoyo de forma positiva motivándolos a que dejen de hacer eso. Estos resultados podrían dar cuenta del porqué la conducta autolesiva se mantiene en secreto u oculta ya que existen diferencias significativas frente a la percepción de apoyo y a la que se muestra en la realidad.

Al ser la conducta autolesiva no suicida un factor de riesgo en la adolescencia la reincidencia es un punto fundamental pues al coexistir el contexto inadecuado para los adolescentes la probabilidad de recaer y mantener la conducta toma relevancia. Según los datos obtenidos existe un 25% de adolescentes que a pesar de presentar un estado de tranquilidad persisten sus pensamientos sobre la autolesión, así mismo el otro 25% refiere que el pensar en ello es parcial, no muy seguido, pero está presente dentro de sus pensamientos. Estos resultados ponen de manifiesto que la probabilidad de que se configuren trastornos más complejos debido a una reincidencia de la conducta de autolesión es de 8 de cada 16 adolescentes evaluados, lo cual es una alarma para la salud mental de esta población pues muchos de ellos no tienen acceso a sistemas que brinden apoyo a los adolescentes. Esta conducta podría ser un predictor para

una conducta mayor como lo es la conducta suicida por lo que evaluar su reincidencia toma importancia pues da cuenta de que sí los factores por los cuales se desencadena la conducta de autolesión no son trabajados el ciclo autolesivo seguirá girando conllevando a generar otros cuadros o a agudizar los ya existentes en términos de salud mental como podría ser la ansiedad, depresión configurándose futuros trastornos de sintomatologías más complejas. Los casos detectados en los colegios llegan solo a eso a ser detectados y no abordados sea por falta de conocimiento, o por insuficiencia del personal adecuado para su abordaje por lo que son derivados a instancias de centro de salud, pero no todos acuden por falta de apoyo de su propia familia o por temas económicos quedando solo en el conocimiento de la conducta.

El solo conocer de la conducta de autolesión en la población de adolescentes se ratifica con lo encontrado en el trabajo de campo pues al ser consultados sobre el tema de que sí ellos tienen conocimiento sobre algún adolescente que realice la conducta autolesiva ya sea por un vínculo de amistad, familiar, o de convivencia escolar mencionan que sí al menos conocen a uno que también ejecute esta conducta. Esto brinda la idea de que la conducta es una práctica en constante crecimiento, es oculta por ende no atendida. Así como los adolescentes entrevistados conocen sobre las autolesiones en sus pares también expresan las consecuencias de esa conducta como son el daño físico por las marcas dejadas en la piel, generar un gusto para continuar haciéndolo y que las autolesiones pueden devenir en contra de la vida llegando a convertirse en autolesiones suicidas, que este trabajo sirva para dar cuenta de la necesidad de políticas más organizadas sea a nivel educativo, o de salud pública para la atención de la salud mental de la población de adolescentes no solo en términos de la autolesión sino abordar formas, estrategias de mecanismos de afrontamiento para las emociones desagradables, aspectos vinculados de forma estrecha con las relaciones de familia.

Dentro de las limitaciones se pueden mencionar el no acceder a mayores casos por temas de tiempo y espacios brindados por la institución educativa. Al no contar con una

entrevista diseñada para llevar a cabo el proceso se tuvo que confeccionar una que permita alcanzar los objetivos trazados lo cual no fue un limitante pero si un uso de tiempo extra esto evidencia que las investigaciones realizadas abordan el tema de las características de las autolesiones no suicidas en relación con otras variables como autoestima, impulsividad, hacen reconocimiento de los factores contextuales, sociodemográficos, etc. evidenciando una falta de conocimiento de lo que significa para los adolescentes el realizar esta conducta, este es el aporte que el presente trabajo ofrece en el estudio de las autolesiones sin fines suicidas en nuestro medio el de conocer cómo experimentan los adolescentes esta conducta que incluye explorar sus sentimientos y pensamientos en su contexto y el de generar conciencia en los profesionales acerca de que la conducta existe y está en aumento.

