



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AUTO-LESIONES Y FACTORES ASOCIADOS EN UN GRUPO DE ESCOLARES DE
LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica
que presente la

Bachiller:

SANDRA FRANCESCA ROSPIGLIOSI TUDELA

Asesora:

PATRICIA MARTÍNEZ URIBE

LIMA – PERÚ
2010

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial y sincera a Patricia Martínez, por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo, y su capacidad para guiar mis ideas, han sido un aporte invaluable en el desarrollo de esta investigación y en mi formación como investigadora. Mil gracias Pati por tu paciencia y dedicación, esta tesis hubiese sido imposible sin tu participación.

Quisiera agradecer también a los profesores que me han ayudado durante el desarrollo de esta tesis o que me han inspirado a lo largo de mi crecimiento profesional. Debo destacar el caso del Profesor Arturo Calderón, quién me atendió desinteresadamente y me ayudó aclarando los aspectos estadísticos de mi investigación; a Mónica Cassaretto, quién me acompañó en la primera parte del proceso de esta tesis; a Doris Argumedo, por que gracias a sus clases se consolidó en mi la pasión por la mente humana; a José Mogrovejo, por que de la psicología humanista logré conocer más de mi y del mundo; y a Tesania Velazquez por acompañarme en la experiencia más importante que he tenido hasta el momento.

El agradecimiento más profundo y sentido hoy y siempre va para mis padres, por su cariño y apoyo incondicional, por constantemente darme consejos que procuren mi bienestar y por creer en mi y enseñarme que puedo lograr todo lo que me proponga. A mi papá, por su ejemplo inspirador de cómo luchar y triunfar. A mi mamá por su amistad, escucha y comprensión. Nunca me cansaré de agradecer el esfuerzo y la disposición de mis padres por darme siempre lo mejor. Ma y Pa, sé que puedo contar con ustedes siempre, gracias por todo, los amo.

A mi Juanp, por estar a mi lado en las buenas y en las malas, por siempre empujarme a ser una mejor persona, por su amor y apoyo. Gracias por ser mi soporte en momentos difíciles, por confiar en mi y animarme a seguir adelante, por ayudarme a lograr mis objetivos, por hacerme feliz y hacerme reír. A tu lado me fortalezco, lo malo desaparece y lo bueno se engrandece. Te quiero mucho.

A mis hermanos, Chabu y Aure, por que continuamente aprendo de ellos. A mis amigas, en especial a Steph, Sabri y Pame, por su lealtad y por desear lo mejor para mi. Gracias sis, bro y medulas por estar cerca de mi y quererme, me hace feliz saber que ustedes siempre serán parte de mi vida. Los quiero.

Por último quisiera agradecer al Perú, por ser un país que ha desarrollado en mi la conciencia y sensibilidad social y por ende el compromiso de aportar a mi sociedad. Por enseñarme que existen realidades distintas, por brindarme un espacio para crear y crecer, y por que finalmente, esta tesis y todo lo que haga de aquí en adelante se acompaña del pensamiento *¿Cómo contribuyo al Perú haciendo esto?*

RESUMEN

Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana

Palabras clave: auto-lesión, escolares, adolescentes

El objetivo de la presente investigación se enmarcó en la exploración de las incidencias de auto-lesiones y sus factores demográficos, sociales y psicológicos asociados. Este estudio incluyó la participación de 456 escolares que estaban cursando uno de los tres últimos años de secundaria en dos colegios estatales de Lima Metropolitana. La población de esta investigación es no clínica y adolescente ya que a nivel internacional es este tipo de muestra donde mayormente se manifiesta la auto-lesión. Para la evaluación de los resultados se utilizaron dos encuestas para medir diversas variables socio-demográficas y las características de la auto-lesión. La incidencia encontrada es del 27.4% de adolescentes que alguna vez se ha auto-lesionado o que lo continua haciendo. Entre los motivos más recurrentes de este comportamiento se da el sentimiento de tristeza y las emociones mayormente presentes han sido la angustia y la ansiedad. Por otro lado, las lesiones que han sido encontradas son de tipo piel, golpes y superficie. Finalmente un alto porcentaje del grupo de estudio no busca ayuda ante este comportamiento. En conclusión, se han encontrado factores sociales y psicológicos que están relacionados a la auto-lesión; como por ejemplo diferencias de género, descontento corporal, problemas familiares y sociales, entre otros. La auto-lesión parece ser un fenómeno con altos riesgos de incidencia entre adolescentes que estén cursando los últimos años escolares en colegios estatales de Lima Metropolitana.

ABSTRACT

Self-injuries and associated factors in a group of students in the city of Lima

Key words: self-injury, students, adolescents

The objective of this investigation was undertaken in the exploration of the incidence of self-injury and the demographic, social and psychological factors associated to this behavior. This study included the participation of 456 students who were studying one of the last three years of high school in two state schools in the city of Lima. The population of this research is not clinical and adolescent, due to the high incidence of self-injury found internationally in this type of sample. For the evaluation of the results two surveys were used to measure various socio-demographic variables and characteristics of self-injury. The incidence was found to be 27.4% of adolescents who have ever self-injured or who continue to do it. Among the most frequent reasons for this behavior is the feeling of sadness, and the emotions that were mostly present are distress and anxiety. In addition, the injuries that have been found are of skin, bumps and superficial type. Finally, a high percentage of the study group does not seek help to treat this behavior. In conclusion, it was found that diverse social and psychological factors are associated to self-injury, such as gender differences, body dissatisfaction, family and social problems, among others. Self-injury seems to be a phenomenon with high risks of incidence among adolescents who are attending the last academic years in state schools in the city of Lima.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: AUTO-LESIONES Y FACTORES ASOCIADOS	1
Auto-lesión: aspectos generales	1
Tipología de la auto-lesión	4
Factores asociados a la auto-lesión	7
Auto-lesión en la adolescencia	14
Planteamiento del problema	17
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	19
Participantes	19
Medición e instrumentos	19
Procedimiento	21
CAPÍTULO III: RESULTADOS	23
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la rapidez del tiempo, la incertidumbre sobre el sentido del yo y del mundo, el incremento de la violencia; y el aplanamiento y menoscabo de la expresión de las emociones; han convertido al cuerpo en el espacio dónde se encarnan los malestares del individuo contemporáneo. Este contexto conlleva a que aparezcan, cada vez más, comportamientos auto-destructivos con la intención de lograr contener las abrumadoras emociones y disruptivas experiencias (Kogan, 2006).

A pesar de que no es un fenómeno nuevo, el estudio de la auto-lesión se ha iniciado recientemente. Es por eso que aún no se tiene un conocimiento total sobre este comportamiento y cualquier investigación al respecto es exploratoria. El punto de partida ha sido definir la auto-lesión como la destrucción o alteración, directa y deliberada, de los tejidos del propio cuerpo, sin la consciencia de querer cometer suicidio (Favazza, 1996). Se ha encontrado que la población que mayormente desarrolla este comportamiento es la adolescente. Se ha determinado que la razón de esto es que la adolescencia es un momento de transición en la vida dónde se experimentan diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden llegar a ser agobiantes (Purington y Whitlock, 2004; Brunner, et al 2007).

Estudios epidemiológicos sobre la auto-lesión han encontrado que este comportamiento está creciendo rápidamente. Durante un estudio longitudinal de una década en Inglaterra, los investigadores encontraron un incremento del 28% en el número de adolescentes que se presentaron en el hospital de Oxford en busca de tratamiento para la auto-lesión (Boyce, Oakley-Browne, y Hatcher, 2001). En otro estudio realizado en los Estados Unidos por Whitlock, Eckenrode, y Silverman (2006) con una muestra de 2875 adolescentes, 490 (17%) de ellos afirmaron haberse auto-lesionado en algún momento de sus vidas. Por otro lado, en México una investigación realizada por González-Forteza, Chávez-Hernández, Álvarez, Saldaña, Carreño y Pérez (2005) se encontró que en 1997 un 21% de estudiantes se auto-lesionaba, luego en 2000 incrementó a un 27%. Finalmente, en el Perú, una investigación realizada por Vásquez (2009) en un grupo de 213 escolares de colegios estatales de Lima Metropolitana, encontró que un 27% de su muestra manifestó haberse auto-lesionado aunque sea una vez en su vida.

A partir de lo anterior surge la relevancia de llevar a cabo una investigación sobre la auto-lesión y los factores asociados a este comportamiento con una población de 456 participantes en nuestra sociedad. Es así como nace la siguiente investigación cuyo objetivo principal es conocer cuáles son los factores demográficos, sociales y

psicológicos que están asociados a la auto-lesión, como también las características que componen este comportamiento: la frecuencia, la motivación, los métodos, las emociones, el propósito y el manejo de la conducta.

Para lograr los objetivos del presente estudio, se utilizarán dos encuestas, una medirá los factores socio-demográficos presentes en los escolares y la segunda indaga a mayor profundidad sobre la presencia de la auto-lesión y las características de este comportamiento. Ambas encuestas serán aplicadas en escolares cursando los tres últimos años de secundaria en dos colegios estatales de Lima Metropolitana. Los resultados de esta investigación brindarán un aporte a la psicología clínica en el Perú ya que la auto-lesión es un fenómeno altamente estudiado a nivel internacional, dado el crecimiento del comportamiento entre adolescentes, pero muy poco conocido en nuestro país. De ese modo, este estudio no solo contribuirá en el conocimiento de este comportamiento y sus factores asociados a nivel nacional, sino también será un estudio con relevancia internacional.



CAPÍTULO I

AUTO-LESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Auto-lesión: aspectos generales

La auto-lesión puede ser encontrada en varias culturas diferentes como un propósito reconocido y aprobado socialmente. Por ejemplo la práctica del tatuaje, la perforación corporal o piercing y rituales para la curación, para el espíritu y para la conservación del orden. Algunas tribus africanas exhiben cicatrices decorativas en sus rostros para complacer a los espíritus y para tener la capacidad de ayudar a los seres humanos a alcanzar estados especiales de santidad, éxtasis e insight. En religiones como el Judaísmo, Cristianismo y el Islam se encuentra la práctica de la auto-flagelación, ésta es reconocida como una moral de mayor valor o como una forma de identificación con las creencias. Otras culturas obligan a los adolescentes a realizar rituales de auto-mutilación para demostrar que pueden tener nuevos roles sociales y por ende obtener estatus (Favazza, 1998).

En la cultura occidental la auto-lesión ha sido encontrada como un síntoma o un comportamiento patológico dentro de los trastornos psiquiátricos. En una investigación de Hawton, Houston y Townsend (2001) se encontró una relación significativa entre la auto-lesión y la depresión mayor (70.7%), el consumo de sustancias (mayormente dependencia al alcohol 26.7%), los trastornos de ansiedad (14.0%) y los desórdenes alimenticios (10.7%). En cuanto a trastornos de personalidad, el más encontrado fue el trastorno límite de la personalidad (10.8%).

Levenkron (1998) explica la diferencia entre la auto-lesión como un síntoma dentro de un trastorno psiquiátrico y la auto-lesión como un diagnóstico en sí mismo. Encuentra que los que sufren de anorexia eventualmente se cortan o se queman a sí mismos, en la bulimia y en aquellos que sufren de ansiedad severa y depresión, también se da la auto-lesión. Seguidamente, ha encontrado que personas con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se auto-lesionan ocasionalmente, o incluso frecuentemente. Lo que sucede en estos casos, según Levenkron (1998), es que la auto-lesión se mantiene como un síntoma secundario ante los síntomas predominantes que constituyen el trastorno principal. Es decir, la auto-lesión es una característica más dentro de un amplio diagnóstico primario. Por otro lado, cuando la auto-lesión es el síntoma mayormente manifestado o usado para manejar el dolor emocional, al punto que el resto de los síntomas son encontrados en menor medida y con menor intensidad, es entonces cuando esa persona puede haber desarrollado un diagnóstico de auto-lesión o auto-mutilación.

Desafortunadamente se conoce muy poco sobre la auto-lesión en poblaciones no clínicas o sin un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Los estudios científicos sobre este tema empezaron en 1930 y 1940, la mayoría de ellos eran enfocados en la auto-lesión como precursora del suicidio. Más adelante, en los años 60's y 70's las investigaciones empezaron a examinar las motivaciones de la auto-lesión y revelaron una importante distinción entre el intento de suicidio y aquellos que se auto-lesionan como una manera de manejar sus emociones y contener abrumadores sentimientos negativos (Czarnopys, 2002). En la actualidad la auto-lesión es un comportamiento cada vez más atendido y estudiado por parte de investigadores clínicos. Según la "American Self-Harm Information Clearinghouse" ('Casa Americana de información sobre Auto-lesión') de los Estados Unidos, aproximadamente 4% de toda la población estadounidense se ha auto-lesionado. La prevalencia que sugieren es que 1 de cada 8 estudiantes se ha cortado o quemado a sí mismo (Purington y Whitlock, 2004; Gratz, 2001).

El pionero de la investigación sobre la auto-lesión es Karl Menninger, un psiquiatra que en 1935 desarrolló un documento que más tarde, en 1938, se convirtió en el libro 'Man against himself'. Él utilizó el término 'suicidio focal' ya que el acto de la auto-lesión era visto como un tipo de compromiso para las personas que tenían deseos de matarse. Esto derivó en grandes confusiones y mal entendidos ya que se encontró que la auto-lesión no era un intento de suicidio si no más bien un mecanismo para auto-aliviarse. Aun así Menninger es acreditado por considerar que la auto-lesión debía ser estudiada como un único problema clínico. En ese sentido, Menninger explica que la auto-lesión es una estrategia, como una compulsión que mantiene la ansiedad de los auto-lesionadores en un nivel manejable y que logra prevenir que los recuerdos dolorosos salgan a la superficie o aparezcan (Conterio y Lader, 1998).

Un gran paso adelante se dio en 1970, cuando teóricos de Gran Bretaña alegaron que la auto-lesión merecía una identidad propia. Sugirieron que este comportamiento es un síndrome distintivo que debía tener su propia categoría diagnóstica. Favazza (1998) la denominó Síndrome de Auto-lesión Deliberada. En ese sentido, la seriedad de la auto-lesión como una patología psicológica no podía estar en discusión ya que con el paso del tiempo se ha encontrado que es un comportamiento peligroso e intenso que contiene un riesgo omnipresente por su progresivo crecimiento. Es sabido que los auto-lesionadores pueden llegar a perder su habilidad de funcionar de manera normal, a convertirse en menos productivos y a que sus relaciones con otras personas se desintegren (Conterio y Lader, 1998).

La auto-lesión también ha sido llamada auto-herirse, auto-mutilación, o auto-cortarse. Esta ha sido definida por muchos como un comportamiento intencional de herirse a sí mismo sin el intento directo de cometer suicidio. Se ha encontrado que la diferencia entre el intento de suicidio y la auto-lesión es que en el suicidio la persona realmente quiere morir, mientras que en el caso de la auto-lesión la persona únicamente busca sentirse mejor (Jones, 2001).

En ese sentido, Conterio y Lader (1998) explican que la auto-lesión se define como una mutilación deliberada del cuerpo o una parte del cuerpo, sin el deseo de cometer suicidio, sino como una forma de manejar emociones que parecen ser muy dolorosas como para ser expresadas a través de palabras. Este comportamiento es considerado como un mecanismo de contención no-adaptado o una estrategia para la regulación de emociones, ya que la auto-lesión puede ser usada para aliviar emociones abrumadoras y para reducir la tensión (Gratz, 2001).

La auto-lesión también se explica como el acto premeditado que intenta cambiar el estado de ánimo al infligir directamente una cierta destrucción o alteración en el cuerpo, siendo este lo suficientemente serio para llegar a causar daño en el tejido. Esta definición no incluye intentos de suicidio, métodos indirectos de auto-lesión (como inanición) o ingestión de sustancias (sobredosis de drogas) (Czarnopys, 2002; Favazza, 1996).

Conterio y Lader (1998) han clasificado los propósitos de la auto-lesión bajo dos categorías: el propósito analgésico o curativo y el propósito comunicativo. El propósito analgésico o curativo se refiere a la calma física que se experimenta con la auto-lesión y la sensación de conexión entre la mente y el cuerpo que esta acción brinda. Esto ayuda a adquirir la sensación de control y una elevación de la moral, en este sentido la auto-lesión también ayuda a que las personas se sientan “limpiadas”, como si estuvieran deshaciéndose de toxinas emocionales que creen que están escondidas dentro de ellas.

La segunda categoría, el propósito comunicativo, se da cuando las personas se auto-lesionan para representar su estado emocional y expresar sus necesidades y deseos. También lo usan para comunicarse consigo mismos como un auto-castigo por haber pecado, o por ejemplo se tallan palabras en la piel como ‘fea’ o ‘gorda’ para proyectar las emociones que tienen sobre sí mismos. Este propósito también incluye la idea de comunicarse con otras personas, puede ser como un acto de venganza, como recreación de un abuso temprano o un desesperado pedido de ayuda y compasión (Conterio y Lader, 1998).

