



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y  
AFECTO**

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología  
con mención en Psicología Clínica  
que presenta la bachiller:

SOFÍA ADANOVNA VARONA KLIUKINA

ASESORA: PATRICIA MARTÍNEZ URIBE

Lima - 2015



## AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a Patricia Martínez, mi asesora, por acompañarme en este proyecto y brindarme su apoyo en cada detalle desde el inicio hasta el final de esta investigación. Definitivamente su exigencia y orientación ayudaron a enriquecer este trabajo.

A mi familia. A mi mamá, porque cada etapa en mi vida está dedicada a ella con bastante amor. Gracias por todas las atenciones y por ser el sostén más importante en mi vida. A mi papá, por todo su esfuerzo e interés genuino por la investigación.

A Santiago, por su contención e infinita paciencia. Por lidiar con mis angustias, acompañarme y embarcarse en esta aventura conmigo desde el primer momento. Gracias por los ánimos, el tiempo y cariño inmensurable, te adoro.

A Ariane, mi amiga y mejor compañera. Por las noches, las desveladas, los cafés, las charlas, las risas, pero sobre todo por caminar juntas y tomar ambas tesis como una, eres genial, no pensé encontrar una persona tan parecida a mí.

A los psiquiatras y psicólogos del hospital donde realicé mis prácticas pre-profesionales durante un año y apliqué esta investigación. A Michelle, Carlos, Liliana, a mis compañeras y ahora colegas, son increíbles, gracias por compartir esta experiencia maravillosa, llena de tanto aprendizaje, conmigo.

A Karla, una gran maestra de vida. Por hablarme de energía y darle a mis oídos esa información que necesitaba recordar, gracias por el amor incondicional.



## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo estudiar los estilos de afrontamiento y el afecto en adolescentes con autolesiones y comparar sus diversas expresiones. Con este fin se evaluó a un grupo de 19 adolescentes entre 13 y 22 años, con una media de edad de 16.63, que asistieron a consulta ambulatoria en un hospital psiquiátrico de Lima y presentaron autolesiones. Se utilizó la Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA), la adaptación al español del Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) y la versión abreviada del inventario COPE. Adicionalmente, se analizaron variables sociodemográficas y datos de historia clínica. Los resultados mostraron en detalle las características de la conducta autolesiva. Se encontró que hacerse cortes en la piel era el método más utilizado y que el desahogo fue la principal razón que conllevó a la población a ejecutar dicha conducta. Asimismo, se halló mayor predominancia de afecto negativo y ligeramente de afrontamiento pasivo. Finalmente, se encontraron diferencias en los estilos de afrontamiento y afecto respecto a la edad de inicio de autolesión de los participantes y la cantidad de veces que realizaron la conducta en el último año.

*Palabras clave: Autolesiones, estilos de afrontamiento, afecto, adolescentes*

## ABSTRACT

This research aims to study coping styles and self-harm in adolescents with affectivity and compare their different expressions. For this purpose we evaluated a group of 19 teenagers between the ages of 13 and 22, with an average age of 16.63, who attended outpatient visits in a psychiatric hospital in Lima and had self-injurious behavior. The methods used were Thoughts Scale and self-injurious behaviors (EPCA) also the Spanish adaptation of Positive and Negative Affective Schedule (PANAS) and the abbreviated version of the inventory COPE. In addition, sociodemographic and medical history data were analyzed. Results showed in detail the characteristics of self-injurious behavior. We found that to cut your skin was the most used method and that the relief was the main reason which led people to run such conduct. Also, greater predominance of negative affect and slightly passive coping was found. Finally, differences in coping styles were found and affectivity regarding the age of onset of harming participants and the number of times the behavior performed in the last year.

*Keywords: Self-harm, coping styles, affectivity, adolescents*

## Tabla de Contenidos

<b>Introducción</b>	1
<b>Método</b>	11
Participantes	11
Medición	11
Análisis de datos	14
<b>Resultados</b>	17
<b>Discusión</b>	23
<b>Referencias</b>	29
<b>Anexos</b>	41
A Consentimiento informado	43
B Ficha sociodemográfica	46
C Cambios lingüísticos del cuestionario de autolesiones	47
D Análisis de confiabilidad	50



## Introducción

La adolescencia es entendida como un periodo crítico en el desarrollo evolutivo del ser humano, se trata de una etapa fundamental, dado que es el nexo entre el niño y el adulto y es donde se producen importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales (Castillo, 2007). Es en la adolescencia donde el individuo se encuentra totalmente vulnerable, puesto que atraviesa grandes cambios en un período de corto tiempo y requiere importantes esfuerzos de adaptación. La persona es más sensible a la influencia del ambiente y las expectativas sociales empiezan a cumplir un rol importante (Florenzano Urzúa, 1998); además, existe mayor presencia de comportamientos de riesgo (Carvajal, 1993). Se podría afirmar que el objetivo principal de esta etapa es la consolidación de una identidad flexible, que ayude al individuo a adaptarse en múltiples situaciones de la vida diaria (Erikson, 1974; Santrock, 2007).

Las conductas de riesgo se expresan de múltiples formas, un ejemplo de ellas son las autolesiones (Hawton, 2000), que presentan una prevalencia entre 30% y 40% en poblaciones clínicas adolescentes, quienes frecuentemente llegan a la hospitalización (Briere et al. 2011 en Villarroel et al., 2013). En la misma línea, en los últimos años se ha evidenciado a nivel mundial un crecimiento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas auto-lesivas. De esta manera, se puede afirmar que el aumento de las conductas de riesgo es alarmante, dado que en múltiples países occidentales, el suicidio es una de las tres causas principales de muerte en adolescentes (Anderson, 2002; Gould et al., 2003). En países como Australia se ha reportado que el 8.1% de la población se ha auto-lesionado alguna vez en su vida (Taylor et al., 2011). En Chile esta situación se refleja en un porcentaje mayor al 10% de ingresos hospitalarios vinculados a traumatismos, envenenamientos y causas externas en adolescentes de 10 a 19 años (MINSAL, 2013). En el Perú, Vásquez (2009) realizó un estudio sobre el tema en un grupo de 213 escolares y encontró que más del 20% se había autolesionado alguna vez en su vida. Este hallazgo es cercano al de la investigación realizada por Rospigliosi (2010), quien contó con la participación de 456 adolescentes y halló que el 27.4% se había auto-lesionado alguna vez en su vida o continuaba haciéndolo.

Estas investigaciones van en la misma línea que estudios clínicos y poblacionales, donde se indica que la edad de inicio se encuentra entre los 10 y 15 años, siendo infrecuente luego de los 30 años (Herpetz, 1995). Además, la conducta auto-lesiva ocurre mayormente en la esfera privada y hace que sea difícil lograr identificar a los individuos que realizan estos actos. Aparentemente son los sentimientos de vergüenza los que impiden que el sujeto busque ayuda. A su vez, se ha demostrado que los adolescentes con una historia de intentos de suicidio o de autolesión presentan un mayor riesgo de violencia en la etapa adulta (Apter et al., 1995).

En las últimas investigaciones, como la realizada por Villarroel et al. (2013), se habla de “conducta auto-lesiva deliberada” para denominar todo aquel acto deliberado que tiene como finalidad producir daño al cuerpo, sin la intención de quitarse la vida. Al mencionar que es deliberado, hace referencia a que no es un acto accidental, sino intencional. Este concepto excluye el hecho de beber, fumar o comer en exceso, pues si bien causan malestar, el principal motivo es la búsqueda del placer. Además, las formas más frecuentes de auto-lesión corresponden a cortes, golpes y quemaduras; menos frecuentes son la inserción de objetos bajo la piel, rascarse alguna parte del cuerpo en exceso, morderse, arrancarse el cabello o la ingestión de cuerpos o líquidos extraños. (MacAniff, 2011 en Ulloa, Contreras, Paniagua & Gamaliel, 2013).

En cuanto a su clasificación, Simeón y Favazza (1995) en Roca et al. (2012), categorizaron de cuatro formas la conducta auto-lesiva. Por un lado, se encuentra la conducta auto-lesiva mayor que se define como un conjunto de actos infrecuentes de alto daño, como, por ejemplo, la castración. La conducta estereotipada, propia de sujetos con retardo mental o espectro autista, quienes realizan actos como golpearse la cabeza o morderse la lengua.

El tercer tipo de conducta auto-lesiva es el compulsivo que consiste en realizar conductas repetitivas como rascarse la piel, morderse las uñas o jalarse el cabello. Finalmente, incluye la conducta auto-lesiva impulsiva cuya severidad fluctúa de leve a moderada o incluye quemaduras y cortes en la piel. Este último puede ser de dos tipos: autoagresiones repetitivas, cuya frecuencia es casi diaria y se presenta como un patrón obsesivo-compulsivo que persiste décadas o, incluso, toda la vida; autoagresiones impulsivas episódicas cuya característica principal es que existe un temor constante a realizar el acto auto-lesivo; sin embargo, el sujeto experimenta alivio posterior a la ejecución.

Este último tipo de autolesión coincide, parcialmente, con la definición de auto-lesión brindada por diversos autores, tales como Conterio y Lader (1998), quienes explican la auto-lesión como una mutilación deliberada del cuerpo o parte del mismo, no con la intención de quitarse la vida, sino como una forma de afrontar emociones que pueden resultar difíciles de procesar a través de las palabras.

