



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima
Metropolitana, 2023

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología**

AUTORAS:

Rojas Rosas, Fabiola Mercedes (orcid.org/0000-0001-5557-8940)

Samudio Beltran, Yanina Marisol (orcid.org/0000-0002-1667-4961)

ASESORA:

Mg. Barahona Rojas, Katherine Grace (orcid.org/0000-0002-4523-3209)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A nuestros padres, porque todo lo que somos se lo debemos a ellos y por inculcar en nosotros la importancia de estudiar.

A pesar de la dificultad en este tiempo continuamos con la carrera persiguiendo el sueño de poder alcanzar nuestras metas, eso llenará de orgullo a nuestro grupo familiar y elevará nuestro compromiso con la sociedad.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la sabiduría y fuerza para continuar con esta etapa académica.

A nuestra asesora, Mg. Katherine Grace Barahona Rojas, por su guía, comprensión, paciencia a lo largo de esta investigación.

Índice de contenidos

| | Pág. |
|---|------|
| CARÁTULA..... | i |
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTO..... | iii |
| Índice de contenidos..... | iv |
| Índice de tablas | v |
| Resumen..... | vi |
| Abstract..... | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| III. METODOLOGÍA..... | 14 |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación | 14 |
| 3.2 Operacionalización de las variables..... | 14 |
| 3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis..... | 15 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 17 |
| 3.5 Procedimientos | 18 |
| 3.6 Método análisis de datos | 19 |
| 3.7 Aspectos Éticos | 19 |
| IV. RESULTADOS..... | 20 |
| V. DISCUSIÓN..... | 25 |
| VI. CONCLUSIONES | 29 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 30 |
| REFERENCIAS..... | 31 |
| ANEXOS | |

Índice de tablas

| | | Pág. |
|---------|---|------|
| Tabla 1 | Prueba de normalidad Shapiro Wilk | 19 |
| Tabla 2 | Correlación entre depresión y conductas autolesivas | 19 |
| Tabla 3 | Correlación entre las conductas autolesivas y las dimensiones de la depresión | 20 |
| Tabla 4 | Correlación entre la depresión y las dimensiones de las conductas autolesivas | 20 |
| Tabla 5 | Comparación de la depresión y sus dimensiones según sexo | 21 |
| Tabla 6 | Comparación de la depresión y sus dimensiones según edad | 22 |
| Tabla 7 | Comparación de las conductas autolesivas y sus dimensiones según sexo | 22 |
| Tabla 8 | Comparación de las conductas autolesivas y sus dimensiones según edades | 23 |

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre la depresión y las conductas autolesivas, para ello se reunió una muestra de 355 adolescentes de edades entre 12 a 18 años ($M=14.95$, $DE=1.519$), 41.7% mujeres. El estudio fue no experimental, transversal y correlacional. Se aplicaron la Escala de Depresión de Zung y el Cédula de Conductas Autolesivas. El resultado identificó relación directa, moderada y significativa entre las variables ($r=.349$, $p<.001$), de tamaño de efecto pequeño ($r^2=.121$), de igual forma se hallaron relaciones directas entre las conductas autolesivas y las dimensiones de la depresión ($r=.374$, $.190$, $.313$ y $.275$, $p<.001$) y entre la depresión con los componentes de las conductas autolesivas ($r=.301$ y $.360$, $p<.001$), y de tamaño de efectos pequeños en todos los casos. Finalmente, los análisis comparativos permitieron identificar que tanto para la depresión y conductas autolesivas junto a sus dimensiones existen diferencias significativas en función del sexo, siendo las mujeres quienes presentaron un rango promedio mayor que los hombres, mientras que no se identificaron diferencias al contrastar los grupos de edades. Se concluye que el incremento de la depresión se asocia con el aumento de conductas autolesivas y quienes más la padecen son las mujeres.

Palabras clave: Depresión, conductas autolesivas, salud mental.

Abstract

The objective of this work was to analyze the relationship between depression and self-injurious behaviors, for which a sample of 355 adolescents between the ages of 12 and 18 ($M=14.95$, $DE=1.519$) was gathered, 41.7% women. The study was non-experimental, cross-sectional and correlational. The Zung Depression Scale and the Self-Injurious Behaviors Certificate were applied. The result identified a direct, moderate and significant relationship between the variables ($r=.349$, $p<.001$), with a small effect size ($r^2=.121$), in the same way direct relationships were found between self-injurious behaviors and the dimensions of depression ($r=.374$, $.190$, $.313$ and $.275$, $p<.001$) and between depression with the components of self-injurious behaviors ($r=.301$ and $.360$, $p<.001$), and small effect sizes in all cases. Finally, the comparative analyzes made it possible to identify that both for depression and self-injurious behaviors, together with their dimensions, there are significant differences based on sex, with women presenting a higher average range than men, while no differences were identified when comparing the groups. of ages. It is concluded that the increase in depression is associated with the increase in self-injurious behaviors and those who suffer it the most are women.

Keywords: Depression, self-injurious behaviors, mental health.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de desarrollo donde el aspecto emocional madura progresivamente, y se caracteriza por una inestabilidad emocional y búsqueda de su identidad, más no, por la presencia de un trastorno, sino que forma parte del crecimiento humano adolescente (Hidalgo et al., 2017).

Los trastornos de salud mental en los adolescentes se pueden presentar con mayor frecuencia por factores tanto biológicos, como ambientales, y el daño será en mayor medida de acuerdo a la magnitud en que se encuentren expuestos. La OMS (2021) calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los 15 a 19 años padecen depresión.

Los adolescentes son una población vulnerable por el continuo cambio estructural y funcional del sistema nervioso, sobre todo en tiempos de crisis como lo vivido en tiempos pandemia, donde es de importancia la estructura de la personalidad, antecedentes familiares y personales, maltratos o la pérdida de uno de los progenitores. Respecto a las condiciones ambientales, la funcionalidad familiar, la situación económica, situación de vivienda y recursos de afrontamiento son fundamentales en la vida de los más jóvenes (Sánchez, 2021).

En consecuencia por la pandemia por COVID-19, en niños y adolescentes de España se registró que entre el 10% de los niños y 20% de adolescentes se evidenció un deterioro de su salud mental, por lo que aquellos que padecían trastornos mentales antes de pandemia ahora tienen el riesgo a extenderla y llevarla en su vida permanentemente. En la actualidad, la presencia de ansiedad, síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas se encuentran en la población adolescente de aquel país (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria et al., 2022).

La depresión es un problema de salud de notable importancia, puesto que el tiempo de larga duración y el nivel moderado o grave, ocasiona sufrimiento y perturba la capacidad para las relaciones cotidianas familiares, laborales y escolares (Cuesta, 2022). Por otra parte, dada la situación de depresión, esta podría llevar al suicidio, ya que cada año se suicida más de 700,000 individuos, y

es la cuarta causa de muerte a nivel mundial entre el grupo de edad de 15 a 29 años (OMS, 2021).

A nivel nacional, durante el 2021 se atendieron un total de 313 455 casos de personas con depresión de todas las edades, mostrándose un aumento de 12% de casos en relación a antes de pandemia (MINSa, 2022).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) señala que los pensamientos de autolesión o suicidio son unos de los síntomas que presenta la persona con depresión. Ferro et al. (2020) señalan que existe una relación significativa entre depresión y conductas autolesivas no suicidas, ya que se evidencia en la población adolescente la presencia de síntomas depresivos.

Biaggi y Anticono, del Departamento de Rehabilitación Mental (2020) muestran que en el Hospital Hermilio Valdizán, centro especializado de salud mental y psiquiatría, llegaron al servicio de emergencia un total de 521 personas con el diagnóstico de “Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente” (Z91.5 CIE-10) entre los años 2018 y 2019; de los cuales revelan que adultos jóvenes (19 a 40 años) representan el 61% de casos, adultos medio de 41 a 65 años, representan el 20% y el grupo de adolescentes con 18%. Así mismo identificaron que el mayor número de casos con más de un intento de autolesión o suicidio lo presentó el grupo de adultos jóvenes con el 57%, le siguió adultos medio con el 29%, y adolescentes con el 14%.

De esta manera, los síntomas que experimentan antes de cometer una autolesión se encuentran altos niveles de ansiedad, confusión y sentimientos de depresión (Flores, et al. 2018). Con relación a lo anterior, mientras dura el episodio, hay la aparición de ánimo deprimido, manifestación en la disminución de actividades por falta de energía, falta de interés e incapacidad para el disfrute (Peña et al., 2019).

Según Weaver et al. (2019) los síntomas de depresión y conductas autolesivas podrían iniciar, mantener o reducir durante su periodo, en el cual sumados a características personales, experiencias con sus pares, estrés escolar, reacciones negativas de los padres y desregulación emocional tienden a

convertirse en factores que inciden en la aparición de estos problemas en la adolescencia.

En contexto local, el Hospital Víctor Larco Herrera (2022) señala que el impacto de la Covid- 19 produjo un repentino cambio en los hábitos diarios y la modificación para realizar algunas actividades como la escolarización en casa, esto ha significado un gran riesgo sobre la salud mental, pues se han ido presentando niveles altos de estrés, ansiedad, depresión y otros trastornos producto de esta nueva modalidad de aprendizaje. Frente a esto se realiza la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre Depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana?

Respecto a la justificación, esta investigación presenta un aporte teórico, porque permitirá ampliar la información de las variables de depresión y conductas autolesivas, en vista de que se encuentran escasos estudios convenientes, en consecuencia, favorecerá a las demás investigaciones del ámbito psicológico.

Por otro lado, presenta un aporte práctico por su relevancia debido a que pretende brindar datos respecto a la relación de depresión y conductas autolesivas, una problemática que se incrementa sobre todo en la población adolescente, los cuales pueden ser útiles y permitirá una toma de decisiones en los profesionales responsables de las instituciones de salud y educativas para un abordaje de la problemática.

Respecto al aporte social, es de utilidad puesto que los resultados que se obtienen de esta investigación ayudarán a realizar el abordaje pertinente y plantear programas de prevención con apoyo de otros profesionales.

Por ende, se establece el objetivo principal de determinar la relación entre Depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana, 2023. Además, los objetivos específicos son: a) Determinar la correlación, entre las dimensiones de Depresión y Conductas autolesivas b) Determinar la correlación, entre las dimensiones de Conductas autolesivas y Depresión C) Determinar diferencias significativas entre depresión y conductas autolesivas según sexo y edad.

Por tal razón, se desprende la siguiente hipótesis general que existe una relación significativa entre depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana, 2023. Por otro lado, sus hipótesis específicas son: a) Existe una relación significativa entre las dimensiones de depresión y conductas autolesivas, b) Existe una relación significativa entre dimensiones de conducta autolesivas y depresión c) Existe diferencias significativas entre depresión y conductas autolesivas según sexo y edad.