Antes de que el comportamiento se de, auto-lesionadores, auto-mutiladores o parasuicidas declaran sentir fuertes emociones o tener recuerdos irritables que los

llevan a sentirse abrumados (Czarnopys, 2002). Reportan la sensación de que sus sentidos están inundados; luego, la disociación se lleva a cabo, dónde la mente empieza a funcionar separadamente del cuerpo, esto lleva al auto-lesionador a sentirse extraño, confundido y aterrado. En este punto, el cuerpo ya no parece ser una parte válida de la experiencia, el auto-lesionador siente que puede hacerle daño libremente como una expresión de su dolor. Cortarse la piel se convierte en lo mismo que pintarrapear un lienzo o escribir palabras violentas en un pedazo de papel (Conterio y Lader, 1998).

La auto-lesión puede ser infligida en cualquier parte del cuerpo, pero en su mayoría ocurre en los brazos, las muñecas y las piernas. Otras partes del cuerpo lesionadas pueden ser: el pecho, el abdomen, los muslos y los genitales. La severidad del acto varía desde heridas superficiales hasta aquellas que resultan en desfiguramientos duraderos, los más recurrentes son cortarse y quemarse. Muchos auto-lesionadores empiezan hiriéndose en partes del cuerpo que otros no suelen ver, ya que les da vergüenza y temen el estigma social. A medida que la auto-lesión toma más importancia, el auto-lesionador encuentra que no puede controlarse y se hace heridas en lugares más obvios. Muchas personas pasan de cortarse a quemarse, encontrando que necesitan herirse más severamente para lograr el mismo alivio, la misma gratificación y estado de relajación (Purinton y Whitlock, 2004; Conterio y Lader, 1998; Levenkron, 1998).

Tipología de la auto-lesión

El reconocimiento de que no todos los comportamientos de auto-lesión eran intentos de suicidio, llevó a Pattison y Kahan (1983) a desarrollar una clasificación diferente sobre las conductas de auto-lesión que contiene tres variables. Primero la variable directo/indirecto que hace alusión al tiempo y a la consciencia. La auto-lesión directa, explican, sucede en un breve lapso de tiempo y existe consciencia de los efectos de la acción, en ese sentido hay una consciente intención de querer herirse. La auto-lesión indirecta ocurre en un periodo extenso de tiempo, no existe consciencia o consideración de los efectos del comportamiento, en este caso no hay un intento consciente de querer auto-herirse.

La segunda variable es la de mortalidad, ésta considera el grado de posibilidad que el comportamiento resulte en la muerte. Una baja mortalidad implica una baja posibilidad de muerte, una alta mortalidad tiene una alta posibilidad de muerte. Por último la tercera variable, de repetición, se refiere a un único episodio versus múltiples episodios del comportamiento. En cuanto a lo anterior Favazza (1996) explica que al tomar las variables planteadas se podría hacer una clasificación

como: una baja mortalidad, con múltiples episodios y una directa auto-lesión sería el Síndrome de Auto-lesión Deliberada; lo mismo pero con una indirecta auto-lesión haría alusión al alcoholismo crónico o a un cuantioso fumador de cigarrillos (Pattison y Kahan, 1983).

En 1996, Favazza presenta un sistema de clasificación de la auto-lesión identificando dos grandes categorías: auto-lesión culturalmente sancionada, que incluye rituales y prácticas; y auto-lesión patológica-perversa, que incluye tres subcategorías, la auto-lesión mayor, estereotípica y superficial/moderada. A su vez, esta última se divide en tres subtipos: compulsivo, episódico y repetitivo.

La auto-lesión culturalmente sancionada que implica rituales se refiere a aquellas actividades que reflejan las tradiciones, símbolos y creencias de una sociedad. En este sentido la auto-lesión cumple un propósito elemental: corregir o prevenir una condición inestable que amenaza la comunidad, como por ejemplo: enfermedades, dioses molestos, espíritus y ancestros; conflictos entre lo masculino-femenino, entre generaciones, clases o tribus; entre otras razones. Por otro lado las prácticas implican actividades que pueden ser pasajeras y que a menudo guardan poca importancia, un ejemplo de ésta es la perforación corporal o el piercing para el uso de joyería o adornos.

Las tres subcategorías dentro de la auto-lesión patológica-perversa, son el grado de destrucción del tejido, la razón y el patrón del comportamiento que actúan como variables delimitadoras. Dentro de la auto-lesión de tipo mayor se encuentran algunas de las formas más severas de auto-mutilación como enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne (auto-cannibalismo). Estos comportamientos suelen ser desordenados y resultan en una destrucción seria y significativa del tejido corporal. La auto-lesión mayor está comúnmente asociada con la psicosis (episodios agudos psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión) y con la intoxicación de drogas.

La segunda categoría, estereotípica, incluye comportamientos que son monótonos y repetitivos, a veces tienen patrones rítmicos. Ejemplos de esto son extracción de dientes, presionarse los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación. Usualmente es imposible acertar en un significado simbólico, un contenido racional o un afecto asociado a estas acciones. Las acciones, a diferencia de otros tipos de auto-lesión, ocurren en presencia de observadores. Los auto-lesionadores estereotípicos parecen ser impulsados por un imperativo biológico primario de herirse a sí mismos sin vergüenza y sin culpa. Este tipo de comportamiento frecuentemente es reportado en pacientes institucionalizados por retardo mental o autismo.

El último tipo de auto-lesión es la superficial/moderada, ésta se refiere a acciones episódicas o repetitivas de baja mortalidad y bajo daño del tejido corporal. Esta categoría es la más común e incluye comportamientos tales como cortarse y quemarse. A diferencia del tipo estereotípico, esta categoría es escasa de ritmo, usualmente tiene un referente simbólico y frecuentemente requiere del uso de implementos, como fósforos o navajas, en una secuencia compleja de eventos. Recientemente se ha escrito mucho sobre este tipo de auto-lesión en la prensa internacional y en la literatura profesional. En USA la presencia de este tipo de auto-lesión en los medios de comunicación popular ha aumentado significativamente desde 1984, dónde no había reportes sobre el tema, a 210 en el año 2004 (Favazza, 1996; Purington y Whitlock, 2004).

Dentro de la categoría superficial/moderada, los comportamientos en el subtipo compulsivo ocurren varias veces diariamente y son repetidos en forma de ritual. Este subtipo de auto-lesión incluye arrancarse el cabello, los pelos de la nariz, las cejas, las pestañas, pelos de la barba, el vello púbico u otros pelos del cuerpo; morderse las uñas, jalarse la piel y rascarse. En ese sentido, el tipo de auto-lesión compulsiva puede ser asociado con la tricotilomanía (Favazza, 1996).

El subtipo episódico se refiere a comportamientos que suceden de vez en cuando, frecuentemente es cortarse la piel y quemarse. Los auto-lesionadores episódicos no meditan sobre este comportamiento, ni tampoco tienen una identidad de ser un cortador o quemador. Lo que hacen es que se auto-lesionan deliberadamente para sentirse mejor y para conseguir una salida rápida a pensamientos y emociones estresantes, de esa manera recobran el sentido de control. Cada persona tiene un motivo personal que lo lleva a auto-lesionarse, el mismo autor ha encontrado diversas razones: liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad y unicidad, influenciar en otros, percepciones negativas, sexualidad, euforia, descarga de rabia y alivio de alienación. La auto-lesión episódica puede ser encontrada como un síntoma dentro de diagnósticos clínicos, como: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad antisocial y limítrofe, trastornos disociativos y depresión.

El subtipo repetitivo ocurre cuando la auto-mutilación episódica se convierte en una abrumadora preocupación para el individuo, éste adopta una identidad de cortador o quemador y se describe a sí mismo como un adicto a la auto-lesión. No existe un número de auto-lesiones episódicas que marque el cambio a auto-lesión repetitiva, en algunas personas puede ocurrir entre el quinto y el décimo episodio, en otros entre el décimo y el veinteavo episodio. El más común de los comportamientos en el subtipo repetitivo es cortarse la piel, otros son quemarse, auto-pegarse,

clavarse agujas, intervenir en la curación de heridas, rascarse severamente la piel, golpearse la cabeza contra un soporte y romperse huesos. Este subtipo se encuentra mayormente asociado a trastornos de impulsividad como la cleptomanía, abuso de alcohol y también con los desórdenes alimenticios, otros asociados son: trastorno de la personalidad límite, trastorno de estrés post-traumático y trastorno de personalidad antisocial.

En una investigación realizada por González-Forteza, Chávez-Hernández, Álvarez, Saldaña, Carreño y Pérez (2005) sobre la auto-lesión deliberada en una muestra (no-clínica) de escolares, encontró los siguientes síntomas como los más representativos: cortarse la piel con objetos filosos; quemarse la piel con un cigarro, encendedor, fósforo u otro objeto; golpearse la cabeza contra un soporte, pegarse a sí mismo hasta hacerse moretones o romperse huesos, rascarse hasta llegar a convertir una herida en llaga o hasta que sangre, morderse hasta pasar la piel, pellizcarse fuertemente y varias veces, jalarse el pelo, presionarse los ojos, tallarse o grabarse palabras, letras o dibujos en la piel con un objeto filoso; frotarse la piel con una lija, vidrio u otro material; echarse ácido o lejía en la piel; meterse una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel; no dejando que una herida se cure y/o intoxicarse con veneno, gas u otra sustancia. En otra investigación se ha encontrado que la mayoría de auto-lesionadores suelen usar más de un método (Klonsky, Ohmanns y Turkheimer, 2003).

Factores asociados a la auto-lesión

En la actualidad existe una gran cantidad de investigaciones dónde se han encontrado diversos factores asociados al comportamiento de la auto-lesión. Estos pueden agruparse en factores biológicos, sociales, psicológicos y de contexto.

En cuanto a los factores biológicos, la hipótesis neurológica más investigada encuentra que la auto-lesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores en el cerebro, que ayudan a regular la emoción. Un bajo nivel de serotonina parece estar implicado en este comportamiento. Es sabido que la serotonina facilita el pasaje de impulsos entre algunos nervios en un área del cerebro llamada *raphe nuclei*. A su vez estos nervios están conectados al resto de áreas en el cerebro, pero mayormente al hipotálamo. Esta estructura toma el rol de regular la impulsividad y la agresión (Czarnopys, 2002; Favazza, 1996). En una investigación realizada por Simeon, Stanley, Frances, et al. (1992) sobre las diferencias en los niveles de serotonina entre personas con trastornos de personalidad que se auto-lesionan y aquellas que no, se encontró que los que sí llevan a cabo un

comportamiento auto-lesivo tienen un mayor comportamiento antisocial y bajos niveles activos de serotonina.

Otros neurotransmisores que parecen jugar un rol en la auto-lesión son los opioides, entre sus acciones está la regulación de emociones y la supresión del dolor. Una teoría indica que los opioides generalmente tienen un efecto placentero (similar al que se experimenta con el opio o la heroína), entonces los auto-lesionadores se hieren a sí mismos para inducir la producción de estos. Esta suposición hace alusión al modelo de la auto-adicción donde el dolor asociado a la auto-lesión tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar, como también de brindar sensaciones placenteras. En ese sentido, las personas aprenden a asociar la auto-lesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten descontentos se cortan o se queman a sí mismos para sentirse mejor (Favazza, 1996).

A partir de lo anterior, se ha encontrado que una vez que el comportamiento se ha iniciado las endorfinas que son liberadas a partir de la auto-lesión se pueden convertir en adictivas. En ese sentido, el proceso puede vincularse al crecimiento de una adicción, donde en un comienzo pocas cantidades (de la droga o de la auto-lesión) proveen de una sensación de calma y bienestar que facilita un escape temporal del malestar vivido. Mientras la tolerancia se va construyendo, el consumidor necesita mayores cantidades (de droga o auto-lesión) para poder lograr el mismo efecto. En algunos casos el suicidio o muerte “accidental” pueden considerarse como una sobredosis para el habitual auto-lesivo (Purinton y Whitlock, 2004).

Es así como se ha hipotetizado que la auto-lesión puede estar asociada a un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes. Ninguna teoría puede ser tomada como la causa exacta de este comportamiento, pero hay evidencias que ciertas personas poseen una mayor predisposición a ser emocionalmente hipersensibles, es decir tienen una mayor vulnerabilidad biológica o genética. Como se ha visto, la auto-lesión parece tener efectos orgánicos que producen distintivos cambios bioquímicos similares a aquellos en una adicción física, aun así se ha encontrado que los factores que tienen la mayor influencia sobre este comportamiento son aquellos que provienen de lo social y lo psicológico (Conterio y Lader, 1998).

En la actualidad existen varios factores sociales que pueden estar albergando la auto-lesión. Conterio y Lader (1998) encuentran siete fenómenos involucrados:

1. Las sociedades se están haciendo cada vez más desintegradas, las comunidades extensas – abuelos, tíos, primos, vecinos – rara vez están disponibles para

- apoyar o ayudar, a los padres en el cuidado de sus hijos. Ahora los parientes suelen vivir a grandes distancias entre ellos.
2. El niño moderno crece apoyándose muy poco en las palabras, en la expresión verbal y en la exploración de sus pensamientos y sentimientos. Ahora hay una mayor dependencia en el “hacer” que en el “decir”, la tecnología ha incrementado esta tendencia, ya que ahora los niños suelen jugar con sus compañeros a través de una computadora.
 3. La cultura enfatiza el “arreglo rápido”, que implica la gratificación inmediata. Las comidas rápidas se han convertido en muy lentas y los comerciales de TV en muy largos. Por extensión, cada sentimiento que se experimenta como incómodo debe ser atendido al instante a través de una acción o un comportamiento que ofrezca un palpable e inmediato alivio.
 4. En las últimas dos décadas las perversiones sexuales, la cleptomanía, el incesto, las compras compulsivas, las apuestas y la auto-lesión, estadísticamente se han incrementado notablemente. De alguna manera se ha puesto de “moda” ser disfuncional.
 5. En la actualidad se vive en una cultura dónde el foco de atención es el cuerpo, dónde la apariencia y el aspecto físico son lo más importante. Los medios de comunicación saturan a la población de mensajes sobre cómo uno se puede sentir mejor al modificar la forma, el contorno o la apariencia de su cuerpo al hacer dieta o ejercicio vigorosamente, cambiar la estructura de la cara y de los huesos a través de cirugía plástica, cambiar el color del cabello y el de la piel y usando un sinnúmero de cremas y maquillaje para embellecer. Adornar y decorar el cuerpo son las principales maneras de expresión.
 6. La perseverancia y el agotamiento de los prejuicios de género están llevando a las mujeres a extremos emocionales más severos que nunca. La auto-lesión es solo un ejemplo de las medidas que las mujeres pueden tomar para expresar su frustración, miedo y agresión.
 7. Mientras más padres trabajan lejos de sus casas, obligatoriamente los hijos son criados por un extraño en vez de un familiar. Al alcanzar la adolescencia los jóvenes se están criando por sí mismos, buscando un guía en sus compañeros.

El punto central de los postulados anteriores es que cada día más las personas deben arreglárselas por sí mismas y que la aceptación de esto se está impregnando en la cultura. En ese sentido, las personas que se sienten físicamente o mentalmente aisladas tienden a encerrarse en su mundo interior. Cuando estas personas de por sí son frágiles o han tenido una vida privada de emociones, la soledad puede ser una carga muy grande. De esta manera se puede entender por

qué algunas personas se sienten forzadas a usar sus cuerpos como un tablón de anuncios para sus frustraciones y sentimientos ignorados (Conterio y Lader, 1998).

Es así como el escenario social puede influenciar en el comienzo, el mantenimiento y la difusión de la auto-lesión. Cientos de casos han demostrado que la auto-lesión se está propagando como una epidemia. Walsh y Rosen (1988) mencionan que la auto-lesión en los adolescentes, es un método primitivo de comunicar necesidades, también es usado para manipular el comportamiento de los integrantes del grupo y finalmente puede ser un requisito para ser miembro del grupo o tener mayor estatus. En investigaciones hechas por Favazza (1996), él ha encontrado grupos de mujeres que suelen sentirse atraídas por auto-cortadores y que a raíz de esto se cortan a sí mismas para estar más cerca de ellos.

Evidencia disponible sugiere que es un tanto más probable que las mujeres se auto-lesionen más que los hombres. Ross y Heath (2002) encontraron que un 64% de los adolescentes que llevaban a cabo la auto-lesión eran mujeres. Seguidamente, Vásquez (2009) halló que de los 58 escolares que se habían auto-lesionado al menos una vez en sus vidas, 36 de ellos eran mujeres. Aun así Conterio y Lader (1998) comentan que en los últimos años la aparición de hombres que se auto-lesionan ha ido creciendo significativamente. Existen diversas razones, vinculadas al género, que explican el desequilibrio entre mujeres y hombres que llevan a cabo este comportamiento.