Resulta importante tener clara la distinción entre autolesión e intento suicida; en el suicidio el sujeto busca realmente quitarse la vida, mientras que en el caso de la autolesión, el individuo únicamente busca sentirse mejor (Jones, 2001). Asimismo, García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz Yepes y Baca-García (2013), hallaron que las autolesiones se inician a una edad más temprana que los planes de suicidio. Las autolesiones así, podrían tener una función liberadora de tensión, mientras que la planificación suicida podría estar más relacionada a una sintomatología depresiva o sentimientos de soledad. Además, es importante mencionar que los resultados obtenidos por Mitchell e Ybarra (2007) indicaron que aun no presentando conducta auto-lesiva, ni suicida, la presencia de la primera es un factor de riesgo para la segunda.

La importancia que va tomando el tema de las autolesiones se expresa en su incorporación al DSM V (2013), aquí se definen como un daño auto-infligido de manera intencional a la superficie del cuerpo. Puede producir hemorragias, moretones o dolor con la esperanza de que el daño físico pueda aliviar algún tipo de malestar interno. Como se mencionó antes, se excluye la intención suicida y se enfatiza que la conducta debió haber sido inferida por el mismo sujeto. A su vez, se explica que debido a haber realizado la auto-flagelación múltiples veces, la persona sabe, o ha aprendido, que no es probable que el acto concluya en deceso. Asimismo, señala que el individuo realiza la conducta auto-lesiva con una o más de las siguientes expectativas: obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo, resolver una dificultad interpersonal y/o inducir un estado emocional positivo.

El manual también menciona que la autolesión está asociada con al menos una de las siguientes circunstancias: problemas personales; sentimientos y pensamientos negativos reflejados en crisis depresivas, ansiosas, tensas o en la autocrítica. Estas crisis se producen en el periodo inmediatamente anterior al acto auto-lesivo. Otra posibilidad que se asocia a la auto-lesión es que antes de realizar dicha conducta, haya habido una preocupación difícil de controlar. Luego, el alivio se experimenta durante o poco tiempo después de la autolesión.

Agregan que para afirmar la presencia de autolesión, es necesario que el acto sea socialmente sancionado y cause clínicamente interferencia en uno o más aspectos de la vida de la persona, como el personal, interpersonal o laboral.

En la misma línea, la alta frecuencia de alteraciones en la dinámica familiar y el antecedente de violencia sexual presentes en el estudio hecho por Ulloa, Contreras, Paniagua y Gamaliel (2013) han sido reportados como los factores de mayor peso en relación con la conducta auto-lesiva. Se sabe que un mal manejo parental y el maltrato puede aumentar el riesgo de auto-lesiones debido a que están estrechamente ligadas con las dificultades interpersonales durante la etapa adolescente (Boxer, 2010). Asimismo, la piel simboliza un primer límite entre el individuo y su medio; esta interacción genera diversas funciones psicológicas que influyen en el comportamiento adolescente (Reisfeld, 2004).

Si bien no se han reportado diferencias significativas en la presencia de autolesiones entre mujeres y hombres, Ross y Heath (2002), encontraron discrepancias en el medio que utilizan los adolescentes para autolesionarse: las mujeres tienden a realizarse cortes en la piel, mientras que los hombres, a realizar conductas de riesgo.

Diversas investigaciones afirman que las autolesiones son ocasionadas con la finalidad de disminuir el estrés (Walsh, 2005). En la misma línea, al experimentar dolor, el adolescente concentra su malestar en la herida, como si el origen del sentimiento se redujera a la autolesión en sí (Nasio, 2007). De esta forma, eliminaría representaciones angustiosas que lo atormentan (Agazzi, 2006). El 42.1% de casos aplicados en México asociaron dicha conducta con una baja tolerancia a la frustración (Ulloa, Contreras, Paniagua & Gamaliel, 2013). Ello coincide con un estudio hecho con escolares provenientes de Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, los Países Bajos, Noruega y Australia, cuyo resultado revela que, principalmente, las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Magde, et al., 2011).

Para Lazarus y Folkman (1986), el estrés está estrechamente relacionado con el contexto y se produce debido a que la persona siente que los recursos que posee no son suficientes para enfrentar un problema, poniendo en peligro su bienestar psicológico. Los seres humanos realizan tanto esfuerzos cognitivos, como conductuales con la finalidad de poder lidiar con las demandas específicas (externas e internas) que son evaluadas como desbordantes para el individuo. Es así que cada uno tiene una forma peculiar de afrontar una

situación estresante y son diversos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento de una persona.

Asimismo, Skinner y Zimmer-Gembek (2007) se refieren al afrontamiento como el modo en que las personas se movilizan, guían y dirigen su comportamiento y emociones o cómo fallan en ese intento bajo condiciones estresantes. Con mayor precisión, Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud de Minzi y Mesurado (2012) definen los estilos de afrontamiento como procesos cuya finalidad es regular las emociones e influir en las respuestas más o menos adaptadas ante algún problema. El afrontamiento implica siempre la adquisición de un cierto control de la situación que se enfrenta. Esta puede variar entre un dominio total y un mero control de las emociones.

Moos (1993), establece dos tipos de estrategias de afrontamiento. La primera es la de aproximación al problema y consiste en enfrentar directamente la situación estresante utilizando técnicas como por ejemplo, la reestructuración cognitiva, la reevaluación positiva y la resolución de problemas. El segundo tipo es el de evitación que se encarga de estabilizar el estado emocional a través de la retirada, es decir, se evita cognitivamente y conductualmente enfrentar la situación estresante, a través de la ejecución de descargas emocionales, pensamiento basado en ilusiones o culpándose a sí mismo.

Ebata y Moss (1991) encontraron que los adolescentes con sintomatología depresiva y aquellos con trastornos de conducta usaban con mayor frecuencia estrategias de evitación frente a una situación estresante; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth (2001), de otro lado determinaron que en niños y adolescentes, las estrategias de aproximación al problema son las menos asociadas a rasgos patológicos, a diferencia de las estrategias de evitación que sí estarían asociadas a sintomatología psicológica.

Asimismo, Kirchner, Forns y Mohíno (2008) reportaron que en una población reclusa adulta joven, los internos que se autolesionaban tendían a usar significativamente más estrategias de evitación que estrategias de aproximación. Cole (1989), en esta misma línea, afirma que el déficit en las estrategias de afrontamiento y la baja auto percepción de las propias habilidades para resolver una situación de estrés se relacionan tanto con el pensamiento suicida, como con el comportamiento auto-lesivo.

Por otro lado, Kirchner, et al. (2011) hallaron diferencias en los estilos de afrontamiento entre los adolescentes que presentaron autolesiones e ideas suicidas y aquellos

que no. La estrategia más frecuente fue la de Descarga Emocional como medio para enfrentarse a un problema. Asimismo, las mujeres con autolesiones presentaron mayor puntaje en las estrategias de Análisis Lógico, Evitación Cognitiva, Aceptación- Resignación, Evitación y, en menor medida, Resolución de Problemas, en comparación a las que no se autolesionaban. Del mismo modo, las mujeres reportaron más estrategias de tipo evitativo; sobre todo, se mostraron más resignadas ante una situación estresante, evitaban pensar en el problema y tendían a ventilar más sus emociones. En varones se evidenciaron diferencias significativas respecto al uso de afrontamiento, aunque sí, de igual forma que las mujeres, mayor uso de estrategias de evitación, especialmente, se halló una tendencia a mostrar más sus emociones negativas.

Respecto a la relación entre la conducta suicida y los estilos de afrontamiento, Montoya, Figueroa, Abundiz y De Mendoza (2005) realizaron un estudio con sujetos con tentativa suicida. Para explicar cómo esta población afrontaba una situación estresante, se basaron en la clasificación de estilos de afrontamiento hecha por Vitalino et al. (1993) en Quintanilla, Valadez, Valencia y González de Mendoza (2005), su fundamentación teórica fue basada en los trabajos realizados anteriormente por Lazarus y Folkman (1986). Esta clasificación considera que existen cinco formas de afrontamiento: la primera es focalizada en la solución de problemas; la segunda, centrada en la búsqueda de soporte social; la tercera, basada en la auto-culpa; la cuarta, centrada en la alteración del significado emocional (fantasía) y finalmente, el estilo evitativo. En términos generales, los autores consideran que los dos primeros estilos mencionados suelen ser más adaptativos que los tres últimos. Ahora bien, a través del estudio realizado por Montoya et al. (2005), se evidenció que el 42% de adolescentes utilizaba una estrategia auto-culpabilizante, el 29%, la alteración del significado emocional y solo un 8%, el estilo de identificación y solución de problemas (Montoya et al., 2005). Estos datos concuerdan con los hallazgos de Gould et al. (2004) y Dear, Slattery y Hillan (2001), quienes afirman que las personas que han presentado conducta suicida o de auto-agresión usan estrategias poco efectivas en comparación con aquellas sin comportamiento auto-lítico.

En la misma línea, los individuos con mayor estabilidad emocional cuentan con una mayor autoestima y capacidad de autocontrol en situaciones estresantes. Tienden a la planificación de la acción, debido a que actúan de forma eficiente; y al afrontamiento activo

de situaciones, pues aprenden de tales aun cuando suponen fracaso (Bermúdez, Teva & Sánchez, 2003). Asimismo, existen diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico (Figuroa, Contini, Lacunza, Levin & Suedan, 2005). Por el contrario, las personas impulsivas presentarían complicaciones para resolver alguna tarea por la precipitación de respuestas, un menor control atencional y pobre manejo de estrategias de tipo analítico. De esta manera, la impulsividad cognitiva se relaciona con el afrontamiento y la resolución de problemas (Arán-Filippetti & Richaud, 2011). Definitivamente, el desarrollo de la capacidad para colocarse en el lugar del otro integra procesos cognitivos y emocionales implicados en la disposición pro-social y que contribuyen a una conducta sociable más autónoma y madura, de forma contraria a la conducta agresiva.

