



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Conducta autolesiva de los adolescentes de secundaria
de la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario
Pachacutec – Ventanilla 2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciado en Enfermería

AUTOR:

Br. Méndez Galdós, Jair David (ORCID: 0000-0001-9289-6075)

ASESORA:

Mg. Rosa Liliana Herrera Álvarez (ORCID: 0000-0002-5829-1686)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LIMA-PERÚ

2020

Dedicatoria:

Dedico el presente estudio a mis padres,
quienes llegaron a ser una luz en los momentos
más difíciles que pude haber enfrentado.

Agradecimiento:

Agradezco plenamente a las doctoras
Liliana Herrera Álvarez y Lucy Becerra Medina por su apoyo
desinteresado en el asesoramiento de este trabajo de titulación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	28
Índice de gráficos y figuras.....	27
RESUMEN.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1 Tipo y diseño de investigación	21
3.2 Variable y operacionalización.....	22
3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis.....	23
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
3.5 Procedimientos	25
3.6 Métodos de análisis de datos	26
3.7 Aspectos éticos	26
IV. RESULTADOS	27
VI. CONCLUSIONES.....	40
VII. RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS.....	47

RESUMEN

Introducción: las conductas autolesivas en población adolescente se están tornando en una problemática de mayor relevancia a nivel clínico y social, puesto que, se ha incrementado su prevalencia y porque constituyen posibles predictores de intentos suicidas. **Objetivo:** determinar la conducta autolesiva de los adolescentes de secundaria de la I.E.P. “I.C.S. Virgen del Rosario”, Pachacútec – Ventanilla. **Métodos:** El enfoque fue cuantitativo, tipo de investigación básica o pura, diseño no experimental de corte transversal y nivel descriptivo. La población estuvo conformada por 49 adolescentes de nivel secundario a quienes se les aplicó el cuestionario “Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA) (Sub escala de autolesiones)” y una ficha sociodemográfica. **Resultados:** Los resultados demostraron que el 27% de los adolescentes de nivel secundario presentaban conductas autolesivas y que el 65% de la población estuvo conformado por población femenina. **Conclusión:** Los adolescentes que presentaban conductas autolesivas empiezan con este comportamiento desde los 12 años, por un mal manejo en el control de sus emociones y son en su mayoría del género femenino.

Palabras clave: Autolesión no suicida, conducta del adolescente, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: self-injurious behaviors in the adolescent population are becoming a problem of greater relevance at a clinical and social level, since their prevalence has increased and because they are possible predictors of suicide attempts. **Objective:** Determine the self-injurious behavior of high school adolescents from the I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario", Pachacútec - Ventanilla. **Methods:** The approach was quantitative, type of basic or pure research, non-experimental cross-sectional design and descriptive level. The population consisted of 49 high school adolescents to whom the questionnaire "Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA) (Sub escala de autolesiones)" and a sociodemographic file were applied. **Results:** The results showed that 27% of high school adolescents presented self-injurious behaviors and that 65% of the population was made up of the female population. **Conclusion:** Adolescents who present self-injurious behaviors begin with this behavior from the age of 12, due to a bad management in the control of their emotions and are mostly female.

Keywords: self-injurious behavior, adolescent behavior, nursing.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia está representada como una transición crucial en el desarrollo de la persona, la cual se debe abarcar con un mayor ímpetu y atención; la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que a nivel global una de cada seis personas está bordeando la adolescencia y se estima que entre el 10 y el 20% presentan problemas de salud mental, comenzando la gran mayoría a los catorce años, sin embargo, dichos problemas siguen sin ser diagnosticados ni tratados adecuadamente. Se calculó que 62 000 adolescentes fenecieron en el año 2016 como resultado de las autolesiones. Esto puede deberse al estigma que genera en el adolescente el hecho de buscar ayuda profesional.^{1,2}

En México, en el 2018, un estudio comprobó que el 60% de adolescentes presentaban conductas autolesivas, con una prevalencia en varones del 16%, con trastornos de conducta un 13% y solo el 14% solicitaba ayuda por las lesiones auto infligidas. Nava en el 2018, aseveró que en la juventud no se cuenta con las herramientas adecuadas para lidiar con sus propias emociones o con sus problemas del día a día y, pueden llegar a desembocar en conductas autodestructivas tales como cortarse, quemarse y hasta golpearse, con la finalidad de escapar del dolor, la ira, la tristeza o la culpa.^{3, 4}

En el artículo de revisión en el 2016 efectuado en Colombia, demostraron que las autolesiones no suicidas (ALNS) en población adolescente se han tornado en un problema de mayor relevancia a nivel clínico y social debido al incremento en su prevalencia y porque constituyen posibles predictores de intentos suicidas. Los resultados manifiestan que los adolescentes que se autolesionan hacen uso de estrategias centradas en la emoción y la evitación, además de presentar un déficit en estrategias para la resolución de problemas y uso del apoyo social. Por ende, la intervención debe estar enfocada en el diseño e implementación de programas dirigidos al desarrollo de competencias emocionales y estrategias de afrontamiento, las cuales favorezcan el hacer frente al estrés desde un punto de forma adaptativa.⁵

En Chile, Reyes en el 2019 señaló que, desde una perspectiva escolar, es de suma importancia prestar atención a los fenómenos de maltrato que se generan dentro de las instituciones educativas, las cuales pueden ser, ser víctima de bullying,

sufrir de discriminación por ser inmigrante, por pertenecer a algún pueblo indígena o identificarse con la comunidad LGTBI; puesto que, estos grupos padecen de una alta probabilidad a sufrir de marginación, exclusión y violencia por parte de sus compañeros, aumentando de esta forma la vulnerabilidad hacia las conductas suicidas y el suicidio como tal.⁶

Así como en Ecuador, el Instituto de Neurociencias sostiene que las autolesiones, conocidas también como el síndrome de cutting, son una nueva praxis que se ha ido creciendo en adolescentes y jóvenes, dicha conducta de carácter compulsivo consiste en rayarse los brazos, antebrazos, abdomen, muslos y piernas con cualquier objeto punzocortante con la finalidad de disipar su ansiedad.⁷

En Perú, un estudio en el 2018, evidenció que el predominio de ideas vinculadas a las autolesiones en los adolescentes fue de un 35%; mientras que un 28% ha consumado las autolesiones una o más veces durante su vida o lo continúa haciendo. En ambos casos se evidenció que son las mujeres quienes exigen un elevado riesgo y vulnerabilidad a desarrollar dicho comportamiento.⁸

Pomalima indica que, alrededor de la mitad de los problemas de salud mental inician en la etapa de la adolescencia mucho antes de los 14 años; debido a ello se debe de priorizar cualquier indicio para la detección temprana y emprender un tratamiento oportuno.⁹ Del mismo modo señala que, de 12 chicos hospitalizados por lo menos 8 a 9 presentan cortes en el cuerpo. Lo cual se ve reflejado en el servicio de emergencia y, con mucha más frecuencia en la consulta externa; las cifras empiezan a aparecer desde los 12 y 13 años de edad.¹⁰

Durante la realización de las prácticas pre profesionales, en las instituciones educativas de Ventanilla, se ha podido evidenciar la preocupación que manifiestan los docentes y padres de familia ante la autoagresión en los estudiantes adolescentes, algunos padres han manifestado: “ mi hijo llegó a casa con heridas en sus antebrazos, me comenta que así se logra liberar del estrés”, “mi hija presenta largos cortes a nivel de los muslos de las piernas e iniciales de nombres escritos con punción en las muñecas”, “ mi hija presenta grandes rasgos en las cutículas de sus dedos, así como heridas infringidas por ella misma en la comisura labial”.

Luego de estas consideraciones y habiendo realizado el análisis de dicha información, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la conducta autolesiva de los adolescentes de secundaria de la I.E.P. “I.C.S. Virgen del Rosario”, Pachacutec – Ventanilla 2020?

El trabajo de investigación se justifica puesto que, en la sociedad actual, a nivel mundial está latente la autoagresión, la cohibición social y la ideación suicida. La población adolescente en edad escolar no se exime de estos problemas sociales acarreados con el pasar de los años por la propia sociedad. En la revisión, se aprecia que las cifras de conducta autolesiva están en aumento. Al ser un tema “silencioso”, que no ha llegado a generar mucha controversia, existen pocos organismos estatales en la sociedad que contribuyan a inhibir el incremento de casos o al correcto abordaje del problema, ya que proviene de un factor multicausal.

Además, se busca evidenciar en la población adolescente de la comunidad de Ventanilla, la presencia de casos de autolesión, siendo la enfermera de la institución educativa, la llamada para el tamizaje y el pronto abordaje e importancia de intervenir desde una perspectiva holística en el desenvolvimiento del adolescente y cualquier menor de edad que esté cursando algún grado académico, puesto que las autolesiones no suicidas y el bullying llevado al grado de víctima/victimario son predisponentes a una inestabilidad en la toma de decisiones y en la vida misma de estos.

Es así que se propone el siguiente Objetivo General: Determinar la conducta autolesiva de los adolescentes de secundaria de la I.E.P. “I.C.S. Virgen del Rosario”, Pachacutec – Ventanilla 2020

Objetivos específicos: Caracterizar al grupo de estudio y a los adolescentes que se autolesionan; e identificar la temporalidad de las conductas autolesivas, métodos y gravedad de autolesiones, la justificación para la autolesión, los estímulos emocionales y el entorno de pares que se autolesionan de los adolescentes de secundaria.

II. MARCO TEÓRICO

Existen pocas investigaciones realizadas en Perú, donde se describe la variable de investigación, entre las cuales se pueden mencionar a algunos autores

Magán M, en el año 2017 realizó una investigación en Piura, con el objetivo de analizar y describir el pensamiento autodestructivo, los sentimientos y las emociones que están contempladas en la conducta autolesiva de tipo cutting, el cual contó con una muestra de 25 adolescentes en edad escolar. El instrumento utilizado fue la entrevista a profundidad, la cual explora 15 aspectos, el estudio fue exploratorio con enfoque cuantitativo. Se obtuvo como resultado que las autolesiones se inician a la edad de 11 años; el nivel socioeconómico bajo fue casi un 25%, el medio casi 60%, y el medio alto un 20%; la presencia de ideación suicida fue de 8%, no presentó ideación suicida 72%. Autolesión por iniciativa personal 44%, por imitación 44%, por motivos familiares 64% y personales 20%. Se llegó a la conclusión que la autolesión sin finalidad suicida está ligada a las emociones negativas, tales como tristeza e ira. La disfuncionalidad familiar es una característica detonante para el acto de cutting.¹¹

Así como, Varona S en el 2015 realizó una investigación en Lima, la cual tuvo como propósito el analizar el afecto en adolescentes con autolesiones y los estilos de afrontamiento y comparar diversas expresiones; la cual contó con una muestra de 19 adolescentes. Utilizó como instrumento la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA). Los resultados obtenidos mostraron en gran detalle las características del adolescente con conductas autolesivas; se obtuvo que el realizarse cortes en la piel era el método con mayor índice de ejecución y que el desahogo fue el principal detonante de ejecutar dicha conducta. Como conclusión, se evidenciaron diferentes estilos de afrontamiento y afecto concerniente a la edad de inicio en las autolesiones y la cantidad de veces que lo pusieron en práctica.¹²