VI. CONCLUSIONES

- La edad para la conducta autolesiva sin intención suicida se encuentra en la etapa de la pubertad, en el inicio de la adolescencia, entre los 11 y 13 años. La vulnerabilidad de esta etapa hace necesario abordar el tema como una conducta de riesgo. En la mayoría de los casos es ejecutado por el sexo femenino. El método con mayor porcentaje de uso fue el corte con objetos con filo, realizadas en la parte frontal del cuerpo, en espacios donde no pueden ser observados como sus habitaciones y los baños de sus casas y colegio.
- Los factores que desencadenan la conducta autolesiva son de naturaleza familiar, de pareja, académica, interpersonal e intrapersonal. Los factores que destacan son los vínculos conflictivos entre padres e hijos (la que obtiene mayor peso), la ruptura en la relación de pareja, el bajo rendimiento académico, los conflictos con los compañeros, el ser víctima de acoso escolar, disconformidad con su cuerpo y haber vivenciado abuso sexual.
- La conducta autolesiva sin intención suicida actúa como mecanismo de manejo emocional frente a las emociones desagradables de tristeza, miedo, frustración, ansiedad y enojo experimentadas por algún factor desencadenante como forma de reforzamiento negativo, por esta razón el abordaje de este componente socioemocional en los hogares y los colegios es relevante ya que la estabilidad en estos espacios tendrá como resultados la evitación de ese tipo de conducta.
- En este tiempo la población de adolescentes convive con la búsqueda de la inmediatez asociada al uso de plataformas virtuales y de redes sociales sin un control, esta tendencia los lleva a buscar soluciones rápidas para sus respuestas

emocionales inadecuadas lo cual implica optar por métodos de manejo emocional también rápidos como son las autolesiones no suicidas.

- Las formas de afrontamiento de las emociones desagradables varían entre métodos conductuales y cognitivos; las autolesiones no suicidas cobran importancia en el mantenimiento de la conducta y de las emociones por ser rápida y con alto porcentaje de regulación emocional inadecuado. Se considera que la conducta puede tener como explicación varios modelos lo que llevaría a abordar un modelo integrado, por ende, su reincidencia es altamente probable ya que se usa como método rápido y eficaz para el control emocional de lo interno hacia lo externo.
- La conducta de autolesión no suicida viene en aumento con consecuencias lamentables a nivel personal (para cada adolescente) y a nivel grupal generando costos sociales en la salud mental y económico, por lo tanto, es oportuno y pertinente actuar para su control mediante un trabajo articulado entre el hogar, la escuela y la sociedad.

VII. RECOMENDACIONES

- Ejecutar talleres con los padres y familia sobre la problemática de este tipo de conducta de riesgo en los adolescentes, brindados por entidades que trabajen con niños y adolescentes para que sean tratados como tema en las conversaciones o diálogos entre padres e hijos, así como son abordados los temas de consumo de drogas, embarazos no deseados en la adolescencia.
- Realizar en la escuela talleres de prevención para padres acerca de esta conducta. Plantear la elaboración de talleres para niños desde los 9 o 10 años, también como medio preventivo. Implementar dentro de la currícula académica un tema transversal sobre la conducta de riesgo y las consecuencias de las autolesiones. Así también efectuar la detección de adolescentes que se encuentren realizando la conducta autolesiva. Desarrollar con más énfasis el abordaje en formas de afrontamiento emocional. Para los psicólogos que laboren en los colegios, considerarlo como un punto importante la indagación sobre este factor de riesgo dentro de las entrevistas pues si bien aparenta ser una conducta oculta también es una conducta que está tomando mayor aumento en los adolescentes.
- En las entidades de salud públicas o privadas, de la misma manera ejecutar campañas preventivas y de concientización sobre el tema, así como se realizan para el uso de drogas, embarazos en los adolescentes, etc.
- Para los psicólogos clínicos y/o educativos colocar más énfasis en formas de manejo emocional para las emociones desagradables.
- En este trabajo solo se ha abordado la conducta autolesiva sin intención suicida en términos de las características de tal fenómeno como conducta de riesgo en los adolescentes y lo que significa para ellos el llevarlo a cabo, no se ha tratado métodos