Desde edades muy tempranas y durante la adolescencia es más común encontrar dificultades emocionales en mujeres, que en hombres. En el caso de los hombres, se encuentran mayores problemas comportamentales, como por ejemplo: mentiras, destrucción de objetos, robos y agresividad. En cambio, se ha encontrado que las mujeres desarrollan altos niveles de ansiedad, esto hace que se vuelvan más vulnerables al desequilibrio emocional y por ende al desarrollo de depresiones, desórdenes alimenticios y comportamientos auto-lesivos. En ese sentido, investigaciones revelan que el hombre parece tener una mayor tendencia a expresar su malestar, a través del consumo de drogas y/o alcohol, la delincuencia y/o la agresión hacia otros, mientras las mujeres buscan una forma más interna y silenciosa de hacerlo (Golombok y Fivush, 1994; Conterio y Lader, 1998).

En un estudio realizado con 4,000 adolescentes sobre el impacto de las mayores transiciones de vida se encontró que las mujeres tenían mayores dificultades. En particular, las mujeres eran más sensibles que los hombres a problemas en relaciones con pares y a los cambios físicos/corporales. La explicación para esta diferencia es que las mujeres y los hombres manejan las emociones y los problemas emocionales de manera distinta. Uno de los estereotipos de género con

mayor peso es que las mujeres son más emocionales y por extensión son más vulnerables emocionalmente que los hombres. Específicamente, las mujeres son vistas como más expresivas en cuanto a la felicidad, tristeza y miedo que los hombres, pero los hombres son vistos como más expresivos de enojo y rabia que las mujeres (Golombok y Fivush, 1994).

En ese sentido, Conterio y Lader (1998) han encontrado una diferencia en la gravedad de la lesión entre auto-lesionadores mujeres y hombres. Por un lado existe la auto-lesión delicada que se caracteriza por ser de una mujer, esto quiere decir que las heridas son hechas con cuidado para no correr riesgo en cortar una arteria o una vena. En cambio, en los hombres el comportamiento se denomina como auto-lesión dramática, ésta se caracteriza por heridas severas. A pesar de lo planteado, no se puede generalizar, ya que ambos tipos de heridas (delicada y dramática) han podido ser encontradas en ambos sexos. Es así como se pueden notar matices diferentes entre las acciones de las mujeres y los hombres auto-lesionadores. Un descubrimiento más claro es que los asuntos que hombres auto-lesionadores deben enfrentar son bastante similares a aquellos que se encuentran en mujeres que se auto-lesionan: trauma infantil, dificultad en manejar emociones y tensiones, identidad sexual, problemas en formar y mantener relaciones con pares, entre otros factores psicológicos (Alderman, 1997).

Existe una cercana conexión entre la auto-lesión y el trauma. El trauma es definido como una interrupción significativa en la infancia. Algunos de los traumas mayormente encontrados son: abuso físico y/o sexual, negligencia emocional y condiciones caóticas familiares durante la infancia, la latencia y/o la adolescencia. Estos han sido identificados como predictores de la severidad y cantidad de comportamientos auto-lesivos en pacientes (Czarnopys, 2002).

El mismo autor hace una revisión de la literatura escrita sobre auto-lesión, encuentra que hay una serie de experiencias en la infancia temprana que pueden crear una predisposición a desarrollar un comportamiento auto-lesivo. Ejemplos de esto incluirían adolescentes que: 1) han sido testigos de abuso físico y agresividad, como violencia doméstica, o han sido físicamente abusados ellos mismos, 2) han sido abusados sexualmente, violados y/o testigos de abuso sexual de un pariente o hermano, 3) han perdido algún miembro de su familia u otra persona significativa de forma temprana, 4) han soportado abuso verbal y han sido intimidados por sus padres o sus pares, 5) han sido físicamente o emocionalmente abandonados por uno o ambos padres, 6) han tenido historia de enfermedad durante su infancia: operaciones, una incapacidad o un padre con una severa enfermedad o incapacidad; 7) han tenido un padre alcohólico, 8) se han percatado que es producto de un

embarazo no deseado, 9) han sufrido el divorcio de sus padres o han experimentado problemas en la relación de sus padres, 10) fueron elegidos para ser el cuidador de sus hermanos o de un pariente enfermo y 11) experimentaron una pérdida de libertad debido a la sobreprotección de uno o ambos padres.

Mientras algunos auto-lesionadores vienen de hogares estables, la mayoría de ellos vienen de familias disfuncionales y tormentosas, y han tenido una experiencia traumática temprana en sus vidas. El abuso físico y sexual ha sido encontrado por Favazza (1996) como el trauma más recurrente en auto-lesionadores en un 62%. La edad promedio del abuso sexual es de siete años y el promedio de duración del abuso es de veinticuatro meses. Los abusadores sexuales más enlistados fueron: amigo de la familia (43%), hermano (25%), padre (23%), tío (13%), madre o padrastro (6% cada uno) y abuelo (4%). Por otro lado los abusadores físicos más enlistados fueron: madre (50%), padre (45%), hermano (16%), otro (16%), padrastro (4%) y hermana y tío (3% cada uno).

Un tema recurrente en muchos de los auto-lesionadores, es la profunda sensación de vacío en el vínculo entre ellos y sus cuidadores tempranos. Algunos pacientes dicen que sus madres estuvieron deprimidas durante sus primeros años de vida, otros comentan haber tenido que sobrevivir el divorcio de sus padres, o una mudanza dramática, como también la muerte o el riesgo de muerte de algún pariente cercano. En el caso de los auto-lesionadores usualmente existe un factor que se complementa a la situación, que hace que ésta sea imposible de manejar (Conterio y Lader, 1998).

Muchos de los jóvenes que se auto-lesionan declaran sentir una tristeza abrumadora, ansiedad o entumecimiento emocional. Para esto el acto de auto-lesionarse es una forma que han encontrado para manejar sentimientos intolerables o para experimentar una sensación de sentimiento físico y por ende real. Aquellas personas que se auto-lesionan buscan: tener control sobre sus propios cuerpos y mentes, expresar sus sentimientos, comunicar sus necesidades, crear heridas que no sean visibles ni tratables, purificarse a sí mismos, volver a representar un trauma con el intento de resolverlo o incluso buscan proteger a otros de sus propias emociones dolorosas (DiLazzero, 2003 citado en Purington y Whitlock, 2004).

En una investigación realizada por Murray, Warm y Fox (2005), se encontró que el 76.6% de jóvenes se sentía ansioso antes de realizar la auto-lesión, el 63.3% sentía confusión y el 87.5% tenía sentimientos depresivos. Por otro lado el 45.3% declaró sentir calma durante el acto de auto-lesionarse, 28.9% sentía confusión, 34.4% afirmó sentir claridad mental, 39.1% reportó sentimientos depresivos y 21.9% sintió alegría. Por último se encontró que después de llevar a cabo el

comportamiento, 71.9% de adolescentes se sentía tranquilo, 46.9% sentía claridad mental y el 18.8% alegría

Es así como este comportamiento es utilizado para escapar de: vacíos internos, depresión, insensibilidad y sensación de irrealidad. Otros describen el comportamiento de la auto-lesión como una forma de castigarse a sí mismos por ser “malos”. Por otro lado, al cortarse, el individuo tiene una sensación de euforia o efervescencia. También se ha encontrado que algunos adolescentes se vuelcan en la auto-lesión para nutrirse después de haber percibido algún rechazo (Czarnopys, 2002).

Se ha hipotetizado que aquellos que desarrollan un comportamiento auto-lesivo tienen un déficit en la habilidad o aptitud para la contención y resolución de problemas. Jones (2001) ha encontrado que los auto-lesionadores tienen escasos recursos cognitivos, como por ejemplo: dificultad en mantener sentimientos positivos hacia la valoración de sí mismos, es decir una baja auto-estima; y una mayor tendencia a evitar enfrentarse a los problemas, es decir un tipo de afrontamiento evitativo. La persona que se auto-lesiona se percibe a sí misma con un menor control sobre situaciones que requieren de soluciones a problemas interpersonales.

En este sentido, Jones (2001) explica que hay una dificultad en poder verbalizar o articular los sentimientos como también ha ubicado en los reportes que hay una dificultad en poder llorar. Asimismo, en la investigación realizada por Vásquez (2009), se encontró una alta correlación entre el comportamiento auto-lesivo y la alexitimia, ya que a medida que la presencia del nivel de alexitimia era mayor, la frecuencia e incidencia de auto-lesiones también incrementaba. De esto, se puede entender que frente a una mayor incapacidad para distinguir los propios afectos y expresar las problemáticas afectivas a través del lenguaje, incrementan las probabilidades de que los adolescentes busquen expresarse cometiendo auto-lesiones en su cuerpo. Suyemoto (1998) indica que conceptos tales como el enojo, la baja auto-estima, la reacción al abandono y la falta de habilidad para tranquilizarse son explicaciones comunes a la auto-lesión.

Por otro lado la disociación puede ser una estrategia vital para un joven traumatizado ya que está caracterizada por interrupciones en la memoria (amnesia y fuga disociativa), en la experiencia del self (despersonalización y trastorno de la personalidad disociativa) y del medio ambiente (desrealización). Se ha encontrado que personas que se auto-lesionan tienen una alta tendencia a la disociación. Muchos se sienten separados de sus cuerpos, tienen dificultades en reconocer cuando están cansados, enfermos o con hambre. Es así como la auto-lesión focaliza

al individuo en sensaciones corporales lo cual interrumpe las experiencias de desrealización o despersonalización (Jones, 2001; Conterio y Lader, 1998).

Se ha encontrado que físicamente los auto-lesionadores pueden variar en todas las formas y tamaños: mujeres, hombres, gordos, flacos, altos, bajos, atractivos y no tan atractivos. La apariencia no parece ser un factor que se asocia directamente a la severidad de la auto-lesión, pero se ha encontrado que todos los auto-lesionadores comparten una misma relación entre sus mentes y sus cuerpos, particularmente con sus órganos sexuales. Es bastante común encontrar que los auto-lesionadores detestan y rechazan sus cuerpos y es más usual que las partes que más odien sean sus órganos sexuales. En una investigación realizada por Favazza y Conterio (1988) sobre mujeres auto-lesionadoras, se encontró un 34% de ellas que odian sus senos, 58% odia su periodo de menstruación, 56% odia hacerse un examen en la pelvis, 19% opinaba que estaría mejor si no tuviera una vagina y 10% de ellas a veces se auto-lesionaba para impedir la menstruación. Posteriormente Favazza (1996) encontró una misma sensación de los hombres hacia su pene y testículos, expresando fantasías de castración o intentándolo ellos mismos.

En ese sentido, casi todos los auto-lesionadores, mujeres y hombres, experimentan una tremenda confusión de identidad y género. Muchos están inseguros sobre su orientación sexual y muy pocos obtienen placer de la intimidad sexual. Auto-lesionadores usualmente se identifican a sí mismos como sexualmente ambiguos o neutrales. Lo que suele suceder es que las experiencias tempranas han paralizado o estancado sus habilidades para explorar su sexualidad de una forma saludable. Es así como se da una situación ambigua: muchos expresan tener sentimientos homosexuales pero a la vez son homofóbicos. La importancia del cuerpo es que es un objeto, por un lado deseado y por otro rechazado. A la vez es la pieza vital para la identidad, pero a la vez es la causa del dolor y el sufrimiento (Conterio y Lader, 1998).

El comportamiento de auto-lesionarse a menudo ocurre en privado, por esto es bastante difícil lograr identificar uno o más perfiles. Lo que se sabe sobre los jóvenes que se auto-lesionan sugiere que la intensidad de privacidad y los sentimientos de vergüenza asociados al comportamiento impiden que busquen ayuda (Purington y Whitlock. 2004). En una investigación realizada a través de internet, a una muestra de 128 adolescentes, se encontró que el 30.5% de ellos no había buscado consultar con un profesional de la salud (Murray, Warm y Fox, 2005).

Junto con esto se ha demostrado que la auto-lesión puede ser un ritual, esto implica llevar a cabo el comportamiento en el mismo lugar, a la misma hora, con las mismas herramientas. Por otro lado el comportamiento le otorga a los adolescentes

una sensación de pertenecer a un grupo contemporáneo. Ante esto se ha descubierto que los jóvenes se involucran en este comportamiento para no sentir que están fuera del grupo. Más a profundidad se ha hallado que este comportamiento puede ser “contagioso”, ya que entre los adolescentes comparten esta forma de expresión y sus efectos buscando que la población auto-lesiva sea cada vez mayor (Jones, 2001).

Auto-lesión en la adolescencia

Es reconocida la estrecha vinculación de factores genéticos y ambientales con el desarrollo de la conducta. En ese sentido, la adolescencia es considerada como un periodo crítico en el proceso de desarrollo y se ha encontrado como el momento dónde la auto-lesión es mayormente manifestada. Esta etapa de la vida constituye el nexo entre el niño y el adulto, y es en ella dónde se producen importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales (González et al 1994; Castillo, 2007).

La adolescencia empieza en promedio a partir de los diez u once años y comprende aproximadamente hasta los diecinueve años. La primera etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios físicos y sexuales, luego, más adelante van apareciendo los cambios psicológicos (González y Coyotupa, 1994).

Seguidamente los jóvenes deben afrontar decisiones respecto a las relaciones, la educación y el trabajo, los cuales determinarán el curso de sus vidas. Por lo tanto se da la ruptura de la dependencia con los padres y el adolescente empieza a tomar sus propias decisiones. Con esto deviene una menor obediencia, reclamos acerca de horarios o de los amigos que puede tener. Empiezan a darse relaciones con el sexo opuesto y con ello se va reforzando la masculinidad o feminidad. Los amigos comienzan a influir mucho sobre los intereses de cada joven y se busca formar parte de un grupo (Arnao, 2000).

La adolescencia también se caracteriza por un redefinir la identidad, ya que se va perdiendo la identidad de niño dónde el rol estaba claramente definido. En ese sentido se da una búsqueda del sí mismo, dónde los adolescentes se cuestionan: ¿quién soy?, ¿para qué he venido a este mundo?, ¿cómo soy?, ¿cómo me ven los demás? y ¿cómo quiero ser? Es así como nace la necesidad de intelectualizar y fantasear, dónde surge el deseo de sentirse escuchado, de que los demás lo tomen en cuenta y de sentir que su opinión es respetada por los otros (Erikson, 1968).

Emocionalmente, el adolescente suele tener frecuentes cambios de humor y del estado de ánimo, pueden pasar de la alegría a la melancolía con facilidad, a veces aparece el malhumor sin razón aparente. Esto también se debe a la falta de ubicación psicosocial, dónde los adolescentes ya no se sienten cómodos con los niños pero tampoco con los adultos. Por otro lado el adolescente empieza a

desarrollar una actitud social idealista con actitudes de protesta y desarrolla la idea de que pueden contra el mundo y que puede cambiarlo (Arnao, 2000).

La adolescencia es también un momento dónde los jóvenes están ávidos de información y también de discusión, de aclarar dudas, con temores e inquietudes. Adicionalmente en la adolescencia también se presentan diversos problemas, por ejemplo: drogas, actividad sexual, embarazo adolescente, pandillas, barras bravas, tendencias homosexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc. Otro factor que incrementa la problemática es la falta de iniciativa por parte de los adultos para conversar sobre estos temas abiertamente. Existen escasos espacios dónde los adolescentes puedan discutir, conversar y ordenar sus ideas con libertad y autonomía (Arnao, 2000).

Por lo tanto, la familia del adolescente también tiene una tarea por sobrellevar ya que debe asegurar la socialización, la protección, el apoyo, la regulación de la oportunidad sexual, la gratificación emocional y la identificación personal. Para el adolescente es común tener la sensación de estar perdido, de soledad y de confusión sobre la identidad personal, en estos casos los adolescentes suelen volver a su familia en busca de seguridad, pertenencia y claridad. Si la familia no logra canalizar estas búsquedas, como consecuencia se genera la desorientación que podría ser el origen de problemas sociales serios como: violencia, abuso de drogas, pandillaje, embarazos, auto-lesiones, intentos suicidas o suicidios (Arnao, 2000).

A partir de lo señalado anteriormente durante la etapa de la adolescencia se presentan situaciones de estrés que podrían generar creencias, valoraciones del sí mismo, estilos de afrontamiento y comportamientos poco adaptativos. (Salazar y Gonzáles, 1994). Entre estos comportamientos se encuentran adolescentes que manifiestan sus preocupaciones y malestares a través de acciones auto-lesivas. Según una investigación la auto-lesión es común en adolescentes que encuentran problemas para enfrentar la ansiedad, también se ha encontrado que son los adolescentes más tímidos y callados los que llevan a cabo el comportamiento, las heridas se tratan de ocultar al igual que el acto (Purinton y Whitlock, 2004). Según Favazza (1998), el comportamiento de la auto-lesión típicamente inicia en la adolescencia temprana, a los catorce años aproximadamente. Luego, este acto parece tener una mayor incidencia a partir de los dieciséis hasta los veinticinco años.