Del mismo modo, se han realizado diversas investigaciones a nivel internacional donde describen conductas autolesivas en población escolar adolescente y contribuyen con el estudio actual. Estas se mencionan a continuación

Albarracín L, González L en el 2020, realizaron una investigación en Colombia, la cual tuvo como finalidad identificar la posible relación entre los vínculos afectivos familiares y la acción de adoptar conductas autolesivas no suicidas en adolescentes de sexo femenino; la muestra estuvo comprendida por 29 adolescentes entre 11 y 14 años de edad. La cual contó con cuatro instrumentos de medición el Cuestionario de autolesión, la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA), el

Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) y una entrevista semi-estructurada, generada por ambas autoras. La investigación fue de tipo relacional cuantitativo, de diseño no experimental relacional, obteniendo como resultado que 28 de ellas (96.6%) presentaron comportamientos autolesivos. Llegando a la conclusión de que un vínculo inseguro e inestable es un predisponente de vulnerabilidad que influye a los adolescentes a la desregulación emocional, lo que desemboca en la realización de conductas autolesivas no suicidas.¹³

Ardiles R, Alfaro P, Díaz I, Martínez V en el 2018, realizaron una investigación en Chile, la cual tuvo como finalidad cotejar el riesgo de conductas autolesivas en adolescentes de enseñanza media, en localidades urbanas y rurales por género; estuvo conformada por una muestra de 349 adolescentes comprendidos entre 14 a 19 años de edad. Tuvo como instrumento al cuestionario de screening de suicidalidad. La investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva no experimental, en una muestra no probabilística, obteniendo como resultado la inexistencia de diferencias frente al riesgo de suicidio con respecto a la localización geográfica, pero sí referidas al género; se presentó alrededor del 16% de adolescentes femeninas identificadas con riesgo a conductas suicidas. Como conclusión, obtuvieron que las conductas autolesivas y el suicidio es una problemática de salud pública a nivel global, el cual no ha sido abordado pertinentemente a nivel de preventivo y promocional en salud.¹⁴

Redondo C, Agudelo E en el 2017, realizaron una investigación en Colombia, la cual tuvo como propósito estudiar las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos vinculados a la praxis del cutting; la muestra estuvo compuesta por un hombre y una mujer de 16 y 13 años de edad respectivamente, asociados a la práctica de cutting. La metodología utilizada fue el análisis de casos partiendo de los relatos de vida y las experiencias relacionadas al cutting; en la cual aplicaron una entrevista semiestructurada y se realizaron registros de pensamientos. Los resultados dejaron en claro que, en ambos casos, aunque se evidencien factores distintos, se constató que ambos comparten similitud en las distorsiones cognitivas presentes. Como conclusión, los autores lograron evidenciar una fuerte semejanza entre las distorsiones cognitivas presentes, ninguna distorsión se presenta en una y no en otro, esto es debido a que el cutting se encuentra estrechamente relacionado con las mismas emociones y sentimientos.¹⁵

Al igual que; Xavier A, Cunha M, Pinto J en el 2015 realizaron un estudio en Portugal, el cual tuvo como objetivo estudiar la conjunción entre antecedentes de amenaza y sumisión en la infancia, afectividad, temores de compasión y autolesión; la cual estuvo compuesta una muestra de 831 adolescentes entre los 13 y 18 años de edad; los investigadores utilizaron como instrumento el cuestionario de escala de experiencias de vida temprana y la escala de los miedos de la compasión. Los resultados demostraron que la sumisión, temor a la compasión por sí mismo, los sentimientos de amenaza, el afecto negativo, y el género pronostican la autolesión de forma alarmante y significativa.

Los adolescentes que presentan autolesión deliberada no sólo tienen dificultades frente al afrontamiento de emociones negativas, sino que, también presentan miedo de compasión hacia sí mismos. Xavier y colaboradores, llegaron a la conclusión de que es importante tener en cuenta el valor potencial de dichas conductas para incorporar la compasión y poder afrontar los temores de los mismos en el tratamiento de autolesiones en adolescentes.¹⁶

Así mismo, Calvete E, Oure I, Aizpuru L, Brotherton H 2015, realizaron un estudio en España, el cual tuvo como objetivo analizar las características, la prevalencia y funciones de la conducta autolesiva no suicida; la cual estuvo conformada por una muestra de 1864 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 19 años de edad; el instrumento fue una versión modificada de la escala funcional de autoevaluación funcional de automutilación. Estudio de tipo cuantitativo, con muestreo aleatorio estratificado. Los resultados de este estudio muestran que los comportamientos de Autolesiones No Suicidas (ANS) son comunes entre los adolescentes españoles. Más de la mitad de la muestra mostró tal comportamiento en el último año.

En cuanto a los métodos de autolesión, morderse uno mismo, raspase la piel y picarse una herida eran los más frecuentes. Estos resultados fueron diferentes a los obtenidos en otros países, donde el corte fue uno de los más frecuentes. Por tanto, los autores sostienen que las modalidades de las ANS pueden ser influenciadas culturalmente, siendo algunos métodos más aceptados en un país que en otro. Adicionalmente se evidenció que el género femenino mostró una mayor prevalencia de comportamientos de autolesiones no suicidas (ANS).¹⁷

Todos estos estudios aportan a la investigación dado que otorgan conocimientos vitales a la sociedad para que las autoridades implementen estrategias; y se logre abordar de una perspectiva colectiva, incluyendo el apoyo de distintos sectores del estado, no sólo el de salud, sino también el político y los diversos actores de la sociedad como lo son las iglesias, la policía, las juntas directivas, etc. A la par que actualizan el conocimiento, puesto que, en diversas investigaciones, aún siguen confundiendo el suicidio con las autolesiones sin intención suicida.

Sintetizando lo mencionado anteriormente, es de suma importancia identificar las conductas autolesivas de los adolescentes. Esta es una etapa clave en donde las emociones juegan un papel crucial en el desenvolvimiento y desarrollo de la persona, ya que se logran percibir con un mayor impacto en su vida. Existen pocas investigaciones actualizadas que abordan al adolescente con conductas autolesivas a nivel mundial; por ende, la presente investigación pretende generar nuevos conocimientos e infundir el interés hacia el profesional de enfermería para seguir nutriendo de información y de nuevos conocimientos frente al afrontamiento de adolescentes con conductas autodestructivas o autolesivas.

Marsha Linehan nació el 5 de mayo de 1943 en Tulsa, Oklahoma; es una psicóloga, autora y docente estadounidense, quien es la responsable de desarrollar la Terapia Dialéctico Conductual (TDC). Obtuvo su doctorado en psicología en la Universidad de Loyola, y ha ejercido la docencia en la Universidad de Washington, así como en la Universidad Católica de América. Obtuvo múltiples condecoraciones entre las que más resaltan la distinción por parte del New England Education Institute, así como el premio a los logros a nivel profesional otorgado por la Asociación Psicológica Americana.

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) fue inicialmente contemplada para el afrontamiento y tratamiento del trastorno límite de la personalidad, empero, posteriormente se detectó su eficacia frente a múltiples trastornos como la depresión, la impulsividad, la ira, la ansiedad, la conducta suicida, el self-harm, entre otros.¹⁸ Debido a ello, en la actualidad, la TDC está abarcada en problemas para regular el comportamiento, las emociones y, el pensamiento. Debido a la particularidad multi – modal, la TDC resulta un proceso dispendioso y de extensa

duración; lo cual genera un obstáculo frente a la implementación eficiente en los servicios de salud pública.

El principio fundamental y primordial de la teoría biosocial sustenta que la principal alteración en el TLP es la desregulación de las emociones; la cual es resultado de la unión de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y, una específica transacción entre ambos factores durante el desarrollo del ser. La teoría sostiene que los sujetos identificados con TLP presentan dificultades para moderar varias, por no decir todas sus emociones. Dicha desregulación sistémica está elaborada por la vulnerabilidad emocional y, por el uso inapropiado y poco adaptativo de estrategias de modulación de las emociones.

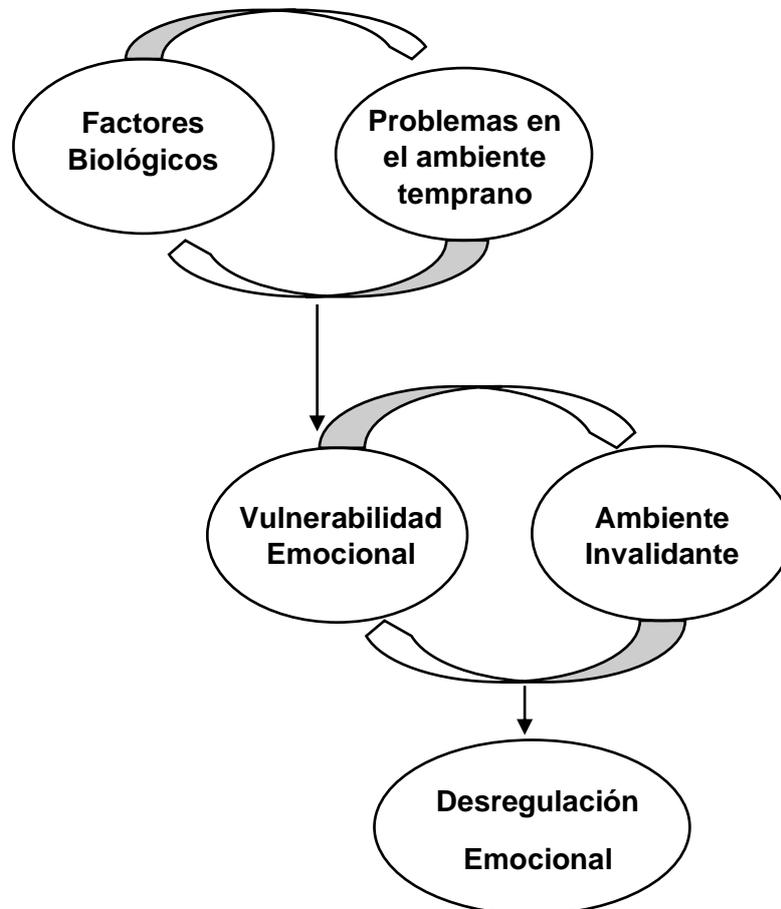
La vulnerabilidad emocional se logra definir por las siguientes particularidades: una muy elevada sensibilidad frente a estímulos emocionales, una respuesta muy enérgica frente a estímulos emocionales y, un regreso pausado a la estabilidad emocional una vez que fue inducido a la exaltación emocional. La modulación de la emoción es la capacidad de reprimir el comportamiento impropio vinculado con emociones positivas o negativas, auto – organizarse para una acción coordinada al servicio de un objetivo exterior, sosegar uno mismo cualquier acción fisiológica inducida por una intensa emoción y, alcanzar condensar la atención frente a una marcada emoción.

La desregulación de las emociones en personas con TLP es, por consiguiente, la mezcla de una estructura de respuesta emocional hipersensitiva (altamente reactiva) con una impericia de la regulación de las emociones intensas y las acciones vinculadas a ellas. Debido a ello, la disposición biológica puede diferir particularmente entre otros sujetos y es improbable que se logre encontrar una anomalía biológica que esté presente en todos los cimientos de los casos del TLP.