Es así que, además de la conducta y el pensamiento, las emociones, también, cumplen un rol fundamental en el proceso y ejecución de los actos auto-lesivos en el adolescente. Por tal motivo, el presente trabajo también busca analizar de qué manera el afecto está ligado a una valoración positiva o negativa de la conducta y cómo influye en los estados de activación del organismo y los sistemas de respuesta de las personas. Según Sandín et al. (1999) el afecto positivo (AP) refleja de qué forma una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y con ánimos de participar en alguna actividad. Por otro lado, el afecto negativo (AN) representa generalmente al diestrés subjetivo y participación desagradable, lo cual incluye una variedad de estados emocionales aversivos como, por ejemplo, el disgusto.

La inestabilidad emocional constituye un factor de riesgo que se relaciona positiva y significativamente con la agresión tanto física como verbal, y de forma negativa con la disposición a establecer contactos empáticos y pro-sociales con el ambiente (Del Barrio, Moreno & López, 2001; Tur, Mestre & Del Barrio, 2004). Del mismo modo, tanto la agresividad, como la inestabilidad emocional correlacionan positiva y significativamente entre sí (Carlo, Mestre, Samper, Tur & Armenta, 2010; Del Barrio, Carrasco, Rodríguez & Gordillo, 2009; Mestre et al., 2010).

Ahora bien, como ya se mencionó, la empatía, es decir, la capacidad de colocarse en el lugar del otro, lograr comprenderlo y mantener conductas de acercamiento, es uno de los factores protectores más importantes de la agresividad (Carlo et al., 2010; Vaish, Carpenter & Tomasello, 2009). Además, favorece la adaptación e integración social del sujeto (Caprara

et al., 2000) y, también, las habilidades sociales con el fin de llevar una buena relación con los demás (Dovidio & Penner, 2004; Mestre, Samper & Frías, 2004). Es así que, la empatía y la inestabilidad emocional en la niñez tardía y en la adolescencia temprana tienen un efecto diferencial según los diferentes tipos de afrontamiento, dado que, según Mestre et al. (2012), la empatía logra facilitar el afrontamiento centrado en la resolución de problemas, mientras que la inestabilidad emocional favorece el afrontamiento improductivo.

En la misma línea, la agresividad conlleva a la ejecución de conductas de riesgo (Carrera, Caballero, Sánchez & Blanco, 2005). Este tipo de conductas suponen una experiencia emocional compleja porque la aparición de problemas emocionales es sumamente frecuente en los adolescentes (Del Barrio, 2003). En trabajos previos (Sánchez, Caballero, Carrera, Blanco & Pizarro, 2001; Caballero et al., 2003), se pudo observar que el hecho de realizar una conducta arriesgada estaba relacionado con dos emociones opuestas: la alegría y el miedo. Carrera et al. (2005) encontraron en una población de estudiantes de psicología que la experiencia emocional incluía emociones ambivalentes en los tres momentos temporales de la conducta de riesgo (antes, durante y después de tal). La alegría y el miedo estaban presentes, aunque no se pudo diferenciar si existía una relación secuencial o simultánea entre ambas. En cuanto a la temporalidad, se encontró que el grado de ambivalencia emocional fue mayor antes de ejecutar la conducta de riesgo que después; sin embargo, este hallazgo no se mostró relevante para la predicción de la intención de repetir la conducta. Los autores concluyeron que los jóvenes con actitudes más negativas hacia las conductas de riesgo y mayores niveles de experiencia emocional mixta, tienen menor probabilidad de repetirla. Este resultado coincide con anteriores investigaciones, como el realizado por Hanze (2001), quien afirma que la ambivalencia emocional predice conductas más cautelosas. Respecto al género, cabe mencionar que diversos estudios señalan que las mujeres con frecuencia expresan más las emociones negativas (Simon & Nath, 2004; Gómez-Maquet, 2007).

Por otro lado, Ingles et al. (2014) realizaron una investigación en población adolescente española sobre agresividad e inteligencia emocional, los autores hallaron que aquellos con puntuaciones elevadas en agresión física, agresión verbal, hostilidad e ira presentaron significativamente puntuaciones bajas en inteligencia emocional, en comparación con aquellos adolescentes que puntuaron bajo en agresión. Estos resultados coinciden con

los reportados por Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera (2001); hallaron que los adolescentes con mayor habilidad para entender las emociones de otras personas tenían una mejor percepción de sus relaciones. Martorell, González, Rasal y Estellés (2009) agregan que personas con baja inteligencia emocional tienen mayor dificultad para confrontar situaciones sociales por no ser capaces de manejar de manera adecuada sus emociones lo que puede llevarlos a actuar de forma agresiva ante situaciones de incertidumbre. Aunque es necesario señalar que durante la adolescencia existe en general un menor manejo de las emociones por parte de los jóvenes (Lunazzi, Elías, García de la Fuente y Kosak, 2000).

Ahora bien, Toro (2010) explica que el adolescente auto-agresivo realiza este tipo de conductas, dado que está inmerso en un estado de intensa activación emocional, es así que la autolesión sería un desahogo, aunque en algunas ocasiones también impliquen intentos por llamar la atención del entorno en el que se desenvuelve. A su vez, debido a la relación directa entre los estados emocionales y las conductas auto-agresivas, es común que se desarrollen junto con otros trastornos: depresión y ansiedad, trastornos de personalidad (sobre todo, el trastorno límite), problemas alimenticios de riesgo, conducta anti-social, consumo de sustancias, relaciones conflictivas con el medio y problemas crónicos de naturaleza psicosocial y conductual (Hilt et al., 2008; Hawton et al., 2002). Respecto a las relaciones familiares, se ha hallado que la emoción expresada por parte de los padres, especialmente el exceso de críticas, está asociado significativamente con la conducta autolesiva. Es más, Hilt et al. (2008) han encontrado que la relación familiar puede influir en el mantenimiento de estas conductas. Los autores trabajaron con adolescentes que se habían autolesionado. Se encontró que durante el año siguiente, los sujetos experimentaron una mejoría en la calidad de las relaciones con sus padres varones. Ello sugeriría que las autolesiones podrían producir consecuencias sociales gratificantes y reforzadoras, así el adolescente no sea consciente de este hecho.

En base a lo presentado, el presente trabajo tiene como finalidad analizar los estilos de afrontamiento y la afectividad en jóvenes que se autolesionan. Este tema es fundamental no solo por su progresiva incidencia, dado que la prevalencia en adolescentes está aumentando durante los 10 o 15 últimos años (Hawton et al., 2003), sino porque en el Perú, no existen muchos estudios que logren ahondar en las características de este tipo de conducta.

Esta investigación podría ayudar a entender con mayor precisión el funcionamiento de los jóvenes con autolesiones y a brindar un aporte respecto al tratamiento que se les puede ofrecer desde el ámbito psicológico.



## Método

### Participantes

Los participantes de este estudio fueron 19 jóvenes entre 13 y 22 años con una media de edad de 16.63, quienes reportaron haber presentado algún tipo de autolesión, en un tiempo mínimo de dos años y acudieron a un hospital psiquiátrico en Lima. Los pacientes evaluados fueron derivados por el psicólogo o psiquiatra a cargo del caso. El criterio central de inclusión fue la presencia de autolesiones y no se incluyeron casos con sintomatología psicótica o deterioro cognitivo. Cada especialista firmó un consentimiento informado con el fin de reflejar su conocimiento sobre la participación de su paciente en el estudio. Luego de establecer el contacto con el (la) participante, la investigadora procedió a explicar brevemente el tema de investigación. A los jóvenes que aceptaron participar se les entregó un consentimiento informado para que lo firmen y en el caso de menores de edad, el apoderado también firmó uno.

El 84.2% del grupo fueron mujeres, mientras que el 15.8%, hombres. El lugar de nacimiento reportado fue 79% en Lima y 21% en provincia. Con respecto al nivel de instrucción, el 63.2% reportó estar en secundaria y el 36.8% en instituciones de educación superior. Sobre el contexto familiar, 10 de los participantes vivían con ambos padres 6 con uno de ellos y 3, con algún otro familiar. En cuanto a la situación sentimental, el 31.6% reportó tener pareja actual. Finalmente, en base a la revisión de la historia clínica, se encontraron diferentes tipos de diagnóstico, desde depresión hasta rasgos borderline o trastornos de conducta y en algunos casos, una combinación de ellas.

### Medición

**Conducta Auto-lesiva.** Se utilizó la sub-escala de autolesiones, de la escala “Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI)”, construida por Nock et al. (2007) y traducida y adaptada al español por García Nieto et al. (2013). La escala completa consta de 6 sub-escalas independientes: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intento de suicidio, pensamientos relacionados con las autolesiones y autolesiones, que es la que se usará en este estudio. La validez concurrente de SITBI fue alta con otras medidas de ideación

suicida (.44), intento de suicidio (.65) y conducta auto-lesiva (.87). Asimismo, presentó una confiabilidad test-retest de .70.

La sub-escala de autolesiones contiene 27 ítems que evalúan las conductas auto-lesivas, gestos suicidas y los diferencia de intentos suicidas propiamente dichos.

La adaptación de la “Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA)” (García Nieto et al., 2013) se realizó en España con 150 pacientes hospitalizados. La escala mostró validez convergente con “The Hopelessness Scale” (Beck, Weisman, Lester & Trexlet, 1974) y el “Scale for suicide ideation” (Beck, Steer & Ranieri, 1988). La fiabilidad test-retest de esta sub-escala fue de .65.

Para la presente investigación, se realizaron pequeñas modificaciones lingüísticas con el objetivo de facilitar la comprensión de la población a trabajar. Por ejemplo, en la mayoría de ítems, se cambió la palabra “autolesionado” por “herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)” (ANEXO C).