En una investigación realizada en ciudad de México en 1997 se encontró que el 15.1% de mujeres y el 3.9% de hombres, de estudiantes de secundaria, se auto-lesionaba. Luego en el 2003 en Guanajuato, México se encontró que el 20.5% de mujeres y el 11.1% de hombres, en una muestra de un total de 2,530 estudiantes de

3ro, 4to y 5to de secundaria, llevaba a cabo un comportamiento de auto-lesionarse intencionalmente (González-Forteza et al, 2005).

Entre los motivos más importantes que llevó a estos adolescentes a auto-herirse, se encontraron problemas personales, soledad, falta de afecto y amor, baja auto-estima, problemas familiares, problemas con los padres, problemas con amigos o en el colegio, indiferencia de los padres, rechazo y rabia. Por otro lado es importante mencionar que esta investigación toma los factores demográficos y psicosociales de la población como influyentes en este comportamiento. En este caso se hace alusión al fracaso de la sociedad al proveer un lugar apropiado o los recursos necesarios para una identidad social como también de apego, dónde más bien se promueve una inapropiada e irreal expectativa de libertad y autonomía (González-Forteza et al, 2005).

Es importante mencionar que existen teorías que podrían dar una explicación a este comportamiento en la etapa adolescente. Una de ellas explica que en la adolescencia hay una mayor manifestación de los impulsos sexuales y agresivos. De este modo, el cuerpo ocupa un rol esencial para los adolescentes ya que a través de éste sienten las emociones intensas que devienen de los conflictos presentes en este periodo. Además, este proceso de desarrollo implica una transformación desde lo más básico de su ser, no solo a nivel corporal, sino también emocional, social y de identidad (Carvajal, 1993).

En ese sentido, Czarnopys (2002) declara que los adolescentes que se auto-lesionan llegan a un punto donde sus sentimientos, los cuales han estado reprimidos por un largo periodo de tiempo, empiezan a subir a la superficie por debajo de la piel generando así una tensión insoportable. Para un adolescente que es incapaz de comunicar y contener estos sentimientos, cortarse para alejar el dolor tiene un sentido. El sangrar se convierte en: una catarsis emocional, una sensación inenunciable y la liberación de energía que permite su fluidez. Según esto, Czarnopys propone cinco estados de la mente que son característicos en el comportamiento de la auto-lesión y en la adolescencia: intensificación de los impulsos agresivos; narcisismo; hipersensibilidad, sensación de irrealidad y ansiedad; actuación impulsiva en vez de reflexionar; y preocupación sobre la muerte.

Planteamiento del problema

Desde hace doce años ha habido un incremento de atención en la auto-lesión. Así como, décadas atrás, la anorexia y la bulimia nerviosa eran condiciones psicológicas inexploradas o territorios poco investigados y luego pasaron a ser una

corriente dominante y generar conciencia pública, en la actualidad se encuentra que la auto-lesión está siguiendo el mismo patrón (Favazza, 1996).

En ese sentido, la auto-lesión es un comportamiento complejo que está siendo investigado para lograr entender su origen. Hay información empírica con acuerdos y desacuerdos sobre su naturaleza. Existe una gran ausencia de investigaciones en cuanto a los factores que contribuyen a que este comportamiento ocurra, hasta ahora los más encontrados están asociados a condiciones demográficas, situaciones sociales y asuntos psicológicos. (Jones, 2001; González-Forteza et al, 2005)

Así, nos preguntamos ¿cuán frecuente es la auto-lesión en una muestra no clínica de escolares de Lima Metropolitana y cuáles son los factores asociados a ella? Por otro lado para la psicología es importante entender las nuevas formas que los seres humanos desarrollan para expresar sus sensaciones de malestar y disconformidad. Hay señales de que la auto-lesión está convirtiéndose en un comportamiento altamente prevalente, por ende es importante investigar si este fenómeno existe en nuestra sociedad y explorar los factores que contribuyen al desarrollo de este comportamiento en los escolares (Purinton y Whitlock, 2004).

Objetivos

El objetivo general de esta investigación fue explorar los factores demográficos, sociales y psicológicos asociados a la conducta de auto-lesión en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. Los objetivos específicos fueron:

1. Explorar la frecuencia, motivo, método, emociones, propósito y manejo de la auto-lesión en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.
2. Explorar los factores demográficos asociados a la auto-lesión en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.
3. Explorar los factores sociales asociados a la auto-lesión en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.
4. Explorar los factores psicológicos asociados a la auto-lesión en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

La presente investigación es de tipo exploratorio con elementos descriptivos, debido a lo poco conocido o estudiado que es el tema en nuestro medio. La presente investigación corresponde a un diseño no-experimental y transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un momento dado, en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Participantes

El tipo de muestreo utilizado para ubicar a los participantes fue no probabilístico accidental, ya que no se utilizaron métodos aleatorios de selección (Hernández et al, 2006 y Kerlinger, 2002).

Los participantes de la investigación fueron 456 adolescentes de ambos sexos entre 13 y 19 años de edad. Todos ellos estaban cursando tercero, cuarto o quinto de secundaria. Se utilizaron dos colegios estatales de Lima, uno del distrito de Miraflores y el otro de San Miguel. Las edades y el sexo de los participantes se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Edad y Sexo

Sexo	Edad					
	Entre 14 y 15 años		De 16 a más		Total	
	f	%	f	%	f	%
Femenino	100	21.9	82	18.0	182	39.9
Masculino	130	28.5	144	31.6	274	60.1
Total	230	50.4	226	49.6	456	100.0

El número de participantes con edades entre 13 y 15 años ha sido cercanamente equivalente a aquellos con edades de 16 a más, por una diferencia mínima de participantes. En cambio, en cuanto al sexo de los participantes, hubo una mayor presencia de hombres frente a la de las mujeres. Por otro lado, es importante mencionar que el 84% de la muestra ha nacido en Lima, el resto en provincia.

Medición e instrumentos

Factores asociados a la auto-lesión (Anexo A) se trata de una encuesta construida sobre la base de la 'Encuesta sobre el perfil psico-social de la adolescente gestante de estrato socio-económico bajo' hecha por Rojas (1991). De ésta se omitieron ítems y a la vez se agregaron otros ítems y otras subáreas. Estos cambios

se realizaron en base a la revisión de la literatura especializada en auto-lesión, a reportes de investigaciones afines en otros países y a las sugerencias ofrecidas por los jueces. La encuesta fue sometida a la evaluación de nueve jueces sobre la validez de contenido y se obtuvo un 100% de aprobación.

La encuesta contiene dos grandes áreas: aspectos demográficos y aspectos psico-sociales. El área demográfica comprende seis subáreas:

- 1) Datos personales: sexo, edad, número de hermanos, posición ordinal y el lugar de nacimiento.
- 2) Constelación familiar.
- 3) Escolaridad: año escolar y la auto-percepción como estudiante.
- 4) Laboral: si actualmente trabaja o no.
- 5) Salud: percepción de la salud y la persona a la que recurre en caso de malestar emocional.
- 6) Recreación: la realización de actividades como asistir a fiestas, tomar alcohol, fumar cigarrillos e ingerir drogas.

El área de aspectos psico-sociales contiene tres subáreas:

- 1) Relaciones familiares
- 2) Sexualidad: presencia de pareja y vida sexual.
- 3) Apariencia: presencia de adornos en el cuerpo (tatuaje o piercing), y apreciación personal sobre su cuerpo.

Auto-lesión en Adolescentes (Anexo B) evalúa la presencia del comportamiento auto-lesivo a través de un cuestionario construido sobre la base de la 'Cédula de Indicadores Parasuicidas' realizado por González-Forteza et al. (2005) en México. Este cuestionario toma todas las preguntas del instrumento utilizado en México, y a la vez contiene preguntas adicionales. Estos ítems fueron agregados a partir de la revisión literaria especializada en auto-lesión. A su vez el cuestionario fue sometido a la evaluación por validez de contenido de nueve jueces presentando 100% de aprobación.

Este cuestionario está compuesto por 17 preguntas sobre características específicas de la auto-lesión: emociones predominantes, actividad realizada frente al malestar, si alguna vez se ha auto-lesionado, a qué edad, con qué frecuencia, edad de la última auto-lesión, método, motivo; sentimiento antes, durante y después de la auto-lesión, si esconde las heridas y por qué; si ha buscado ayuda, de quién y por qué; y si deseaba morir cuando se auto-lesionó por última vez.

Procedimiento

Se seleccionaron dos colegios con características similares: ubicación, tamaño del colegio, cantidad de alumnos, similar cantidad de hombres y mujeres y servicio de enfermería. Luego se hizo el contacto con los directores de los colegios seleccionados y se inició el proceso de aplicación de los instrumentos.

La aplicación de las encuestas se llevó a cabo en el horario de tutoría de las diferentes secciones de cada año escolar en grupos de 25 alumnos aproximadamente. La duración de cada aplicación fue de 40 minutos.

Antes de llevar a cabo las aplicaciones, se informó a todos los alumnos de cada sección que la encuesta contenía preguntas sobre la vida personal de cada uno y sobre sus sentimientos y experiencias, seguidamente se dejó claro que la participación era voluntaria y que si lo deseaban podían retirarse del salón durante la aplicación, esto no les traería problemas con el colegio. Algunos de los alumnos decidieron salir, otros, al empezar la encuesta decidieron no terminarla y esperar afuera del salón. Por otro lado, se pidió que no escribieran sus nombres ni apodos en el material entregado, ya que la encuesta era anónima. Finalmente se explicó que la información obtenida de las encuestas iba a ser utilizada únicamente con el fin de realizar una investigación y que el colegio no tendría acceso a ellas.

Por otro lado, se les indicó a los alumnos que al finalizar todas las preguntas de la encuesta utilicen la hoja en blanco al final de ésta para realizar un dibujo libre o escribir lo que tengan en sus mentes.

Para el análisis estadístico, además de los estadísticos descriptivos usuales, se utilizó el Chi Cuadrado para el análisis de las asociaciones. La medición de la asociación se hará con el Coeficiente de Correlación de Pearson.







CAPÍTULO III

RESULTADOS

En primer lugar, es importante mencionar algunas características del grupo en conjunto con el fin de contextualizar los resultados. En cuanto a las características generales de la población, destacan la auto-percepción que cada participante tiene de sí mismo como estudiante, ya que el 55.5% de ellos se describe entre regular y malo. Seguidamente, el 94.7% percibe su salud general como buena, a pesar de que el 25% de la muestra indica consumir habitualmente cigarrillos, alcohol o drogas.

Además, el 42.8% de los participantes convive con más de seis personas en su hogar. Asimismo, se ha encontrado que el 52.6% de la muestra vive con su familia extendida. Como familia extendida se entiende que los participantes conviven con miembros de la familia nuclear (madre, padre y/o hermanos) y miembros que no corresponden a ella, como abuelos, tíos, primos, etc. Igualmente, se considera familia extendida cuando el participante solo vive con otros familiares mas no con miembros de su familia nuclear. De este modo, un dato relevante es que el 18.6% del total de participantes comparte su cama con alguien más.

Con respecto a datos relacionados a la vida social y familiar de los participantes, el 91.2% de ellos declaró que en momentos dónde se sienten muy mal emocionalmente, suelen buscar a un familiar, amigo y/o a su pareja para conversar. A pesar de mencionar a sus familiares como un soporte emocional, el 62.1% de la muestra expresa desear un cambio en la relación que tiene con sus padres. Entre los cambios indicados, los dos más resaltantes son el deseo de mejorar la calidad de la relación y tener mayor comunicación. Otro aspecto sobresaliente de la muestra, es que el 23.5% de ellos alguna vez ha tenido relaciones sexuales.

En el ámbito emocional, el 12.7% de los participantes manifiestan sentirse insatisfechos con su apariencia física. Así mismo, el 26% se aprecia a sí mismo como poco o nada atractivo. De este modo, ante la información obtenida sobre el total de la muestra, cabe resaltar que el 11.8% de ellos indica sentir emociones negativas la mayor parte del tiempo, principalmente destacan la angustia y la ansiedad.

Finalmente, el resultado más importante a analizar fue la presencia de auto-lesiones en el grupo. Del total de 456 participantes, 154 de ellos manifestaron haberse auto-lesionado en algún momento de sus vidas o continuar haciéndolo, el resto declaró nunca haberlo hecho. A partir de un análisis meticuloso de cada caso en particular, se encontró que del total de participantes que afirmó haberse auto-lesionado, 42 de ellos eran inconsistentes en sus respuestas. Asimismo, del total de

participantes que respondió nunca haberlo hecho, 13 de ellos eran inconsistentes en el conjunto de sus respuestas.

Para definir la presencia o ausencia del comportamiento auto-lesivo en el total de los 55 casos encontrados inconsistentes, se utilizaron cuatro criterios de clasificación definidos según el marco teórico de esta investigación y los aspectos principales del comportamiento de la auto-lesión.

Criterios de clasificación para definir qué casos inconsistentes sí se han auto-lesionado alguna vez en sus vidas o lo continúan haciendo:

1. El participante seleccionó al menos un tipo de auto-lesión en el ítem 8 del Cuestionario de Auto-lesión para Adolescentes.
2. El participante seleccionó al menos un motivo de su auto-lesión que esté relacionado a una emoción dolorosa o a una situación negativa, en el ítem 9 del Cuestionario.
3. El participante respondió al menos a dos de los ítems 10, 11 y 12 del Cuestionario, que hacen referencia a las emociones relacionadas al comportamiento.
4. En el ítem 16 del Cuestionario de Auto-lesión para Adolescentes, el participante tiene que haber respondido entre las opciones “Incierta” o “Imposible” que hacen referencia a la idea de muerte durante el comportamiento auto-lesivo.

Finalmente, los resultados de la muestra que sí se ha auto-lesionado en algún momento de su vida o lo continua haciendo se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2
Presencia de auto-lesión

Auto-lesión	f	%
Sí lo he hecho	125	27.4
Nunca lo he hecho	331	72.6

A continuación se analizarán las asociaciones que han sido encontradas entre la presencia o no de la auto-lesión y diversos factores demográficos, psicológicos y sociales explorados en este estudio. De esta manera, se continuará tomando en cuenta el total de la muestra, es decir, todos los escolares que participaron de este estudio.

Los resultados de las asociaciones demuestran que la auto-lesión en los adolescentes está asociada a una serie de variables relacionadas a sus datos personales, su situación familiar y social, sus cuerpos y la postura que tienen los escolares ante el malestar. Las tablas que reflejan la correlación entre la auto-lesión y las variables mencionadas se presentan a continuación.

Tabla 9

Auto-lesión y datos personales

Variable	Auto-lesión				Total f	%	χ^2
	Nunca lo he hecho		Si lo he hecho				
	f	%	f	%			
Sexo							5,672*
Femenino	121	66.5	61	33.5	182	100.0	
Masculino	210	76.6	64	23.4	274	100.0	
Año Escolar							7,284*
3ero	84	65.1	45	34.9	129	100.0	
4to	133	72.3	51	27.7	184	100.0	
5to	114	79.7	29	20.3	143	100.0	
Auto-percepción							4,517*
Regular / Malo	173	68.4	80	31.6	253	100.0	
Bueno	154	77.4	45	22.6	199	100.0	

*p < .05

Los datos personales que están asociados a la auto-lesión son: sexo, año escolar y la auto-percepción que tienen los adolescentes como estudiantes. En cuanto al sexo, se puede notar que la población total de hombres supera la cantidad de mujeres participantes de este estudio. A pesar de esta diferencia, el porcentaje de mujeres que se ha auto-lesionado alguna vez en su vida, o lo continua haciendo, es bastante mayor en comparación al porcentaje de hombres que declara haberlo hecho. En ese sentido, al considerar el total de la muestra de esta investigación, el 33.5% de mujeres y el 23.4% de hombres manifiestan tener un comportamiento auto-lesivo.

En relación al año escolar que los adolescentes están cursando, en tercero de media es donde se encuentra el mayor porcentaje de alumnos que declara tener o haber tenido un comportamiento auto-lesivo. A diferencia de los alumnos en 3ro de media, aquellos cursando 5to de media se ve que el 80% nunca se ha auto-lesionado. Finalmente, en cuanto a la auto-percepción que tienen los adolescentes como estudiantes se puede ver que en el grupo de adolescentes que se evalúa a sí mismo como un estudiante regular o malo, el 31.6% de ellos alguna vez se han auto-lesionado o lo continua haciendo.