La circunstancia primordial en el génesis de la desregulación de las emociones es el ambiente invalidante; dicho ambiente es potencialmente nocivo para el sujeto con una elevada vulnerabilidad emocional. Una peculiaridad que define al ambiente invalidante es la predisposición a responder errática e impropriamente a la experiencia privada; también teniendo tendencias a responder de forma extremada (reacción desmesurada o carente). Los elementos fenomenológicos, cognitivos y

fisiológicos de las emociones son experiencias privadas prototípicas que, en dicho ambiente, es conductor hacia la invalidación.¹⁹

Esquema de la Teoría Biosocial



La taxonomía NANDA 2018 – 2020 compendio de diagnósticos enfermeros; contextualiza a la autolesión como el resultado de la interacción de condiciones ambientales frente a los recursos defensivos y adaptativos de la persona.²⁰

Se define a las autolesiones como un sobresaliente problema de salud pública que ha sido asociado durante décadas a diversos trastornos psiquiátricos, entre ellos el trastorno límite de la personalidad; así como el de la conducta alimentaria, de la ansiedad e incluso el de la esquizofrenia.³ Empero, recientes investigaciones han señalado que las autolesiones no solo se encuentran presentes en poblaciones con algún problema de salud mental, sino que existe un índice elevado en poblaciones sin tal diagnóstico como en universitarios y hasta en población escolar.²¹

Fleta J 2017, conceptualiza a las autolesiones como aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio organismo sin finalidad suicida, especialmente en la piel, como por ejemplo cortes en la piel, quemaduras arrancarse el pelo, golpes, arañazos, punciones, pellizcos, envenenarse, entre otros comportamientos anómalos. En España, el autor señala que el nivel de incidencia va cada vez en aumento y son más frecuentes en población adolescente femenina que en masculina.²²

Así pues, se denominan conductas autolesivas a los comportamientos orientados a realizarse daño, con la finalidad de mitigar una exacerbada emoción, para asegurarse que sigue vivo o para sentir un estímulo cuando no se cree sentir nada. Las conductas autolesivas pueden estar presentes en diferentes tipos de trastornos, como por ejemplo en la conducta alimentaria, en la privación del sueño, entre otras. La autolesión no suicida y los trastornos basados en la conducta alimentaria son dos fenómenos relacionados estrechamente entre sí. Los trastornos de la conducta alimenticia (anorexia y bulimia) son enfermedades causadas por la ansiedad; derivada de la excesiva preocupación del peso corporal y el aspecto físico, concerniente con la alteración de los hábitos y conductas alimenticias comunes. Puesto que, en el 4% al 61% de casos de trastornos alimenticios se encuentran presentes las conductas autolesivas, siendo estas un factor negativo y de mal pronóstico para el que la padece.²³

Las conductas autolesivas se pueden desarrollar en ambos géneros, debido a que son afectados por los mismos factores predisponentes (presión social, ansiedad, depresión, riesgo de suicidio, acoso escolar y abuso físico). Entre las más resaltantes y frecuentes se ubican el golpearse, hacerse cortes, comerse las uñas, el rascado de cicatrices, comer mucho, no comer nada. Múltiples datos sobre la incidencia han sido obtenidos en los servicios de emergencia de diversos hospitales, empero, estos no son buenos estimadores de la población real puesto que en la población adolescente existe el estigma frente a buscar ayuda a profesionales de la salud.²⁴

Existen medios de prevención con los cuales se pueden hacer frente a las conductas autolesivas con la finalidad de minimizar el acto de autolesión; entre los más resaltantes se pueden contemplar el minimizar la accesibilidad a los medios

letales; optimizar los servicios sanitarios y la accesibilidad del mismo, del mismo modo, fomentar las funciones de apoyo y rehabilitación; perfeccionar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de personas con depresión y otros trastornos mentales en general; generar intervenciones comunitarias en jóvenes escolarizados y no escolarizados, sí como en población con mayoría de edad; promover la etapa de intervención y formación de los profesionales en los centros educativos frente a la depresión y conductas autolesivas; ampliar las bases del conocimiento de la población frente los trastornos mentales y su detección en una fase inicial; y minimizar el estigma consecuente a la autolesión.²⁵

El comportamiento de la autolesión no suicida se lleva a cabo muchas veces para mitigar y mitigar emociones negativas fuertes, puesto que resulta mucho más factible tener el control referido al dolor físico frente al emocional. La percepción del dolor desencadenado por el autolesionamiento genera cierto despojo de la ansiedad; algunos adolescentes se generan lesiones ante circunstancias de sufrimiento o crisis personal, puesto que el dolor físico les auxilia a mitigar su padecimiento psicológico. Otras veces la autoagresión se ve justificada para poder sentir autoridad sobre uno mismo.

Asimismo, la autolesión se puede utilizar como forma de plasmar abiertamente el sufrimiento interno, con la finalidad de buscar ayuda o comprensión. Si bien es cierto, las autolesiones están contempladas como una conducta parasuicida, no son definidas como una conducta suicida en sí. Ya que la conducta suicida pretende terminar con el sufrimiento, ponerle fin a la vida (prefiriendo procedimientos indoloros o no violentos), mientras que, en la autolesión se pretende provocar un dolor o una distracción. Se pueden describir en seis motivos para que alguien llegue a la conducta de autolesionarse.

Para poder captar la atención; las prácticas de las autolesiones suelen ser de carácter muy llamativo, y hacen que los demás estén atentos al usuario por miedo a que vuelva a reincidir; en algunos casos buscan afecto, ser escuchados y para poder manipular a las personas de su entorno. Muchas veces se opta a la lesión como amenaza o para culpar a alguien y hacer que se sienta mal.

Para castigarse; una autoestima baja, sentimientos de culpabilidad, de no sentirse merecedor de algo, de ser responsable por algo negativo, pueden llevar al individuo a generar pensamientos de ser una mala persona y que son merecedores de un severo castigo. Casi siempre representan sentimientos de disgusto hacia uno mismo, de odio o de rechazo.

Para eludir un malestar emocional; el dolor físico tiene mayor prioridad ante cualquier otra sensación, pausa el proceso del pensamiento, frena los sentimientos. Cuando experimentamos dolor no pensamos en nada más, y esto es lo que se pretende buscar en estos casos de autolesión.

Como conducta parasuicida; múltiples suicidas habían llevado a cabo tentativas anteriormente. Como, por ejemplo, lesiones (cortes) en las muñecas previos al corte más profundo, con la finalidad de saber qué van a sentir en el momento, otras veces frenando el acto antes de que sea letal; se estima que un 15% de las personas que practican la autolesión presentan tendencias suicidas.

Para asumir un control sobre las situaciones que envuelven y sobrepasan al individuo; similar a lo ocurrido en la anorexia, en este grupo de conductas altamente dañinas hacia la integridad de uno mismo pueden verse influenciados por sentimientos o la necesidad de tener control, aun cuando no tenga la capacidad de controlar nada en el entorno, siempre va a poder controlar su propio cuerpo. Esta necesidad de sentir control sobre uno mismo, puede influir en las conductas autolesivas.

Por último, por sentimientos de vacío crónico, reiteradas veces dichos sentimientos de vacío, de que falta algo o de que no se puede sentir nada, llegan a tornarse muy frustrantes y conllevan a la persona a la necesidad de sentir algo, por más malo que llegue a ser. La autolesión produce dolor y sentimientos que pueden suplir episodios de vacío existencial, con la finalidad de hacerlos sentir vivos.²³

Existen diversas teorías frente a las conductas autolesivas, entre las más resaltantes se pueden evidenciar a la teoría biopsicosocial, teoría de la regulación afectiva, teoría de la disociación, teoría de la conducta suicida alternativa, teoría de los límites personales, teoría del castigo, y la teoría de búsqueda de sensaciones.

La OMS conceptualiza a la adolescencia como una fase de madurez y desarrollo humano que se contempla posterior a la niñez y anterior a la adultez, entre los 10 y 19 años de edad. Se clasifica como una de las etapas de transición más cruciales en la vida de toda persona, el cual se identifica por una cadencia muy acelerada del crecimiento y de cambios, superado única y exclusivamente por el que cursan los lactantes. Dicha fase de crecimiento y desarrollo llega junto con múltiples procesos biológicos. El inicio de la pubertad traza el camino de la niñez hacia la etapa de la adolescencia.

Los determinantes biológicos en el adolescente son básicamente universales; empero, el periodo y las particularidades de la presente etapa, llegan a cambiar a lo largo del tiempo, entre tradiciones, culturas y otras, así como frente a diversos contextos socioeconómicos.²⁶ La población adolescente se ve expuesta a cambios que alcanzan impactar su estado anímico, haciéndolos proclives a ideas pesimistas sobre ellos mismos, de su propio entorno y, hasta de su futuro. El Estudio Global de Salud Escolar en 2010 detectó que acerca del 20% de adolescentes escolares de nivel secundaria habían contemplado seriamente la probabilidad de suicidarse; cerca del 15,5% realizó una planeación frente a cómo suicidarse y alrededor del 17.5% procuró lesionarse una o más veces.²⁷

Frente a dicha problemática, el Ministerio de Salud (MINSA), expuso en la norma técnica de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú, medidas con las cuales poder contar, como la participación activa de los adolescentes; con el propósito de poder contar con la colaboración activa de ambos sexos de las diversas instituciones públicas, se debe de involucrar a dicha población en los espacios de toma de decisiones, en los diversos procesos de atención integral de salud, en el análisis de sus principales necesidades de salud, así como en el desarrollo integral de sus pares.

Conformación de redes de soporte social; debido a qué, significa la existencia de grupos de apoyo; que pueden ser de característica formal e informal. Las redes informales abarcan las relaciones de amistades y familiares, agrupan un factor afectivo esencial. Las redes formales existen con la finalidad de brindar ayuda ante la identificación del problema y/o conflictos. La población adolescente se ve

expuesta a cambios que pueden influir en su estado anímico, haciéndolos proclives a ideas pesimistas de ellos mismos, de su propio entorno y hasta de su futuro.²⁸

Expuesto lo anterior, se debe de tener presente los cuidados del personal de enfermería frente a las conductas autolesivas en el adolescente. Las conductas autolesivas no deben de minimizarse, puesto que, exponen al adolescente; el personal de enfermería posibilita el trabajo terapéutico frente al padecimiento de las conductas autolesivas. La forma más propicia de ayudar a quien se autolesiona es, en primera instancia, no juzgarlo; con la finalidad abrirse a hablar de ello con suma sinceridad y transparencia y, en segundo lugar, no prohibir que reincida en el comportamiento autolesivo. Puesto que, puede dar lugar a que genere otros actos de mayor índole.²⁹

El personal de enfermería debe brindar asesoramiento a los familiares, referentes y, al entorno cercano del adolescente en su rol de cuidadores. Mientras siga persistiendo el riesgo; restringir el acceso a métodos que puedan ser utilizados por el individuo para consumar la autoagresión mientras tenga pensamientos, planes o actos autolesivos; preguntar directamente a la persona respecto a la autolesión, a menudo reduce los niveles de ansiedad y genera alivio; es importante que los familiares o cuidadores al sentirse frustrados, eviten a toda costa las críticas severas y la hostilidad, puesto que genera en el menor una tensión psíquica.