II. MARCO TEÓRICO

La búsqueda de información, es decir, los antecedentes, definiciones, conceptos y teorías fueron indagadas en bibliotecas virtuales y motores de búsqueda científicos: Scopus, SciELO, Redalyc, Google Académic, ProQuest, entre otras revistas indexadas.

Conviene señalar que hasta la fecha no se han hallado suficientes investigaciones a nivel nacional con las variables de depresión y conductas autolesivas, por tal motivo se presentan antecedentes internacionales.

En Taiwán, Tang et al. (2022) tuvieron como parte de su estudio el interés por conocer la relación entre depresión y conductas autolesivas, para ello contaron con una muestra de 2170 estudiantes, de edades promedio de 16.83 años (DE=0.38), 51.93% mujeres. Se utilizaron el Ko's Depression Inventory (KDI) y el NSSI inventory. Se halló relación directa y significativa entre las variables ($r=.38$, $p<.001$), por lo que se asegura que ambas se aumentan o disminuyen en paridad.

En Korea, Young-Hee et al. (2022) estudiaron como parte de su investigación la relación entre depresión y conductas autolesivas, para este fin tuvieron una muestra de 175 participantes, de edades promedio 20.67 años (DE=1.69), 63.4% mujeres. Para evaluar la depresión se utilizó el cuestionario del Center for Epidemiologic Studies on Depression (CES-D) y el Self-Harm Inventory (SHI) para las conductas autolesivas. El resultado de la correlación fue directa y significativa ($r=.52$, $p<.001$), lo que permite concluir que el incremento de depresión se asocia con el aumento de las conductas autolesivas.

En Israel, Nir et al. (2021) estudiaron como parte de su investigación la relación entre depresión y conductas autolesivas, para ello contaron con una muestra de 276 adolescentes, de edades promedio 15.1 años (DE=1.34), 65.6% mujeres. Se utilizaron la Children's Depression Inventory y la Non-suicidal self-injury. El resultado de la correlación identificó un valor directo y significativo ($r=.30$, $p<.001$). De esta forma, se concluye afirmando que ante el aumento de la depresión también se incrementan las conductas autolesivas.

En China, Hu et al. (2021) tuvieron como parte de su estudio analizar la relación entre depresión y conductas autolesivas, para ello contaron con una

muestra de 120 participantes, de edades entre 12 a 18 años, 60.83% mujeres. Se aplicaron los cuestionarios Adolescent Nonsuicidal Self-Injury Behavior Questionnaire (ANSAQ) y el Hamilton Depression Scale (HAMD). El resultado señala correlación positiva y significativa entre las variables ($r=.246$, $p<.01$), por lo que se afirma que el incremento de la depresión aumenta las conductas autolesivas.

En China, Ying et al. (2021) identificaron como parte de su estudio la relación entre depresión y conductas autolesivas, para ello reunieron una muestra de 9638 estudiantes universitarios. Se aplicaron la Depression Self Rating Scale (SDS) y el Self-Harm Behavior Questionnaire. Se identificó que la relación entre las variables es directa y significativa ($r=.24$, $p<.001$). Los autores concluyen que la depresión es alta en esta población y que se requiere intervención para mejorar su salud mental.

En Colombia, Ferro et al. (2020) estudiaron la relación entre las conductas autolesivas y depresión en adolescentes escolarizados, para ello contaron con una muestra de 44 sujetos, de edades entre 10 a 17 años ($M=12.84$, $DE=1.2$), 59.09% hombres. Se aplicaron el cuestionario de autolesión SHQ-E y el cuestionario de depresión infantil CDI. El resultado halló correlación directa y significativa entre la depresión y las conductas autolesivas ($p<.05$), precisamente entre esta última con el pensamiento suicida ($r=.375$) y la percepción de no ser amado por nadie ($r=.360$). Se concluye que el incremento de la depresión favorece el aumento de las conductas autolesivas.

En China, Lan et al. (2019) estudiaron como parte de su investigación la relación entre la depresión y las conductas autolesivas, para ello contaron con una muestra de 1210 participantes, de edades entre 11 a 19 años ($M=13.45$, $DE=1.13$), 49.25% mujeres. Para evaluar la depresión se administró el Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children y el Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) para evaluar la segunda variable. El resultado de la correlación fue directo y significativo ($r=.34$, $p<.01$). Se concluye que el incremento de la depresión aumenta las conductas autolesivas.

Luego de presentar los antecedentes de investigación, a continuación se mencionan conceptos e información teórica sobre las variables de estudio.

En principio, para definir la depresión es necesario tomar como referencia lo señalado por el diccionario de la Asociación de Psicólogos Americanos (APA, 2010) que señala que esta es un cambio en el estado de ánimo normal, relacionado con un sentimiento extremo de tristeza, junto a características como el desaliento y el pesimismo, asimismo la clasifica en diferentes tipos, asociados a agitación psicomotora: caracterizada por la actividad excesiva sin algún propósito, analítica: vinculada a la dependencia infantil, autónoma: relacionada a la depresión mayor, endógena: la cual no presenta un agente psicológico implicado en su desarrollo, por lo que esta se reduce a una situación biológica o congénita, entre otras.

De igual forma, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), la depresión cumple una serie de características que permiten asegurar el estado de ánimo afectado, por lo que estas se relacionan con la frecuencia, pues la duración de este problema se mantiene a lo largo del día, también existe anhedonia o falta de interés por actividades que resultan placenteras para el individuo, y en algunos casos, sobre todo en niños y adolescentes, puede estar ceñido a cambios de ánimo vinculados a la irritabilidad (American Psychiatric Association, 2013).

Históricamente, la depresión fue abordada por los responsables de la salud a partir del siglo XIX, donde se la consideraba como una alteración primaria de las emociones, situándola como un deterioro de las capacidades o disfuncionalidad, años más tarde, en fechas más cercanas a la actualidad a partir del 1980, se le incluyó en el manual DSM III, donde se inicia su capacidad de diagnóstico y se orienta su evaluación estrictamente a la sintomatología, relegando aspectos psicopatológicos (Botto et al., 2014).

Es preciso señalar que la depresión es un trastorno de características múltiples y que puede ser abordado desde diferentes panoramas.

Desde un punto de vista afectivo, la depresión es un trastorno que repercute en el ánimo de la persona y ocasiona que este descienda, afectando otras variables que son positivas en el sujeto como la autoestima, y es la causa de que se genere la autocrítica y búsqueda de perfeccionismo, ocasionando que la interacción del sujeto con su entorno no sea adecuada (Botto et al., 2014). Es así que, la depresión

causa problema en las capacidades afectivas del sujeto que la padece, dando lugar a que aparezcan algunas características de afectividad negativa como la distimia, por lo que se reduce considerablemente la capacidad de experimentar placer, junto a sentimientos de abatimiento e inutilidad (Agudelo et al., 2005).

Desde la perspectiva cognitiva, de acuerdo a la propuesta de Beck (1967), es preciso explicar el trastorno depresivo a partir de tres componentes: la triada oscura: en el que la persona manifiesta una percepción negativa de sí mismo, de su futuro y las experiencias que ocurren en su vida, lo que ocasiona que se desarrollen en él manifestaciones como la apatía e hipoabulia, pues la visión negativa sobre sí anticipa que este indiscutiblemente fracasará; esquemas mentales: los cuales hacen referencia a pensamientos o patrones cognitivos recurrentes y estables que sirven en el sujeto para interpretar bajo su perspectiva su realidad, es así que estos causan que el sujeto pueda comprender por qué sufre y se siente deprimido y los acepta a pesar de la existencia de factores positivos en su vida; errores cognitivos: a partir de la percepción de los estímulos a su alrededor el paciente crea una interpretación y los conceptualiza, no obstante, esta evaluación es sesgada y ocasiona un error en su análisis, por lo que considera que la validación de lo que sucede a su alrededor, que interactúa con él tiene un concepto negativo y está evidentemente en contra de él.

Es así que, la presencia de distorsiones en el pensamiento altera el proceso cognitivo encargado de construir información del mundo exterior, entre estas distorsiones se encuentran la sobregeneralización, pensamiento dicotómico, interferencias arbitrarias, magnificación/minimización, abstracción selectiva y personalización, es por ello que la persona tiende a mantener una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Roca 2000).

En cuanto a la segunda variable, desde un punto de vista conceptual, de acuerdo al diccionario de la American Psychological Association (APA, 2010), se señala que estos son comportamientos que ocurren de forma específica ante eventos o situaciones en los que el sujeto busca regular sus emociones, por lo que comete actos de violencia contra sí mismo.

De igual forma, históricamente el estudio de las conductas autolesivas inició con el análisis de los comportamientos de pacientes psiquiátricos, pues se señalaba

que exclusivamente este grupo eran aquellos que se veían afectados por estos comportamientos, de igual manera, se asumía que también cometían estas autolesiones los pacientes con trastorno límite de la personalidad, no obstante, con el paso de los años se identificó que estas conductas pueden estar relacionadas con la población general, y más aún en los adolescentes (Bautista et al., 2022).

Por otro lado, tomando como referencia aspectos psicosociales, las diferencias de los roles de género también pueden afectar el desarrollo de los adolescentes y dar como resultado que estos atraviesen cuadros depresivos, por ejemplo se conoce que las mujeres tienen mayor predisposición a tener depresión, mientras que en los hombres la depresión puede conducirlos a incurrir en situaciones violentas o temerarias mientras que en el caso de las mujeres, estas son las que presentan mayor prevalencia en los intentos suicidas, pese a que la letalidad en los varones es mayor, de igual manera, la sociedad también interviene como un agente que predispone la depresión o actúa como factor protector, pues se conoce que en zonas urbanas es mayor el cuidado de los aspectos emocionales de los individuos que en zonas donde no existe el apoyo del estado o de otras organizaciones (González-Forteza et al., 2015).

Por otro lado, se plantea un modelo para la autolesión no suicida con base en los conceptos de la psicología cognitiva conductual. El modelo funcional propone cuatro funciones principales agrupadas en dos dimensiones. El refuerzo automático-negativo indica que se utilizan las conductas autolesivas por parte de un individuo para lograr una reducción de la tensión u otros estados afectivos negativos; asimismo, en el refuerzo automático-positivo, los individuos usan las conductas autolesivas para crear un estado fisiológico deseable; en este caso, al contrario del refuerzo automático-negativo, puede funcionar como un medio de generación de sentimientos, al contrario de las funciones anteriores, las funciones de refuerzo social se refieren al uso de las autolesiones para modificar o regular el entorno social, mientras que el refuerzo social-negativo plantea el uso de las autolesiones por parte de un individuo para escapar de las exigencias de las tareas interpersonales; finalmente, el refuerzo social-positivo para las personas que se producen autolesiones implica obtener atención de los demás o el acceso a materiales u objetos (Nock y Prinstein, 2004).