de intervención o qué tipo de tratamiento es el más adecuado puesto que no se ha diseñado con tales objetivos, se sugiere realizar investigaciones considerando esos puntos sobre todo en el manejo emocional.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, S. y Barroso, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (47), 73-88. <http://dx.doi.org/10.12795/pixelbit.2015.i47.05>
- Alvino, I., Huaytalla, A. (2016). *Inteligencia emocional en estudiantes que se autolesionan, del nivel secundario en la I.E.P. Gelicich del distrito de El Tambo – 2015*. [Tesis de pregrado]. Universidad Continental.
- Amarís, M., Paternina, A. & Vargas, K. (2004). *Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en “la cangrejera” (corregimiento de Barranquilla, Colombia)*, (14), p. 91-124. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301405>
- ASeFo (28 de agosto del 2015). *Afirmaciones de los medios y actitudes frente a la autolesión, la magnitud del problema y controversias*. ASeFo, autolesión.com. <https://www.autolesion.com/2015/08/28/autolesion-y-el-problema-de-su-terminologia-traduccion/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.). DSM-5. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Ballesteros, B. (2005). El concepto de significado desde el análisis del comportamiento y otras perspectivas. *Universidad Psychol. Bogotá*, 4(2), 231-244.
- Berrios, M. (3 de marzo del 2024). Un dolor silencioso: intentos de suicidio predominan en mujeres y jóvenes en el Perú. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/4982/dolor-silencioso-intentos-suicidio-predominan-mujeres-y-jovenes>
- Berrones, J., y Yupa, M. (2016). *La autolesión (cutting) y su relación con la autoestima en estudiantes del décimo año de la unidad educativa Amelia Gallegos Díaz de la ciudad*

- de Riobamba, Provincia de Chimborazo, en el periodo febrero – junio 2015*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Borja, J. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, Contabilidad y Gestión*, (15), 79-97. <https://doi.org/10.36791/tcg.v0i15.90>
- Briones, C. y Donayre, G. (2023). *El alivio al sufrimiento: Experiencias subjetivas de los adolescentes en las prácticas autolesivas*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/122610>
- Cabrera, N. (2021). Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños. *Avances en Psicología*, 29(1), 59-77. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2350>
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista Neuropsiquiatría*, 77(4), 226-235. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400005
- Duarte, K., Vera, J. & Fregoso, D. (2021). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicida: Una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2675>
- Enciclopedia de Significado (2024). <https://www.significados.com/>
- Favazza, A. (1996). Clasificación de las autolesiones. ASeFo, autolesión.com. <https://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-el-psicologo/tipos-de-autolesion/>
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

- Gallegos-Santos, M., Casapia, Y. & Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones Revista de Avances en Psicología*, 4(2), 143-151. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.106>
- Garrido, A., y Padial, M. (2019). *El bienestar emocional en la infancia. Guía para padres, madres y profesionales*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5902_d_GuiaBienestarEmocional.pdf
- González, A., Molina, R., López, A. & López, G. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *Investigaciones cualitativas en Ciencias Sociales: Avances y Desafíos*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.36367/ntqr.14.2022.e571>
- Grupo de trabajo del OBPE (2022). *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Ministerio de Sanidad. <https://www.aeped.es/noticias/guia-evaluacion-y-manejo-clinico-las-autolesiones-en-adolescencia-protocolo-basado-en-evidencia>
- Gutiérrez, D. (2016). *Probabilidad de reincidencia criminal en personas vinculadas al proceso de reintegración social en Bogotá*. [Tesis de posgrado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, Q. (2007). *Estrategias de intervención para adolescentes en riesgo suicida*. [Tesis de posgrado]. Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18889/GutierrezGarayDavi2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- INEE (2018). *Apoyo psicosocial: Facilitando el bienestar psicosocial y la psicoeducación*. https://inee.org/sites/default/files/resources/INEE_Guidance_Note_on_Psychosocial_Support_SPA.pdf

- Kahan, J. y Pattison, E. (1984). *Características de la autolesión*. ASeFo, autolesión.com.
<https://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-el-psicologo/tipos-de-autolesion/>
- Manca, M. (2017). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis* 33(1), 77-88.
<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/05/Manca.pdf>
- Marín, M. (2007). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. [Tesis de posgrado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martín. P. (12 de agosto del 2024). Las autolesiones en jóvenes generan adicción y un 30% pueden acabar en suicidio, el doble que en los adultos. *El Periódico*.
<https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20240812/autolesiones-jovenes-adiccion-suicidio-105845997>
- Martínez, E., Atauri, D., Nicolás, M., Blanco, M. (2023). Visualización e interpretación de las interacciones en los mensajes de autolesiones no suicidas en Twitter. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 34(2), 238-253.
<https://doi.org/10.5565/rev/redes.996>
- Meléndez, J., Delhom, I. & Satorres, E. (2020). Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés - ELSEIVER*, 26(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003>
- Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: Notas para una pedagogía de la investigación. *Cinta de Moebio*, (27), 27-33.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102703>
- Neyra, Elizabeth (2016). *Características de violencia familiar y autolesión en adolescentes mujeres de 14 a 17 años de una institución educativa del distrito de Comas en el 2015*. [Tesis de pregrado]. Universidad César Vallejo.