El personal de enfermería debe ofrecer apoyo emocional a los padres y/o cuidadores si ven o refieren que lo necesitan. Estar al cuidado de una persona con riesgo de autolesión genera tensión psíquica.³⁰ El personal de enfermería cumple el rol de educador, fomenta la prevención y fortalece el autocuidado, enfocado en el primer nivel de atención para la pronta detección de conductas autolesivas y las acciones pertinentes a realizar, contando con un apoyo holístico tanto a nivel académico, como familiar en el progreso del afrontamiento. Teniendo así el personal de enfermería una participación activa en todo momento.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio se trabajó desde un enfoque cuantitativo, puesto que estuvo basado de manera sistemática de medición numérica, la cual se interpretó mediante el análisis; de igual manera Hernández alude que el enfoque parte de una idea, formula objetivos, constata información de fuentes para abarcar el marco teórico, diseña variables, con la finalidad de diseñar un patrón y evaluarlo mediante las variables de un análisis estadístico y finalizar en la prueba de una teoría.³¹

Según Arias F, en el año 2006; postuló que la investigación de tipo básica o pura, es un tipo de estudio que tiene como fundamento el indagar, crear y producir nuevos conocimientos ³²; de igual forma, Hernández R en el año 2018 define que la investigación básica (pura o teórica) tiene como finalidad el generar conocimientos y teorías.³¹ La actual investigación estuvo enfocada en la recolección de información pertinente, para así generar nuevos conocimientos actualizados respecto a las conductas autolesivas sin finalidad suicida.

El enfoque cuantitativo, para Gallardo E, es un proceso en el que se prueba empíricamente una hipótesis planteada ³³; asimismo, Hernández R menciona que este enfoque se aplica para consolidar creencias de manera lógica, y mencionar de manera específica patrones de comportamiento de una población, medir con precisión las variables del estudio y analizar la información mediante la estadística.³¹ La presente investigación, pretende recolectar los datos, para así poder llevarlos a la base del análisis estadístico, y así cumplir con los objetivos propuestos.

El **alcance** o nivel **descriptivo**, dentro del enfoque cuantitativo, es el abordaje en el que se especifica las propiedades, características y perfiles de personas, grupos sociales o comunidades, mediante el análisis, para establecer un comportamiento generalizado, un panorama específico de la magnitud del problema de investigación.³³ Para el desarrollo del presente estudio, se buscó medir y obtener información de los adolescentes en secundaria, identificando y señalando con precisión las características de las conductas autolesivas que presentan, según lo señalado en el marco teórico.

El **diseño no experimental**, es aquella metodología en que el investigador no le es posible manejar la variable independiente.³⁴ Este diseño consiste en la obtención de información directamente de la población a estudiar, sin manipular o controlar a la variable.³³ En el desarrollo del estudio, se recolectaron los datos de los participantes, sin alterar las condiciones en las que se encontraron, mediante la aplicación de técnicas e instrumentos descritos posteriormente.

Según la secuencia de estudio:

De acuerdo con Hernández R, el **diseño transversal** en la presente investigación, se basa en recaudar los datos en un momento único, en un determinado tiempo y en un lugar específico. Dicho diseño está enfocado en indagar y/o especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos y variables en una población de un tiempo único.³¹

3.2 Variable y Operacionalización

Variable: Conductas Autolesivas

Definición conceptual: De acuerdo con Fleta J 2017, las autolesiones son aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio organismo sin finalidad suicida, especialmente en la piel, como por ejemplo cortes en la piel, quemaduras arrancarse el pelo, golpes, arañazos, punciones, pellizcos, entre otros comportamientos anómalos.²²

Definición operacional: Son aquellas conductas que fueron evaluadas mediante la Sub Escala de Conductas Autolesivas (EPCA) que exploró las características de las conductas autolesivas de los estudiantes a través de un cuestionario Likert, el cual cuenta con 27 afirmaciones de 0 (nunca), 1 (poco), 2 (a veces), 3 (bastante) y 4 (siempre).

Dimensiones: Dimensión 1. Temporalidad de las conductas autolesivas, tiempo y/o momento en el que se ejecutan actos autolesivos sin intencionalidad suicida. Dimensión 2. Métodos y gravedad de autolesiones, utilización y/o formas, así como la gravedad en la ejecución de las autolesiones. Dimensión 3. Justificación para la autolesión, razones, motivos y finalidad para la realización de conductas autolesivas sin finalidad suicida. Dimensión 4. Estímulos emocionales, desencadenantes influenciados por las emociones en el entorno afectivo, familiar y académico.

Dimensión 5. Entorno de pares que se autolesionan, influencia de los compañeros de clase pre y post conducta

3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo y unidad de análisis

Población: Estuvo constituida por todos los adolescentes de nivel secundario de la Institución Educativa Privada “I.C.S. Virgen del Rosario” del distrito de Ventanilla – 2020.

El muestreo fue no probabilístico de conveniencia, debido a que no se realizó al azar y estuvo constituida por adolescentes de nivel secundario de la Institución Educativa Privada “I.C.S. Virgen del Rosario” del distrito de Ventanilla.

Unidad de análisis: La unidad de análisis estuvo conformada por cada adolescente de la Institución Educativa Privada “I.C.S. Virgen del Rosario” del distrito de Ventanilla – 2020.

Criterios de inclusión

- ✓ Estudiantes de la Institución Educativa Privada “I.C.S. Virgen del Rosario” del distrito de Ventanilla
- ✓ Estudiantes que pertenecientes desde 1ro hasta el 5to grado del nivel secundario.
- ✓ Estudiantes que presentaron el consentimiento informado de los padres de familia.

Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes de niveles inferiores al 1er grado de secundaria.
- ✓ Estudiantes que no presentaron el consentimiento informado de los padres de familia.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La ficha sociodemográfica que se empleó para la presente investigación tuvo como finalidad dar a conocer datos importantes de la muestra, asimismo debido a

tiempos de pandemia, se generó una versión virtual a través de Formularios de Google con las premisas expuestas seguidamente:

Datos personales: constitución familiar, sexo, edad.

Escolaridad: grado

Datos familiares: Fueron considerados los datos de los tutores; estado civil, edad, grado de instrucción, situación económica, comunicación y situación laboral. Así como los datos pertinentes del estudiante, número de hermanos, posición ordinal, relación consanguínea o filial con hermanos.

La técnica que se empleó en la presente investigación fue la encuesta, en la cual se aplicó como instrumento el cuestionario de Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA); asimismo debido a tiempos de pandemia, se generó una versión virtual a través de Formularios de Google. El nombre original de la escala es Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI). Los autores fueron Matthew Nock, Elizabeth Holmberg, Valerie Photos y Bethany Michel en el 2007.

La adaptación al español se llevó a cabo por Rebeca García-Nieto, Hilario Blasco-Fontecilla, Manuel Paz Yepes y Enrique Baca-García en el 2013. La administración del instrumento es de forma individual como colectiva; dirigido a la población adolescente, tanto varones como mujeres, la cual empleará un tiempo medio de 25 – 30 minutos. La escala completa consta de 169 ítems agrupados en 5 módulos independientes: ideación suicida (1-29), planes de suicidio (30-57), gestos suicidas (58-83), intento de suicidio (84-115), autolesión no suicida (116-169). Teniendo en cuenta las características de la presente investigación se empleará la subescala de autolesiones, la cual consta de 54 ítems (27 preguntas de pensamientos relacionados a las autolesiones y 27 preguntas asociadas a la conducta de autolesión en sí, enfocada en el segundo apartado).

El presente instrumento mide específicamente la frecuencia a lo largo de la vida, pasado año y mes de las autolesiones; así como la edad de inicio, la severidad y los métodos utilizados. También evalúa la función que cumple cada tipo de conducta, cuyas respuestas son puntuadas en una escala Likert de 0 a 4. Las funciones que analiza la escala son los desencadenantes, el dolor que se ha

experimentado, la influencia que genera el entorno en las autolesiones, las amistades, estar en una relación sentimental, los pares del estudiante, los estudios y el estado de ánimo. Del mismo modo, se les pregunta también acerca del consumo de alcohol o drogas en la realización de la conducta autolesiva, así como el grado de premeditación o de impulsividad.

La sub escala de ideación autolesiva y autolesiones ha sido empleada en Europa, España, por Martínez-Falero en el año 2015. En el país fue aplicada por Varona el mismo año en población adolescente, dicha investigadora realizó algunas modificaciones en la lingüística para así facilitar la comprensión de los participantes.

La adaptación y validez de la “Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)” realizada por García Nieto et al. en el 2013, fue realizada en España con 150 pacientes adolescentes, hallando que la fiabilidad por el método test-retest de la subescala de autolesiones tenía un coeficiente de 0.65, el cual es más que aceptable.³⁵

Es un instrumento meramente descriptivo; por lo tanto, no existen ni percentiles ni puntaje total. En el cuestionario también se incluyó una breve indicación, así como algunos datos generales, los cuales fueron: edad, género y grado para completar y marcar los datos del encuestado. Asimismo, para corroborar la validación del instrumento, se realizó mediante el juicio de expertos; aplicándose la prueba binomial. Para ello, tres jueces especialistas evaluaron cada ítem en términos de pertinencia, relevancia y claridad.

3.5 Procedimientos

Para la ejecución de la investigación se comunicó vía telefónica con la directora de la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, la Sra. Roxana Alguiar Bernaola, solicitando la autorización para poder aplicar la tesis. Posterior a la aprobación se programó una reunión virtual por la plataforma Zoom con cada grado de nivel secundario con la finalidad de dar a conocer el título, objetivos e importancia de la presente investigación.

Se les presentó la escala EPCA la cual se desarrolló de manera virtual y anónima con previa aceptación del asentimiento y consentimiento informado a

través de Formularios de Google; recalcándoles que su participación es voluntaria y que los datos obtenidos serán confidenciales. Para ello, se solicitó los correos electrónicos y/o número de teléfono de los estudiantes para hacerles llegar el link de la encuesta virtual.

3.6 Métodos de análisis de datos

Para la organización de los datos de investigación, se agruparon y se tabularon mediante tablas, gráficos de distribución, gráficos de frecuencia y estadística descriptiva de la variable. El proceso se llevó a cabo con la ayuda de una PC, en el cual se utilizó el programa hoja de cálculo, Excel; puesto que facilitó la agrupación de los datos por categorías y, de esta manera se logró realizar un análisis, interpretación y explicación pertinente al estudio.

3.7 Aspectos éticos

Se tomaron los siguientes principios éticos para el desarrollo de la investigación:

Justicia, la población se seleccionó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, en el presente estudio se trabajó con todos los estudiantes pertenecientes al colegio “I.C.S. Virgen del Rosario” del distrito de Ventanilla.

Autonomía, los estudiantes adolescentes decidieron voluntariamente su participación, del mismo modo, los padres de los estudiantes firmaron el consentimiento informado, explicándose el objetivo y propósito del estudio, autorizando así a sus menores hijos ser partícipes de la investigación.

Beneficencia, esta investigación ha favorecido a la entidad educativa, alumnos, padres y plana docente; con los resultados que se obtuvieron de la institución, se espera la implementación de estrategias con la finalidad de optimizar la salud mental de cada adolescente en edad escolar. Así como también funcionar como una herramienta guía para las investigaciones posteriores.