Además, la teoría de autolesiones de Santos (2011) define a la conducta autolesiva como a la acción repetitiva de lesionarse a sí mismo para intentar aplacar el dolor emocional y la tensión fisiológica manifestada como respuesta a emociones intolerables, entre ellas, la tristeza, enojo, miedo, ansiedad, soledad, apatía, frustración, etc. La persona no tiene la capacidad de expresarlas o manejarlas de manera adecuada y considera tratar las emociones considerando hacerse daño, sin tener la intención de quitarse la vida.

También, Santos (2011) describe el ciclo de autolesión, donde la persona que se autolesiona no tiene la capacidad para identificar el ciclo, siendo una experiencia que le genera una emoción dolorosa o insoportable. Estas emociones parten de los sucesos o recuerdos que pueden crearle sentimientos desagradables, el cual se desarrolla en estados de ánimo intolerables:

La tensión y el sufrimiento: se produce un nivel de tensión fisiológica y sufrimiento mental debido a que las emociones dolorosas afectan los pensamientos, sensaciones y cuerpo. Incapacidad de manejar y expresar el dolor emocional. Existe la incapacidad de no saber expresar y transmitir lo que la persona que se autolesiona siente y lo hace de manera impulsiva y destructiva.

Aumenta la tensión y el sufrimiento: ocurre como resultado de no comunicar el dolor emocional. Y el aumento de dolor emocional es la consecuencia de lo anterior, en el cual aumenta la tensión y el sufrimiento acrecentando el dolor emocional.

Necesidad de parar “la tormenta emocional”: la persona lleva su dolor como una tormenta sin alternativa de salir de ella, lo cual le produce miedo, angustia y soledad, es ahí donde brota la necesidad de no continuar en ese estado y tener la calma para enfrentar la realidad.

Pensamientos de autolesión: la persona considera autolesionarse ya que en el pasado le ha servido para poner fin a aquellas emociones de sufrimiento que la invaden y no la dejan respirar, y piensa que no existen alternativas de solución para detener la tormenta que la ayuden a seguir adelante: “más vale malo por conocido que bueno por conocer”.

Se desconecta unos instantes: la necesidad de finalizar con el dolor mediante la autolesión demanda desconectarse, de manera inconsciente por unos segundos para hacerse daño. Luego se autolesiona, ya conscientemente elige de qué manera y en qué parte de su cuerpo se dañará; para las heridas toma en cuenta un lugar fácil de esconder, la intensidad y profundidad son controladas para evitar el riesgo de una emergencia en el hospital.

Relajamiento físico y emocional: después de la autolesión, la persona se siente libre de la tensión física y el dolor emocional.

Bienestar y reintegración: etapa de tranquilidad, donde la persona tiene la sensación de que está al control de su estado mental y puede retomar sus actividades sin que sepan los demás de lo ocurrido.

Autocuidado: tiene dos funciones, la primera es el control de las consecuencias de su acto, y la segunda es brindarse a sí misma cuidado y protección, ya que la persona no tiene la capacidad para ser cariñosa con ella misma, de la misma manera para pedir o recibir cariño.

El secreto: en esta conducta es esencial para la persona cuidar llevar en privado las heridas y cicatrices, ya que representan que consiguieron enfrentar la tormenta emocional sin tener conciencia de lo que la llevó a autolesionarse. Culpa y vergüenza: Generada por la conducta autolesiva, y la lleva a ver su fragilidad e incapacidad para enfrentar situaciones difíciles. Miedo a que lo dejen de querer, la culpa y la vergüenza producen pensamientos de que no merece que la quieran ni la respeten, manifestando miedo al rechazo por si notan algo malo en ella. Debilitamiento emocional: Las necesidades de lesionarse y no querer hacerlo, la debilitan para enfrentar situaciones difíciles sin considerar la autolesión (Santos, 2011).

Por último, se tienen a las emociones dolorosas, generadas por un recuerdo o situación y de donde parte el ciclo de autolesión. Este ciclo cumple las funciones de alivio temporal y como medio de evitar el dolor emocional, Klonsky (2009) presenta algunas formulaciones planteadas por otros autores basados en el modelo teórico biopsicosocial:

Teoría de regulación de afectos propone que la conducta autolesiva es la vía para aplacar afectos dañinos y fuertes. Partiendo del enfoque cognitivo y sistémico señala que entornos hostiles donde a temprana edad se descalifica, humilla o se maltrata emocionalmente impide el progreso de habilidades para afrontar el estrés emocional. Personas que han crecido en estos ambientes y tienen una predisposición genética hacia el desequilibrio emocional pueden hallar en la autolesión un medio para manejar afectos negativos.

Otra que resalta es la Teoría de conducta suicidio alternativa, es un enfoque conductual donde se presenta de forma alternativa, esto quiere decir que la persona para evitar o afrontar aquellos deseos intensos de muerte, realizan las conductas autolesivas como medio de mecanismo de defensa.

Por otro lado, se encuentra la Teoría de influencia interpersonal hace referencia a que la persona toma esta conducta para afectar los pensamientos, afectos y decisiones de otras personas, se traduce como una voz de alarma, de esta manera evita el abandono o es una llamada de atención para sentir que otros lo valoran.

Mientras que, en la teoría de disociación se entiende a la autolesión como una reacción debido a la presencia de estados de despersonalización, es decir, tener la idea de que las cosas que le rodean no son reales, así algunas persona con temperamento débil pueden experimentar disociación cuando alguien querido se aleja, entrando en un estado de insatisfacción que genera en la persona una conducta lesiva para así reconectarse permitiéndole sentirse real.

Finalmente, la teoría límites interpersonales, mantiene que el sentido de identidad de una persona ha sido desarrollada por lo tanto cuando vive una separación con algo significativo, el sujeto experimenta dolor, para lo cual dañarse la piel es el motivo que va a separarlo de otros o de su entorno y le permite diferenciar su identidad física de esa manera afianza la capacidad para manejarse con independencia; por último está el Modelo de búsqueda de sensaciones, el cual sostiene que la conducta autolesiva es generada como la manera de encontrar emociones fuertes, manifestadas por agitación y contentamiento en la persona que está en busca de sensaciones vivenciales donde las autolesiones tienen por

característica la práctica en repetidas ocasiones para sentirse en contacto con la vida.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación:

El presente estudio fue de tipo básica, pues su finalidad consistió en reunir información acerca de dos variables que forman parte de una realidad problemática (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC], 2020).

Diseño de investigación:

El presente estudio fue correlacional, en donde Hernández y Mendoza (2018) mencionan que en una investigación correlacional, el objetivo es tener el conocimiento de la relación o asociación entre dos o más variables o fenómenos en un determinado contexto.

La presente investigación es no experimental donde Hernández y Mendoza (2018) mencionan que una investigación no experimental es aquella que se lleva a cabo sin manipular deliberadamente las variables se basa esencialmente en la observación del fenómeno tal como se dan en su contexto para luego analizarlos.

Por otro lado, también será comparativa, al llevar a cabo procesos centrados en establecer diferencias o relaciones significativas entre variables; esta se emplea cuando se pretende entender el funcionamiento que hay entre sí y llegar a la búsqueda de posibles alternativas de solución o que inciden el problema (Hernández, 2017).

3.2 Operacionalización de las variables

Variable 1. Depresión

Definición conceptual: Zung (1965, citado por Campoverde, 2016) refiere que la depresión es un trastorno mental manifestada por tener la sensación de ser una molestia para su entorno, sentimientos de culpa acompañado de tristeza, abandono y desesperación profunda. Diferenciada de la aflicción normal, o la del duelo que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica.

Es una tristeza profunda que experimenta la persona sin motivo aparente, es persistente y dificulta ejecutar actividades cotidianas con normalidad. Los síntomas que la acompañan incluyen alteraciones del sueño y la comida, apatía, sensación de haber cometido algún error, desánimo y pérdida de satisfacción en diferentes actividades de la vida.

Definición operacional: Las puntuaciones son obtenidas mediante la aplicación de la escala de Depresión de Zung, conformada por 20 ítems, expresada con síntomas positivos y la otra mitad con síntomas negativos (ver anexo 2).

Dimensiones: Afectiva, psicomotora, psicológica y fisiológica.

Escala de Medición: Ordinal

Variable 2. Conductas Autolesivas

Definición Conceptual: Son acciones intencionales que realiza una persona hacia sí misma para causarse daño en cualquier parte del cuerpo, esta conducta no es aceptada en la sociedad y su práctica es para disminuir en el individuo, estados emocionales desagradables, y sin la intención de atentar contra su vida (Walsh, citado por Marín, 2013).

Definición operacional: Las puntuaciones son obtenidas mediante la aplicación de la Cédula de autolesiones (CAL), conformada por 13 ítems, derivadas de dos dimensiones: Autolesiones severas y autolesiones menores (las lesiones son estimadas en base al grado de severidad, frecuencia y temporalidad) (ver anexo 2).

Dimensiones: Autolesiones severas, Autolesiones menores.

Escala de medición: Dicotómica

3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Población:

La población es el conjunto de individuos, elementos, fenómenos o objetos en las cuales presenta características susceptibles de ser estudiadas (Beatriz

2019). Según el INEI (2017) en Lima Metropolitana hay 886 726 adolescentes. Se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes del nivel secundario de edad entre 12 a 18 años.
- Que sean de ambos sexos.
- Que sean de Lima Metropolitana.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no tuvieron el consentimiento de sus padres para participar del estudio.
- Adolescentes que no deseen participar en la investigación
- Adolescentes que no completen adecuadamente el formulario de administración.

Muestra: La muestra es parte de una población de interés que manifiesta las mismas características (Toledo 2020).

El número de muestra para esta investigación fue calculado con la siguiente fórmula:

$$355 = \frac{\frac{1.65^2 \times .05 (1 - .05)}{4.5^2}}{1 + \left(\frac{1.65^2 \times .05 (1 - .05)}{4.5^2 \times 886,726} \right)}$$

Por esto la presente investigación estuvo conformada por 355 adolescentes entre el rango de edad de 12 a 18 años.

Muestreo:

Para esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico; Supe (2014), menciona que el muestreo es útil en un estudio científico donde su función principal es establecer qué porción de la población formará parte de la muestra para examinarse. En esta investigación el tipo de muestreo fue no probabilístico por

conveniencia ya que solo participaran los adolescentes que tengan la predisposición a participar.

Unidad de análisis:

Según la Organización Mundial de la Salud, se declara adolescente desde la edad de 10 a 19 años, sin embargo se está considerando a adolescentes del nivel secundaria para homogenizar la muestra.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se usó la técnica de la evaluación directa mediante un cuestionario, Aries, (2006), refiere que las técnicas de recolección de datos son las distintas maneras de obtener la información. Por eso, se planteó un plan para recabar información de la unidad de investigación. Por ello, se utilizará un cuestionario de preguntas o ítems que se representan en forma de afirmaciones para así medir la reacción del individuo.