Habiendo sido planteadas las asociaciones encontradas entre la presencia de la auto-lesión y los datos personales de la muestra, seguidamente, en la Tabla 10 se han expuesto las asociaciones que existen entre la auto-lesión y la situación familiar y social que viven los adolescentes. Las variables que están asociadas con el comportamiento auto-lesivo en esta agrupación son: la persona con quien los adolescentes hablan cuando se sienten terriblemente mal llamada 'Confidente', los deseos de cambio que los adolescentes tienen sobre la relación con sus padres, si es que los adolescentes tienen o no pareja y finalmente, si los adolescentes han tenido o no relaciones sexuales.

Al respecto, en relación al Confidente podemos ver que del total de estudiantes la gran mayoría cuenta con el apoyo de alguien para conversar cuando viven una situación de malestar. Asimismo, los porcentajes de los adolescentes que sí se auto-lesionan demuestran que ellos también tienen a alguien con quien hablar cuando se sienten terriblemente mal y a pesar de ello llevan a cabo un comportamiento auto-lesivo.

Tabla 10
Auto-lesión y situación familiar y social

Variable	Auto-lesión				Total		χ^2
	Nunca lo he hecho		Sí lo he hecho		f	%	
	f	%	f	%			
Confidente							10,209*
Nadie	12	57.1	9	42.9	21	100.0	
Amigo/Pareja	103	65.2	55	34.8	158	100.0	
Familiar	103	79.8	26	20.2	129	100.0	
Familiar, Amigo/Pareja y/o Profesional	96	74.4	33	25.6	129	100.0	
Cambios relación con padres							14,531*
Ninguno	140	80.9	33	19.1	173	100.0	
Más orgullo, tiempo y/o afecto	45	78.9	12	21.1	57	100.0	
Más calidad y comunicación	33	64.7	18	35.3	51	100.0	
Más calidad y comunicación asociado a algo más	45	63.4	26	36.6	71	100.0	
Más calidad y comunicación asociado a un conjunto de cambios	68	65.5	36	36.6	104	100.0	
Pareja							6,759*
No	65	84.4	12	15.6	77	100.0	
Sí	262	69.9	113	30.1	375	100.0	
Relaciones Sexuales							3,659*
No	259	74.9	87	25.1	346	100.0	
Sí	70	65.4	37	34.6	107	100.0	

*p < .05

En cuanto a los cambios que los adolescentes desean tener en la relación con sus padres, del total de la muestra la mayor cantidad de estudiantes declara no desear ningún cambio en la relación. Aún así, se puede notar que el mayor porcentaje de éstos son parte del grupo que nunca se han auto-lesionado. En cambio, en el grupo que sí se auto-lesiona, los porcentajes incrementan mostrando altos deseos de cambiar algo en la relación con los padres.

Por último, con respecto a la presencia de una pareja se puede notar que en el grupo de estudiantes que sí ha tenido o tiene pareja, el 30% de ellos alguna vez se ha auto-lesionado o lo continúa haciendo. Asimismo, se encuentra un resultado similar en el caso de las relaciones sexuales, donde un 34.6% de estudiantes que sí ha tenido relaciones sexuales también ha tenido un comportamiento auto-lesivo o lo continúa teniendo.

Además de los datos personales y los factores familiares y sociales del grupo de estudio que ya han sido analizados, otro aspecto de los estudiantes que está asociado a la auto-lesión es el corporal, ya que se han encontrado diversas variables relacionadas a sus cuerpos con una alta correlación con la auto-lesión. Las variables

presentadas en la Tabla 11 son piercing, que corresponde a si el estudiante se ha hecho o no un piercing en la cara o en otra parte del cuerpo; valoración que cada adolescente tiene sobre su atractivo y si éste se siente o no satisfecho con su cuerpo.

Tabla 11

Auto-lesión y el cuerpo

Variable	Auto-lesión				Total		χ^2
	Nunca lo he hecho f	%	Si lo he hecho f	%	f	%	
Piercing							6,173*
No	273	74.6	93	25.4	366	100.0	
Sí	50	61.0	32	39.0	82	100.0	
Valoración de atractivo							10,128*
Poco o Nada	74	62.2	45	37.8	119	100.0	
Atractivo/a	224	75.2	74	24.8	298	100.0	
Muy atractivo/a		86.2	4	13.8	29	100.0	
Satisfacción física							17,317*
No	29	50.0	29	50.0	58	100.0	
Sí	296	76.1	93	23.9	389	100.0	

*p < .05

Con respecto a la primera variable, piercing, se puede notar que un alto porcentaje, el 39%, de estudiantes que sí se ha hecho piercing, también se han auto-lesionado alguna vez o lo siguen haciendo. Igual de relevante es la siguiente variable, valoración de atractivo, ya que del total de adolescentes que siente que es poco o nada atractivo, el 37.8% de éstos lleva o ha llevado a cabo un comportamiento auto-lesivo. Finalmente, en cuanto a la satisfacción física que tiene el escolar con su cuerpo, del total de alumnos que respondieron que no se sentían satisfechos, el 50% de ellos forma parte del grupo que sí se auto-lesiona. De esta manera, podemos notar la importancia que tiene el cuerpo y los sentimientos que los escolares tienen hacia éste, en la presencia o no de la auto-lesión.

En ese sentido, además de encontrar que la valoración de los escolares hacia sus cuerpos está asociada a la auto-lesión, las emociones que el adolescente tiene la mayor parte del tiempo también están asociados a si este adolescente se auto-lesiona o no. Las variables presentadas en la Tabla 12 son el sentimiento predominante del estudiante y la acción que realiza ante una situación de malestar.

Tomando en cuenta los sentimientos que los adolescentes tiene la mayor parte del tiempo, del total de alumnos que manifiesta sentir con predominancia emociones negativas, el 48% de ellos también declara haberse auto-lesionado alguna vez en su vida o seguir haciéndolo. Seguidamente, un alto número de casos dice sentir emociones positivas la mayor parte del tiempo, pero al ver el porcentaje de los adolescentes que sí se auto-lesionan dentro de este grupo, notamos que el número de casos es bajo.

Al considerar la siguiente variable, la acción que los estudiantes toman ante una situación de malestar, vale la pena rescatar que del grupo que menciona reaccionar con evitación, actuación impulsiva y expresión de emociones, el porcentaje más alto de ellos, es decir el 53.9%, representa al grupo de adolescentes que sí se ha auto-lesionado.

Tabla 12
Auto-lesión y emociones

Variable	Auto-lesión						x ²
	Nunca lo he hecho		Sí lo he hecho		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Sentimientos predominantes							18,129*
Emociones negativas	28	51.9	26	48.1	54	100.0	
Emociones positivas	128	81.5	29	18.5	157	100.0	
Emociones negativas y positivas	175	71.7	69	28.3	244	100.0	
Acción ante malestar							41,142*
Evitación	113	83.7	22	16.3	135	100.0	
Evitación y expresión de emociones	175	76.1	55	23.9	230	100.0	
Evitación, impulsividad y expresión de emociones	41	46.1	48	53.9	89	100.0	

*p < .05

Hasta este punto, se han discutido los resultados sobre las características socio-demográficas de la muestra total, como también los factores asociados a la presencia o ausencia de la auto-lesión en los participantes. A continuación, el análisis de resultados se realizará únicamente tomando en cuenta los casos dónde sí se ha encontrado la presencia del comportamiento de la auto-lesión. Esto quiere decir que el número total de participantes en las siguientes tablas es de 125 casos, lo cual representa el 27.4% del total de la muestra, a este se le considerará el grupo de estudio.

A partir de lo establecido, se han tomado dos datos de la encuesta sobre factores asociados a la auto-lesión, que son sexo y edad.

Tabla 3
Sexo y Edad

Sexo	Edad				Total	
	Entre 14 y 15 años		De 16 a más		f	%
	f	%	f	%		
Femenino	34	27.2	27	21.6	61	48.8
Masculino	36	28.8	28	22.4	64	51.2
Total	70	56.0	55	44.0	125	100.0

Según lo establecido en la tabla anterior y a diferencia de los resultados utilizando toda la población de la muestra, al evaluar exclusivamente el grupo de estudio se encuentra que existe una cantidad casi equitativa en cuanto al sexo en los casos que sí se auto-lesionan. Por lo tanto, en este resultado encontramos que los hombres son los que se muestran con más tendencias auto-lesivas por una mínima

diferencia ante las mujeres. Podemos ver que las mujeres representan el 48.8% de los casos que sí se auto-lesionan y los hombres el 51.2%. Por otro lado, la cantidad de escolares que sí se auto-lesionan de edades entre 14 y 15 años es mayor a los que tienen de 16 años a más. Esto implica que la adolescencia media es el momento de mayor manifestación de la auto-lesión.

En la Tabla 4 a continuación se presenta el sentimiento que los participantes han declarado tener la mayor parte del tiempo y la acción que suelen realizar cuando se sienten terriblemente mal. De esta manera, es importante resaltar que un 20.8% del grupo de estudio mayormente siente solo emociones negativas. Las emociones negativas se refieren a tres grupos de emociones: tristeza, soledad y culpa, las cuales están agrupadas en afectos depresivos; preocupación, confusión, desesperación, ansiedad, estrés y miedo, las cuales corresponden al grupo angustia y ansiedad; y finalmente enojo, odio y descontrol que han sido agrupadas en emociones agresivas. Entre los sentimientos negativos, se ha encontrado que las emociones correspondientes a la angustia y la ansiedad son las que más destacan en un 55.2% de casos, así mismo los afectos depresivos también sobresalen en un 48% casos.

Además, un alto porcentaje siente con predominancia tanto emociones negativas como positivas. Las emociones positivas se refieren a alegría, placer, relaxo y tranquilidad.

Tabla 4
Características del grupo con auto-lesiones

Variable	f	%
Sentimientos predominantes		
Emociones Negativas	26	20.8
Emociones Positivas	29	23.2
Emociones positivas y negativas	69	55.2
No responde	1	0.8
Acción ante malestar		
Evitación	22	17.6
Evitación y expresión de emociones	55	44.0
Evitación, impulsividad y/o expresión de emociones	48	38.4

Por otro lado, la acción que los escolares mayormente toman ante una situación de malestar, es la evitación. Ejemplos de evitación serían: hacer ejercicio, escuchar música, aislarse, usar el Internet, dormir, dibujar, etc. Seguidamente, la segunda acción más recurrente es la expresión de emociones, que se refiere a acciones como llorar, hablar con alguien y volverse agresivo. Finalmente, la acción que menos realizan los escolares que sí se auto-lesionan, ante una situación de malestar, es la actuación de impulsos. Es decir, un bajo porcentaje de escolares acostumbran actuar impulsivamente cuando se sienten mal, realizando acciones como dejar de comer o comer en exceso, consumir drogas y/o alcohol, entre otras.

Después de tomar en cuenta el sentimiento predominante de los escolares que sí se auto-lesionan y la acción que toman ante una situación de malestar, la tabla a continuación muestra factores que están relacionados directamente con el comportamiento de la auto-lesión, éstos son: la edad en la que los escolares se auto-lesionaron por primera vez y por última vez, y la frecuencia del comportamiento.

Tabla 5
Factores asociados a la auto-lesión

Variable	f	%
Edad de primera vez		
Igual o menor a 12 años	51	40.8
De 13 años a más	64	51.2
No responde	10	8.0
Edad de última vez		
Igual o menor a 12 años	18	14.4
De 13 años a más	95	76
No responde	12	9.6
Frecuencia		
Solo lo hice una vez	57	45.6
Una vez cada dos meses o menos	32	25.6
Entre una o tres veces al mes	14	11.2
Semanal o más	13	10.4
No responde	9	7.2

El grupo de edades que se ha encontrado como más representativo para el momento de inicio del comportamiento de la auto-lesión es de 13 años a más. Llama la atención, que un 40.8% del grupo de estudio llevó a cabo su primera auto-lesión cuando tenía 12 años o menos. Seguidamente, la edad de la última auto-lesión que tiene una mayoría de casos es el grupo de 13 años a más. Como dato adicional, se puede mencionar que se ha encontrado que muchos de los escolares han mostrado que la edad de la última vez que se auto-lesionó, es su edad actual, por ende un gran porcentaje de escolares continua llevando a cabo este comportamiento en el presente. En ese sentido, es un mínimo porcentaje de escolares los que se auto-lesionaron por última vez a sus 12 años o menos.

Finalmente, con respecto a la frecuencia con la que el grupo de estudio realiza este comportamiento, podemos notar que existe aproximadamente la misma cantidad de escolares que declara haberlo hecho solo una vez en su vida, en comparación a aquellos que manifiestan hacerlo desde una vez cada dos meses o menos, hasta semanal o más.

Además de encontrar características relacionadas a la edad y la frecuencia del comportamiento auto-lesivo, también se han podido rescatar ciertas características relacionadas a la lesión en sí. La Tabla 6 presenta tres características de la lesión, en primer lugar el tipo de lesión, luego el motivo de la lesión y finalmente la idea de muerte presente al momento de llevar a cabo el comportamiento.

Tabla 6

Características de la lesión

Variable	f	%
Tipo de lesión		
Piel	65	52.0
Golpes y/o Superficie	19	15.2
Piel y Golpes con/sin Superficie	41	32.8
Motivo		
Curiosidad	20	16.0
Sentimiento de tristeza solo	16	12.8
Sentimiento de tristeza asociado a algo más	15	12.0
Sentimiento de tristeza asociado a un conjunto de motivos	55	44.0
Físico, Confusión/Carga y/o Problemas con relaciones	19	15.2
Idea de muerte		
Incierta: no sabía si viviría o moriría	20	16.0
Imposible: sabía que no moriría	100	80.0
No responde	5	4.0

En cuanto al tipo de lesión, aquella que resalta por tener el mayor porcentaje de casos es el que se realiza en la piel, ya que el 52.0% del grupo de estudio declara haberse hecho ese tipo de lesión. Dentro de la categoría piel, se encuentran acciones como cortarse la piel; marcarse palabras, letras y/o dibujos en la piel; meterse una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel; rascarse hasta hacerse una herida; frotarse en la piel una lija, un vidrio u otro material; quemarse con un cigarro, vela, encendedor, fósforo u otro objeto y morderse hasta atravesar la piel. El segundo tipo de lesiones que se ha encontrado ser utilizado por varios escolares en un 32.8% es una combinación de lesiones de tipo piel y golpes con/sin superficie. Dentro de las lesiones de tipo golpes se encuentran acciones como golpear la cabeza contra un soporte, hacerse moretones, pegarse a sí mismo o romperse un hueso. Finalmente, el 15.2% del grupo de estudio se hace lesiones del tipo golpes y/o superficie, estas últimas equivalen a acciones tales como pellizcarse, jalarse el pelo y presionarse los ojos.

En cuanto a los motivos que impulsan a los escolares a auto-lesionarse se puede notar en la Tabla 6 que el sentimiento de tristeza es la razón principal que los lleva a realizar este comportamiento ya que está presente en el 68.8% del grupo de estudio. Sentimientos de tristeza se refiere a sensaciones relacionadas a la soledad, la pérdida de un ser querido, la falta de amor y el afecto y/o la incapacidad de continuar viviendo, entre otras. Además, es importante resaltar que el sentimiento de tristeza asociado a un conjunto de motivos es la razón que mayormente predomina entre los motivos encontrados en el grupo de estudio. Otro motivo importante que se encontró en un 53.6%, son la confusión y la carga, como también los problemas en las relaciones interpersonales en un 48%. Confusión y carga hace referencia a respuestas como 'Me sentía molesto/a', 'Me sentía frustrado/a', 'Me sentía

inseguro/a', 'Sentía que yo era una molestia para los demás' y/o 'No quería causarles problemas a mi familia'. Por otro lado los problemas con relaciones implica que el escolar se auto-lesiona por que tuvo problemas con su mamá y/o papá, se sentía mal por la separación y/o la indiferencia de sus padres, terminó una relación de pareja y/o la pareja lo traicionó, tuvo problemas con los amigos/as y finalmente la sensación de rechazo. En un mínimo porcentaje encontramos los motivos relacionados con la curiosidad, la insatisfacción física y los problemas en el colegio.

La última característica de la lesión planteada en la Tabla 6 es la idea de muerte presente en los adolescentes mientras llevaban a cabo el comportamiento auto-lesivo la última vez. La mayoría de los escolares, es decir, el 80% de éstos, sabía que no moriría y que la posibilidad de muerte era imposible al realizar la lesión. De este modo, 100 escolares del grupo de estudio tuvo bajo control su comportamiento y sabía que al lesionarse no corría el riesgo de morir. Por otro lado, un mínimo porcentaje de escolares consideró que en su última auto-lesión la muerte era incierta, no sabían si vivirían o morirían.