No maleficencia, los procedimientos empleados en el estudio no implicaron riesgo alguno para los participantes y por lo tanto no afectaron su integridad. Además, se guardó el anonimato de los participantes, se les aseguró que, si

deseaban abandonar el estudio, estaban en libertad de hacerlo en cualquier momento y que los datos se utilizarían únicamente para fines de la investigación.

De la misma forma, el autor manifiesta no tener conflictos de interés.

IV. RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos planteados:

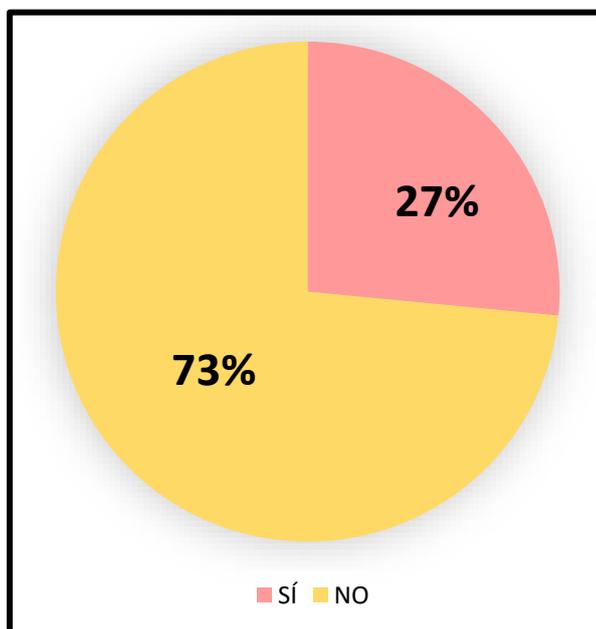


Figura 1 Distribución de los adolescentes de secundaria según conducta autolesiva en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020

En la Figura 1, se puede visualizar que los adolescentes que no se autolesionan son el 73% (36) y un resaltante porcentaje de adolescentes que si se autolesionan alcanzan el 27% (13).

Tabla 1 Distribución de los adolescentes de acuerdo a sus características personales en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Edad	13 - 14	29	59%
	15 – 16	17	35%
	Más de 16	3	6%
Género	Femenino	32	65%

	Masculino	17	35%
Grado Escolar	1ro Secundaria	5	10%
	2do Secundaria	17	35%
	3ro Secundaria	11	22%
	4to Secundaria	11	22%
	5to Secundaria	5	10%
TOTAL		49	100%

En la **tabla 1**, se puede observar que, en la característica edad el 59% (29) corresponde a estudiantes con edades comprendidas desde 13 a 14 años, el 35% (17) corresponde a estudiantes con edades comprendidas desde 15 a 16 años y el 6% (3) corresponde a estudiantes con edades comprendidas de 16 en adelante. La característica género muestra que el 65% (32) de los estudiantes son mujeres y que el 35% (17) de los estudiantes son varones. La característica grado escolar muestra que un 10% (5) de adolescentes pertenecen al grado 1ro de secundaria, el 35% (17) de adolescentes pertenecen al grado 2do de secundaria, el 22% (11) de adolescentes pertenecen al grado 3ro de secundaria, el otro 22% (11) de adolescentes pertenecen al grado 4to de secundaria y el 10% (5) de adolescentes pertenecen al grado 5to de secundaria.

Tabla 2 Distribución de los adolescentes que se autolesionan de acuerdo a sus características personales en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Edad	13 - 14	8	62%
	15 – 16	4	31%
	Más de 16	1	8%
Género	Femenino	9	69%
	Masculino	4	31%
Grado Escolar	1ro Secundaria	1	8%

2do Secundaria	4	31%
3ro Secundaria	2	15%
4to Secundaria	5	38%
5to Secundaria	1	8%
TOTAL	13	100%

En la **tabla 2**, en cuanto a los adolescentes que se autolesionan, se puede observar que, en la característica edad el 62% (8) corresponde a estudiantes con edades comprendidas desde 13 a 14 años, el 31% (4) corresponde a estudiantes que con edades comprendidas desde 15 a 16 años y el 8% (1) corresponde a estudiantes con edades comprendidas de 16 en adelante. La característica género muestra que el 69% (9) de los estudiantes que son mujeres y que el 31% (4) de los estudiantes que se autolesionan son varones.

La característica grado escolar muestra que un 8% (1) de adolescentes que se autolesionan pertenecen al grado 1ro de secundaria, el 31% (4) de adolescentes pertenecen al grado 2do de secundaria, el 15% (2) de adolescentes pertenecen al grado 3ro de secundaria, el 38% (5) de adolescentes pertenecen al grado 4to de secundaria y el 8% (1) de adolescentes que se autolesionan están cursando el 5to grado de secundaria.

Tabla 3 Distribución de los adolescentes que se autolesionan de acuerdo a la temporalidad de las conductas autolesivas en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020.

Categorías	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad de la primera vez de la autolesión	7 – 9 años	1	8%
	10 – 12 años	8	62%
	13 – 15 años	4	31%
Edad de la última vez de la autolesión	10 – 12 años	5	38%
	13 – 15 años	7	54%
	16 a más años	1	8%
Total de episodios de autolesiones	1 – 4	4	31%
	5 – 9	6	46%
	10 a más	3	23%
	1 – 3	6	46%

Total de episodios en el último año	4 a más	2	15%
	ninguno	5	38%
Total de episodios en el mes pasado	1 – 4	2	15%
	5 – 6	2	15%
	ninguno	9	69%
Total de episodios en la semana pasada	1 – 2	2	15%
	3 – 5	1	8%
	ninguno	10	77%
Probabilidad de incurrir en el futuro	Si	7	54%
	No	6	46%
TOTAL		13	100%

En la **Tabla 3**, se evidencia que, de acuerdo a la temporalidad de las autolesiones, se puede identificar que en la categoría edad de la primera vez de la autolesión, el rango de edad de 10 a 12 años corresponde al 62% (8) adolescentes y el rango de edad de 13 a 15 años corresponde al 31% (4) adolescentes, con un promedio de 11.62 años y desviación estándar de 1.76.

En la categoría edad de la última vez de la autolesión, el rango de edad de 10 a 12 años corresponde al 38% (5) adolescentes, el rango de edad de 13 a 15 años corresponde al 54% (7) adolescentes y el rango de edad de 16 a más años corresponde al 8% (1) adolescente, con un promedio de 12.92 y desviación estándar de 1.61. En la categoría total de episodios de autolesiones el rango de 1 a 4 corresponde al 31% (4) adolescentes, el rango de 5 a 9 corresponde al 46% (6) adolescentes y el rango de 10 a más corresponde al 23% (3) adolescentes.

En la categoría total de episodios en el último año, el rango de 1 a 3 corresponde al 46% (6) adolescentes y el rango de 4 a más corresponde al 15% (2) adolescentes. En la categoría total de episodios en el mes pasado, el rango de 1 a 4 y de 5 a 6 corresponden al 15% (2) adolescentes respectivamente. En la categoría total de episodios en la semana pasada, el rango 1 a 2 corresponde al 15% (2) adolescentes y el rango de 3 a 5 corresponde al 8% (1) de los adolescentes; y en la categoría probabilidad de incurrir en el futuro, el 54% (7) de los adolescentes respondieron afirmativamente y el 46% (6) de manera negativa.

Tabla 4. Distribución de los adolescentes que se autolesionan según método utilizado en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020.

Método utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Cortarse	8	31%
Golpearse	5	19%
Arrancarse el cabello	3	12%
Morderse	3	12%
Arañarse	2	8%
Frotarse la piel	2	8%
Tomar pastillas para dormir	1	4%
Hurgarse en una herida	1	4%
Rascarse una picadura hasta que la comezón pare	1	4%
TOTAL	26	100%

En la **Tabla 4**, se especifica que, en cuanto a la distribución de los adolescentes que se autolesionan según método utilizado, el 31% (8) de los estudiantes se realizan cortes, el 19% (5) de los estudiantes se golpean a propósito, el 12% (3) de los estudiantes se arrancan el cabello, el 12% (3) de los estudiantes se realiza mordeduras, el 8% (2) de los estudiantes se realizan arañazos, el 8% (2) de los estudiantes se frotan la piel hasta el punto de sacarse sangre, el 4% (1) de los estudiantes se hurga en una herida, el 4% (1) de los estudiantes especificaron tomar pastillas para dormir y el otro 4% (1) de los estudiantes especificaron rascarse una picadura hasta que la comezón pare.

Tabla 5. Distribución de los adolescentes que se autolesionan según justificación de los adolescentes para la autolesión en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacútec – Ventanilla 2020.

Justificaciones	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Razones generales para la autolesión	Problemas familiares	5	38%
	Traumáticas familiares	3	23%
	Problemas personales	5	38%
Para deshacerte de sentimientos negativos	Nada	1	8%
	Poco	6	46%
	Regular	4	31%
	Bastante	2	15%
	Siempre	0	0%
Para sentir algo	Nada	0	0%
	Poco	2	15%
	Regular	8	62%
	Bastante	3	23%
	Siempre	0	0%
Para comunicarte con alguien o conseguir atención	Nada	4	31%
	Poco	3	23%
	Regular	3	23%
	Bastante	2	15%
	Siempre	1	8%
Para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien	Nada	6	46%
	Poco	1	8%
	Regular	3	23%
	Bastante	2	15%
	Siempre	1	8%
TOTAL		13	100%

En la **Tabla 5**, se puede evidenciar la distribución de los adolescentes que se autolesionan según justificación de los adolescentes para la autolesión. Así, en la en la categoría razones generales para la autolesión, que el 38 % (5) de los adolescentes presentan problemas familiares, el 23% (3) de los adolescentes presentan traumas familiares y el 38% (5) restante corresponde a los adolescentes que presentaron problemas personales. Por otra parte, en la categoría para deshacerte de sentimientos negativos, el 8% (1) corresponde al estudiante que

respondió Nada, un 46% (6) corresponde a los estudiantes que respondieron poco, un 31% (4) corresponde a los estudiantes que respondieron Regular y un 15% (2) a los estudiantes que respondieron Bastante.

Así mismo, en la categoría para sentir algo se logra evidenciar que un 15% (2) corresponde a los estudiantes que respondieron Poco, un 62% (8) corresponde a los estudiantes que respondieron Regular y un 23% (3) que corresponde a los estudiantes que respondieron Bastante. En la categoría para comunicarte con alguien o conseguir su atención se observa que, un 31% (4) de los adolescentes respondieron Nada, un 23% (3) de los adolescentes respondieron Regular, del mismo modo un 23% (3) de los adolescentes respondieron Bastante y un 8% (1) de los adolescentes respondió Siempre. De igual manera en la categoría para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien se logra evidenciar que un 46% (6) de los estudiantes respondieron Nada, un 8% (1) de los estudiantes respondió Poco, un 23% (3) de los adolescentes respondieron Regular, un 15% (2) de los adolescentes respondieron Bastante y un 8% (1) de los adolescentes respondió Siempre.

Tabla 6 Distribución de los adolescentes que se autolesionan según estímulos emocionales de los adolescentes frente a la autolesión en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020.