Instrumentos:

Depresión

Para este estudio se utilizó la Escala de Depresión de Zung, creada por William W. K Zung en 1965, empleada en diversos contextos y culturas. Está conformada por 20 ítems, de los cuales expresan a un síntoma o signo característico de la depresión y cuantifica no la intensidad sino la frecuencia, encuentran descritas a partir de 4 dimensiones: Afectiva (ítems 1, 3), Psicomotora (ítems 12, 13), Psicología (ítems 11, 14, 16, 15, 17, 18, 19, 20), y Fisiológica (ítems 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) (ver anexo 3).

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Respecto a la validez del instrumento, los índices de correlación con otras escalas como la escala de depresión de Hamilton, e inventario de depresión de Beck y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 e informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios

en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil nivel educacional, económico ni inteligencia. Cabe mencionar que el diseño de la escala no fue para cribaje, sin embargo muestra aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) al aplicarla para detección de casos, tanto en población clínica o en población general, y ha sido considerablemente utilizada con este propósito. (Gonzales, 2015)

En cuanto a la variable conductas autolesivas, se empleó la Cédula de autolesiones (CAL) elaborado por Marín en el año 2003 en la ciudad de México, con la finalidad de realizar una investigación sobre “Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan”. Está compuesta por 13 reactivos repartidos en 2 dimensiones: autolesiones severas (reactivos 1, 3, 9, 10, 12) y autolesiones menores (reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11). Se administra de forma individual o colectiva y se contestan de forma dicotómica (presencia-ausencia); a mayor puntaje obtenido, mayor severidad y perseverancia en cada tipo de autolesión. En el caso de respuestas afirmativas se continúa con las secciones diferenciadas: 1) indica la frecuencia, y 2) indica la última vez en que ocurrió la autolesión (ver anexo 3).

En el presente estudio se empleó la versión adaptada por Cano et al., (2021), la confiabilidad del instrumento posee altos valores, con un Alfa de Cronbach de 0,893. Del mismo modo los índices de confiabilidad encontrados para las autolesiones menores con 0,828 y para las autolesiones severas con 0,827.

3.5 Procedimientos

En primer lugar se planteó el título de la investigación, después de aprobada se planteó la pregunta para la realidad problemática, posteriormente se solicitó la autorización de uno de los instrumentos, ya que el de la Escala de Depresión de Zung es de acceso libre; se obtuvo el permiso para el uso de la Adaptación de la Cédula de autolesión (ver anexo 7), donde se contactó a la autora mediante correo electrónico, Luego se diseñó el formulario de Google Drive, para su aplicación de manera remota debido a la coyuntura en la que se encuentra el país, así mismo se evaluó de manera presencial en diferentes colegios estatales mixto, después se realizó la recolección de datos enviándose invitaciones mediante internet, donde

se solicitaron datos sociodemográficos, entre ellos las edades y lugares de residencia que sirvieron como filtro para incluir a los participantes dentro del estudio. Es así que se solicitó a 355 adolescentes de Lima Metropolitana para responder los cuestionarios, sin tomarles más de 20 minutos, el mismo que contenía un asentimiento informado que tuvo que ser verificado por los padres y así tener la autorización para que sus hijos puedan contestar el formulario (ver anexo 9). Finalmente, se descargaron los datos en una hoja de cálculo y fueron procesados por medio de un paquete estadístico.

3.6 Método análisis de datos

Los procesos de tabulación de los resultados se llevaron a cabo en una hoja de cálculo, consecutivamente los datos fueron analizados mediante el programa estadístico, donde se efectuó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, dado que la distribución de datos no se ajustó a la normalidad, se utilizó los estadísticos no paramétricos Rho de Spearman para la correlación y U de Mann Whitney para las comparaciones. Los datos obtenidos se representan en tablas para ser explicadas de acuerdo a los objetivos planteados.

3.7 Aspectos Éticos

En la presente investigación, se tuvo en cuenta el Código de ética y deontología del colegio de Psicólogos del Perú (2017). Por consiguiente se consideró el Artículo 22° ya que se respetaron las reglas establecidas a nivel nacional e internacional acerca del estudio con seres humanos. Igualmente el Artículo 24° puesto que se siguió el procedimiento de obtener el consentimiento en el cual el sujeto optó aceptar o no su participación en el estudio. También en base al Artículo 25° para esta investigación se priorizó la salud mental y física de participante. Y finalmente el Artículo 27° se utilizaron instrumentos psicológicos y técnicas con validez científica.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Prueba de normalidad

| Variables | Shapiro-Wilk | | |
|------------------------------|--------------|-----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| <i>Depresión</i> | .991 | 355 | <.05 |
| <i>Afectiva</i> | .854 | 355 | <.05 |
| <i>Psicomotora</i> | .940 | 355 | <.05 |
| <i>Psicológica</i> | .983 | 355 | <.05 |
| <i>Fisiológica</i> | .986 | 355 | <.05 |
| <i>Conductas autolesivas</i> | .737 | 355 | <.05 |
| <i>Autolesiones severas</i> | .567 | 355 | <.05 |
| <i>Autolesiones menores</i> | .742 | 355 | <.05 |

Nota: gl=grados de libertad, sig.=significancia

Como se puede observar en la tabla 1, la distribución de datos no se ajusta a la normalidad, pues la significancia fue menor a .05, por lo que se utilizarán los estadísticos no paramétricos Rho de Spearman para la correlación y U de Mann Whitney para las comparaciones (Flores-Ruiz et al., 2017).

Tabla 2

Correlación entre depresión y conductas autolesivas

| | Conductas autolesivas | |
|-----------|-----------------------|-------|
| | Rho de Spearman | |
| Depresión | | .349 |
| | r ² | .121 |
| | p | <.001 |
| | n | 355 |

Nota:p=significancia, r²=tamaño del efecto, n=muestra

Como se observa en la tabla 2, la correlación entre las variables estudiadas es directa y significativa ($r=.349$, $p<.001$), con una magnitud moderada por ubicarse entre el rango .11 a .50 (Mondragón, 2014), además, se halló un tamaño de efecto pequeño (Cohen, 1988), por lo que se afirma que ante el incremento de la depresión también aumentan las conductas autolesivas.

Tabla 3*Correlación entre las conductas autolesivas y las dimensiones de la depresión*

| | | F1 | F2 | F3 | F4 |
|-----------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| Conductas autolesivas | Rho | .374 | .190 | .313 | .275 |
| | r ² | .139 | .036 | .097 | .075 |
| | P | <.001 | <.001 | <.001 | <.001 |
| | N | 355 | 355 | 355 | 355 |

*Nota:*p=significancia, r²=tamaño del efecto, n=muestra, F1=afectiva, F2=psicomotora, F3=psicológica, F4=Fisiológica

En la tabla 3 se puede visualizar que la relación entre las conductas autolesivas y los componentes de la depresión son directas y significativas, de magnitud moderada por ubicarse entre .11 a .50 (Mondragón, 2014), mientras que el tamaño del efecto es pequeño en todos los casos (Cohen, 1988). De esta forma, se puede inferir que el incremento de las conductas autolesivas se relaciona con el aumento de los componentes de la depresión.

Tabla 4*Correlación entre la depresión y las dimensiones de las conductas autolesivas*

| | | F1 | F2 |
|-----------|----------------|-------|-------|
| Depresión | Rho | .301 | .360 |
| | r ² | .090 | .129 |
| | p | <.001 | <.001 |
| | n | 355 | 355 |

*Nota:*p=significancia, r²=tamaño del efecto, n=muestra, F1=autolesiones severas, F2=autolesiones menores

Como se visualiza en la tabla 4, las correlación entre la depresión y las dimensiones de las conductas autolesivas fueron directas y significativas, de magnitud moderada al ubicarse entre .11 a .50 (Mondragón, 2014), mientras que el tamaño del efecto fue pequeño en ambos casos (Cohen, 1988), por esta razón es válido afirmar que ante el aumento de la depresión, también se incrementan los componentes de las conductas autolesivas.

Tabla 5*Comparación de la depresión y sus dimensiones según sexo*

| | Sexo | n | Rango promedio | U de Mann Whitney | p | r _{bis} |
|-------------|-----------|-----|----------------|-------------------|-------|------------------|
| Depresión | Femenino | 148 | 222.53 | 8728.0 | <.001 | .430 |
| | Masculino | 207 | 146.16 | | | |
| Afectiva | Femenino | 355 | 225.80 | 8243.5 | <.001 | .462 |
| | Masculino | 148 | 143.82 | | | |
| Psicomotora | Femenino | 207 | 202.11 | 11749.5 | <.001 | .233 |
| | Masculino | 355 | 160.76 | | | |
| Psicológica | Femenino | 148 | 218.11 | 9381.5 | <.001 | .388 |
| | Masculino | 207 | 149.32 | | | |
| Fisiológica | Femenino | 355 | 210.22 | 10549.0 | <.001 | .311 |
| | Masculino | 148 | 154.96 | | | |

Nota: p=significancia, n=muestra, r_{bis}=tamaño del efecto

La tabla 5 muestra el resultado del análisis de comparación de la depresión y sus dimensiones en función del sexo de los participantes, en todos los casos se hallaron diferencias significativas ($p < .001$), por lo que considerando el rango promedio se puede visualizar que son las mujeres quienes presentan mayor promedio, mientras que el tamaño del efecto fue pequeño para el factor psicomotora por ubicarse entre .10 a .30, mientras que en todos los demás el tamaño de efecto es mediano por ubicarse entre .31 a .50 (Domínguez-Lara, 2017).

Tabla 6*Comparación de la depresión y sus dimensiones según edad*

| | Edades | n | Rango promedio | U de Mann Whitney | p | r _{bis} |
|-------------|--------------|-----|----------------|-------------------|------|------------------|
| Depresión | 12 a 14 años | 140 | 181.51 | 14558.5 | .603 | .077 |
| | 15 a 18 años | 215 | 175.71 | | | |
| Afectiva | 12 a 14 años | 140 | 175.20 | 14657.5 | .668 | .046 |
| | 15 a 18 años | 215 | 179.83 | | | |
| Psicomotora | 12 a 14 años | 140 | 179.13 | 14892.5 | .865 | .021 |
| | 15 a 18 años | 215 | 177.27 | | | |
| Psicológica | 12 a 14 años | 140 | 184.53 | 14136.5 | .333 | .137 |
| | 15 a 18 años | 215 | 173.75 | | | |
| Fisiológica | 12 a 14 años | 140 | 177.86 | 15030.5 | .983 | .016 |
| | 15 a 18 años | 215 | 178.09 | | | |

Nota: p=significancia, n=muestra, r_{bis}=tamaño del efecto

La tabla 6 muestra el resultado del análisis de comparación de a depresión y sus dimensiones en función de las edades de los participantes, se encontró que no existen diferencias significativas entre los grupos contrastados por hallar una significancia $p > .05$.