- Okuda, M. & Gómez, C. (2005). Métodos de investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
- Real Academia de la Lengua Española (2024). <https://dle.rae.es/diccionario>
- Rodríguez, A., Rodríguez, E. & Romero, B. (2021). Autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: Aspectos nucleares. *Colombia Médica*, 1-11.
<http://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4342>
- Rospigliosi, S. (2010). *Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ruiz, C. (2013). Un enfoque cuantitativo y cualitativo para la recolección y análisis de datos. (3ª ed.). Danaga.
- Sánchez, M., Monjardín, M. & Salcido, L. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2710>
- Sarmiento, P., Pérez, C., Durán, Y., Upegui, D. y Rodríguez, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *Adolescere*, 7(3), 65.e1-65.e8.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num3>
=
[2019/65.e1%20Articulo%20especial%20Conducta%20autolesiva%20no%20suicida%20en%20adolescentes.pdf](https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num3)
- Siegel, D. (2014). *Tormenta Cerebral. El poder y el propósito del cerebro adolescente*. Alba.
- Taboada, E. (26 de junio del 2010). *Autolesiones*. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5(3), 7-31. ASeFo, [autolesión.com](http://www.autolesion.com).
<https://www.autolesion.com/2010/06/26/autolesion-por-taboada-publicado-en-aap->

[asociacion-argentina-de-psiquiatras-y-en-la-revista-psiquiatria-forense-sexologia-y-praxis2007/](#)

- Taylor, S. y Bogdán, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ediciones PAIDOS.
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Ediciones Pirámide.
- Trujillo, M. y Hernández, K. (2017). *Autolesiones: Las huellas de lo psicológico en la piel*. [Tesis de pregrado]. Universidad de Antioquía.
- Varona, S. (2015). *Autolesiones en adolescentes: estilos de afrontamiento y afecto*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vásquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M. y 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.
- Walsh, B. (2007). *Treating self-injury: A practical guide*. The Guilford Press.

IX. ANEXOS

ANEXO A

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Dimensión: Experiencia de la autolesión:

1. Cuéntame ¿En qué parte de tu cuerpo te has autolesionado?
2. ¿Podrías enseñarme las marcas?
3. ¿Te duelen? (Ésta pregunta en caso las autolesiones sean recientes de lo contrario se pregunta en tiempo pasado)
4. ¿Qué objeto usaste para lesionarte?
5. ¿Cuándo fue el día que te lesionaste?, ¿Lo hiciste antes?, ¿Hace cuánto tiempo?
6. ¿Cuántas veces te has lastimado de esa forma?
7. ¿Cuándo te lesionabas estuviste sola? ¿En dónde llevabas a cabo esta conducta? ¿Había alguien en casa o en el colegio?
8. Antes de lastimarte ¿qué sentimientos experimentabas? y ¿qué pensamientos pasaron por tu cabeza?
9. ¿Por qué tomaste la determinación de autolesionarte?
10. ¿Qué crees que haya desencadenado para que realices esa conducta?
11. Cuéntame, mientras te lesionabas ¿Cuáles fueron tus pensamientos? ¿Qué emociones experimentabas? ¿Te dolía mientras lo hacías?
12. Después de la lesión ¿Cómo te sentiste? ¿Qué pensamientos recuerdas haber tenido? ¿Hubo dolor después de la autolesión?
13. ¿Cómo haces para que no se den cuentas de que te autolesionas ya sea en tu casa, tus amigos o en el colegio?
14. ¿Has intentado realizar otras conductas diferentes de autolesión?

Dimensión: Comprensión de la autolesión:

15. ¿Qué significa para ti la lesión que te has hecho?
16. ¿Qué consecuencias crees que esta conducta tiene?
17. ¿Cómo considerarías a un adolescente que se autolesiona?
18. ¿Cómo te enteraste de esta forma de autolesión?
19. ¿Cómo sueles manejar tus emociones desagradables (¿enojo, tristeza, miedo)?
20. ¿Crees que existe otra forma de manejar lo que sientes?