Estímulos emocionales	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Problemas familiares	Nada	2	15%
	Poco	3	23%
	Regular	3	23%
	Bastante	2	15%
	Mucho	3	23%
Problemas con tus amigos(as)	Nada	9	69%
	Poco	1	8%
	A veces	1	8%
	Bastante	0	0%
	Siempre	2	15%
Problemas con tu enamorado(a)	Nada	12	92%
	Poco	0	0%
	A veces	0	0%

	Bastante	1	8%
	Siempre	0	0%
Problemas con tus compañeros	Nada	9	69%
	Poco	2	15%
	A veces	0	0%
	Bastante	1	8%
	Siempre	1	8%
Problemas en los estudios o trabajo	Nada	7	54%
	Poco	1	8%
	A veces	1	8%
	Bastante	2	15%
	Siempre	2	15%
Predisposición del estado de ánimo	Nada	1	8%
	Poco	1	8%
	A veces	3	23%
	Bastante	6	46%
	Siempre	2	15%
Grado de impulsividad	0 a 60 segundos	4	29%
	2 a 60 minutos	3	21%
	24 a 48 horas	2	14%
	más de dos días	5	36%
TOTAL		13	100%

En la **tabla 6**, de acuerdo a la distribución de los adolescentes que se autolesionan según estímulos emocionales de los adolescentes frente a la autolesión, se puede evidenciar que en el ítem que tanto influyen los problemas familiares para la autolesión, el 15% (2) de los estudiantes respondieron nada, el 23% (3) de los estudiantes respondieron poco, así mismo el 23% (3) de los estudiantes respondieron regular, el 15% (2) de los estudiantes respondieron bastante y el 23% (3) de los estudiantes respondieron mucho. En el ítem que tanto influyeron problemas con tus amigos(as) para la conducta autolesiva, el 69% (9) de los estudiantes respondieron nada, el 8% (1) de los estudiantes respondió poco, así mismo el 8% (1) de los estudiantes respondió a veces y el 15% (2) de los estudiantes respondieron siempre. En el ítem si influenciaron los problemas con tu

enamorado(a) el 92% (12) de los estudiantes respondieron nada y el 8% (1) de los estudiantes respondió bastante.

En el ítem si influenciaron para la autolesión los problemas con tus compañeros el 69% (9) de los estudiantes respondieron nada, el 15% (2) de los estudiantes respondieron poco, el 8% (1) de los estudiantes respondió A veces y el otro 8% (1) de los estudiantes respondió Siempre. En el ítem Problemas en los estudios o trabajo, el 54% (7) de los estudiantes respondieron Nada, el 8% (1) de los estudiantes respondió Poco, el otro 8% (1) de los estudiantes respondió A veces, el 15% (2) de los estudiantes respondieron Bastante y el otro 15% (2) de los estudiantes respondieron Siempre. En el ítem Predisposición del estado de ánimo el 8% (1) de los estudiantes respondió Nada, el otro 8% (1) de los estudiantes respondió Poco, el 23% (3) de los estudiantes respondieron A veces, el 46% (6) de los estudiantes respondieron Bastante y el 15% (2) de los estudiantes respondieron Siempre.

En el último ítem grado de impulsividad, el 29% (4) de los estudiantes respondieron de 0 a 60 segundos, el 21% (3) de los estudiantes respondieron de 2 a 60 minutos, el 14% (2) de los estudiantes respondieron de 24 a 48 horas y el 36% (5) de los estudiantes respondieron más de dos días.

Tabla 7 Distribución de los adolescentes que se autolesionan según entorno de pares que se autolesionan en la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario, Pachacutec – Ventanilla 2020.

Categoría	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Amigos que se autolesionaban antes de autolesionarte	0 – 3	11	85%
	4 – 5	2	15%
Amigos que se autolesionan después de la primera autolesión	0 – 3	9	69%
	4 – 5	4	31%
Influencia de los amigos antes de autolesionarte	Nada	8	62%
	Poco	3	23%
	Regular	2	15%

Influencia de los amigos después de la primera autolesión	Nada	8	62%
	Poco	2	15%
	Regular	3	23%

En la **Tabla 7**, de acuerdo con la distribución de los adolescentes que se autolesionan según entorno de pares que se autolesionan, a la pregunta de Amigos que se autolesionaban antes de autolesionarte, el 85% (11) de los adolescentes respondieron de 0 a 3 amigos y el 15% (2) de los adolescentes respondieron de 4 a 5 amigos. En cuanto a los Amigos que se autolesionan después de la primera autolesión, el 69% (9) de los adolescentes respondieron de 0 a 3 amigos y el 31% (4) de los estudiantes respondieron de 4 a 5 amigos. En el ítem Influencia de los amigos antes de autolesionarte, el 62% (8) de los estudiantes respondieron Nada, el 23% (3) de los estudiantes respondieron Poco y el 15% (2) de los estudiantes respondieron Regular. En el ítem Influencia de los amigos después de la primera autolesión, el 62% (8) de los estudiantes respondieron Nada, el 15% (2) de los estudiantes respondieron Poco y el 23% (3) de los estudiantes respondieron Regular.

V. DISCUSIÓN

Las conductas autolesivas en adolescentes, tienen relativa frecuencia en todo el mundo en la actualidad, pero son difícilmente evidenciadas. Sabiendo que muchos de esos casos, de no recibir la atención adecuada, se agravan en el tiempo y muchas veces terminan con el fallecimiento del adolescente, es importante para los profesionales de Enfermería, mantenerse actualizados en el tema, así como conocer las características del problema, los instrumentos para identificar el problema precozmente y reconocer los factores de riesgo.

En el desarrollo del presente trabajo de investigación, se encontró que de una muestra de 49 adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario", 27% (13) de los adolescentes presentaban conductas autolesivas, y la edad promedio de iniciación a las autolesiones fue de 12 años. Dicho resultado

converge con el estudio realizado en el año 2015 en Lima por Varona, en la cual encontró que la edad promedio de inicio de dichas conductas era 13 años.¹² Al igual que Magán en el 2017 en una investigación realizada en Piura, concluyó que las autolesiones inician a la edad de los 11 años.¹¹ Ardiles R et. al. en el 2018, en una investigación en Chile, demostraron que las conductas autolesivas son una problemática de salud pública a nivel global, el cual no ha sido abordado pertinentemente a nivel de preventivo y promocional en salud.¹⁴

De acuerdo con Xavier A, Cunha M, Pinto J se puede evidenciar que la pubertad-adolescencia es una de las etapas de la vida más cruciales y las que contemplan el mayor riesgo para la adopción e iniciación de comportamientos autolesivos.¹⁶ La teorista Linehan M sostiene que los sujetos identificados con conductas autolesivas tienen dificultades para moderar varias o todas sus emociones, dicha desregulación sistémica es generada por la vulnerabilidad emocional y, por el inapropiado y poco adaptativo uso de estrategias de modulación de las emociones.¹⁹

Por otro lado, se pudo observar que el 65% (32) de los casos que presentaron conductas autolesivas son de sexo femenino, estos resultados son compatibles con los encontrados en una investigación por Albarracín L, González L en el 2020 en Colombia, el cual tuvo como finalidad identificar la posible relación entre los vínculos afectivos familiares y la acción de adoptar conductas autolesivas en adolescentes de sexo femenino; obteniendo como resultado que 96.6% de ellas habían presentado comportamientos autolesivos.¹³

De acuerdo con la teórica Linehan, la vulnerabilidad emocional se caracteriza por una muy exacerbada sensibilidad frente a estímulos emocionales, en dicha etapa las respuestas ante la interacción con su entorno se presenta de una manera muy enérgica; teniendo un pico elevado de inicio y un descenso letárgico a la estabilidad emocional¹⁹; que en el caso de la presente investigación, es de gran importancia por la edad y etapa de vida del grupo de estudio (adolescentes) por los cambios tanto físicos como hormonales que logran presentar.

Varona también evidenció que el principal tipo de autolesión que se realizaba en la adolescencia correspondía a los del tipo cutáneo, en gran medida referida a

los cortes en la piel.¹² Por ello, resulta coherente que el 31% (8) de las autolesiones correspondan a cortes realizados en la piel, seguidos de realizarse arañazos y mordeduras de labios que representan el 20% (5) de los casos evidenciados en los adolescentes en edad escolar. En esta línea Calvete E, Oure I, Aizpuru L, Brotherton H en 2015 sostienen que las modalidades de las autolesiones no suicidas pueden ser influenciadas culturalmente, siendo algunos métodos más aceptados en un país que en otro.¹⁷

Con respecto a la justificación para la autolesión, la presente investigación encontró que fue principalmente muchas veces que los adolescentes se sentían vacíos y querían llegar a sentir algo, este grupo de adolescentes representaron el 62% (8) de los casos con autolesión confirmada. Por otro lado, el 46% (6) detalló que regularmente realizaban este tipo de conductas para deshacerse de sentimientos negativos. Finalmente, un 54% (7) de los adolescentes pocas veces justificaban su autolesión por escapar y/o conseguir atención de alguien. Frente a ello Xavier A, et. al. J en el 2015 demostraron que la sumisión, el temor a la compasión por sí mismo, los sentimientos de amenaza, el afecto negativo, y el género pronostican la autolesión de forma alarmante y significativa.¹⁶ Lo que corrobora que los adolescentes que presentan autolesión deliberada no sólo tienen dificultades para afrontar emociones negativas, sino que, también presentan miedo de compasión hacia sí mismos.

En cuanto a los estímulos emocionales (causas) que los adolescentes tienen para realizar autolesiones se pudo evidenciar que más del 62% presentan estímulos negativos por temas familiares y por estado de ánimo. Mientras que el 54% (7) de los mismos tienen un alto grado de impulsividad que los conlleva a adoptar conductas autolesivas. Por último, un 38% (5) se vio estimulado por problemas laborales y/o trabajo y un 23% (3) por problemas sentimentales, amicales y/o con sus pares. Los resultados tienden a ser muy similares a los que Magán M presentó en el 2017, donde sostuvo que la autolesión por iniciativa personal representaba el 44%, por imitación 44%, por motivos familiares 64% y personales 20%.¹¹

Por ello, se concuerda con Albarracín L y Gonzales L en su estudio realizado en el 2020, en el cual hallaron que un vínculo inseguro e inestable es un predictor a

la vulnerabilidad puesto que influye a la desregulación emocional, desembocando así en la realización de conductas autolesivas sin finalidad suicida.¹³ Al igual que Redondo C, Agudelo E en el 2017, lograron evidenciar que la autolesión se encuentra estrechamente relacionada con las mismas emociones y sentimientos en ambos géneros.¹⁵ Llegando así a la conclusión que la autolesión sin finalidad suicida está ligada a las emociones negativas, tales como tristeza e ira.

Con respecto al entorno de pares que se autolesionan, en la investigación se halló que el 62% (8) de los adolescentes no tenían amigos que se autolesionaran o que los incitaran a autolesionarse, por lo que significaría que la autolesión responde más a un comportamiento propio y voluntario del individuo que a un comportamiento colectivo (pares). En esta línea, los resultados son compatibles con los obtenidos por Xavier A, et. al. en el 2015, en un estudio realizado en Portugal, donde mostraron que el temor a la compasión por sí mismo, los sentimientos de amenaza y la sumisión pronostican a la autolesión de forma alarmante y significativa.¹⁶

El personal de enfermería cumple el rol de educador, fomenta la prevención y fortalece el autocuidado, enfocado en el primer nivel de atención para la pronta detección de conductas autolesivas y las acciones pertinentes a realizar, contando con un apoyo holístico tanto a nivel académico, como familiar en el progreso del afrontamiento.