Tabla 7*Comparación de las conductas autolesivas y sus dimensiones según sexo*

| | Edades | n | Rango promedio | U de Mann Whitney | p | r _{bis} |
|-----------------------|-----------|-----|----------------|-------------------|-------|------------------|
| Conductas autolesivas | Femenino | 148 | 204.08 | 11458.0 | <.001 | .252 |
| | Masculino | 207 | 159.35 | | | |
| Autolesiones severas | Femenino | 148 | 195.33 | 12752.5 | <.001 | .167 |
| | Masculino | 207 | 165.61 | | | |
| Autolesiones menores | Femenino | 148 | 204.51 | 11394.5 | <.001 | .256 |
| | Masculino | 207 | 159.05 | | | |

Nota: p=significancia, n=muestra, r_{bis}=tamaño del efecto

La tabla 7 muestra que se hallaron diferencias significativas para las conductas autolesivas y sus dimensiones según el sexo ($p < .001$), además se visualiza que quienes más la parecen son las mujeres, pues el rango promedio es mayor en ellas, a esto también se agrega que, el tamaño del efecto fue pequeño en todos los casos por ubicarse entre el rango de .10 a .30 (Domínguez-Lara, 2017).

Tabla 8*Comparación de las conductas autolesivas y sus dimensiones según edades*

| | Edades | n | Rango promedio | U de Mann Whitney | p | r _{bis} |
|-----------------------|--------------|-----|----------------|-------------------|------|------------------|
| Conductas autolesivas | 12 a 14 años | 140 | 180.28 | 14731.5 | .717 | .046 |
| | 15 a 18 años | 215 | 176.52 | | | |
| Autolesiones severas | 12 a 14 años | 140 | 177.65 | 15001.5 | .946 | .022 |
| | 15 a 18 años | 215 | 178.23 | | | |
| Autolesiones menores | 12 a 14 años | 140 | 181.46 | 14565.5 | .576 | .071 |
| | 15 a 18 años | 215 | 175.75 | | | |

Nota: p=significancia, n=muestra, r_{bis}=tamaño del efecto

La tabla 8 muestra el resultado de la comparación de las conductas autolesivas y sus dimensiones según las edades de los participantes, se puede visualizar que no se hallaron diferencias significativas al obtener una significancia mayor a $p > .05$.

V. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como finalidad identificar la relación entre la depresión y las conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana, la razón que orientó el desarrollo de este estudio fueron los datos estadísticos de prevalencia que demuestran que la depresión es una problemática actual que aqueja a muchos adolescentes y que se posiciona como una de las principales causas de muertes en este grupo etario (OMS, 2021), además que, si no se llega a consumir el suicidio, otra de los perjuicios que puede traer este trastorno del estado de ánimo son las conductas autolesivas, razón por la que los casos de ataques autoinfligidos aumentan cada año (Hospital Hermilio Valdizán, s.f.).

En ese sentido, en primer lugar se identificó la relación entre las variables, es así que se halló relación directa, media y significativa ($r=0.349$, $p<.001$), junto a un tamaño de efecto pequeño. Esto permitió precisar que en los adolescentes de Lima Metropolitana el incremento de la depresión se asocia con el aumento de las conductas autolesivas, pese a que su efecto es pequeño, no se descarta la influencia de la depresión para la decisión de cometer autoagresiones sin intención suicida. En contraste con información de estudios previos, se han identificado correlaciones similares en Israel, donde se ha trabajado con adolescentes de aquel país y se hallaron relaciones directas y significativas (Nir et al., 2021) o también en China (Hu et al., 2021). La evidencia reunida en este estudio junto a los datos empíricos demostrados en investigaciones previas permite inferir que el comportamiento de los adolescentes ante la depresión es la ejecución de conductas autolesivas, probablemente esto se debe al trastorno de su estado de ánimo producto de la depresión ocasiona que busquen alternativas que les faciliten regular sus emociones, por ende, recurren a las experiencias autolesivas como una solución (Klonsky, 2009). Precisamente, en Lima Metropolitana los adolescentes se ven constantemente expuestos a situaciones que puedan detonar en ellos cambios en sus estados de ánimo, por lo que la falta de mecanismos de defensa o apoyo percibido podría desencadenar que estos tomen las decisiones de intentar contra su propia integridad.

Por otra parte, el primer objetivo específico analizó la relación entre las conductas autolesivas y las dimensiones de la depresión, hallando resultados de

correlación directos, medios y significativos en todos los casos, siendo el resultado de mayor efecto entre los cuatro componentes de la depresión el factor afectivo ($r=.374$, $p<.001$, $r^2=.139$) y siendo el de menor efecto el factor psicomotor ($r=.190$, $p<.001$, $r^2=.036$). Esto permite conocer que dentro de la depresión se considera que el factor afectivo es el que ocasiona que aumente en mayor medida las conductas autolesivas, mientras que el factor psicomotor es el que menos se ve afectado. Congruentemente, en Colombia se identificó que las conductas autolesivas sin intención suicida se relacionan de manera directa con la percepción de no ser amado por nadie ($r=.360$, $p<.05$), lo que también permite inferir que en ambos estudios los adolescentes identifican el factor afectivo como uno de los de mayor impacto sobre la ejecución de conductas autolesivas. Particularmente, los adolescentes que formaron parte de este estudio pertenecen a Lima Metropolitana, capital del país y la ciudad más convulsionada por el ritmo de vida de los padres de estos, por tan motivo, probablemente, el descuido del factor afectivo que ofrece la familia sea una de las causas por la que se desarrolle la depresión y esto los vuelva proclives a cometer autoagresiones.

El segundo objetivo específico identificó la relación entre la depresión y las dimensiones de las conductas autolesivas, hallando que las relaciones fueron directas medias y significativas, tanto para la autolesión severa ($r=.301$, $p<.001$) y la autolesión menor ($r=.360$, $p<.001$). Estos datos son concordantes con lo señalado por Lan et al. (2019) quienes también identificaron relación directa y significativa al trabajar con adolescentes de China, de igual forma con lo señalado por Ferro et al. (2020) quienes identificaron correlación directa y significativa entre el pensamiento suicida y las conductas autolesivas ($r=.375$, $p<.05$). Como tal, la depresión no es exclusivamente un sinónimo de suicidio, no obstante la evidencia en la literatura señala que sí es un indicador bastante común en las personas que atentan contra su vida (Motoa-Solarte y Velásquez-Lasprilla, 2020), razón por la que se ha visto que los pensamientos suicidas se relacionan con las autoagresiones, pues estas son un preámbulo que surgen a partir de eventos que no pueden ser controlados, más aún en los adolescentes que son un grupo etario sujeto a diversos cambios para los que en muchas ocasiones no están preparados (Amaral et al., 2020), tal es el caso de la última pandemia reciente que atentó contra el bienestar psicológico de los adolescentes (Urdianles y Sánchez, 2021),

relaciones conflictivas (Soto et al., 2020), entre otras, lo que posiciona a esta población beneficiaria de Lima Metropolitana como un grupo de interés de investigación.

El tercer objetivo específico buscó comparar la depresión y sus dimensiones según el sexo de los participantes, por lo que se halló que existen diferencias significativas al contrastar el grupo de hombres y mujeres ($p < .001$), siendo las féminas las que presentan mayor rango promedio en comparación a los varones. Esta información empírica es congruente con lo señalado por el apartado teórico, que asegura que son las mujeres quienes demuestran más prevalencia de esta variable, pues el factor biológico y de género ocasiona que estas puedan expresar con mayor facilidad sus estados de ánimo alterados, mientras que en los hombres la tendencia es a reprimirlos, por lo que también se señala que la tasa de letalidad del suicidio sea mayor en hombres, pese a que las féminas son las que cometen más atentados contra sus vidas (González-Forteza, 2015). Esto permite conocer que tanto hombres como mujeres que conforman la población de adolescentes de Lima Metropolitana se encuentran vulnerables ante la depresión, por lo que la intervención en este grupo sería importante y necesaria.

En suma, se añadió como parte del objetivo, contrastar los resultados al comparar la depresión y sus dimensiones por grupo de edades, esto permitió conocer que no existen diferencias significativas al contrastar los grupos de adolescentes entre las edades de 12 a 14 años y 15 a 18 años. Esta evidencia empírica permite conocer que pese a que los grupos se encuentran en etapas del desarrollo diferenciadas y que cada uno experimenta de manera diferente las alteraciones de sus estados de ánimo, además que poseen diferenciadas herramientas o mecanismos de defensa ante situaciones que los puedan dañar (Gaete, 2015), en ambos grupos experimentan la depresión y sus componentes de manera similar.

De igual forma, se analizaron las conductas autolesivas de manera general y por dimensiones, en contraste con el sexo de los participantes, es así que se halló que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p < .001$), siendo en todos los casos las féminas quienes obtuvieron un rango mayor al de los varones. En ese sentido, es preciso señalar que de acuerdo a lo apartados teóricos que

señalan la diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se puede asegurar en este trabajo se demuestra de manera empírica lo que se asegura en la teoría, no obstante, este resultado no es absoluto y no debe tomarse como irrefutable, pues explicar los fenómenos psicológicos que se desarrollan alrededor de los individuos implica mucho más que solo un solo componente, sino que intervienen diferentes variables externas (Barroso, 2019).

Asimismo, se comparó las conductas autolesivas y sus componentes en función de la edad de los participantes, no hallando diferencias significativas entre los grupos contrastados, por lo que al igual que en la otra variable, se presume que pese al cambio en las etapas del desarrollo, estas no influyen en la percepción y ejecución de las conductas autolesivas en los adolescentes de Lima Metropolitana (Gaete, 2015).

Finalmente, a pesar de haber cumplido con los objetivos previstos, este trabajo también presentó limitaciones que dificultaron su desarrollo, la primera acusa la falta de desarrollo de estudios a nivel nacional, pues a pesar de que las variables son de interés y se muestran como una realidad problemática preocupante, no se han identificado hasta la fecha artículos que publiquen estudios sobre estos dos constructos trabajados en adolescentes de Lima Metropolitana; de igual manera, el segundo punto de inflexión es la escasez de instrumentos para evaluar las conductas autolesivas, pues la búsqueda de escalas solo identificó el instrumento aplicado en este trabajo.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA

En primer lugar, en el objetivo general se halló relación directa entre las variables, por lo que se puede inferir que el incremento de la depresión se vincula con el aumento de las conductas autolesivas en los adolescentes que participaron del estudio, por lo que es necesario procurar trabajar sobre ambas variables para que no se vea afectada la salud mental y física de los participantes.

SEGUNDA

También, se hallaron relaciones directas entre los componentes de la depresión y las conductas autolesivas, por lo que se asegura que el incremento de cada uno de los factores de la depresión, sobre todo el afectivo y psicológico, se vincula con el aumento de las autolesiones en los adolescentes.