**Afectividad.** El afecto fue medido a través de la versión en español de la prueba “Positive Affective and Negative Affective Schedule (PANAS)” realizada por Watson, Clark y Tellegen (1988) y traducida por Robles y Páez (2003). Esta consiste en el auto-reporte de las emociones percibidas en el último mes. Mide tanto afecto positivo (PA), como afecto negativo (NA). Consta de 20 ítems, 10 de afecto positivo y 10, de negativo mediante una escala Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy poco o nada” y 5, “extremadamente”.

Los autores reportaron validez convergente con la escala de depresión de Beck (BDI) y el inventario de estado-tratamiento de ansiedad (A-State) que correlacionaron significativamente de manera positiva con NA y de manera negativa con PA. Respecto a la fiabilidad del instrumento, Watson et al. (1988) reportaron coeficientes alfa de Cronbach de .88 para afecto positivo y .87 para afecto negativo.

Robles y Páez (2003) validaron la versión en español en América Latina del PANAS. Los autores afirman que la estructura factorial coincidió con la hallada en la versión original de la prueba. Asimismo, el estudio correlacionó ambas dimensiones de afecto con los inventarios de ansiedad (IA) y depresión (ID) de Beck. Se halló una correlación de -.37 entre afecto positivo y ansiedad; mientras que la correlación entre el afecto negativo, ansiedad y depresión osciló entre .32 y .55. En cuanto a la consistencia interna, los valores para la escala

de afecto positivo variaron entre .85 y .90, mientras que para afecto negativo, oscilaron entre .81 y .85. De esta manera, concluyeron que las propiedades psicométricas eran adecuadas y congruentes con las reportadas en la versión original del PANAS.

Esta prueba ha sido utilizada en varios países. Por ejemplo, en Argentina, Moriondo, De Palma, Medrano y Murillo (2012) realizaron la adaptación de la escala PANAS (Watson et al., 1988) y encontraron un alfa de .73 para la escala de afecto positivo y .82 para la escala de afecto negativo. Del mismo modo, el análisis de discriminación de ítems y de contrastación de grupos se mostró semejante a los resultados de investigaciones previas (Watson et al., 1988). Ello coincide con los resultados de Sandín et al. (1999), quienes afirman que la consistencia interna de la prueba es aceptable. Finalmente, en Perú, Gargurevich y Matos (2012) analizaron las propiedades psicométricas del PANAS en población limeña universitaria. Los coeficientes de consistencia interna indicaron el valor de .89 para afecto positivo y .90, para negativo.

Para el presente estudio, se procedió a analizar la confiabilidad de la prueba mediante el alfa de Cronbach. En el caso del afecto positivo, el alfa fue 0.85, mientras que para afecto negativo, .74.

**Estilos de Afrontamiento.** Se utilizó la versión española del “Brief COPE” de Carver (1997) realizada por Morán, Landero y González (2010). Este cuestionario consta de 28 ítems en una escala de tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias. La prueba evalúa dos grandes áreas: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo en las que se organizan catorce escalas que corresponden a las catorce estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo instrumental, religión, reinterpretación positiva, aceptación, negación, humor, auto-distracción, auto-inculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias. Los coeficientes de confiabilidad de las 14 sub-escalas originales tienen valores alfa de Cronbach de entre .50 y .90 (Carver, 1997), que evidencian una consistencia interna adecuada.

En Latinoamérica, también se han realizado estudios psicométricos sobre esta prueba. En Colombia, Vargas-Manzanares, Herrera-Olaya, Rodríguez-García, Sepúlveda-Carrillo (2010) analizaron la confiabilidad del instrumento en una población de pacientes con cáncer de mama y concluyeron que la consistencia interna era adecuada. Para la dimensión

afrontamiento activo el valor fue .66, mientras que para afrontamiento pasivo fue .52. Asimismo, en México, Ornelas et al. (2013), evaluaron el afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia utilizando esta prueba. Los autores coinciden en que la consistencia interna del inventario con los 28 reactivos es adecuada, pues se obtuvo un alfa de Cronbach total de .76.

Es necesario mencionar que existe una discusión sobre la confiabilidad de las sub-escalas. En el caso de Ornelas et al. (2013), los autores optaron por conservar solo 17 de los 24 ítems con el objetivo de aumentar la confiabilidad del instrumento; sin embargo, Morán et al. (2010), afirma que si bien los valores del alfa de Cronbach son bajos en la mayoría de sub-escalas, todas las correlaciones son positivas y significativas.

En el Perú, Mercado (2014) utilizó la presente prueba y optó por trabajar solamente sus dos áreas principales, debido a los reportes poco consistentes de las sub-escalas. A través del alfa de Cronbach, inicialmente se obtuvo la confiabilidad del área Afrontamiento Activo (.67) y Afrontamiento Pasivo (.678); sin embargo, en ambos casos, la autora decidió neutralizar los ítems 7; 19 y 23, debido a que mostraban carga negativa. Posteriormente, el alfa incrementó a .75 y .70, respectivamente.

Ahora bien, del mismo modo que la prueba de afecto, en el presente trabajo se realizó un análisis de la confiabilidad de las dos áreas de afrontamiento mediante el coeficiente alfa de Cronbach. En el caso de afrontamiento activo, el alfa fue .72. Por otro lado, el alfa inicial del área de afrontamiento pasivo fue 0.51, por lo que se decidió neutralizar el ítem 22, dado que poseía la mayor carga negativa (-.309), posterior a ello, el alfa se incrementó a 0.60. Respecto a esta área, es necesario señalar que además del ítem 22, el 4; 16 y 20 también mostraron carga negativa (-.122, -.128 y -.116 respectivamente); sin embargo, se optó por mantenerlos, debido a que no alteraban significativamente la confiabilidad del área (ANEXO D).

### **Análisis de datos**

Una vez recolectados los datos y teniendo en cuenta que solo había 3 hombres en el grupo, se optó por hacer un análisis de estos casos comparándolos con el grupo de mujeres con la finalidad de observar si su presencia podría afectar a los resultados del grupo. Se encontró que no mostraban diferencias significativas, por lo que se decidió incluirlos en la

investigación. Asimismo, en el caso de las preguntas abiertas del EPCA, se procedió a crear categorías en función a la frecuencia de las respuestas brindadas. Luego, se analizó la confiabilidad de los instrumentos utilizados a través del coeficiente alfa de Cronbach y se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Se halló que tanto el PANAS, como el área de afrontamiento pasivo mostraron una distribución normal. Posterior a ello, se efectuaron análisis descriptivos y de frecuencia para la información sociodemográfica. Por último, se hicieron comparaciones de grupos utilizando ANOVA y T-de Student. Además, se procedió a efectuar el análisis de correlación, mediante el coeficiente de Spearman.





## Resultados

A continuación se presentarán los resultados de la presente investigación. Primero, se mostrarán los datos descriptivos de la prueba de autolesiones y luego, las de afrontamiento y afecto. Finalmente, se analizará la diferencia entre subgrupos de acuerdo a las características de la autolesión.

La edad promedio en la que se inicia esta conducta es 13 años y respecto al total de autolesiones realizadas, se observa que puede llegar a ser incontable, debido a la cantidad infinita de veces reportada por un adolescente. Además, se puede apreciar la frecuencia con la que se da la autolesión a través del tiempo (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Resultados descriptivos de la frecuencia de las autolesiones*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad de inicio de la autolesión	13.16	3.404	6	21
Total de autolesiones			1	Infinito
Veces en el último año	7.11	11.382	0	50
Veces en el último mes	2.84	7.104	0	30
Veces en la última semana	1.32	3.019	0	11

En el siguiente gráfico se observan los tres métodos más utilizados para autolesionarse. En este caso, la mayoría de jóvenes optó por los cortes en la piel (Gráfico 1).

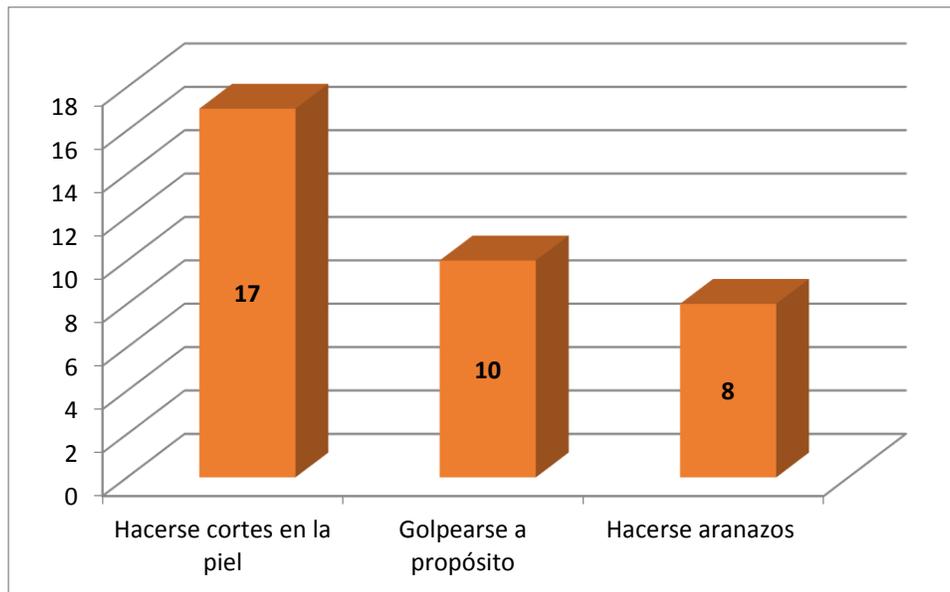


Gráfico 1: Métodos más utilizados de autolesión

Del mismo modo, se encontró que ante la pregunta “¿Por qué crees que te haces daño?”, el desahogo fue la principal razón por la que los participantes decidieron autolesionarse (Gráfico 2).