VI. CONCLUSIONES

1. Los adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario" que presentan conductas autolesivas, llegan a alcanzar el 27% de la población, empiezan con este comportamiento desde los 12 años, por un mal manejo en el control de sus emociones y son en su mayoría del género femenino.
2. La autolesión en adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario" responde más a un comportamiento propio y voluntario, esto debido a que, en los inicios de la adopción de esta conducta no se encuentra una evidencia significativa de la influencia del entorno amical y/o de pares.
3. El tipo de autolesión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario" es en gran medida realizada en la piel, tales como cortes, arañazos y mordedura de labios, debido a que, es el medio más cercano por el cual se perciben estímulos sensoriales (nocicepción).
4. La justificación para la autolesión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario" fue principalmente ocasionada por sentimientos negativos, de vacío y por querer llegar a sentir alguna emoción o algo; puesto que, tienen la necesidad de querer ejercer el control al menos sobre sí mismos.
5. Los estímulos emocionales detonantes para la autolesión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario" son principalmente dados por estímulos negativos en el ámbito familiar, el estado anímico y por presentar un alto grado de impulsividad, consecuente a la desregulación emocional.

6. El entorno de los pares de los adolescentes del nivel secundario de la I.E.P. "I.C.S. Virgen del Rosario" que se autolesionaron fue nula, puesto que los adolescentes presentaron dichas conductas por iniciativa propia y voluntaria. Por ende, no se evidenciaron amistades que se autolesionaran con antelación o que incitaran a dicha conducta.

VII. RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería debe brindar asesoramiento a los familiares, referentes y, al entorno cercano del adolescente en su rol de cuidadores. Mientras siga persistiendo el riesgo restringir la disponibilidad a métodos que puedan ser utilizados para la autolesión mientras siga existiendo el riesgo.
2. El personal de enfermería debe enfatizar la atención en el entorno académico puesto que las conductas autolesivas se dan cada vez a más temprana edad y logran ser diagnosticadas en estadios avanzados por una pobre atención/seguimiento.
3. El personal de enfermería fortalece el autocuidado y fomenta la prevención, enfocándose en el primer nivel de atención para una adecuada intervención. Es así que, se debe actuar en conjunto con la comunidad, familia y el entorno académico.
4. La forma más acertada de ayudar a quien se autolesiona es, en primera instancia, no juzgarlo; con la finalidad abrirse a hablar de ello con suma sinceridad y transparencia y, de igual manera, no prohibir reincidir en el comportamiento dado que puede ser desencadenante a actos de mayor índole.
5. El personal de enfermería debe enfatizar trabajar con el ambiente familiar y medir la funcionalidad de la misma para sí poder tomar acciones, trabajar con los padres y/o apoderados para así poder evitar la autonomía hacia las autolesiones efectuadas por los menores de edad.

6. El personal de enfermería debe de enfatizar trabajar con los padres de familia y docentes de la institución para poder implementar estrategias que faciliten la interacción con el ambiente del adolescente y así llegar a definir la diana que genera las conductas autolesivas.

REFERENCIAS

- 1- Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia. [Online] Organización Mundial de la Salud, 2019. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/jpoZ6vE>
- 2- Salud mental del adolescente. [Online] Organización Mundial de la Salud, 2018. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/dpoXoyZ>
- 3- Ulloa R, Mayer P, Palacios L. Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. [Online] Science Direct, 2018. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/bpoXfO0>
- 4- Nava A. Autolesiones no suicidas en jóvenes universitarios. [Revista Virtual] México Ciencia y Tecnología, 2018. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/6poZSTK>
- 5- Suárez L, Hurtado I, Nieto L. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. [Online] Repositorio de la Universidad de la Rioja – España, 2016. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/npoXn5d>
- 6- Reyes C. Suicidio Adolescente: Psicóloga explica cuáles son las señales que deben estar alertas los padres. [Online] CNN Chile, 2019. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/CpoCsPm>

- 7- Lamboglia J. ¿Por qué los adolescentes se producen autolesiones?. [Online] Instituto de Neurociencias, 2016. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/xpoCITn>

- 8- Gallegos-Santos M, Casapia Y, Rivera R. Personality styles and self-injuries in adolescents from Arequipa city; Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. [Revista Virtual] Revista de Avances en Psicología, 2018. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/upoCnTI>

- 9- Pomalima R. La mitad de los problemas de salud mental empieza en la adolescencia. [Online] Agencia Peruana de Noticias: Andina, 2019. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/ApoVEaZ>

- 10-Pomalima R. Advierten incremento de casos de “cutting” desde los 12 años. [Online] Agencia Peruana de Noticias: Andina, 2019. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/3poVOyA>

- 11-Magán M. El pensamiento autodestructivo en la conducta autolesiva tipo cutting de las adolescentes piuranas. [Online] Repositorio de la Universidad Mayor de San Marcos, 2017. [Citado el 03 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/QgQkYY0>

- 12-Varona S. Autolesiones en adolescentes: estilos de afrontamiento y afecto [Online]. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015 [Citado el 26 de Octubre del 2020]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.20.500.12404.6718&lang=es&site=eds-live&scope=site>

- 13-Albarracín L, González L. Vínculos afectivos familiares en mujeres adolescentes con conductas autolesivas no suicidas. [Revista Virtual] Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología: Colombia, 2020. [Citado el 19 de Octubre del 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37AoR8f>

- 14-**Ardiles R, Alfaro P, Díaz I, Martínez V. Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. [Online] Aquichan, 2018. [Citado el 08 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/FpoBG1M>
- 15-**Redondo C, Agudelo E. Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters adolescentes: un estudio de casos Cognitive distortions and automatic thoughts in teen cutters: a case study. [Online] UNACIENCIA, 2017. [Citado el 11 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/GpoB8QC>
- 16-**Xavier A, Cunha M, Pinto J. Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. [Online] Uned.es, 2015. [Citado el 11 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/opoNqYo>
- 17-**Calvete E, Oure I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. [Online] PubMed.gov, 2015. [Citado el 12 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/apoNWIJ>
- 18-**Marsha M. Linehan. [Online] PlanetadeLibros. 2020 [Citado el 30 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/TpoNUx1>
- 19-**Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós, 2012.
- 20-** NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018 – 2020. España: Elsevier, 2018.
- 21-**Chávez-Hernández A, Ortega E, Olmos J, Román C, Chávez-Pérez R. Prevalencia de la Conducta Auto-lesiva en estudiantes de la Universidad de Guanajuato (Primer ingreso Campus León). [Revista Virtual] Jóvenes en la

- Ciencia, 2015. [Citado el 12 de Marzo del 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/fpoNJr8>
- 22-**Fleta J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. [Online] Fundación Dialnet – España, 2017. [Citado el 13 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/6po12Ac>
- 23-**Gallego M, Holguera S, Nieves M, et.al. Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. [Online] Nure Investigación, 2017. [Citado el 13 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/hpo0em6>
- 24-**AEPNYA. Autolesiones. Protocolo 2008. [Online] Asociación Española de Pediatría. [Citado el 13 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/wpo0o7R>
- 25-**Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. [Online] Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad – España, 2012. [Citado el 13 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/6po0c42>
- 26-**Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online] Organización Mundial de la Salud, 2020. [Citado el 15 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Rpo0Tml>
- 27-**Documento técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. [Online] MINSA – Perú, 2017. [Citado el 15 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/tpo0KNp>
- 28-**Norma técnica: Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. [Online] MINSA – Perú, 2012. [Citado el 16 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/tpo00ab>
- 29-**Hernández P. Conductas autolesivas. [Online] Garner psicólogos, 2018. [Citado el 16 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Vpo05xb>

- 30-**Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. [Online] MINSA – Argentina, 2018. [Citado el 17 de Marzo del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/ipo2iOW>
- 31-**Hernandez R, Fernandez C, Baptista L. Metodología de la investigación. [Online] Mcgrawhil education, México 5ta ed., 2010. [Citado el 18 de abril del 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Bpo2DQ8>
- 32-**Arias F. El proyecto de investigación: Introducción a la investigación científica. 5ta ed. Caracas: Episteme, 2006.
- 33-**Gallardo E Metodología de la Investigación. Manual Autoinformativo Interactivo [en línea]. Perú: Universidad Continental; 2017. [Citado el 2020 Abril 17]. Disponible en: <https://cutt.ly/Gpo23DX>
- 34-**Gutiérrez B. Marco teórico, Marco metodológico: variables, operacionalización - Material educativo. 2017. Lima: Universidad César Vallejo.
- 35-**Kelley E. Escala de Conductas Autodestructivas. Estados Unidos, 1988

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONTEXTUAL	DEFICINIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Conductas autolesivas	De acuerdo con Fleta J 2017, las autolesiones son aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio organismo sin finalidad suicida, especialmente en la piel, como por ejemplo cortes en la piel, quemaduras arrancarse el pelo, golpes, arañazos, punciones, pellizcos, entre otros comportamientos anómalos. ²³	Son aquellas conductas que fueron evaluadas mediante la Sub Escala de Conductas Autolesivas (EPCA) que exploró las características de las conductas autolesivas de los estudiantes a través de un cuestionario Likert, el cual cuenta con 27 afirmaciones de 0 (nunca), 1 (poco), 2 (a veces), 3 (bastante) y 4 (siempre).	Temporalidad de las conductas autolesivas	Actualmente (1) Probablemente en el futuro (27) Edad de la primera y última vez (2, 3) Número de veces (4) En el último año, mes, semana pasada (5,6,7)	Ordinal
			Métodos y gravedad de autolesiones	Diversos métodos (8) Necesidad de tratamiento médico (9)	Nominal
			Justificación para la autolesión	Razones (10) Finalidad (11,12, 13, 14)	Nominal
			Estímulos emocionales	Problemas con la familia (15) Problemas/influencias de los amigos (16, 18, 23, 24, 25, 26) Problemas con la pareja (17) Problemas académicos (19) Variaciones del estado de ánimo (20) Consumo de alcohol o drogas (21) Tiempo de ideación (22)	Nominal
			Entorno de pares que se autolesionan	Cantidad de amigos e influencia antes y después de la conducta (23, 24, 25,26)	Nominal

ANEXO 2: Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)
(Sub escala de autolesiones)

En este cuestionario encontraras diferentes modos de respuesta que a continuación te mostramos. Debes de tener en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas; por lo que es importante que respondas con total confianza y sinceridad.

a. Alternativas de respuesta ya dadas: Escoge la respuesta que se adecúa mejor a tu situación. Ejemplo:

¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (por ejemplo, cortarte o hacerte quemaduras)	0) No 1) Si
---	----------------

b. Respuestas con escala: Contesta haciendo una valoración con números de 0 a 4 en la escala que se te presenta. Ejemplo:

En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
--	-----------

Escala: 0 1 2 3 4
 Nunca Poco A veces Bastante Siempre

c. Respuestas abiertas: Completa y escribe los espacios en blanco dados para ello.