TERCERA

De igual forma, se hallaron relaciones directas y significativas entre la depresión y los componentes de las conductas autolesivas, siendo ambos casos de efectos similares, por lo que el incremento de la depresión se asocia tanto con el aumento de las autolesiones menores como las severas.

CUARTA

Finalmente, al comparar las variables por edades se identificó que solo en el caso de los contrastes por sexo se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto en la depresión y sus componentes como en las conductas autolesivas y sus factores, mientras que en el caso de las edades no se hallaron diferencias. De esto se desprende que, son las mujeres quienes muestran un mayor rango, por lo que serían ellas las que tendrían mayor predisposición hacia la depresión y a cometer conductas autolesivas.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA

Conviene estudiar la relación entre otras variables que también intervienen en las conductas autolesivas, pues si bien se halló correlación con la depresión esta solo tiene un efecto débil, por lo que intervenir en conocer un constructo de magnitud mayor y trabajar en él podría favorecer que disminuyan las autolesiones en los adolescentes.

SEGUNDA

De igual manera, es necesario que se implementen políticas de intervención por parte de las autoridades y que se pueda conocer la situación de los adolescentes de los centros educativos, pues la depresión no solo puede llevar a cometer actos autolesivos, sino atentar contra la propia vida de los adolescentes.

TERCERA

Al mismo tiempo, ejecutar campañas de prevención y promoción de la salud permitirían que los adolescentes puedan estar informados sobre la situación que atraviesan ellos o algunos de sus compañeros y les permitiría ofrecerse apoyo entre pares o buscar ayuda.

CUARTA

Considerar efectuar un estudio de moderación utilizando una variable positiva que permita ejercer un rol de control sobre la depresión y las autolesiones, por ejemplo la regulación emocional, lo que permitiría poder explicar el fenómeno psicológico desde un panorama más amplio.

QUINTA

Dado que los instrumentos y baremación para cualificar las variables por niveles son escasos, conviene que se desarrollen más estudios de corte psicométrico que entreguen resultados de validez, confiabilidad y datos normativos, que faciliten el diagnóstico de las variables en la población beneficiaria.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Carretero-Dios, H., Blanco, A., Pitti, C., Spielberger, C. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud mental*, 28(3), 32-41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000300032&lng=es&tlng=es.
- Amaral, A., Sampaio, J., Ney, F., Santos, M., Fernandes, R. y Milanês, L. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 19(59), 1-35. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- Asociación de Psicólogos Americanos. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. Editorial El Manual Moderno.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Sociedad de psiquiatría infantil, Sociedad española de urgencias de pediatría, Sociedad española de Medicina de la Adolescencia, Sociedad Española de Pediatría Social y Asociación Española de Pediatría (2022). La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental en menores. Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia. https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Bautista, G., Vera, J., Machado, F. & Rodríguez, C. (2022). Depresión, disregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 137-150. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.10>

- Biaggi, O. & Anticona, V. (2020). Resolución Directorial. Hospital Hermilio Valdizan. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/082-DG-15042020.pdf
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Cano, J. (2021). Adaptación de la Cédula de autolesión (CAL): Propiedades psicométricas y resultados de una muestra de adolescentes. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. <http://doi.org/10.5281/zenodo.5459512>
- Campoverde, M. (2016). Relación entre clima social familiar y depresión en adultos mayores CAM. (Tesis para optar el Título profesional) Piura: Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2.^a ed.). Erlbaum, Hillsdale. <https://bit.ly/3GUbKhb>
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. (2020). *Guía práctica para la formulación y ejecución de proyectos de investigación y desarrollo (i+d)*. <https://cutt.ly/fYCwcvN>
- Cuesta, M. Picón, R. & Pineida, P. (2022) tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. Artículo original. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114/226>
- Cho, G., Hwang, H., Sarstedt, M. et al. Cutoff criteria for overall model fit indexes in generalized structured component analysis. *J Market Anal* 8, 189–202 (2020). <https://doi.org/10.1057/s41270-020-00089-1>
- De los Santos-Roig, M. y Pérez, C. (2014). Análisis de ítems y evidencias de fiabilidad de la Escala sobre Representación Cognitiva de la Enfermedad (ERCE). *Anales de psicología*, 30(2), 438-449. https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico_clinica7.pdf

- Domínguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educ. Med.*, 19(4),1-4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V. y Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Revista Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n55/art04.pdf>
- Ferro, L., Franco, J., Izquierdo, G., González, L. & Villegas, M. (2020). Relación entre conductas autolesivas con fines no suicidas y depresión en población adolescente escolarizada. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 19(2), 1–25. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i2.3149>
- Flores, M. Cansino, M.& Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. Universidad Autónoma de Nayarit. México. *Rev Cubana Salud Pública*. 44(4):200-216 <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/200-216/es>
- Flores-Ruiz, E., Miranda-Navales, M. & Villasís-Keever, M. (2017). El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. *Estadística inferencial. Revista Alergia México*, 64(3), 364-370. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.304>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacío-Muro, M., Peralta, R.y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>
- González, M. (2015). Relación entre el Clima social familiar y la depresión en los estudiantes de 2do, 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la Institución educativa N° 011 “César Vallejo” – Tumbes, en el 2014. Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal Gonzales-Fierro, M.J. & Hidalgo Vicario, M.I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Pediatría Integral 2017; XXI (4): 233- 244.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018) Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Derechos reservados. file:///C:/Users/PC/Downloads/Hern%C3%A1ndez%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf

Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., & Hu, M. (2021). Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and Behavior*, 11,1-8. <https://doi.org/10.1002/brb3.2419>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Censos nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>

Kalkbrenner, M. (2021). Alpha, Omega, and H Internal Consistency Reliability Estimates: Reviewing These Options and When to Use Them. *Counseling Outcome Research and Evaluation*. <https://doi.org/10.1080/21501378.2021.1940118>

Lan, T., Jia, X., Lin, D. & Liu, X. (2019). Stressful Life Events, Depression, and Non-Suicidal Self-Injury Among Chinese Left-Behind Children: Moderating Effects of Self-Esteem. *Frontiers in Psychiatry*, 10.<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00244>

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, M. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Revista Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>

Marín, M. (2013). Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesiona. Universidad nacional Autónoma de México. <http://132.248.10.225:8080/xmlui/handle/123456789/78>

- Ministerio de Salud. (2022). Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Mondragón, M. (2014). Uso de correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento científico*, 8(1). 98-104. <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/mct.08111>
- Motoa-Solarte, M.y Velásquez-Lasprilla, M. (2020). Depresión y suicidio. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(3), 341-343. <https://doi.org/10.30944/20117582.779>
- Nir, M., Doaa, D., Gil, Z. y Gal,S. (2021). Depression symptoms as a mediator between social support, non-suicidal self-injury, and suicidal ideation among Arab adolescents in Israel. *School Psychology International*, 42(4), 358-378. <https://doi.org/10.1177/0143034321998741>
- Nock, MK. y Printstein, MJ. (2004). Un enfoque funcional para la evaluación del comportamiento de automutilación. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 72 (5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México D.F.: Mc Graw-Hill
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Depresión. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Peña-De León E., Mejía- Martínez, K., Ruíz Chow, A., Monsiváis-Ríos, R. & Álvarez-Bernal, C. (2019). Escala de síntomas cognitivos en depresión (EsADFUN). Centro de Investigación en Sistema Nervioso (CISNE México). <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2019/ane194b.pdf>

- Pérez, E., y Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>
- Rivera, E. y Vilchez, L. (2022). La Salud Mental Post Pandemia Covid 2019. Minsa, Hospital Victor Larco Herrera. <https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/07-BOLETIN-JULIO-2022.pdf>
- Sánchez, I. (2021). *Impacto Psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. MEDISAM. Santiago de Cuba. Vol.25 no.1* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100123
- Soto, A., Villaroel, P.y Véliz, A. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes Chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), e672. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>
- Weaber, L. Marshall, S. &Svensson, Y. (2019). Síntomas depresivos y autolesiones no suicidas durante la adolescencia: patrones latentes de estabilidad y cambio a corto plazo. *Journal of Adolescence*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.adolescence.2019.07.013>
- Tang, W., Lin, M., Wu, J., Lee, Y. & You, J. (2022). Mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00477-8>
- Urdiales, R. y Sánchez, N. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia por la COVID-19. *Escritos de Psicología (Internet)*, 14(2), 134-144. <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12901>
- Ying, Z., Yanqiu, W., Jun, W., Minmin, J., Jing, W. &Yuelong, J. (2021). Relationship between self-harm with depression and anxiety in college students. *Chin. J. Sch. Health*, 42(1), 92-95. <http://dx.doi.org/10.16835/j.cnki.1000-9817.2021.01.022>

- Young-Hee, P., Yeo-Won, J., Yeon-Hwa, K., Si-Won, K., Su-Yeon, P., Kyeong-Ji, K., Ji-Yoon, L. & Da-Bin, C. (2022). Mediating the effects of depression in the relationship between university students' attitude toward suicide, frustrated interpersonal needs, and non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37, 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.11.005>
- Zung, W. (2006). Escalas de automedición de la depresión y ansiedad EAMD-EAA. Manual Revisión 2006. <https://1library.co/document/yr0gr0py-manual-zung-ansiedad-y-depresion.html>

ANEXOS

Anexos 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: Depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES Y DIMENSIONES | METODOLOGÍA |
|---|--|--|--|---|
| <p>¿Cuál es la relación entre depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana?</p> | <p>Objetivo general: Determinar la relación entre Depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana.</p> <p>Objetivos específicos: a) Existe una relación significativa entre depresión y conductas autolesivas. b) Existe una relación significativa entre dimensiones de conducta autolesivas y depresión. c) Existe diferencias significativas entre depresión y conductas autolesivas según sexo y edad.</p> | <p>Hipótesis general: Existe una relación significativa entre depresión y conductas autolesivas en adolescentes de Lima Metropolitana.</p> <p>Hipótesis específicas: a) Existe una relación significativa entre depresión y conductas autolesivas. b) Existe una relación significativa entre dimensiones de conducta autolesivas y depresión. c) Existe diferencias significativas entre depresión y conductas autolesivas según sexo y edad.</p> | <p>Variable 1: Depresión</p> <p>Dimensiones: Afectiva Psicomotora Psicológica Fisiológica</p> <p>Indicadores: Deprimido, triste, melancólico. Deprimido, triste, melancólico. Agitación psicomotora. Astenia psicomotora.</p> <p>Variable 2: Conductas autolesivas</p> <p>Dimensiones: Autolesiones severas Autolesiones menores</p> <p>Indicadores: Cortes, quemaduras. Rayaduras en la piel, golpes autoinflingidos.</p> | <p>Método: Básica</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Tipo: Correlacional</p> <p>Población: 886 726 adolescentes</p> <p>Muestra: 356 participantes</p> |