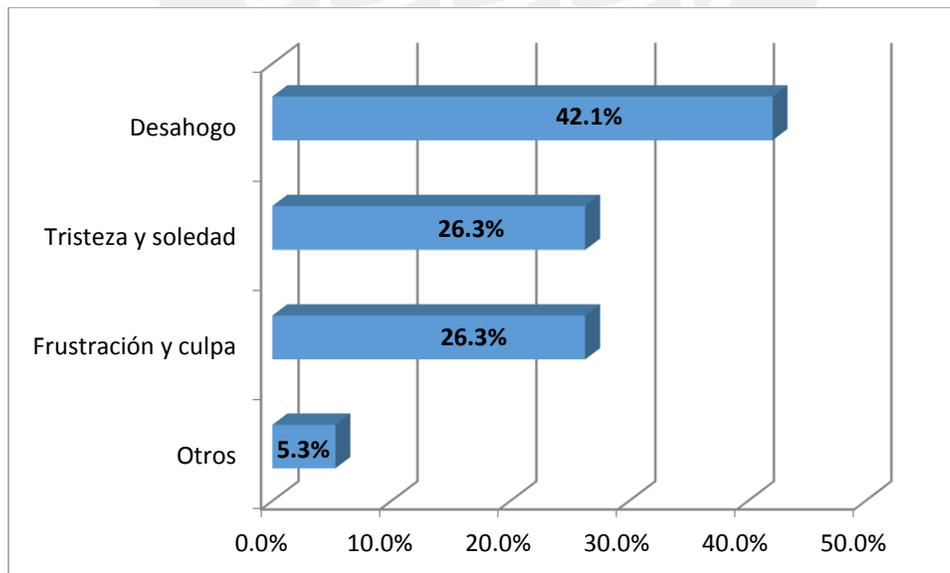


Gráfico 2: Razones por la cuales se da la autolesión

En la misma línea, entre la variedad de respuestas brindadas por los jóvenes, destacaron las siguientes respuestas:

- *“Porque tengo muchos problemas y me frustró rápido y no me gusta la soledad”*
- *“Porque necesito tratar de expulsar el dolor que siento mediante sangre o alguna herida. Me gusta la sangre, su olor, su sabor. Es divertido y relajante”*
- *“Por el simple hecho de relajarme y dejar de pensar por costumbre y por tratar de sentirme vivo”*
- *“Es un sentimiento de culpa hacia uno mismo y otras veces es como una obsesión, algo que necesito hacer para estar tranquila”*

Además, en la Tabla 2 se muestran preguntas sobre en qué medida distintas situaciones influyen en la conducta autolesiva. Tales fueron respondidas en un rango del 0 al 4 en una escala Likert. En este caso, “Deshacerse de malos sentimientos” ( $M= 3.05$ ,  $DE=.84$ ) e “Influencia del estado de ánimo” ( $M= 3.58$ ,  $DE=.96$ ) se ubican como las principales situaciones relacionadas a la autolesión.

**Tabla 2**

*Resultados descriptivos de situaciones que influyen en la autolesión*

	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>
Influencia del estado de ánimo	3.58	0.96	0	4
Deshacerse de malos sentimientos	3.05	0.84	1	4
Acción por sensación de vacío	2.74	1.48	0	4
Evitar o escapar de algo	2.58	1.57	0	4
Problemas con la familia	2.47	4.48	0	4
Probabilidad de autolesionarse en el futuro	2	1.45	0	4
Problemas con los amigos	1.68	1.63	0	4
Problemas en el trabajo/estudio	1.58	1.57	0	4
Problemas con la pareja	1.47	1.67	0	4
Conseguir atención	1.26	1.48	0	4

Problemas con los compañeros	1.16	1.46	0	4
Influencia de amigos desde la primera vez de la autolesión	0.37	0.76	0	3
Influencia de amigos antes de la autolesión	0.32	0.67	0	2

N=19

Continuando con el análisis de las características de la conducta autolesiva, respecto al consumo de alcohol o alguna droga, el 78.9% de participantes señaló no encontrarse bajo el efecto de ninguno mientras se autolesionaba. En cuanto al tratamiento médico, el 63.2% de jóvenes indicó que lo había recibido debido a las heridas que ellos mismo se causaron. También es importante señalar que el 68.4% indicó que el tiempo que tomaron entre la decisión de autolesionarse y el mismo acto fue menor a una hora.

Finalmente, respecto a la influencia de amigos, se observa que el 52.6% de participantes, después de la primera vez de hacerse daño, presenta más de un amigo que también había realizado la misma conducta. Por el contrario, antes de autolesionarse, la mayoría de jóvenes (68.4%) no tenía amigos que hayan hecho lo mismo.

Por otro lado, en la Tabla 3, se puede apreciar las características descriptivas de afrontamiento y afecto. Se observa que hay una predominancia de afecto negativo ( $M=30.26$ ,  $DE=6.81$ ), sobre el positivo ( $M=24.95$ ,  $DE=7.84$ ) en los participantes. En cuanto al estilo de afrontamiento, si bien ambas áreas tienen puntajes similares, afrontamiento pasivo resalta ligeramente ( $M=19.58$ ,  $DE=4.75$ ) sobre el activo ( $M=19.37$ ,  $DE=6.13$ ).

**Tabla 3**

*Resultados descriptivos de las dimensiones de PANAS y COPE 28*

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Md</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Afecto positivo	24.95	7.84	26	16	44
Afecto negativo	30.26	6.81	30	19	42
Afrontamiento activo	19.37	6.13	18.74	9	37
Afrontamiento pasivo	19.58	4.75	19.62	11	29

Balance de afectos	-5.32	9.77	-5	-24	22
--------------------	-------	------	----	-----	----

Por último, se presentan las diferencias entre subgrupos respecto a las características autolesivas que reportaron y su relación con ambas áreas del afrontamiento y afecto. De esta manera, se encontró que ante la pregunta “¿Por qué te autolesionas?”, quienes indicaron que desahogo (42.10%) fue su principal razón, tendrían una tendencia utilizar un estilo de afrontamiento más pasivo que quienes reportaron realizar la conducta auto-lesiva por sentimientos relacionados a la tristeza/soledad (36.84%) ( $M=18.80$ ,  $DE=1.78$ ) y frustración/culpa (21.05%) ( $M=16.40$ ,  $DE=3.50$ ).

Asimismo, se halló que los adolescentes que se autolesionaron por primera vez de forma tardía empleaban tanto el estilo de afrontamiento activo, como el pasivo. Por otro lado, quienes ejecutaron esta conducta por primera vez de manera más temprana puntuaron bajo en ambos estilos de afrontamiento. Además, se encontró que aquellos jóvenes que se autolesionaron menor número de veces presentaban significativamente mayor afecto positivo (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Correlaciones entre las dimensiones de afecto, afrontamiento y características autolesivas*

	Edad de inicio de autolesión	Cantidad de autolesiones en el último año
Afrontamiento activo	<b>-.512*</b>	-.288
Afrontamiento pasivo	<b>-.467*</b>	.061
Afecto positivo	-.376	<b>-.628**</b>
Afecto negativo	.093	-.009

Nota: \* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

En síntesis, se observa que hacerse cortes en la piel es el método más utilizado, mientras que el motivo que conlleva a la mayoría de participantes a ejecutar la autolesión es el desahogo. Asimismo, las principales situaciones reportadas que influyen en esta conducta son de tipo personal, como el estado de ánimo, los malos sentimientos, la sensación de vacío y querer escapar o evitar algo. Por otro lado, se halló mayor predominancia de afecto negativo sobre el positivo, mientras que el afrontamiento pasivo resaltó ligeramente sobre el activo.



## Discusión

Se procederá a explicar y analizar con detalle las características de la conducta autolesiva y su relación con afectividad y afrontamiento.

En la presente investigación se halló que la edad de inicio de esta conducta es, en promedio, los 13 años. Esto concuerda con el estudio de Herpetz (1995), donde se afirma que el rango de inicio es entre los 10 y 15 años. Asimismo, en el Perú, Vásquez (2009), encontró que el comienzo se producía en la adolescencia o pubertad. En la misma línea, países como Chile (MINSAL, 2013), reportan que el aumento de las autolesiones en los últimos años se halla también en este mismo rango. Por tanto, se evidencia que la adolescencia es la etapa en la que con mayor frecuencia se producen las autolesiones y es importante porque precisamente en este ciclo se generan importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales en el individuo (Castillo, 2007).

Esta etapa es esencial, debido a que el cuerpo cumple una función primordial. Específicamente, la piel que lo recubre tendría como función ser un primer límite entre el organismo y el mundo externo, que a su vez recibe estímulos del interior, como del exterior. Esta constante interacción ejecuta diversas funciones para el desarrollo del aparato psíquico (Reisfeld, 2004). Por ello, en general, la piel podría ser considerada como una protección del individuo hacia el mundo externo y sería, también, la vestimenta con la que cada ser humano se relaciona con los demás (Hernández, 2010). En este sentido, se puede comprender que los participantes de este estudio, quienes en su mayoría fueron mujeres, expresen que el método más común para auto herirse sea a través de los cortes en la piel. Además, coincide con la investigación de Ross y Heath (2002), que indica que esta es la forma más frecuente en el caso femenino.