Hasta el momento se han presentado los resultados del grupo de estudio en relación a sus sentimientos predominantes, sus acciones ante situaciones de malestar, las edades de la primera y última auto-lesión, la frecuencia del comportamiento y las características de sus lesiones. A continuación, la Tabla 7 presenta las emociones relacionadas con el momento de llevar a cabo la auto-lesión. Se han considerado las emociones que el escolar sentía antes de auto-lesionarse, mientras se auto-lesionaba y después de haberse auto-lesionado.

Tabla 7
Emociones relacionadas a la auto-lesión

Variable	f	%
Emociones antes		
Emociones Negativas	83	66.4
Emociones Positivas	22	17.6
Emociones positivas y negativas	14	11.2
Emociones durante		
Emociones Negativas	67	53.6
Emociones Positivas	31	24.8
Emociones negativas y positivas	21	16.8
Emociones después		
Emociones Negativas	69	55.2
Emociones Positivas	34	27.2
Emociones positivas y negativas	15	12.0

En la Tabla 7 las emociones presentadas han sido planteadas como categorías. Dentro del grupo de emociones positivas se encuentran una serie de emociones particulares, al igual que en el grupo de emociones negativas. El total de emociones, tanto las positivas como las negativas, forman parte del mismo conjunto

de opciones que los escolares tenían para responder sobre lo que sentían antes, mientras y después de la auto-lesión. Además, los adolescentes tenían la posibilidad de escoger más de una emoción en los tres casos (antes, mientras y después). Las emociones positivas equivalen a sentimientos de alegría, placer, relax y tranquilidad. En cambio las emociones negativas corresponden a sentimientos como la tristeza, soledad, culpa, enojo, odio, descontrol, preocupación/confusión, desesperación, ansiedad/estrés y miedo.

Definitivamente el grupo de emociones predominante en los escolares antes de auto-lesionarse son las emociones negativas. Dentro de las emociones negativas presentes antes de la auto-lesión, vale la pena mencionar que las emociones agresivas, como el enojo, el odio y el descontrol están presentes en un 48%; luego la siguientes emociones que están mayormente presentes son la angustia y ansiedad que se refieren a la desesperación, preocupación, confusión, estrés y miedo, en un 42.4%; finalmente los afectos depresivos se presentan en un 38.4% y equivalen a la tristeza, soledad y culpa. Aún así, existe un porcentaje notable equivalente al 28.8% que manifiesta sentir emociones positivas antes de realizar la auto-lesión.

En un segundo momento, mientras los escolares realizan la auto-lesión, siguen resaltando las emociones negativas, pero en menor medida, y más bien las emociones positivas han incrementado. Se ha encontrado que un 41.6% del grupo de estudio declara tener emociones positivas durante la auto-lesión. Aún así, también se ha encontrado que un 42.4% de casos manifiesta sentir angustia y ansiedad durante la auto-lesión, un 33.6% siente afectos depresivos, y un 31.2% siente emociones agresivas.

Finalmente, una vez que el comportamiento auto-lesivo termina, se puede notar que las emociones negativas siguen estando presentes en mayor medida, en especial la angustia y la ansiedad que se encuentran en un 41.6% del grupo de estudio y los afectos depresivos que se han encontrado en el 35.2% de la muestra. Aún así las emociones positivas también se encuentran en un gran número de escolares ya que el 39.2% de ellos declara sentir alegría, placer, relax y/o tranquilidad después de haberse auto-lesionado.

Una vez presentadas las emociones relacionadas a la auto-lesión, en la Tabla 8 presentada a continuación, se muestran los diversos tipos de afrontamiento que tienen los adolescentes ante su comportamiento auto-lesivo.

Tabla 8
Afrontamiento ante el comportamiento de auto-lesión

Variable	f	%
Esconde		
No	58	46.4
Sí	64	51.2
No responde	3	2.4
Motivo No Esconde		
Victimización	25	43.1
Indiferencia	12	20.7
No importancia	4	6.9
Exhibición	2	3.4
No responde	15	25.9
Motivo Sí Esconde		
Malestar interno	26	40.6
Rechazo de los otros	15	23.4
Temor y desconfianza	14	21.9
No responde	9	14.1
Ayuda		
Sí	27	21.6
No	95	76
No responde	3	2.4
Motivo Sí Ayuda		
Para olvidar	1	3.7
Miedo al desborde	1	3.7
Necesitaba apoyo	2	7.4
Conciencia del problema	18	66.7
No responde	5	18.5
Motivo No Ayuda		
Miedo	5	5.3
Control	8	8.4
Desesperanza	9	9.5
Reserva	23	24.2
Negación	27	28.4
No responde	23	24.2
Ayuda de quién		
Nadie	70	56.0
Amigo / Pareja	20	16.0
Familiar	13	10.4
Profesional y/o Amigo/Pareja y/o Familiar	16	12.8
No responde	6	4.8

Los datos presentados en la Tabla 8, demuestran que un alto porcentaje de los escolares esconde las heridas y/o lesiones que han sido ocasionadas por ellos mismos de manera intencional. Aún así, muchos de ellos manifiesta no esconder sus heridas. Algunas de las explicaciones que dan razón a por qué estos escolares esconden sus heridas son sentimientos de vergüenza, temor al desprecio y/o a la discriminación, por reserva ya que no quieren ser juzgados o cuestionados, no quieren que otros sientan lástima por ellos, por que es un comportamiento íntimo, temor ante ser llamados locos o enfermos, no quieren ser castigados, no quieren que otros piensen que lo hacen para llamar la atención, no quieren que los molesten, por desconfianza, entre otras razones similares. Por otro lado, en el caso de los escolares que no esconden sus heridas, ellos mencionan que las razones por las cuales muestran sus heridas son que quieren que los otros aprendan de sus propios errores,

que las heridas igual se notan, también declaran que no se avergüenzan de lo que hacen, que no es nada grave o que no le dan importancia, que lo hacen para llamar la atención, por otro lado otros dicen que si alguien les pregunta sobre las heridas ellos mienten sobre cómo se las hicieron, entre otras respuestas.

Otro tipo de afrontamiento ante el comportamiento de auto-lesión es si es que los escolares han buscado o no ayuda para tratar este tema. Como se puede ver en la Tabla 8, la gran mayoría de escolares nunca ha buscado ayuda de nadie para hablar sobre sus auto-lesiones o para buscar ayuda ante este comportamiento. Solo una minoría de adolescentes del grupo de estudio ha buscado ayuda sobre su comportamiento. Entre las personas a las que han acudido en busca de ayuda, un amigo/a y/o la pareja han aparecido como los confidentes a los que más recurren para hablar sobre sus auto-lesiones. Un familiar también parece ser una persona de confianza a quien suelen buscar para compartir su experiencia. La persona de la cual menos buscan ayuda ante el comportamiento auto-lesivo es a un profesional, ya sea este profesor, doctor, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, curandero, etc.

Es importante mencionar que los escolares explicaron por qué habían buscado o no ayuda de alguien para hablar sobre su comportamiento auto-lesivo. Entre los que respondieron que sí habían buscado ayuda, manifestaron que necesitaban consejo para saber qué hacer o para ya no sentirse así, otros declararon razones como por ejemplo que se sentían confundidos, por que querían curarse, no querían volver a hacerlo, se sentían tontos, sabían que no estaba bien lo que habían hecho, tenían miedo de hacerse daño, para olvidarlo y/o para obtener la opinión de otros. En cambio, los escolares que expresaron nunca haber buscado ayuda de nadie, dieron varias respuestas para justificar esta desición, entre ellas explicaron que no lo habían hecho por que sus auto-lesiones eran algo que podían solucionar por sí solos; que su comportamiento no era grave o importante; por que no quieren que otros sepan sobre sus cosas personales; por que no quieren tener problemas; por que sabían que no estaba bien; por que sentían que nadie los entendería; por que auto-lesionándose se sienten bien; por que nadie los podría ayudar; por que les gusta hacere heridas; por que les da miedo o vergüenza; y por que prefieren estar solos, entre otras razones.

Hasta aquí, hemos podido apreciar el detalle de las variables descriptivas de la auto-lesión como un comportamiento único considerando como población el grupo de adolescentes que sí se auto-lesiona. Adicionalmente, se han encontrado asociaciones entre las variables socio-demográficas y las variables descriptivas del comportamiento de auto-lesión en el grupo de estudio. En las tablas a continuación

se presentarán las asociaciones respectivas considerando el número total de los adolescentes que forman parte del grupo de estudio.

En la Tabla 13 podemos notar que dentro del grupo de estudio, el sexo está asociado a diversas variables exploradas, entre ellas están: los deseos de cambio en la relación con los padres, la satisfacción física, el sentimiento que tienen los estudiantes la mayor parte del tiempo, la acción que realizan los adolescentes ante una situación de malestar y la edad en la que llevaron a cabo la auto-lesión por primera vez.

Al considerar los deseos de cambio que los adolescentes quieren en la relación con sus padres, cabe resaltar que en todos los casos que implican un cambio, las mujeres abarcan un mayor porcentaje en comparación a los hombres. Por consiguiente, en el grupo de escolares que no desea ningún cambio en la relación con sus padres, el número de casos que son hombres representa el 78.8%.

Por otro lado, en relación al cuerpo también se encuentran diferencias entre los sexos. Con respecto a la satisfacción física, las mujeres reflejan estar más descontentas con su físico, en cambio los hombres parecen sentirse más satisfechos con su apariencia física. Seguidamente, las mujeres también representan el mayor porcentaje dentro del grupo de adolescentes que sí tienen un piercing.

Tabla 13
Sexo y factores asociados

Variable	Sexo				Total		x ²
	Femenino		Masculino		f	%	
	f	%	f	%			
Cambios relación con padres							13,816**
Ninguno	7	21.1	26	78.8	33	100.0	
Más orgullo, tiempo y/o afecto	7	58.3	5	41.7	12	100.0	
Más calidad y comunicación	10	55.6	8	44.4	18	100.0	
Más calidad y comunicación asociado a algo más	16	61.5	10	38.5	26	100.0	
Más calidad y comunicación asociado a un conjunto de cambios	21	58.3	15	41.7	36	100.0	
Satisfacción física							8,813**
No	21	72.4	8	27.6	29	100.0	
Sí	38	40.9	55	59.1	93	100.0	
Piercing							4,873*
No	40	43.0	53	57.0	93	100.0	
Sí	21	65.6	11	34.3	32	100.0	
Sentimiento predominante							10,232**
Emociones negativas	17	65.4	9	34.6	26	100.0	
Emociones positivas	7	24.1	22	75.9	29	100.0	
Emociones negativas y positivas	36	52.2	33	47.8	69	100.0	
Acción ante malestar							15,675***
Evitación	3	13.6	19	86.4	22	100.0	
Evitación y expresión de emociones	27	49.1	28	50.9	55	100.0	
Evitación, impulsividad y expresión de emociones	31	64.6	17	35.4	48	100.0	
Edad de primera vez							8,657**
Igual o menor a 12 años	17	33.3	34	66.7	51	100.0	
De 13 años a más	39	60.9	25	39.1	64	100.0	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

En cuanto al sentimiento que el grupo de estudio tiene la mayor parte del tiempo, dentro del total de participantes que manifiesta sentir emociones negativas, el porcentaje de mujeres es mayor. A diferencia de lo anterior, los hombres abarcan el mayor porcentaje de estudiantes que declara sentir emociones positivas la mayor parte del tiempo. Además de encontrar diferencias entre las emociones predominantes en cada sexo, al tomar en cuenta la acción que realizan los adolescentes ante una situación de malestar, resalta el alto porcentaje que las mujeres representan dentro del grupo de adolescentes que actúa a través de la evitación, acciones impulsivas y expresión de emociones en comparación al alto porcentaje que los hombres representan dentro del grupo de adolescentes que actúa solo con evitación.

Continuando con las diferencias de sexo dentro del grupo de estudio, la última variable analiza la edad en la que los adolescentes se auto-lesionaron por primera vez. Es importante mencionar que en la categoría de estudiantes que se auto-lesionó por primera vez a los 12 años o menos, sobresale el porcentaje de hombres en mayor cantidad, y en la categoría de estudiantes que se auto-lesionó por primera vez a los 13 años o más, resaltan las mujeres con un 60.9% de casos.

Una vez exploradas las diferencias entre los sexos en el grupo de escolares que sí se auto-lesiona, se halló otra variable que se asocia a diversos factores relacionados a este comportamiento. Por lo tanto, en la siguiente tabla se analizará la edad de la primera vez que los adolescentes se auto-lesionaron, ya que se han encontrado una serie de factores que están asociados a esta variable. Entre las variables relacionadas se encuentran el sentimiento que el grupo de estudio siente la mayor parte del tiempo, las acciones que llevan a cabo ante una situación de malestar y el tipo de lesión que se hacen al momento de auto-lesionarse.

Tabla 14
Edad de primera vez y factores asociados

Variable	Edad de primera vez						χ^2
	Igual o menor a 12		De 13 años a más		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Sentimiento predominante							10,228**
Emociones negativas	10	41.7	14	58.3	24	100.0	
Emociones positivas	18	72.0	7	28.0	25	100.0	
Emociones negativas y positivas	23	34.8	43	65.2	66	100.0	
Acción ante malestar							8,930*
Evitación	13	72.2	5	27.8	18	100.0	
Evitación y expresión de emociones	24	46.2	28	53.8	52	100.0	
Evitación, impulsividad y expresión de emociones	14	31.1	31	68.9	45	100.0	
Tipo de lesión							11,338**
Piel	19	31.7	41	68.3	60	100.0	
Golpes y/o Superficie	11	78.6	3	21.4	14	100.0	
Piel y Golpes con/sin Superficie	21	51.2	20	48.8	41	100.0	

*p < .05; **p < .01

En la Tabla 14 podemos apreciar que dentro del grupo de los adolescentes que sienten emociones positivas la mayor parte del tiempo, llama la atención que el mayor porcentaje de casos represente a los escolares que se auto-lesionaron por primera vez a los 12 años o menos. Además, cabe resaltar que la mayor cantidad de adolescentes siente emociones negativas y positivas la mayor parte del tiempo, en especial los adolescentes que empezaron a auto-lesionarse a los 13 años o más.

La siguiente variable relevante es la acción que los adolescentes toman cuando se enfrentan a una situación de malestar. En este caso, la categoría evitación, actuación impulsiva y expresión de emociones representa un alto número de casos. Además, se puede notar que este tipo de acciones son mayormente llevadas a cabo por los adolescentes que se auto-lesionaron por primera vez a los 13 años o más. En cambio, en el grupo de adolescentes que emplea la evitación como única acción, resaltan los escolares que se auto-lesionaron por primera vez a los 12 años o menos.

Por último, el tipo de lesión que mayormente realizan los adolescentes que sí se auto-lesionan son aquellas que se hacen en la piel. Dentro de esta categoría, se puede ver en la Tabla 14 que los adolescentes que se auto-lesionaron por primera vez a los 13 años o más representa el mayor número de casos. En cambio, en la categoría que figura como golpes y/o superficie, el grupo de adolescentes que se auto-lesionó por primera vez a los 12 años o menos representa el mayor porcentaje, equivalente al 78.6% de casos.

Hasta el momento se han presentado dos variables (sexo y la edad de la primera vez) que están asociadas a diversos factores socio-demográficos explorados en esta investigación. A continuación, se continúa tomando en cuenta solo el grupo de estudio para presentar en la Tabla 15 otra variable que está asociada a diversos factores que es la cantidad de veces que los adolescentes han tenido un comportamiento auto-lesivo. Entre los factores asociados figuran el sentimiento que los escolares tienen la mayor parte del tiempo y el sentimiento que el grupo de estudio tiene después de llevar a cabo una auto-lesión.

Definitivamente lo más resaltante de la Tabla 15 es que del total de adolescentes que sienten emociones negativas la mayor parte del tiempo, el 86.4% de ellos manifiesta haberse auto-lesionado tres veces o más. Asimismo, del total que dice sentir emociones positivas la mayor parte del tiempo, un porcentaje equivalente al 84.6% también declara haberse auto-lesionado tres veces o más.

Tabla 15

Cuántas veces se ha auto-lesionado y factores asociados

Variable	Cuántas veces						χ^2
	Una o dos veces		Tres veces o más		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Sentimiento predominante							7,799*
Emociones negativas	3	13.6	19	86.4	22	100.0	
Emociones positivas	4	15.4	22	84.6	26	100.0	
Emociones negativas y positivas	24	38.7	38	61.3	62	100.0	
Emociones después							12,659**
Emociones negativas	25	42.4	34	57.6	59	100.0	
Emociones positivas	4	12.1	29	87.9	33	100.0	

* $p < .05$; ** $p < .01$

Por otro lado, en cuanto al sentimiento que el grupo de estudio tiene después de haber llevado a cabo la auto-lesión, es sumamente interesante evaluar que en el grupo de escolares que expresa sentir emociones positivas, el 87.9% de ellos igualmente forma parte de los adolescentes que se ha auto-lesionado de tres veces a más. En cambio, un porcentaje notable dentro de los adolescentes que siente emociones negativas después de haberse auto-lesionado, explica haberlo echo una o dos veces y no más.