Anexo 2: Tabla de operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍTEMS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|------------------|---|--|-------------|---|--------------------------------|--|
| Depresión | <p>W. Zung en 1965 (citado por Campoverde, M, 2016), refiere que la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa tristeza, indefensión y desesperación profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica. Es una tristeza sin razón aparente que la justifiquen, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.</p> | <p>Puntajes obtenidos mediante la Escala de Depresión de Zung.</p> | Afectiva | <p>Deprimido, triste, melancólico. Deprimido, triste, melancólico.</p> | 1, 3 | <p>Medición de tipo ordinal: Muy pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Casi siempre.</p> |
| | | | Psicomotora | <p>Agitación psicomotora. Astenia psicomotora. Confusión</p> | 12, 13 | |
| | | | Psicológica | <p>Indecisión Irritabilidad Insatisfacción Desvalorización personal Ideas suicidas Variación diurna Sueño Disminución en el apetito</p> | 11, 14, 16, 15, 17, 18, 19, 20 | |
| | | | Fisiológica | <p>Pérdida de peso Función sexual Gastrointestinal Taquicardia Fatiga</p> | 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | |

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍTEMS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------------|--|---|----------------------|-------------------------------|----------------------|--|
| Conducta autolesiva | Son acciones intencionales que realiza una persona hacia sí misma para causarse daño en cualquier parte del cuerpo; esta conducta no es aceptada en la sociedad y su práctica es para disminuir en el individuo, estados emocionales desagradables, y sin la intención de atentar contra su vida (Walsh citado por Marín, 2013). | Puntajes obtenidos desde la Cédula de Autolesiones de (CAL) de Marín. | Autolesiones severas | Cortes, quemaduras. | 1, 3, 9, 10, 12 | Escala dicotómica Sección 1: ¿Alguna vez? SI/NO Sección 2: ¿Cuántas veces lo has hecho? Sección 3: ¿Cuándo fue la última vez? |
| | | | Autolesiones menores | Rayaduras en la piel, golpes. | 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11 | |

Anexo 3: Instrumentos

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido o se siente actualmente.

AÑO:

SECCIÓN:

FECHA:

| | | Nunca o casi nunca | A veces | Con bastante frecuencia | Siempre o casi siempre |
|----|---|--------------------|---------|-------------------------|------------------------|
| 1 | Me siento decaído y triste. | | | | |
| 2 | Por las mañanas me siento mejor. | | | | |
| 3 | Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto. | | | | |
| 4 | Tengo problemas para dormir por la noche. | | | | |
| 5 | Tengo tanto apetito como antes. | | | | |
| 6 | Aun me atraen las personas del sexo opuesto. | | | | |
| 7 | He notado que estoy perdiendo peso. | | | | |
| 8 | Tengo problemas de estreñimiento. | | | | |
| 9 | Mi corazón late más rápido de lo normal. | | | | |
| 10 | Me canso sin razón alguna. | | | | |
| 11 | Mi mente está tan clara como siempre. | | | | |
| 12 | Me es fácil hacer lo que siempre hacía. | | | | |
| 13 | Me siento agitado y no puedo estar quieto. | | | | |
| 14 | Siento esperanza en el futuro. | | | | |
| 15 | Estoy más irritable de lo normal. | | | | |
| 16 | Me es fácil tomar decisiones. | | | | |
| 17 | Me siento útil y necesario. | | | | |
| 18 | Mi vida es bastante plena. | | | | |
| 19 | Siento que los demás estarían mejor si yo muriera. | | | | |
| 20 | Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes. | | | | |

CEDULA DE AUTOLESIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, contesta cada pregunta en las secciones SI/NO indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una **X** donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un claro propósito de lastimarte/herirte, pero sin intención de quitarte la vida. Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿cuántas veces lo has hecho? Y ¿cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que NO, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

| | | | |
|------|------------|-------|------|
| Edad | Sexo (H/M) | Fecha | I.E. |
|------|------------|-------|------|

| No. | ¿Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida? | ¿Alguna vez? | | ¿Cuántas veces lo has hecho? | | | | | ¿Cuándo fue la última vez? | | | | |
|-----|---|--------------------------|----|------------------------------|-----|------|-----|-----|----------------------------|-------------|----------|----------|------------|
| | | | | | | | | | Hoy | Esta semana | Este mes | Este año | + de 1 año |
| 1 | Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 2 | Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar) | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 3 | Quemarte (con cigarrillos u otro objeto) | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 4 | Impediste que sanaran tus heridas | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 5 | Sacarte sangre | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 6 | Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 7 | Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 8 | Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 9 | Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas) | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 10 | Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 11 | Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí) | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 12 | Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas | NO | SI | 1 | 2-5 | 6-10 | +10 | +20 | | | | | |
| 13 | Si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas ¿qué edad tenías al hacerlo la primera vez? Marca una | Nunca lo he hecho | | 9 o menos | | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16+ | |

Anexo 4: Resultados del piloto

Escala de Depresión

Tabla 1

Análisis preliminar de los ítems (n=355)

| | Ítems | FR | | | | M | DE | g1 | g2 | IHC | h ² |
|----|-------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-----|----------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| F1 | 1 | 29.0 | 55.5 | 9.6 | 5.9 | 1.92 | 0.79 | 0.87 | 0.81 | .62 | .81 |
| | 3 | 52.1 | 32.4 | 8.5 | 7.0 | 1.70 | 0.90 | 1.21 | 0.66 | .62 | .81 |
| F2 | 12 | 24.5 | 21.1 | 40.3 | 14.1 | 2.44 | 1.01 | -0.14 | -1.13 | .10 | .55 |
| | 13 | 44.5 | 36.3 | 9.6 | 9.6 | 1.84 | 0.95 | 1.00 | 0.08 | .10 | .55 |
| F3 | 11 | 23.1 | 19.2 | 42.3 | 15.5 | 2.50 | 1.01 | -0.23 | -1.09 | .56 | .53 |
| | 14 | 38.0 | 23.9 | 30.7 | 7.3 | 2.07 | 0.99 | 0.31 | -1.17 | .41 | .40 |
| | 15 | 41.4 | 41.4 | 8.2 | 9.0 | 1.85 | 0.91 | 1.02 | 0.32 | .24 | .71 |
| | 16 | 17.2 | 18.6 | 51.0 | 13.2 | 2.60 | 0.92 | -0.46 | -0.66 | .46 | .48 |
| | 17 | 27.9 | 22.5 | 38.0 | 11.5 | 2.33 | 1.01 | -0.02 | -1.19 | .61 | .57 |
| | 18 | 27.3 | 21.1 | 40.6 | 11.0 | 2.35 | 1.00 | -0.08 | -1.18 | .51 | .49 |
| | 19 | 62.3 | 21.4 | 7.3 | 9.0 | 1.63 | 0.96 | 1.41 | 0.81 | .40 | .56 |
| | 20 | 28.2 | 13.0 | 43.7 | 15.2 | 2.46 | 1.06 | -0.22 | -1.25 | .47 | .40 |
| F4 | 2 | 27.6 | 20.0 | 41.4 | 11.0 | 2.36 | 1.00 | -0.10 | -1.19 | .21 | .63 |
| | 4 | 38.9 | 36.9 | 11.3 | 13.0 | 1.98 | 1.01 | 0.79 | -0.46 | .36 | .54 |
| | 5 | 13.8 | 13.5 | 44.2 | 28.5 | 2.87 | 0.98 | -0.63 | -0.54 | .02 | .62 |
| | 6 | 45.6 | 13.8 | 16.3 | 24.2 | 2.19 | 1.25 | 0.39 | -1.52 | .02 | .31 |
| | 7 | 44.5 | 37.2 | 11.0 | 7.3 | 1.81 | 0.90 | 0.98 | 0.19 | .10 | .67 |
| | 8 | 74.6 | 20.8 | 1.7 | 2.8 | 1.33 | 0.65 | 2.39 | 6.18 | .14 | .49 |
| | 9 | 47.9 | 38.6 | 11.3 | 2.3 | 1.68 | 0.76 | 0.92 | 0.32 | .31 | .47 |
| | 10 | 44.8 | 35.8 | 11.8 | 7.6 | 1.82 | 0.92 | 0.96 | 0.06 | .38 | .62 |

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación Estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: índice de homogeneidad corregida; h²: comunalidad; F1: Afectiva; F2: Psicomotora; F3: Psicológica, F4: Fisiológica

La tabla muestra el análisis de ítems, los valores de frecuencia no superan el 80% señalando que la distribución es normal (Nunnally y Bernstein, 1995); por su parte, la asimetría y curtosis se ubica entre +/- 1.5, por lo que se reafirma que los datos se ajustan a la normalidad univariada (Pérez y Medrano, 2010); mientras que los valores de IHC y h² superan el .30, considerándose aceptables, excepto en el ítem 2, 5, 6, 7, 8, 12, 13 y 15 (De los Santos Roig y Pérez, 2014; Lloret et al., 2014).

Validez de estructura interna

Tabla 2

Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio

| | X ² /gl | CFI | TLI | RMSEA [IC90%] | SRMR |
|-----------------|--------------------|------|------|----------------------|------|
| Modelo original | 2.217 | .929 | .918 | .059 [.051; .067] | .076 |

En la tabla 2 se presentan los índices de bondad de ajuste obtenidos en el AFC, los resultados cumplen con los valores reportados en la literatura científica: $X^2/gl \leq 3$, $CFI > .90$, $TLI > .90$, $RMSEA \leq .08$ y $SRMR < .08$ (Cho et al., 2020; Escobedo et al., 2016).

Tabla 3

Cargas factoriales

| Ítems | F1 | F2 | F3 | F4 |
|-------|------|------|------|------|
| 1 | .859 | | | |
| 3 | .724 | | | |
| 12 | | .420 | | |
| 13 | | .228 | | |
| 11 | | | .643 | |
| 14 | | | .472 | |
| 15 | | | .415 | |
| 16 | | | .495 | |
| 17 | | | .654 | |
| 18 | | | .539 | |
| 19 | | | .523 | |
| 20 | | | .547 | |
| 2 | | | | .381 |
| 4 | | | | .599 |
| 5 | | | | .037 |
| 6 | | | | .179 |
| 7 | | | | .084 |
| 8 | | | | .305 |
| 9 | | | | .398 |
| 10 | | | | .583 |

Nota: F1: Afectiva; F2: Psicomotora; F3: Psicológica, F4: Fisiológica

La tabla 3 señala que los valores son aceptables, ya que las cargas factoriales son mayores a .30, excepto en los ítems 5, 6, 7 y 13 (Lloret et al., 2014).