En la misma línea, la presente investigación no discriminó el sexo del participante durante el proceso de aplicación y, sin embargo, halló que la mayoría de adolescentes con autolesiones pertenecía al sexo femenino (84.2%). Esta incidencia coincide con estudios previos que señalan que en población adolescente, a diferencia de la adulta, es más frecuente la conducta autolesiva en mujeres que en varones (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens

& Onghena, 2011). Además, es importante mencionar que a diferencia de las mujeres, los hombres tienden más a ejecutar alguna acción que exteriorice su malestar ante una situación estresante (Andover, Primack, Gibb & Pepper, 2010).

Ahora bien, en base a la historia clínica de los participantes, se pudo recabar información acerca de sus diagnósticos y se evidenció que la mayoría padecía depresión o poseía rasgos borderline. Respecto a ello, Freeman y Freeman (2013) realizaron diversos estudios en países como Estados Unidos, Alemania y Gran Bretaña y concluyeron que las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión y ansiedad. Asimismo, la depresión, como sintomatología o como trastorno mental, está más presente en población femenina tanto adulta, como adolescente (Bautista, Velásquez, Icaza, López, López & Robles, 2012; Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009).

Otro dato relevante fue la razón que conlleva a los participantes a autolesionarse. En su gran mayoría destacaron emociones negativas como el desahogo, la tristeza, así como también, la frustración y culpa. Todas ellas corresponderían a sensaciones internas que podrían explicar que el sujeto se aparte de su entorno para buscar de forma desesperada un consuelo en un acto que es dirigido hacia sí mismo y que termina siendo violento. De acuerdo a un estudio en población normal, se halló que las mujeres con frecuencia expresan más las emociones negativas (Simon & Nath, 2004, Gómez-Maquet, 2007), en este caso coincidiría con lo hallado en esta investigación. Aunque, es interesante mencionar los hallazgos realizados por Martínez y Cassaretto (2015), quienes observan mayor predominancia de afecto positivo sobre el negativo en población universitaria. Ahora bien, es necesario recalcar que los participantes de este estudio provenían de consulta ambulatoria en un hospital psiquiátrico, donde sería posible que el afecto negativo predomine dadas las características de la población. Del mismo modo, diversas investigaciones afirman que la inestabilidad emocional presenta una relación significativa con la agresividad que los jóvenes ejecutan en sí mismos (Del Barrio, Moreno & López, 2001; Tur, Mestre & Del Barrio, 2004). A su vez, el aumento de la inestabilidad emocional y la agresividad se registraría entre los 12 y 15 años (Mestre et al., 2012). Ante ello, se puede plantear que siendo la adolescencia una etapa en la que la incertidumbre se encuentra de manera presente y, además, se busca constantemente la consolidación de la identidad, los jóvenes encuentren en la autolesión un refugio, dado que

al experimental dolor, el individuo cree que su malestar real se concentra en la herida y solo surge de esta, como si el origen del sentimiento se redujera a la autolesión en sí (Nasio, 2007). Muchas de las respuestas brindadas reflejaban, también, una mezcla de insatisfacción consigo mismo o con el entorno, característica también propia de la adolescencia.

Respecto al medio en el que se desenvuelve el joven, se debe destacar que a pesar de que la adolescencia es una etapa en la que se busca la aceptación de su grupo de pares, conllevando en muchas ocasiones al individuo a imitar diversas conductas, los participantes de este estudio indicaron como principales variables influyentes, razones emocionales, como su actual estado de ánimo, el deseo por deshacerse de malos sentimientos o evitar la sensación de vacío, como principales razones para autolesionarse. Si bien los problemas familiares y con el entorno fueron mencionados, parece no haber influido de forma significativa en la conducta autolesiva, aunque es importante señalar que, específicamente, la presencia de amigos influyó en muchos casos que los adolescentes decidieran autolesionarse, dado que se encontró que antes de ejecutar dicha conducta, los jóvenes no conocían a alguien que realizase el mismo acto; sin embargo, posterior a la conducta, la mayoría indicó que tenía más de un amigo que había hecho lo mismo.

Por otra parte, respecto al afecto, en la presente investigación se encontró que existe una tendencia marcada hacia el afecto negativo, ello estaría relacionado con la motivación que lleva a los jóvenes a realizar estas conductas, puesto que en todos los casos, expresan emociones negativas. Además, la aparición de problemas emocionales es sumamente frecuente en los adolescentes (Del Barrio, 2003). Sin embargo, es necesario no perder de vista la edad de la muestra para una mejor comprensión de esta área, debido a que a medida que pasan los años, el entendimiento de las emociones por parte de los adolescentes aumenta, evidenciando que durante esta temprana etapa, existe mayor dificultad en el manejo de emociones (Lunazzi, Elías, García de la Fuente & Kosak, 2000).

En cuanto al afrontamiento, si bien la diferencia entre las dos áreas evaluadas fue mínima, se pudo observar una tendencia hacia el estilo de afrontamiento pasivo. Esta diferencia estaría en relación a la explicación del DSM V sobre las autolesiones, donde se indica que tales se producen por no lograr controlar alguna situación estresante y tampoco poder solucionar el problema mediante palabras. De esta forma, se corrobora que este tipo

de conducta evidenciaría pocos recursos psicológicos para afrontar situaciones que generen estrés. Ello se entendería por el contexto en el que estos jóvenes están inmersos, pues diversas investigaciones señalan diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico (Figuroa, Contini, Lacunza, Levin & Suedan, 2005), además la literatura demuestra que la mayor parte de las consecuencias indeseables que afectan la vida de los jóvenes bajo un ambiente estresante son de carácter psicológico (Del Barrio, 2003).

En la misma línea, la autolesión se presentaría como una reacción del sujeto ante un evento que es subjetivamente amenazante. Por tanto, frente a estas circunstancias, el individuo emplearía desesperadas conductas como medida extrema. Entonces, al no enfrentar realmente el problema, el adolescente se autolesiona para recuperar la sensación de estar vivo, lo cual lo libera de representaciones angustiosas que lo atormentan (Agazzi, 2006). Además, al realizar el acto autolesivo, el sujeto adquiriría cierto control frente a la situación, dado que solo así lograría calmar su ansiedad, aunque si bien, de esta forma aparentemente solucione su problema, no le generaría ningún tipo de bienestar psicológico y podría creer verdaderamente que el acto autolesivo es un recurso que lo salvaguarda de sentimientos indeseables.

Ahora bien, es importante conocer la edad de inicio en la que se efectúa el acto autolesivo. En la presente investigación se han observado diferencias respecto al estilo de afrontamiento entre aquellos adolescentes que realizaron esta conducta de forma temprana y quienes lo hicieron tardíamente. El último grupo mostró un dato curioso, dado que puntuaron significativamente en el uso de ambos estilos de afrontamiento y ello podría deberse a que a mayor edad, los adolescentes poseen una cantidad superior de herramientas psicológicas para enfrentar una situación que resulte desbordante, en comparación al grupo más joven (Zacares, Iborra, Tomás Miguel & Serra, 2009). Asimismo, cabe la posibilidad de que el instrumento que se encargó de medir ambas áreas de afrontamiento no haya funcionado correctamente en esta población.

Por último, los resultados indicaron que los adolescentes que se autolesionaron menor cantidad de veces en el último año tenían mayor prevalencia de afecto positivo. Este hallazgo es comprensible si se toma en cuenta que la autolesión tiene como función manejar con

estados emocionales intensos como la rabia, la frustración, la vergüenza y el vacío (Suyemoto & MacDonald, 1995; Connors, 1996). Entonces, mientras menos satisfecho el individuo esté consigo mismo y su alrededor, el bienestar subjetivo será bajo y las emociones negativas serán más frecuentes (Atienza, Pons, Balaguer & García-Merita, 2000; Díaz, 2001).

De esta forma, podemos concluir que la adolescencia es una etapa vasta, donde se presentan diversos desafíos que pueden ser percibidos y afrontados de distintas maneras según las vivencias y la edad psicológica de cada sujeto. La autolesión refleja un llamado desesperado del propio individuo ante límites que no puede establecerse y que ataca, reflejando dolor y un intento por reconfigurar el mundo externo, pero, sobre todo, su propio y complejo mundo.

El aporte que brinda esta investigación es una descripción detallada sobre las características de las autolesiones principalmente en base a su frecuencia, incidencia, métodos y variables que influyen en ellas, tanto interna, como externamente. A su vez, el tipo de población brinda una contribución para comprender mejor cómo es el funcionamiento de la conducta autolesiva. Además, los estilos de afrontamiento y afecto han proporcionado hallazgos sobre cómo estos jóvenes actúan cotidianamente y en situaciones de estrés.

Ahora bien, es necesario discutir el funcionamiento de los instrumentos utilizados en esta investigación. Es así que, se puede afirmar que las pruebas PANAS y EPCA lograron su objetivo de manera adecuada; sin embargo, el COPE 28 presentó inconvenientes, debido a que varios de sus ítems poseían carga negativa, similar a lo hallado por Mercado (2014). En la misma línea, como parte del análisis de confiabilidad del área de afrontamiento pasivo, se neutralizó del ítem 22 (*“Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión”*). Este ítem no funcionó adecuadamente posiblemente porque en la actualidad existen otros medios de entretenimiento, como el internet, cuya accesibilidad ha aumentado en población joven (Rial, Gómez, Braña & Varela, 2014). El internet les ofrece a los adolescentes nuevas e innovadoras oportunidades para comunicarse y entretenerse, de este modo, la televisión y el cine podrían quedar relegadas. Además, este ítem pudo ser interpretado como una acción relacionada a ejecutar alguna actividad de forma activa, por lo tanto, su redacción posiblemente alteró su verdadera finalidad: describir el afrontamiento

pasivo. Por estas razones, se recomienda continuar investigando más las características psicométricas de esta prueba.