Finalmente, se hallaron dos conjuntos de asociaciones relacionadas al comportamiento de la auto-lesión, ellas son: el motivo por el cual el adolescente se auto-lesiona y si es que éste esconde o no sus heridas; y el sentimiento que el grupo de estudio tiene antes de auto-lesionarse y la auto-percepción que tienen de sí mismos como estudiantes.

De la Tabla 16 es interesante rescatar que dentro del grupo que manifiesta como motivo de sus auto-lesiones el sentimiento de tristeza asociado a algo más o a un conjunto de motivos, la mayoría de adolescentes sí esconde sus heridas. En cambio, del grupo de escolares que se auto-lesionó o lo sigue haciendo por curiosidad, el 80% de ellos no esconde sus lesiones.

Tabla 16

Esconde o no sus heridas y motivo de auto-lesión

Motivo	Esconde					
	No		Sí		Total	
	f	%	f	%	f	%
Curiosidad	16	80.0	4	20.0	20	100.0
Sentimiento de tristeza solo	7	43.7	9	56.3	16	100.0
Sentimiento de tristeza asociado a algo más	4	28.6	10	71.4	14	100.0
Sentimiento de tristeza asociado a un conjunto de motivos	21	39.6	32	60.4	53	100.0
Físico, Confusión/Carga y/o Problemas con relaciones	10	52.6	9	47.4	19	100.0

$\chi^2 = 12,091$ ($p < .05$)

Para concluir, en la Tabla 17 podemos notar que del total de participantes que siente emociones negativas antes de auto-lesionarse, un alto porcentaje de ellos declara tener una auto-percepción regular o mala de sí mismo como estudiante. En

cambio, en el caso de los adolescentes que sienten emociones positivas antes de auto-lesionarse, un gran porcentaje de ellos tiene una auto-percepción buena de sí como estudiante.

Tabla 17

Auto-percepción como estudiante y sentimiento antes de auto-lesión

Emociones antes	Auto-percepción como estudiante					
	Regular / Malo		Bueno		Total	
	f	%	f	%	f	%
Emociones negativas	55	66.3	28	33.7	83	100.0
Emociones positivas	9	40.9	13	59.1	22	100.0
Emociones negativas y positivas	11	78.6	3	21.4	14	100.0

$\chi^2 = 6,443$ ($p < .05$)

En resumen, se han analizado diversas variables socio-demográficas en relación al total de escolares que participaron de esta investigación como también se presentaron las asociaciones halladas entre la presencia o ausencia de la auto-lesión y diversos factores. Luego, se tomó en cuenta únicamente el grupo de estudio para analizar las características del comportamiento auto-lesivo que fueron encontradas en los adolescentes y finalmente, se analizaron las asociaciones encontradas entre variables socio-demográficas y variables descriptivas del comportamiento auto-lesivo.

En relación a la muestra total de adolescentes que participaron de este estudio, el principal hallazgo es que existe un alto porcentaje de casos, el 27.4%, que manifiesta haberse auto-lesionado. Al continuar analizando los resultados de esta población, encontramos que este comportamiento está asociado al sexo, con una mayor presencia en las mujeres en un 33.5%; a la satisfacción física, ya que en el grupo que no se siente satisfecho con su físico, el 50% se auto-lesiona; y a los sentimientos que la población siente la mayor parte del tiempo, dado que del grupo de estudiantes que mayormente siente emociones negativas, el 48.1% lleva a cabo el comportamiento.

Finalmente, considerando únicamente el grupo de estudiantes que sí se auto-lesiona, se ha podido apreciar a profundidad las características que acompañan este comportamiento. Principalmente se ha encontrado que al tomar solo el grupo de estudio, el porcentaje de hombres que se auto-lesiona supera al porcentaje de mujeres. Además, la lesión mayormente manifestada es la de tipo piel en un 52%, y el motivo que una mayoría de estudiantes da ante este comportamiento es el sentimiento de tristeza. Por otro lado, antes de la auto-lesión el porcentaje de emociones positivas es menor y a medida que va transcurriendo el comportamiento, estas emociones incrementan. Por último, se encuentran asociaciones relevantes entre el sexo y el sentimiento que tienen la mayor parte del tiempo; entre cuántas veces se da la auto-lesión y las emociones que sienten después de ésta; y la relación entre el motivo del comportamiento y si el estudiante esconde o no la lesión.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

A continuación pasaremos a analizar detalladamente las auto-lesiones encontradas en el grupo de estudio y los factores asociados a este comportamiento. En la presente investigación, se ha encontrado que existe una incidencia de 27.4% de escolares que se han auto-lesionado alguna vez en su vida o que lo continúa haciendo. Esto demuestra que existe una alta probabilidad de que haya un considerable porcentaje de escolares, cursando los últimos tres años de secundaria en colegios estatales de Lima, que esté llevando a cabo este comportamiento. Es importante recordar que en el estudio realizado por Vásquez (2009) también se encontró que un porcentaje similar de su muestra se había auto-lesionado aunque sea una vez en su vida. Por otro lado, la presencia de la auto-lesión en los adolescentes de nuestra población se asemeja a los resultados de investigaciones realizadas en los últimos años en México (González-Forteza et al, 2005), Canadá (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005) y Estados Unidos (Muehlenkamp y Gutierrez, 2004; Lloyd Richardson et al. 2007).

Tomando en cuenta la revisión de la literatura hecha sobre el tema, el sexo femenino es el que típicamente manifiesta un mayor comportamiento auto-lesivo en comparación al hombre (Gratz y Chapman, 2007). En esta investigación se ha encontrado que al considerar la cantidad total de adolescentes que participaron de este estudio, la auto-lesión está más presente en mujeres que en hombres. Es decir, en proporción al total de mujeres y de hombres de la muestra, las mujeres que sí se auto-lesionan representan el 33.5% y los hombres el 23.4%. Si bien se ha establecido que las auto-lesiones ocurren principalmente en las mujeres, actualmente la aparición de este comportamiento está incrementando cada vez más en hombres (Conterio y Ladder, 1998). De este modo, al evaluar los resultados obtenidos utilizando únicamente el grupo de adolescentes que se auto-lesiona, la cantidad de hombres y mujeres dentro de este grupo es casi equivalente ya que los hombres representan el 51.2% y las mujeres el 48.8%. En ese sentido, se podría señalar que existe una mayor tendencia del sexo femenino hacia la auto-lesión en comparación al sexo masculino, pero al tomar el grupo masculino por sí solo existe una alta probabilidad de encontrar un porcentaje significativo de ellos que lleva a cabo este comportamiento (Taboada, 2007).

Una explicación a esta tendencia es que las mujeres son más vulnerables al desequilibrio emocional y tienen mayores dificultades para enfrentar situaciones de

malestar. Linehan (1993) explica que este factor es altamente encontrado en casos femeninos de auto-lesión y enfatiza que el rol de la “vulnerabilidad emocional” se refiere específicamente a la reactividad emocional, es decir, la alta sensibilidad ante estímulos emocionales; y a la intensidad emocional, que se refiere a una tendencia hacia reacciones extremas. Se piensa que este mayor porcentaje en las jóvenes se atribuye a factores como los afectos depresivos y los problemas sentimentales, ya que se ha encontrado que las mujeres tienen una forma más interna y silenciosa de expresar sus emociones dolorosas y parecen ser más sensibles que los hombres a ciertos cambios y/o problemas familiares y sociales (Conterio y Ladder, 1998). Los hombres, por su parte, tienen una mayor tendencia a expresar sus emociones de malestar a través de la fuerza y la rebeldía, de ese modo utilizan la violencia como modo de resolver sus conflictos. Por esta razón, los hombres están usualmente involucrados en situaciones de agresión, delincuencia, y consumo de drogas y alcohol, ya que ellos suelen expresar sus emociones hacia un otro externo a sí mismo (Carabí y Segarra, 2000). Aún así el aumento de auto-lesiones en el sexo masculino podría estar reflejando que los hombres están buscando otras formas de expresar su malestar, de este modo nos podríamos preguntar si la agresión y la violencia ya no genera una sensación de alivio para los hombres y por ende buscan medios igual de agresivos pero más íntimos y personales para expresar sus emociones (Burín, 1996).

Retomando los resultados de la investigación realizada por Vásquez (2009) encontramos que las mujeres de la muestra manifestaron una mayor incidencia de conductas auto-lesivas y además los resultados demostraron que el grupo con mayores niveles de alexitimia también presentaba la mayor incidencia de auto-lesión. En ese sentido, en una investigación realizada por Gratz (2007) se encontró que la inexpresividad emocional tiene una asociación significativa con una mayor frecuencia de auto-lesiones en las mujeres. De este modo, la autora afirma que existe evidencia para sustentar que las diferencias individuales, con respecto a las respuestas emocionales, juegan un rol importante en el desarrollo de la auto-lesión. Además, en el mismo estudio, se descubre que la frecuencia del comportamiento auto-lesivo en mujeres está asociado a una combinación de alta inexpresividad emocional, mayor presencia de afectos negativos en cuanto a su intensidad y reactividad emocional; y alta evidencia de maltrato físico y psicológico.

Por lo tanto, considerando la información teórica de esta investigación, hay que tener presente que la auto-lesión tiene una alta relación con el trauma, definiendo éste como una interrupción significativa en la infancia. El trauma más recurrente en los auto-lesionadores es el abuso físico y sexual (Czarnopys, 2002). En nuestra sociedad, este tipo de abuso está más presente en las mujeres a diferencia de los

hombres. El Informe Mundial sobre la Salud y Violencia de la OMS señala que la violencia es un problema que genera graves daños psíquicos, físicos, privaciones y deficiencias en el desarrollo de las personas (Guezmes, Palomino y Ramos, 2002). Al respecto, en Lima, seis de cada diez embarazos en niñas de 11 a 14 años de edad son producto del incesto o violación (Beteta, 2005). Seguidamente, se calcula que en el 2002 a un nivel global, 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han experimentado relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico (Pinheiro, 2006). En ese sentido, retomando el estudio de Gratz (2007), se encontró que la frecuencia de la auto-lesión en las mujeres está altamente asociado a experiencias de maltrato como abusos sexuales y violencia física en la infancia temprana, negligencia emocional por parte de los padres y sobreprotección/control psicológico de los padres. De esta manera, este tipo de traumas pueden ser encontrados con mayor facilidad en mujeres limeñas que en hombres, asimismo estas experiencias han sido identificadas como factores determinantes de la frecuencia del comportamiento auto-lesivo en grupos de mujeres.

Finalmente, el último factor asociado al sexo que se halló en este estudio es el sentimiento predominante en los escolares y la presencia de malestar a causa de diversas variables. Tomando en cuenta el grupo que predominantemente siente emociones negativas, la mayoría de casos son mujeres ya que ellas manifestaron sentir ansiedad la mayor parte del tiempo, a diferencia del hombre que declara mayormente sentir emociones positivas. En ese sentido, cabe recordar que la auto-lesión ha sido definida por Karl Menninger como una estrategia para poder mantener la ansiedad a un nivel que sea manejable (Conterio y Lader, 1998). De ese modo, algunos motivos, con respecto a la diferencia de emociones presentes en cada sexo, se pueden notar en los resultados del presente estudio a través de un par de variables que reafirman la predominancia de malestar en la mujer en comparación al hombre. En primer lugar, tomando en cuenta la relación que los participantes tienen con sus padres, una mayor cantidad de mujeres declara tener deseos de cambios en esta relación. Es decir, el hombre parece sentir más tranquilidad en la relación que lleva con sus padres en comparación de las mujeres que manifiestan un mayor descontento en este aspecto. Seguidamente, un alto porcentaje de mujeres se sienten mal con su aspecto físico y no están satisfechas con sus cuerpos, en cambio una mayoría de hombres declara sentirse satisfecho con su físico.

Considerando los factores asociados a las diferencias entre los sexos en relación a la manifestación de auto-lesión, éstos se ven reflejados de manera más integral en las condiciones particulares y distintivas que han experimentado y viven actualmente las mujeres y los hombres a un nivel socio-cultural y psíquico-corporal.

Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo genera diferencias entre los géneros, sino que, a la vez, esas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ellos. En ese sentido, nuestra cultura patriarcal ha utilizado diversos recursos para crear una identidad masculina y una femenina diferenciada: para los hombres el poder racional y poder económico; para las mujeres, el poder maternal y de los afectos (Fernández, 1996). De ese modo, las mujeres han desarrollado condiciones afectivas para poder desempeñar sus roles domésticos con eficacia: para el rol de esposa, la docilidad, la comprensión, la generosidad; para el rol maternal, la expresión de amor y cuidado, el altruismo, la capacidad de contención emocional; para el rol de ama de casa, la disposición sumisa para servir, la receptividad, y ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad y de dominación. En cambio el hombre ha sido inmerso en la formación profesional, el ejercicio de la autoridad, la búsqueda de reconocimiento social, prestigio y éxito; la superioridad sobre las personas, la competitividad, la capacidad de ser proveedor y con ello se acompaña de la propiedad de la razón y emociones frías tales como distancia afectiva e indiferencia. Es así como esta distribución de áreas crea en cada sexo claras definiciones sobre cómo pensar, actuar y desarrollar sus afectos lo cual ha tenido efectos específicos sobre la salud mental de hombres y mujeres de manera diferenciada como se ha podido apreciar en este estudio (Burin y Bonder, 1982; Burín, 1996; Carabí y Segarra, 2000).

En cuanto a la psiquis, el psicoanálisis explica, según las diferencias entre los sexos, que la construcción de los deseos, discursos y prácticas que tienen los individuos son concebidos a través del cuerpo y el inconsciente de manera integral. De ese modo, existe un cuerpo pensante que habla, que expresa el conflicto psíquico y que reacciona de forma inesperada e irracional; es también un cuerpo que recibe e interpreta las percepciones olfativas, táctiles, visuales y auditivas y con ello va tejiendo vínculos con emociones como el sufrimiento, la angustia y el placer. Es así que el cuerpo es territorio tanto de la simbolización psíquica como de la socio-cultural. De esta manera, cada sujeto elabora en su inconsciente la diferencia sexual y a partir de ese proceso se va posicionando su construcción de la masculinidad y feminidad (Butler, 1996). Como consecuencia, Beauvoir (1973) plantea la idea de que un individuo no nace mujer u hombre, sino que llega a serlo, no solo a través de una construcción social-cultural, sino afirma mas bien que este desarrollo es realizado por el individuo en sí mismo. En ese sentido, la realidad corporal se ha localizado y definido dentro de un contexto social, pero a la vez, el cuerpo es también una situación ante la cual el individuo debe asumir e interpretar el conjunto de atribuciones recibidas. Por esta razón, concluye que el cuerpo de un individuo es uno

de los elementos esenciales del desarrollo de su psiquis y de su situación en el mundo (Lamas, 2000).

Continuando con la relevancia del cuerpo en este estudio, a ojos de nuestra sociedad la belleza física ha recibido una consideración altamente importante, en especial para las mujeres. La belleza del hombre suele depender más de su estado físico y su eficiencia; y la belleza de la mujer tiene una relación explícita con su compleción y aspecto físico. En la actualidad, el cuerpo debe contar con suficiente atractivo sexual e interpersonal para que el individuo logre integrarse al medio socio-cultural en el que se desenvuelve (Kogan, 2006). De esta manera, la auto-estima también se ve afectada por la propia satisfacción corporal que tienen las personas, ya que existe una tendencia a valorarse a sí mismo según lo que uno piensa acerca de su propio cuerpo y en lo que imagina que piensan los demás acerca del mismo. Según explica Toro (2008), existe un momento en el cual la apariencia del cuerpo y su socialización se interiorizó en los individuos como una norma. A su vez, el autor declara que toda interiorización de una norma que el individuo no logre cumplir, generará en él ansiedad.

Al respecto, tomando en cuenta el grupo que ha demostrado sentirse poco o nada atractivo en este estudio, se encuentra que un alto porcentaje de ellos alguna vez en su vida se ha auto-lesionado o lo continua haciendo. Además, del total de adolescentes que no se siente satisfecho con su físico, la mitad de ellos manifiesta comportamientos auto-lesivos. En la actualidad, el mensaje continuo en relación al cuerpo implica modificaciones corporales que obligan a los individuos a *atender* el cuerpo. El momento en el que el cuerpo se pone en cuestión es ahora cada vez más temprano, lo que conlleva a que el adolescente deba afrontar su problemática corporal siendo cada vez menor, de esta manera se van creando fijaciones corporales cada vez más ansiógenas (Kogan, 2006; Toro, 2008).