Marca la respuesta que consideres más cercana a tu realidad, con un aspa, de acuerdo a lo indicado

1.	¿Te has autolesionado alguna vez?	0) No 1) Si
<i>Si la respuesta es NO, muchas gracias, ha terminado la encuesta para ti</i>		
<i>Llamaremos a este tipo de conductas "autolesiones"</i>		
2.	¿Cuántos años tenías, la primera vez que lo hiciste? (edad)	
3.	¿Cuántos años tenías, la última vez que lo hiciste? (edad)	
4.	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (episodios separados)	
5.	¿Cuántas veces en el último año?	
6.	¿Cuántas veces el mes pasado?	
7.	¿Cuántas veces la semana pasada?	
8.	A continuación, encontrarás una lista de métodos que las personas utilizan para hacerse daño. Por favor, marca los que hayas utilizado: 1. Hacerte cortes 2. Golpearte a propósito 3. Arrancarte el cabello	

	<p>4. Hurgar en una herida</p> <p>5. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, fósforo u otro objeto caliente)</p> <p>6. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel</p> <p>7. Morderte (ej. Morderte los labios)</p> <p>8. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de sacarte sangre</p> <p>9. Hacerte arañazos</p> <p>10. Frotarte la piel hasta el punto de sacarte sangre</p> <p>11. Otro (especificar):</p>	
9.	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste al autolesionarte?	<p>0) No</p> <p>1) Si</p>
10.	<p>¿Qué razones te llevan a hacerte daño?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
11.	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de sentimientos negativos?	0 1 2 3 4
12.	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías paralizado o vacío?	0 1 2 3 4
13.	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
14.	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	0 1 2 3 4
15.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
16.	¿En qué medida los problemas con tus amigos(as) te llevaron a hacerte daño?	0 1 2 3 4
17.	¿En qué medida los problemas con tu enamorado(a) te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
18.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
19.	¿En qué medida los problemas en los estudios o trabajo te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
20.	¿En qué medida tu estado de ánimo te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4
21.	Cuándo te autolesionaste, ¿estabas consumiendo alcohol o drogas?	<p>0) No</p> <p>1) Si</p>

22.	<p>¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo? (periodo de tiempo desde segundos a días)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-60 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) 	
23.	Antes de autolesionarte ¿Cuántos amigos tuyos, se autolesionaron?	
24.	Desde la primera vez que te autolesionaste ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	
25.	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos se autolesionaran?	0 1 2 3 4
26.	Desde la primera vez que te autolesionaste ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos lo hicieran? (escala de 0 a 4)	0 1 2 3 4
27.	En una escala de 0 a 4, ¿Cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 3: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Hola, en estas páginas encontrarás algunas preguntas sobre tu familia. Debes de saber que **TODA LA INFORMACIÓN ES ANÓNIMA**, ya que no te pediremos tu nombre. Lo que nos interesa es saber cómo viven las chicas y chicos de tu edad.

Por lo tanto, **ES MUY IMPORTANTE** que contestes con sinceridad a todas las preguntas ya que ello nos permitirá conocer cómo te sientes y poder ayudar a otros chicos y chicas como tú. **RECUERDA QUE NO ES UN EXAMEN**, así que no hay respuestas correctas o incorrectas.

SOY UN VARÓN - SOY UNA MUJER (Marca con una X donde corresponda)

TENGO AÑOS GRADO ESCOLAR:

¿CUÁNTOS HERMANOS/AS TIENES? ¿QUÉ NÚMERO DE HIJO ERES? (1^{ro}, 2^{do}, etc.)

EDAD DE TU MADRE EDAD DE TU PADRE

1	Hermano de padre y madre	
2	Medio hermano (solo de padre o solo de madre)	
3	Hermanos adoptivos	

SI TIENES ALGÚN HERMANO/OS, ESTOS SON (Marca con una X donde corresponda)

¿CUÁL ES EL GRADO DE ESTUDIOS DE TUS PADRES? (Marca con una X donde corresponda)

		Padre	Madre
1	Sin educación		
2	Primaria		
3	Secundaria		
4	Técnica (p. ej. Instituto Superior, otros)		
5	Superior		
6	Postgrado (Diplomado, Maestría, Doctorado)		

¿VIVES CON TU PADRE Y TU MADRE? (Marca con una X donde corresponda)

1	SÍ, vivo con ambos	
2	NO, vivo con mi madre y su nueva pareja	
3	NO, vivo con mi padre y su nueva pareja	
4	NO, vivo solo con mi madre	
5	NO, vivo solo con mi padre	
6	NO, vivo con otros familiares	
7	NO, vivo con otras personas que no son familia (albergue)	

¿EL ESTADO CIVIL DE TUS PADRES ES?

(Marca con una X donde corresponda)

1	Casados	
2	Convivientes	
3	Separado/divorciado	
4	Fallecido ¿Quién?	

¿TRABAJAN TUS PADRES?

(Responde **SÍ** o **NO** según corresponda)

1	Madre	
2	Padre	

¿DISCUTEN TUS PADRES POR PROBLEMAS DE DINERO?

1	Nunca	
2	Pocas veces	
3	Regularmente	
4	Muchas veces	

ANEXO 4: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)

(Sub escala de autolesiones)

LEYENDA								
PERTINENCIA = P			RELEVANCIA = R			CLARIDAD = C		
Respuesta positiva = 1			Respuesta positiva = 1			Respuesta positiva = 1		
Respuesta negativa = 0			Respuesta negativa = 0			Respuesta negativa = 0		

ÍTEMS	JUEZ 1			JUEZ 2			JUEZ 3			JUEZ 4			JUEZ 5			TOTAL	P VALOR (<0,05)
	Lucy Becerra			Maribel Merino			Vilma Vite			Raquel Meléndez			Kelly Jiménez				
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	0.152740479
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.152740479
TOTAL	405															403	4.12399292
																Dividiendo	0.152740479

p valor < 0,05 = existe concordancia de jueces sobre ítem

p valor > 0,05 = no existe concordancia de jueces sobre ítem

Por lo tanto, al ser el $p < 0,05$ quiere decir que existe concordancia entre jueces sobre los ítems planteados en el instrumento, resultando válido para medir la variable en estudio.

Asimismo, para hallar el grado de concordancia entre jueces, se aplicó la siguiente fórmula:

ΣA = Sumatoria de respuestas positivas = 403

A = N° Total de acuerdos = 403

B = N° Total de desacuerdos = 2

V = Grado de concordancia entre jueces

$$V = \frac{\Sigma A}{A + B} \times 100 \quad \longrightarrow \quad V = \frac{403}{403+2} \times 100 \quad \longrightarrow \quad V = 99,506173$$

Se concluye que el grado de concordancia entre jueces expertos es de 99%.

ANEXO 5: CONFIABILIDAD PRUEBA PILOTO

Caso	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	Item24	Item25	Item26	Item27	Suma		
1	1	12	16	7	2	2	0	2,10	0	Problemas familiares	4	2	0	1	1	1	1	3	0	0	0	2	0	1	1	2	1	17		
2	1	12	13	3	2	1	0	3,8	0	La escuela	3	3	2	2	1	3	0	3	3	4	0	3	2	2	1	1	2	28		
3	1	13	15	8	4	1	1	1,6	0	Mis amigos	3	2	4	1	1	4	0	4	2	4	0	3	0	0	0	0	3	28		
4	0																													
5	1	11	11	3	2	0	0	1, 11 (sacarme costras)	0	La influencia de mis amigos y la moda	2	3	2	1	3	1	0	2	1	1	0	2	6	10	4	4	1	25		
6	1	12	13	4	2	2	0	6	0	Curiosidad	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	5		
7	1	10	12	4	0	0	0	4, 7, 8	0	Nadie me habla en el colegio	2	2	1	2	1	1	0	1	1	1	0	2	4	1	0	0	1	13		
8	1	14	16	10	6	4	2	1, 6, 9	0	Me siento sola, no tengo con quien hablar	3	2	4	1	2	4	2	4	4	4	0	4	7	10	3	3	2	38		
9	0																													
10	1	14	15	5	2	2	0	1	0	Me va mal en el colegio	3	2	2	1	2	2	0	1	4	3	0	5	0	0	0	1	2	23		
11	1	13	14	5	0	0	0	1	0	Curiosidad por ver a mis amigas	1	1	2	2	1	0	0	2	2	0	0	6	6	8	4	2	2	19		
12	0																													
13	1	13	13	1	0	0	0	8, 10, 12 (Hundir mis uñas en la piel)	0	Preocupación	2	1	0	0	1	2	0	3	1	1	0	2	0	0	0	2	1	14		
14	0																													
15	1	13	13	2	1	0	1	1, 7, 8	0	Curiosidad y estrés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1		
Varianzas											1.5372	0.9587	2.0661	0.5455	0.6942	1.8347	0.3802	1.9008	2.0496	2.562								2.5124	1.5207	0.4132

Σ (Símbolo sumatoria)	
α (Alfa)	0.888340128
K (Número de ítems)	13
Vi (Varianza de cada ítem)	18.97520661
Vt (Varianza total)	105.4214876
ALFA DE CRONBACH	0.89

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

- Dimensión 01:** Temporalidad de las conductas autolesivas
 - Dimensión 02:** Métodos y gravedad de autolesiones
 - Dimensión 03:** Justificación para la autolesión
 - Dimensión 04:** Estímulos emocionales
 - Dimensión 05:** Afectividad
- Preguntas 0 - 4 (13)
 - Preguntas 0 - 1 (3)

Se elaboró una prueba piloto la cual ayudó a determinar el nivel de confiabilidad del instrumento, el mismo que fue aplicado a un grupo de 15 adolescentes en edad escolar. Se aplicó el Alfa de Cronbach.

Teniendo en cuenta los valores obtenidos se concluye que el instrumento es confiable, puesto que el coeficiente de confiabilidad posee un valor de 0.89, el cual está dentro del rango del coeficiente muy alto.

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO POR LOS PADRES DE FAMILIA

Yo..... identificado con DNI N°
....., he sido informado por el Int. Sr. Jair Méndez, sobre su trabajo de investigación titulado CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN LOS ADOLESCENTES que se realizara con la participación de mi menor hijo en las instalaciones de la Institución educativa.

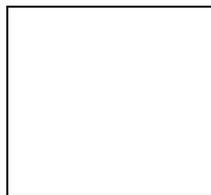
Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se realice el cuestionario a mi menor hijo.....
.....,
como padre de familia acepto que se realice esa investigación.

Me han informado, las ventajas y de cómo se van a realizar las encuestas y que los resultados servirán únicamente para la investigación.

Teniendo pleno conocimiento lo que se va realizar, autorizo a mi menor hijo a participar en el estudio.

.....

Firma del padre responsable



DNI:

ANEXO 7: ASENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD

Mi nombre es Int. Jair David Méndez Galdós y mi trabajo consiste en investigar la conducta autolesiva en el adolescente, por lo que solicito tu participación.

- Te voy a dar información e invitarte a tomar parte de este estudio de investigación.
- Puedes elegir si participar o no.
- Si vas a participar en la investigación, tus padres/apoderado también tienen que aceptar. Las respuestas se mantendrán en reserva y no se usarán para otros fines. También se mantendrá tu anonimato.
- Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo.

Si estás de acuerdo, completa y firma a continuación:

Yo.....
con..... años de edad, quiero participar con el señor: JAIR DAVID MÉNDEZ GALDÓS para desarrollar su investigación.

.....
Firma del participante menor de edad

Post firma.....

El menor ha entendido todo lo que le he explicado: Si No

¿Los padres/tutores firman el consentimiento informado? Si No

Firma del investigador  _____

Fecha _____