Dimensión: Experiencia de apoyo o red de soporte:

21. ¿Se lo has dicho a alguien? ¿Por qué?
22. ¿Al contárselo a otros te han ayudado?
23. ¿Has recibido el apoyo de alguna persona cercana como familia, pareja, amigos(as), de la escuela? ¿Cómo fue ese apoyo?
24. ¿Crees que alguno de ellos se ha dado cuenta de que te autolesionas?
25. ¿Y si tú se los cuentas a algunos de ellos qué sucedería?

Dimensión: Experiencia de reincidir en la conducta autolesiva:

26. En los momentos que no te lesionas, es decir en los momentos en los que estas tranquila(o) ¿piensas en eso?
27. ¿Qué tipo de pensamientos vienen a tu cabeza cuando piensas en autolesionarte?
28. ¿Con qué frecuencia vienen los pensamientos para autolesionarte?
29. ¿Has intentado buscar otras formas de manejar la autolesión?
30. ¿Qué situación tiene o ha tenido que suceder para vuelvas a autolesionarte?
31. ¿Crees que, si recibes apoyo, dejarías de autolesionarte?

Dimensión: Experiencias de sus pares sobre la autolesión:

32. ¿Tienes conocimiento de algunos de tus compañeras(os) o amigas(os) también se lesionan? ¿De qué forma?...

33. ¿Se autolesionan en forma conjunta? ¿Cómo lo hacen?
34. ¿Por qué crees que tus compañeros(as) se autolesionan?
35. ¿Qué consecuencias has notado en tus compañeros(as) que se autolesionan?
36. Saben tus compañeros(as) que te autolesionas, ¿qué opinan tus compañeros(as) de lo que haces?

ANEXO B

PARTICIPACIÓN DE SU HIJO/A EN UNA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Estimado padre y madre de familia,

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mis saludos, así como hacerle de conocimiento que, siendo bachiller de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, requiero realizar una investigación sobre los aspectos emocionales de los adolescentes específicamente en la parte de la experiencia de la realización de la conducta autolesiva no suicida.

Como parte de la investigación se desea trabajar en una sesión individual de entrevista con su menor hijo/a para conversar sobre el aspecto antes mencionado.

- La entrevista individual tiene una duración de 45 minutos aproximadamente.
- Se realizará en la institución educativa José María Arguedas.
- La participación del estudiante es voluntaria, si en algún momento el estudiante no desea continuar, solo debe avisarlo.
- La información que brinden los estudiantes en la entrevista será confidencial, es decir, no será compartida con otras personas de la institución educativa.
- Se solicita permiso para grabar un audio de la entrevista, pues eso ayuda a registrar mejor la información ofrecida. El audio solo servirá para realizar un informe de la investigación.

Por medio de la presente, pido su consentimiento para que su hijo del nivel de secundaria participe de esta actividad. Le agradezco por su colaboración.

Nombre del estudiante		
Grado		
Autorizo su participación en la entrevista	SI	NO
Nombre del padre / madre / tutor		
DNI		
Firma		
Fecha		

ANEXO C

ASENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado a participar en un estudio que busca conocer las experiencias de la conducta autolesiva no suicida. La investigación está a cargo de Ángela Canchari Erazo, bachiller en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Si acepta participar, se le solicitará contestar a algunas preguntas como parte de una entrevista en relación al tema. Estas serán registradas con una grabadora de audio. Esto solo con el fin de asegurarnos de entender adecuadamente sus ideas y pensamientos respecto al tema estudiado. Toda información que se obtenga en esta entrevista será estrictamente confidencial, anónima y no será utilizada para ningún otro fin fuera de los de la investigación. Además, tiene usted el derecho y la posibilidad de decidir no participar o de retirarse del estudio en el momento que desee. Si alguno de los procedimientos le parece incómodo, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responder. Asimismo, si tiene preguntas sobre la investigación puede hacerlas en cualquier momento de su participación.

Se le agradece de antemano su participación

_____ Nombre del Participante	_____ Firma	_____ Fecha
-------------------------------------	----------------	----------------

Acepto participar en la investigación dirigida por la bachiller de psicología clínica Ángela Canchari Erazo. Entiendo que me harán preguntas en la relación a mi experiencia de la conducta autolesiva no suicida y que mis respuestas serán registradas en una grabación por fines del estudio. También comprendo que puedo manifestar cualquier duda en relación a la investigación y que tengo el derecho de dar fin a la entrevista si así lo deseo.

_____ Nombre del Participante	_____ Firma	_____ Fecha
-------------------------------------	----------------	----------------