Confiabilidad

Tabla 4

Confiabilidad por consistencia interna

| | Alfa (α) | Omega (ω) | N° de ítems |
|---------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| <i>Escala total</i> | .816 | .826 | 20 |
| <i>Afectiva</i> | .763 | .767 | 2 |
| <i>Psicomotora</i> | .175 | .175 | 2 |
| <i>Psicológica</i> | .760 | .764 | 8 |
| <i>Fisiológica</i> | .401 | .493 | 8 |

En la tabla 4 se muestran los valores de alfa y omega para la escala y sus componentes, se considera que los resultados son adecuados por superar el valor de .70, por lo que la dimensión psicomotora y fisiológica demostraron una confiabilidad baja (Kalkbrenner, 2021).

Escala de Conductas Autolesivas

Análisis de ítems

Tabla 5

Análisis preliminar de los ítems (n=355)

| ítems | FR | | M | DE | α^1 | α^2 | IHC | h^2 | |
|-------------------|----|------|------|------|------------|------------|-------|-------|-----|
| | 1 | 2 | | | | | | | |
| Autolesión menor | 1 | 84.8 | 15.2 | 0.15 | 0.36 | 1.95 | 1.80 | .56 | .55 |
| | 2 | 71.0 | 29.0 | 0.29 | 0.45 | 0.93 | -1.14 | .50 | .47 |
| | 4 | 82.0 | 18.0 | 0.18 | 0.38 | 1.67 | 0.79 | .52 | .50 |
| | 8 | 91.3 | 8.7 | 0.09 | 0.28 | 2.94 | 6.66 | .36 | .28 |
| | 11 | 87.6 | 12.4 | 0.12 | 0.33 | 2.29 | 3.27 | .55 | .54 |
| | 12 | 94.9 | 5.1 | 0.05 | 0.22 | 4.11 | 15.00 | .34 | .25 |
| Autolesión severa | 3 | 94.1 | 5.9 | 0.06 | 0.24 | 3.75 | 12.16 | .19 | .11 |
| | 5 | 81.7 | 18.3 | 0.18 | 0.39 | 1.65 | 0.71 | .50 | .54 |
| | 6 | 75.2 | 24.8 | 0.25 | 0.43 | 1.17 | -0.63 | .51 | .55 |
| | 7 | 86.2 | 13.8 | 0.14 | 0.35 | 2.11 | 2.46 | .40 | .39 |
| | 9 | 89.6 | 10.4 | 0.10 | 0.31 | 2.60 | 4.80 | .48 | .50 |
| | 10 | 97.2 | 2.8 | 0.03 | 0.17 | 5.73 | 30.98 | .21 | .13 |

Nota: FR=frecuencia de respuesta; M=media; DE=Desviación Estándar; g^1 =coeficiente de asimetría; g^2 =coeficiente de curtosis; IHC=índice de homogeneidad corregida; h^2 =comunalidad

La tabla 5 muestra el análisis de ítems, los valores de frecuencia superan el 80% señalando que la distribución no es normal (Nunnally y Bernstein, 1995); por su parte, la asimetría y curtosis es mayor a +/- 1.5, por lo que se reafirma que los datos no se ajustan a la normalidad univariada (Pérez y Medrano, 2010); mientras que los valores de IHC y h^2 superan el .30, considerándose aceptables, excepto en el ítem 3, 8, 10 y 12 (De los Santos Roig y Pérez, 2014; Lloret et al., 2014).

Validez de estructura interna

Tabla 6

Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio

| | X ² /gl | CFI | TLI | RMSEA [IC90%] | SRMR |
|-----------------|--------------------|------|------|----------------------|------|
| Modelo original | 1.471 | .973 | .966 | .036 [.017; .053] | .037 |

En la tabla 6 se presentan los índices de bondad de ajuste obtenidos en el AFC, los resultados cumplen con los valores reportados en la literatura científica: $X^2/gf \leq 3$, $CFI > .90$, $TLI > .90$, $RMSEA \leq .08$ y $SRMR < .08$ (Cho et al., 2020; Escobedo et al., 2016).

Tabla 7

Cargas factoriales

| Ítems | F1 | F2 |
|-------|------|------|
| 1 | .664 | |
| 2 | .612 | |
| 4 | .621 | |
| 8 | .370 | |
| 11 | .670 | |
| 12 | .404 | |
| 3 | | .227 |
| 5 | | .655 |
| 6 | | .620 |
| 7 | | .516 |
| 9 | | .584 |
| 10 | | .264 |

Nota: F1=autolesión menor, F2=autolesión severa

La tabla 7 señala que las cargas factoriales son adecuadas al superar el .30, excepto para los ítems 3 y 10 (Lloret et al., 2014).

Confiabilidad

Tabla 8

Confiabilidad por consistencia interna

| | Alfa (α) | Omega (ω) | N° de ítems |
|------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| <i>Conductas autolesivas</i> | .826 | .823 | 12 |
| <i>Autolesión menor</i> | .729 | .735 | 6 |
| <i>Autolesión severa</i> | .650 | .646 | 6 |

En la tabla 8 se muestran los valores de alfa y omega para la escala y sus componentes, se considera que los resultados son adecuados por superar el valor de .70, por lo que la dimensión autolesión severa demostró una confiabilidad baja (Kalkbrenner, 2021).

Anexo 5: Formulario virtual para recolección de datos



Sección 1 de 5

DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANO.



Bienvenido sea usted, reciba nuestro cordial saludo y agradecimiento por la iniciativa de apoyarnos con nuestra investigación. Somos estudiantes del X ciclo de la carrera de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo y nos encontramos realizando este estudio para la obtención del grado de Licenciatura. Lo invitamos a participar mediante esta herramienta.

LINK; https://docs.google.com/forms/d/14_YGMwjoRa1PRFAwRW-SC-dNP_-F3H4UNIMX5-FiUVA/edit

Anexo 6: Ficha Sociodemográfica

| |
|---|
| EDAD * Introduce la referencia del producto |
| <input type="radio"/> 12 |
| <input type="radio"/> 13 |
| <input type="radio"/> 14 |
| <input type="radio"/> 15 |
| <input type="radio"/> 16 |
| <input type="radio"/> 17 |
| <input type="radio"/> 18 |
| SEXO * |
| <input type="checkbox"/> FEMENINO |
| <input type="checkbox"/> MASCULINO |

Anexo 7: Carta de solicitud de autorización de uso de los instrumentos



Anexo 8: Fórmula para calcular la muestra

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p (1 - p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p (1 - p)}{e^2 N} \right)}$$

Donde:

- N = Tamaño de muestra
- Z = Nivel de significancia
- P = Probabilidad de ocurrencia de la variable
- e = Error de estimación máximo deseado
- N = Población

Anexo 9: Consentimiento informado o asentimiento

Consentimiento Informado

Estimado padre o madre de familia:

Con el debido respeto nos presentamos, Rojas Rosas Fabiola Mercedes y Samudio Beltran Yanina Marisol, estudiantes de la carrera de Psicología del XI ciclo de la Universidad César Vallejo – Lima Norte. En la actualidad nos encontramos realizando una investigación sobre Depresión y Conductas Autolesivas en Adolescentes de Lima Metropolitana; por tal motivo solicitamos su participación. El proceso consiste en la aplicación del instrumento 1 y 2. De aceptar participar en la investigación, afirmo de haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas puede escribirnos a los siguientes correos: frojasr2@ucvvirtual.edu.pe y ysamudio@ucvvirtual.edu.pe, donde se le explicará al detalle.

Gracias por su colaboración.

Atte. Rojas Rosas Fabiola Mercedes - Samudio Beltran Yanina Marisol

ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Yo.....
con número de DNI.....acepto participar en la investigación
..... del estudiante.
.....
Día:

Asentimiento Informado

Estimado (a) estudiante:

Con el debido respeto nos presentamos, Rojas Rosas Fabiola Mercedes y Samudio Beltran Yanina Marisol, estudiantes de la carrera de Psicología del XI ciclo de la Universidad César Vallejo – Lima Norte. En la actualidad nos encontramos realizando una investigación sobre Depresión y Conductas Autolesivas en Adolescentes de Lima Metropolitana; por tal motivo solicitamos su participación. El proceso consiste en la aplicación del instrumento 1 y 2. Es importante que su respuesta sea con total sinceridad, así mismo toda información brindada será confidencial, para con fines académicos. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas puede escribirnos a los siguientes correos: frojasr2@ucvvirtual.edu.pe y ysamudio@ucvvirtual.edu.pe, donde se le explicará al detalle.

Gracias por su colaboración.

Atte. Rojas Rosas Fabiola Mercedes - Samudio Beltran Yanina Marisol

ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE
PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Yo.....
con número de DNI.....acepto participar en la investigación
.....del estudiante.
Día:

Anexo 10: Solicitud para el recojo de información



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional".

Los Olivos, 17 de Octubre de 2022

CARTA INV. N° 462 - 2022/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sres.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMBLEMÁTICA RICARDO BENTÍN

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **ROJAS ROSAS FABIOLA MERCEDES** con DNI N° 42234845 con código de matrícula N° 6700285304 y la Srta. **SAMUDIO BELTRÁN YANINA MARISOL** con DNI N° 74349089 con código de matrícula N° 7001152035, estudiantes de la carrera de psicología, quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: "DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA". Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

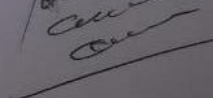



Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Autoryado.
Para Julio: Sem.
1er Semestre y 2do



Dirección Regional de Lima Norte
DIRECTORA (e)
I.E.E. RICARDO BENTÍN





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional".

Los Olivos, 27 de Octubre de 2022

CARTA INV. N° 566 -2022/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sres.

COLEGIO N° 120 MANUEL ROBLES ALARCON –

Avenida 1 de mayo s/n Bayovar - San Juan de Lurigancho

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **ROJAS ROSAS FABIOLA MERCEDES** con DNI N° 42234845, código de matrícula N° 6700285304 y la Srta. **SAMUDIO BELTRÁN YANINA MARISOL** con DNI N° 74349089, código de matrícula N° 7001152035, estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios, quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciadas en Psicología titulado: "**DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA**". Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación.

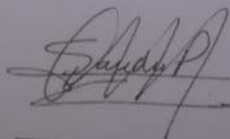
Agradecemos por antelación les brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,




Alfredo Montalvo Ramos
SUB DIRECTOR - SECUNDARIA





Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Anexo 11: Evidencia de aprobación del curso de conducta responsable de investigación

<https://ctivitae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/>



<https://ctivitae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/Login.do>

PERFIL

FABIOLA MERCEDES ROJAS ROSAS





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, BARAHONA ROJAS KATHERINE GRACE, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Depresión y Conductas Autolesivas en Adolescentes de Lima Metropolitana, 2023", cuyos autores son ROJAS ROSAS FABIOLA MERCEDES, SAMUDIO BELTRAN YANNINA MARISOL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 27 de Diciembre del 2022

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|---|--|
| BARAHONA ROJAS KATHERINE GRACE DNI: 46258883 ORCID: 0000-0001-7870-9130 | Firmado electrónicamente por: KBARAHONARO el 10-01-2023 19:38:33 |

Código documento Trilce: TRI - 0502988