Finalmente, también es necesario mencionar las limitaciones de este estudio. Primero, si bien la incidencia de autolesiones está aumentando progresivamente, este no es el principal motivo por el que los jóvenes asisten a consulta ambulatoria. Muchos de los casos acuden al hospital por otras razones y en un inicio no revelan la presencia de la conducta autolesiva. Es en la indagación del caso, conforme transcurren las sesiones, donde el especialista identifica esta característica. Por ello, el número de participantes de este estudio fue pequeño, precisamente, por la dificultad para hallar casos de autolesiones. Asimismo, existe una fina línea que diferencia la autolesión de la conducta suicida, por lo que algunos especialistas no podían derivar casos hasta no tener la certeza de si el paciente se hería a sí mismo con la finalidad de quitarse la vida u otras razones.



## Referencias

- Agazzi, L. (2006). *Escrituras en el cuerpo, sus afecciones. Reflexiones Psicoanalíticas*. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Arán- Filippetti, V. & Richaud de Minzi, M. (2011). Efectos de un programa de intervención para aumentar la reflexividad y la planificación en un ámbito escolar de alto riesgo por pobreza. *Universitas Psychologica*, 10(2), 341-354.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R. N. (2002). *Deaths: Leading causes for 2000. National Vital Statistics Reports*. 50. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Andover, M., Primack, J., Gibb, B. & Pepper, C.(2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives Suicide Research* 14, 79-88.
- Apter, A., Gothelf, D., Orbach, I., Weizman, R., Ratzoni, G., Har-Even, D. & Tyano, S. (1995). Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 34(7), 912–918.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H. & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research* 2011; 15(1), 56-67.
- Bautista, C., Velásquez, J., Icaza, M., López, M., López, M. & Robles, N. (2012). Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12 to 65. *Revista brasilera de psiquiatria*, 34, 395-404.

- Beck A., Steer, R. & Ranieri, W. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal Clinical Psychology*, 44, 499-505.
- Beck A., Weisman, A., Lester & D., Trexlet, L. (1974). The measurement of pessimist: The Hopelessness Scale. *Journal Consult Clinical Psychology*, 42, 861-5.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Bermúdez, M., Teva, I. & Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Boxer, P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal Clinical Child Adolescents Psychology*, 39, 470-480.
- Brañas, P. (1997). Atención del pediatra al adolescente. *Pediatría Integral*, 2, 207-216.
- Caprara, G. V., Barbanelli, C. L., Pastorelli, C., Bandura, A. & Zimargdo, Ph. G. (2000). Prosocial foundations of children's academic achievement. *Psychological Science*, 11(4), 302-306.
- Carlo, G., Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A. & Armenta, B. E. (2010). Feelings or cognitions? Moral cognitions and emotions as longitudinal predictors of prosocial and aggressive behaviors. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 865-962.
- Carrera, P., Caballero, A., Sánchez, F. & Blanco, A. (2005). Emociones mixtas y conducta de riesgo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1) 119-130.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Argentina. Corso.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cole, D. (1989). Psychopathology of Adolescent Suicide: Hopelessness, Coping Beliefs, and Depression. *Journal Abnormal Psychology*; 98(3), 248-55.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychology Bull*, 127(1), 87-127.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: I. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.
- Conterio, K. & Lader, W. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.
- Dear, G., Slattery, J. & Hillan, R. (2001). Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 442-450.
- Del Barrio, V. (2003): *Estrés y Salud, Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V., Carrasco, M. A., Rodríguez, M. A. & Gordillo, R. (2009). Prevención de la agresión en la infancia y la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 101-107.
- Del Barrio, V., Moreno, C. & López, R. (2001). Evaluación de la agresión e inestabilidad emocional en niños españoles y su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 13(1), 33-50.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579.

- Dovidio, J. & Penner, L. (2004). Helping and altruism. En M. B. Brewer & M. Hewstone (Eds.), *Emotion and motivation. Perspectives on social psychology* (pp. 247-280). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Ebata, A., & Moos, R. (1991). Coping and adjustment in distress and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology, 17*, 33–54.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Figuroa, M., Contini, I., Betina, A., Levín, M. & Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología, 21(1)*, 66-72.
- Florenzano Urzúa, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Freeman, D. & Freeman, J. (2013). *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women & mental health*. Oxford: Oxford University.
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M. & Baca-García, E. (2013). Original: Traducción y validación de la self injurious thoughts and behaviors Interview en población español con conducta suicida. *Revista De Psiquiatría y Salud Mental, 6(3)*, 101-108. doi:10.1016/j.rpsm.2012.07.001
- Gargurevich, R. & Matos, L. (2012). Validez y confiabilidad de escala de afecto positivo y negativo (SPANAS) en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de psicología / Universidad César Vallejo, 14(2)*, 208-217.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39(3)*, 435-447.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. & Shaffer, M. D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 386-405.

- Gould, M., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9):1124-113.
- Hanze, M. (2001). Ambivalence, conflict, and decision making: attitudes and feelings in Germany towards NATO's military intervention in the Kosovo war. *European Journal of Social Psychology*, 31, 693-706.
- Hawton J., Fagg J., Simkin S., Bale E. & Bond A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *Journal Adolescents*, 23:47-55.
- Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E. & Bond, A. (2003) Deliberate self-harm in Oxford, 1999-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, 33, 987-995. doi: 10.1017/S0033291703007943
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.
- Hernández, N. (2010). Reflexiones sobre Marcas en la Piel. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 38-46.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatry Scand*, 91(1):57-68.
- Hilt, L., Nock, M., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. (2008). Longitudinal study of non-suicidal self-injury among young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455-469.
- Inglés, C., Torregrosa, M., García-Fernández, J., Martínez-Monteagudo, M., Estévez, E. & Delgado, B. (2014). Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1) 29-41.

- Jones, T. (2001). A sample of the empirical literature dealing with self-mutilation. Recuperado de <http://www.m-a-h.net/inkdroppings/tj-selfinjury.htm>
- Kirchner, T., Forns, M. & Mohíno, S. (2008). Identifying the risk of deliberate self-harm among young prisoners by means of coping typologies. *Suicide Life-Threat Behavior*, 38(4):442-8.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. (Spanish). *Actas Españolas De Psiquiatría* 39(4), 226-235.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lunazzi, H., Elías, D., García de la Fuente, M. & Kosak, V. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *RIDEP*, 10 (2), 101-119.
- Magde, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. Fekete, S. Van Heeringe, K., Ystgaard, M. & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 20(10):499-508.
- Martínez, P. & Cassaretto, M. (2015). Validation of the new Diener's wellbeing measures in the Spanish version. Fourth World Congress on Positive Psychology. Junio; Florida, USA.
- Martorell, C., González, R., Rasal, P. & Estellés, R. (2009). Convivencia e inteligencia emocional en niños de edad escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 2(1), 69-78.
- Mercado, D. (2014). *Razones para vivir y afrontamiento en mujeres privadas de su libertad*. Lima: PUCP.

- Mestre, V., Samper, P. & Frías, M. (2004). Personalidad y contexto familiar como factores predictores de la disposición prosocial y antisocial de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 445-457.
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. M., Richaud de Minzi, M. C. & Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1263-1275.
- Mestre, V., Tur, A., Samper, P. & Latorre, A. (2010). Relaciones entre la inestabilidad emocional y la agresión. La acción de los estilos de crianza. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 33-45.
- MINSAL. (2013). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. Santiago: MINSAL.
- Mitchel, K. & Ybarra, M. (2007). Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Preventive Medicine*, 45, 392-396.
- Montoya, R., Figueroa, I., Abundiz, S. & De Mendoza, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. (Spanish). *Investigación En Salud*, 7(2), 112-116.
- Moos, R.H. (1993) *Coping Responses Inventory Youth Form Manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Morán, C., Landero, R. & González, M. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.
- Moriondo, M., De Palma, P., Medrano, L. & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 187-196.
- Nasio, J. (2007). *El dolor físico*. Argentina: Gedisa.

- Nock, M., Holmberg B., Photos V. & Michel, B. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19 (3), 309-17.
- Ornelas, R., Tufiño, M., Vite, A., Tena, O., Riveros, A. & Sánchez, J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Purington, A. & Whitlock, J. (2004). Self-Injury Fact Sheet. *Research facts and findings*. New York: Cornell University.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. & González de Mendoza, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, VII (2) 112-116.
- Reisfeld, S. (2004). *Tatuajes: una mirada psicoanalítica*. Argentina: Paidós
- Rial, A., Gómez, P., Braña, T. & Varela, J. (2014) Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España). *Anales de Psicología*, 30(2), 642-655.
- Robles, R. & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (panas). *Salud Mental*, 26(1) 69-75.
- Roca, X., Guardia, J. & Jame, A. (2012). *Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte*. Barcelona: CPPS
- Rospigliosi, S. (2010). *Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP.
- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal Youth Adolescence*, 31(1):67-77.

- Salguero, J., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. & Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. Santed, M. & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. Recuperado el 03 de setiembre de 2014 de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=229>
- Santrock, J. (2007). *Adolescence* (11ª ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Sawyer, M., Pfeiffer, S. & Spence, S. (2009). Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents: A one-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 117(1), 48-54.
- Simon, R. & Nath, L. (2004). Gender and Emotion in the United States: Do men and women differ in self – reports of feelings and expressive behavior? *American Journal of Sociology*, 5, 1137-1176.
- Skinner, E. & Zimmer-Gembek, M. (2007). The development of Coping. *Annual Review of Psychology*. 58,119-144.
- Sun, R. & Shek, D. (2012). Positive youth development, life satisfaction and problem behavior among Chinese adolescents in Hong Kong: A replication. *Social Indicators Research*, 105(3), 541-559.
- Suyento, K. & Macdonald, M. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171.
- Taylor, A., Martin, G., Dal Grande, E., Swannell, S., Fullerton, S., Hazell, P., & Harrison, J. (2011). Methodological issues associated with collecting sensitive information over the telephone - experience from an Australian non-suicidal self-injury (NSSI) prevalence study. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 20. doi: 10.1186/1471-2288-11-20.

- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Tur, A. M., Mestre, V. & Del Barrio, V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3(3), 207-221.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. & Gamaliel, V. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*, 36(5), 421-427.
- Vaish, A., Carpenter, M. & Tomasello, M. (2009). Sympathy through affective perspective taking and its relation to prosocial behavior in toddlers. *Developmental Psychology*, 45(2), 534-543.
- Vargas-Manzanares, S., Herrera-Olaya, G., Rodríguez-García, L. & Sepúlveda-Carrillo, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1) 7-24.
- Vasquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP.
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, A., Mirko, C. & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Walsh, B. (2005) *Treating self-injury: A practical guide* (3 Ed.). New York: Guilford Press.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Zacarés, J., Iborra, A., Tomás Miguel, J. & Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25(2), 316-329.





**ANEXOS**





## ANEXO A

**Consentimiento Informado (participante)**

Mi nombre es Sofía Varona Klioukina, y soy de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Actualmente estamos realizando una investigación para comprender mejor algunas conductas de jóvenes, sus estilos de afrontamiento y afectos. Por ello, te invitamos a participar de esta investigación respondiendo algunas preguntas sobre ti mismo (a).

Es importante que sepas que toda la información que se recoja para el estudio será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**. Esto quiere decir que en ningún momento se conocerá tu nombre y que nadie podrá ver tus respuestas ya que éstas se guardarán y se les dará un uso exclusivamente académico.

Si estás de acuerdo en participar, te pedimos por favor que leas con atención y cuidado toda la información en cada una de las encuestas.

Igualmente, puedes retirarte en cualquier momento sin que eso te perjudique en ninguna forma. Además, si sientes que deseas conversar acerca de algunos temas relacionados con la investigación, tienes alguna duda, preocupación o comentario, siéntete libre de expresarlo. Si estás de acuerdo con participar, por favor firma abajo.

¡Muchas gracias por tu tiempo!

FECHA:

---

Tu Firma

---

Firma de la investigadora

Sofía A. Varona Klioukina

### Consentimiento Informado (psiquiatra /psicólogo tratante)

Yo, \_\_\_\_\_, médico /psicólogo tratante del (la) paciente \_\_\_\_\_ autorizo que Sofía Adanovna Varona Klioukina, de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, pueda aplicarle las siguientes pruebas: sub-escala de autolesiones de la “Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA)” (García Nieto et al., 2013), “COPE 28” (Morán, 2010) y “PANAS” (Robles y Paez, 2003), con el fin de desarrollar su tesis para sustentar su licenciatura en psicología. La investigación tiene como finalidad comprender mejor algunas conductas de jóvenes, sus estilos de afrontamiento y afecto.

La información que se recoja para el estudio será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**. Esto quiere decir que no se conocerá el nombre del paciente y que nadie podrá ver sus respuestas ya que éstas se guardarán y se les dará un uso exclusivamente académico. De igual manera, en el momento en el que el (la) paciente quiera retirarse, podrá hacerlo, sin que eso le perjudique de alguna forma.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

/psicólogo

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

### Consentimiento Informado (apoderado del menor)

Yo, \_\_\_\_\_, apoderado del (la) paciente \_\_\_\_\_ autorizo que Sofía Adanovna Varona Klioukina, de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, pueda aplicarle las siguientes pruebas: sub-escala de autolesiones de la “Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas (EPCA)” (García Nieto et al., 2013), “COPE 28” (Morán, 2010) y “PANAS” (Robles y Paez, 2003), con el fin de desarrollar su tesis para sustentar su licenciatura en psicología. La investigación tiene como finalidad comprender mejor algunas conductas de jóvenes, sus estilos de afrontamiento y afecto.

La información que se recoja para el estudio será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**. Esto quiere decir que no se conocerá el nombre del paciente y que nadie podrá ver sus respuestas ya que éstas se guardarán y se les dará un uso exclusivamente académico. De igual manera, en el momento en el que el (la) paciente quiera retirarse, podrá hacerlo, sin que eso le perjudique de alguna forma.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

/psicólogo

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

**ANEXO B**

**Ficha Sociodemográfica**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tiempo de residencia en Lima: \_\_\_\_\_

Distrito de residencia: \_\_\_\_\_

¿Tienes pareja?: \_\_\_\_\_

Si la respuesta anterior fue “Sí”, ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Con quiénes vives?

PARENTESCO	EDAD	SEXO

## ANEXO C

## Cambios Lingüísticos del cuestionario de autolesiones

Nº	Ítem Original	Ítem Modificado
1	¿Alguna vez te has <b>autolesionado</b> ?	¿Alguna vez te has <b>herido, cortado o hecho daño a propósito (sin intención de morir)</b> ?
2	¿Cuántos años tenías la primera vez?	¿Cuántos años tenías la primera vez <b>que lo hiciste</b> ?
3	¿Cuántos años tenías la última vez?	¿Cuántos años tenías la última vez <b>que lo hiciste</b> ?
4	¿Cuántas veces en tu vida te has <b>autolesionado</b> ? (Episodios separados)	¿Cuántas veces en tu vida te has <b>herido, cortado o hecho daño a propósito</b> ?
5	¿Cuántas veces en el último año?	¿Cuántas veces <b>lo has hecho</b> en el último año?
6	¿Cuántas veces en el <b>pasado mes</b> ?	¿Cuántas veces en el <b>último mes</b> ?
7	¿Cuántas veces en la <b>pasada semana</b> ?	¿Cuántas veces en la <b>última semana</b> ?
8	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado?	A continuación encontrarás una lista de métodos que las personas utilizan para hacerse daño. Por favor, marca los que hayas utilizado

	(Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación)	
16	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a <b>autolesionarte</b> ?	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a <b>hacerte daño</b> ?
17	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a <b>autolesionarte</b> ?	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a <b>hacerte daño</b> ?
18	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a <b>autolesionarte</b> ?	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a <b>hacerte daño a propósito</b> ?
19	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a <b>autolesionarte</b> ?	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a <b>hacerte daño</b> ?
20	¿En qué medida tu estado mental te llevó a <b>autolesionarte</b> ?	¿En qué medida tu estado ánimo te llevó a <b>hacerte daño</b> ?
21	¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	Mientras te hacías daño, ¿Estabas tomando drogas o alcohol?
22	¿Durante cuánto tiempo pensaste en <b>autolesionarte</b> antes de hacerlo?	¿Durante cuánto tiempo pensaste en <b>hacerte daño a propósito</b> antes de hacerlo?
23	Antes de <b>autolesionarte</b> , ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	Antes de <b>hacerte daño a propósito</b> , ¿Cuántos amigos tuyos, que tú sepas, lo habían hecho?
24	Desde la primera vez que te <b>autolesionaste</b> , ¿cuántos de tus amigos <b>se han autolesionado alguna vez</b> ?	Desde la primera vez que te <b>hiciste daño</b> ¿cuántos de tus amigos <b>lo habían hecho</b> ?

25	Antes de <b>autolesionarte</b> , ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos <b>se autolesionaran</b> ?	Antes <b>de hacerte daño a propósito</b> , ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos <b>se hagan daño a propósito</b> ?
26	Desde la primera vez que te <b>autolesionaste</b> , ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos <b>se autolesionaran</b> ?	Desde la primera vez que te <b>hiciste daño a propósito</b> , ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus <b>amigos lo hicieran</b> ?



## ANEXO D

## Análisis de Confiabilidad

**Tabla 1**  
*Confiabilidad de la prueba COPE28*

Escala	Ítem	Correlación Elemento - total corregida
Afrontamiento Activo	Ítem 1	.065
	Ítem 2	.427
	Ítem 3	.295
	Ítem 6	.693
	Ítem 7	.498
	Ítem 9	.054
	Ítem 10	.614
	Ítem 14	.225
	Ítem 17	.128
	Ítem 18	.62
	Ítem 19	.366
	Ítem 21	.425
	Ítem 26	.528
	Ítem 28	-.124
	<b>Alfa Total</b>	<b>.724</b>
Afrontamiento Pasivo	Ítem 4	-.122
	Ítem 5	.313
	Ítem 8	.543
	Ítem 11	.513
	Ítem 12	.555
	Ítem 13	.162
	Ítem 15	.244
	Ítem 16	-.128
	Ítem 20	-.116
	Ítem 22	.000*
	Ítem 23	.065
Ítem 24	.225	
Ítem 25	.527	
Ítem 27	.499	
	<b>Alfa Total</b>	<b>0.6</b>

\*Neutralización del ítem 22 en Afrontamiento pasivo

**Tabla 2***Confiabilidad de la prueba PANAS*

Escala	Ítem	Correlación Elemento - total corregida
Afecto positivo	Ítem 1	0.638
	Ítem 3	0.429
	Ítem 5	0.75
	Ítem 9	0.507
	Ítem 10	0.469
	Ítem 12	0.488
	Ítem 14	0.419
	Ítem 16	0.755
	Ítem 17	0.677
	Ítem 19	0.49
	<b>Alfa Total</b>	<b>0.853</b>
Afecto negativo	Ítem 2	0.189
	Ítem 4	0.182
	Ítem 6	0.645
	Ítem 7	0.723
	Ítem 8	-0.061
	Ítem 11	0.562
	Ítem 13	0.602
	Ítem 15	0.476
	Ítem 18	0.407
	Ítem 20	0.386
	<b>Alfa Total</b>	<b>0.748</b>