Existen diversos factores que entran en juego al ver el incremento de preocupación y ansiedad hacia la apariencia: los medios de comunicación se han encargado de difundir la publicidad hacia el pro-adelgazamiento; la moda, y con ello la disminución de las tallas en las prendas; el sinnúmero de modificaciones corporales que ahora son posibles, como cambiar el color del cabello y la piel; el embellecimiento y rejuvenecimiento del rostro con cremas y maquillaje; la cirugía plástica para obtener el cuerpo y el rostro deseado; entre otros. De esta manera, trabajar el cuerpo adornándolo y decorándolo es, en el presente, una de las maneras de expresarse más destacadas (Le Breton, 2002). Seguidamente, el crecimiento de la aplicación de tatuajes y piercings en el cuerpo ha sido asociado a una lucha por los individuos para conseguir una identidad propia realizándose símbolos permanentes

en la piel. Alterar el cuerpo se ha convertido en una forma de juego y decoración corporal, de asumir una máscara e interpretar un rol, de buscar una manera de sentirse más vivo y real, de combatir sentimientos de alienación y de explorar los límites del propio yo (Hewitt, 1997). Finalmente, otro factor importante de mencionar con respecto al cuerpo es que en la modernidad se configuró, por cuenta de los paradigmas médicos y biológicos, que el cuerpo es una figura objetiva con un funcionamiento mecánico y autónomo. Surgió así la noción de un cuerpo escindido del hombre y desprovisto de subjetividad, frente a la imagen que el individuo tenía de sí mismo en las culturas premodernas, que era indisoluble del cuerpo y en continuidad con la comunidad, la naturaleza y el cosmos (Corbin, 2005).

Hasta este punto se ha discutido la relación del sexo con la auto-lesión y las diferencias entre los géneros que influyen en el desarrollo de este comportamiento. Además hemos analizado el rol de la apariencia y las modificaciones corporales en este fenómeno. Ahora, nos preguntamos ¿qué relación tiene el cuerpo y qué función cumple en el desarrollo de la auto-lesión?. Según Favazza (1996), la piel es el espacio significativo para el auto-lesionador ya que él plantea que a un nivel psicológico y social la piel es un órgano sumamente complejo. El autor mencionado, explica que la piel es el espacio dentro del cual vivimos normalmente y todo lo que está contenido al interior de la piel es considerado el yo, todo lo demás es el no-yo. Por lo tanto, la piel representa la frontera entre el mundo exterior y el mundo interior, del ambiente y del yo personal. De manera que, la piel mantiene y contiene el cuerpo y la “ego piel” contiene y mantiene la psique. A través de la piel, un individuo recibe sus primeras sensaciones en el contacto con la madre cuando es bebé y eventualmente va elaborando su propio yo. Aún así, el individuo conserva un aspecto maternal esencial dentro de sí y en el caso de que el “ego piel” haya sido perjudicado durante sus primeros años de infancia por una malnutrición de la madre, esto podría generar que el individuo utilice el dolor físico de la auto-lesión para repararse. De esta manera, el individuo estaría atacando a la madre interiorizada a través de sus auto-lesiones (Hibbard, 1994).

Otras teorías indican que agredir el propio cuerpo es una táctica para combatir la fragmentación psicológica o la disociación, de ese modo a través de la auto-lesión el individuo logra integrar el aspecto corporal y emotivo de sí mismo (Jones, 2001). Es así que al retomar los planteamientos teóricos de esta investigación, notamos que el dolor puede psicológicamente alterar la conciencia al afectar la química cerebral y el flujo de neurotransmisores. De ese modo, el dolor inflingido sobre la piel induce emociones eufóricas de tranquilidad, bienestar, control y pureza. Por tanto, la auto-lesión y el dolor físico que conlleva, ha sido considerado como un mecanismo de

defensa para rechazar o evitar el dolor emocional. Por otro lado, también se ha encontrado que el dolor ocasionado en el cuerpo del individuo mismo frecuentemente sustituye la cólera hacia un otro y posiblemente el deseo inconsciente de infligir dolor en él (Hewitt, 1997).

En efecto, el cuerpo juega un rol fundamental en el desarrollo del comportamiento auto-lesivo al igual que las lesiones que encarnan este fenómeno. La severidad de las auto-lesiones encontradas en este estudio varía desde un grupo mayoritario que solo se hace heridas en la piel, otros que no se hacen heridas en la piel sino que más bien solo se lesionan de tipo golpes y/o superficie, y finalmente hay aquellos que emplean los tres tipos de lesiones. Así como resultados hallados en diversas investigaciones que han sido mencionadas en el marco teórico de esta investigación, las lesiones más recurrentes en el grupo de estudio son cortarse y quemarse. Existe evidencia para afirmar que los auto-lesionadores gradualmente se van sintiendo más cómodos con sus lesiones y se van insensibilizando hacia su comportamiento auto-lesivo. Se puede creer que el porcentaje de escolares que solo se hace lesiones de tipo piel, podría correr el riesgo de explorar con nuevos tipos de lesiones y finalmente llegar a utilizar más de un método de auto-lesión. Lamentablemente, en estos casos el individuo ha incrementado su capacidad de convertirse en dependiente del incremento de lesiones, pero ¿cuánto dolor puede un individuo soportar? (Levenkron, 1998; Klonsky, Ohmanns y Turkheimer, 2003; Purington y Whitlock, 2004; Favazza, 1996).

En el caso del comportamiento auto-lesivo no existen limitaciones para el dolor ya que no existe una meta social que deben alcanzar y nadie más aparte del auto-lesionador está involucrado. Por otro lado, las auto-lesiones no suelen nacer por un mensaje de la cultura y la sociedad, sino más bien se manifiestan de manera espontánea e impulsiva como un escape hacia el alivio ante un dolor psíquico. De esta manera, las heridas en la piel y el dolor corporal pasan a ser una solución para el sufrimiento mental y emocional (Klonsky, 2005). Las auto-lesiones encontradas en esta investigación han sido descritas por el grupo de estudio como un comportamiento que llevan a cabo de manera deliberada para sentirse mejor y para poder salir rápidamente de situaciones estresantes o emociones dolorosas. Cortarse, quemarse u otra forma de auto-lesionarse es considerado como un acto de auto-medicarse ya que al herir el cuerpo, hormonas llamadas endorfinas son liberadas para combatir la ansiedad, la agitación y la depresión. Asimismo, sentimientos de maldad y hostilidad pueden encontrar alivio en actos de auto-lesión, ya que al localizar una parte mala de su cuerpo el individuo deja de ser enteramente malo y de esa manera puede herir únicamente esa parte como un método de remover la maldad

de sí. De la misma manera, para algunos individuos el comportamiento auto-lesivo sirve como remedio para los defectos percibidos en el exterior o interior de uno mismo (Heubner, 1994; Levenkron, 1998; Favazza, 1996).

Habiendo discutido la importancia del cuerpo en este comportamiento, también es relevante indagar en las emociones que están presentes en el momento de la auto-lesión. En la presente investigación los adolescentes que sí se auto-lesionan, declararon haberlo hecho como una manera de sobrellevar situaciones de malestar, además especificaron que este comportamiento no ha sido un intento de suicidio. Al igual que la investigación realizada por Murray, Warm y Fox (2005), en el estudio presente se encontró un alto porcentaje de adolescentes que sintió emociones negativas antes de auto-lesionarse, tales como tristeza, soledad, culpa, enojo, confusión y ansiedad. Dentro de estas emociones, la más resaltante fue la ansiedad ya que fue la mayormente manifestada en una gran cantidad de casos. Se ha encontrado que la auto-lesión provee un alivio inmediato ante una variedad de síntomas desagradables como el incremento de ansiedad y tensión, enojo intenso y cólera, depresión, sentimientos de soledad y despersonalización. Por otro lado, para el manejo de la culpa también es utilizada la auto-lesión ya que funciona como una forma de auto-castigarse para pagar por las transgresiones que un individuo comete. La exploración de diversos casos de auto-lesión, revela que este comportamiento contiene un efecto reparador que es extremadamente rápido, algunas veces instantáneo (Favazza, 1996; Gratz, 2007; Klonsky, 2005). De ese modo, podemos ver que en el grupo de estudio de esta investigación el porcentaje de las emociones negativas anteriores al comportamiento, sutilmente disminuye cuando se les pregunta qué emociones sienten durante el acto. Finalmente, en cuanto a las emociones después de la auto-lesión se nota un incremento en las emociones positivas que se refieren a sensaciones como el placer, la tranquilidad, el relajamiento y la alegría. Por consiguiente, se entendería que los adolescentes utilizan la auto-lesión como un medio a través del cual pueden obtener una regulación afectiva, logrando calmar las emociones negativas, específicamente la ansiedad, y además alcanzando el control de ciertas situaciones displacenteras al utilizar la auto-lesión como un mecanismo para auto-aliviarse (Conterio y Lader, 1998; Czarnopys, 2002).

De esta manera, la población de individuos que se introduce y mantiene en el comportamiento de la auto-lesión han sido descritos como personas que tienen dificultades en contener y resolver sus problemas. En esta investigación se ha encontrado que efectivamente el total de estudiantes que sí se auto-lesiona, demuestra tener un tipo de afrontamiento evitativo ante situaciones de malestar. En ese sentido, los adolescentes que forman parte del grupo de estudio se estaría

percibiendo a sí mismo como individuos que no tienen control sobre sus problemas interpersonales y sobre sus soluciones correspondientes. Nos podríamos preguntar por qué los adolescentes no canalizan sus impulsos hacia mecanismos más saludables para obtener alivio, como podrían ser el ejercicio, la meditación, la actividad artística, la relajación muscular, entre otros. Favazza (1996) explica que cuando la tensión y la ansiedad alcanzan un nivel realmente patológico, ninguno de los métodos mencionados podría tener un efecto sanador. El mismo autor particularmente da una teoría ante este asunto, él plantea que una explicación sobre el efecto eficaz de la auto-lesión para reducir la ansiedad se relaciona a la teoría de la “energía psíquica”. Lo que esta teoría sostiene es que el sistema del cerebro-mente opera mejor cuando es inmerso en cierto rango de niveles de tensión; de este modo si el nivel es muy alto el sistema cerebro-mente actuará automáticamente para despejarse de esa intranquilidad. En consecuencia, al infligir una herida en la piel, el auto-lesionador provee una apertura a través de la cual la ansiedad y el malestar en sus cuerpos y mentes puede escapar rápidamente (Jones, 2001).

Además, se ha detectado que la auto-lesión es un comportamiento privado y solitario que se da en personas con dificultades para expresar sus emociones, conflictos y/o complejidades a través del lenguaje. En ese sentido, entre los motivos por los cuales los escolares ejercen las auto-lesiones, podemos ver que los motivos mayormente presentes están asociados a la búsqueda de alivio para emociones abrumadoras como por ejemplo sentimientos de tristeza, confusión, carga y problemas en sus relaciones sociales y familiares. Según los propósitos de la auto-lesión, se encuentra que la auto-lesión ha sido empleada tanto con un propósito analgésico o curativo, como también con un propósito comunicativo, ya que a través de este comportamiento los adolescentes quieren adquirir la calma, el control de sus emociones y también quieren expresar sus deseos y necesidades. Asimismo, algunos escolares manifestaron que sus auto-lesiones son infligidas para recuperar la sensación de control en sí mismo. Otras razones que han sido halladas son: influenciar en otros, como en las parejas o en los padres; percepciones negativas sobre sí mismos, generar un desfogue de amargura, por sensaciones de alineación, primordialmente por parte de los seres queridos; y por asuntos relacionados a la sexualidad. (Favazza, 1996; Conterio y Lader, 1998).

Tomando en cuenta la intimidad del comportamiento, surge la problemática de sus consecuencias en cuanto a la ayuda que se les puede ofrecer a los adolescentes que se auto-lesionan. De modo que, podemos ver que en el grupo de estudio más de la mitad de escolares esconde sus heridas y una mayoría de ellos no ha buscado ayuda de nadie. Purington y Whitlock (2006) explican que el sentimiento de

vergüenza que va acompañado del comportamiento dificulta que los adolescentes recurran a ayuda por temor al estigma social. En relación a esta sensación ante el comportamiento, podemos notar que el grupo de estudio mayormente esconde sus heridas por que siente un malestar interno, teme al rechazo de los otros o siente temor y desconfianza. Aún así, un alto porcentaje de los que no buscan ayuda, demuestra no hacerlo por negación al problema. Según los casos estudiados por Levenkron (1998), se ha encontrado que el factor de mantener el comportamiento en secreto influye en el incremento del mismo. La sensación de vergüenza se expande del específico acto de herirse, hacia una sensación generalizada hacia el sí mismo de manera integral. Por otro lado, el mismo autor descubre que los individuos que emplean las auto-lesiones evitan apegarse emocionalmente a otros ya que temen que alguien llegue a conocerlos y demuestre asombro, repulsión y rechazo. Por esta razón, ese tipo de abatimiento puede empeorar los síntomas del comportamiento.

En cuanto a las relaciones sociales de los escolares, se puede notar que el grupo de estudio cuenta con el apoyo de algún amigo, una pareja, un familiar u otro para poder conversar sobre sus problemas cuando se siente terriblemente mal. Aún así, este soporte emocional no impide que el adolescente sienta la necesidad de auto-lesionarse. Como explican Conterio y Lader (1998), en la actualidad los jóvenes crecen sintiendo que no pueden apoyarse en las palabras y en la expresión a través de lo verbal, sino que mas bien dependen más del “hacer” y de la gratificación inmediata. Es así que podemos notar que expresar sus sentimientos y compartirlos con alguien cercano de confianza no ayuda a evitar que el adolescente se auto-lesione, este tipo de soporte ya no parece generar el sentimiento de alivio que los adolescentes necesitan en la actualidad.

Según lo revisado hasta el momento, es importante mencionar que la auto-lesión es un comportamiento que no solo afecta a los adolescentes a un nivel de desarrollo personal, sino también corporal, emocional y social. De este modo, otro factor que está altamente asociado a la auto-lesión, es el periodo de adolescencia o pubertad en el cual se encuentran los escolares. Esta es una etapa crítica en el proceso de desarrollo que está vinculado con todos los factores asociados a la auto-lesión ya que es el momento donde este comportamiento es mayormente manifestado. Se ha encontrado que la edad en la que los escolares declaran haberse auto-lesionado por primera vez, es a partir de los 9 años hasta los 15 años, específicamente a inicios de la adolescencia (González y Coyotupa, 1994). Es en estas edades dónde los jóvenes experimentan cambios en sus cuerpos, rompen con la dependencia de los padres, empiezan a darse las relaciones con el sexo opuesto, se redefine la identidad, surge el deseo de sentirse escuchado y la falta de iniciativa

por parte de los adultos para conversar sobre diversos temas abiertamente, entre otros (Arnao, 2000). Por consecuencia, la Organización Panamericana de la Salud a través de una investigación sobre la salud en adolescentes, encontró que en cuanto a su salud mental de los jóvenes, los síntomas depresivos y las conductas suicidas son los más frecuentes (Maddaleno et al, 2003). Igualmente en el Estudio WHO/EURO sobre Parasuicidio se halló que este comportamiento es raro antes de la pubertad, siendo más frecuente al progresar la adolescencia, tomando como promedio para el primer episodio los 16 años (Schmidtke, 1996).

Por otro lado, en la adolescencia la familia tiene un rol fundamental que cumplir y éste es el de brindarle al hijo/a la sensación de apoyo, otorgarle gratificaciones emocionales, seguridad y pertenencia. En el caso del total de participantes de este estudio, se ha encontrado que en promedio el 30% de escolares que se siente descontento con la relación que tiene con sus padres, son también adolescentes que se han auto-lesionado alguna vez en su vida o lo continua haciendo. En ese sentido, los problemas con los padres, y en general los problemas familiares, forman parte de los motivos mayormente encontrados en el grupo de estudio como razones que los llevaron a auto-lesionarse. Este hallazgo nos lleva a notar lo significativo que es el vínculo afectivo entre los hijos y los padres, como también la importancia de resolver los conflictos familiares (Parkar, Dawani y Weiss, 2006).

En ese sentido, toma relevancia mencionar que además del papel que juegan los padres en este comportamiento, el colegio es también un espacio dónde se desarrolla la identidad de los adolescentes y con ello diversas emociones hacia sí mismos. Por consiguiente, podemos ver que en este estudio un factor influyente en el comportamiento auto-lesivo es la auto-percepción que tiene un adolescente como estudiante. Al respecto, dentro del grupo de escolares que se considera malo o regular como estudiante, un porcentaje considerable de ellos se ha auto-lesionado o lo continua haciendo. Típicamente, los padres suelen adjudicar a los estudios y a las notas una cierta presión y exigencia para que el adolescente se esfuerce más y destaque entre los demás. Esto conlleva a que el estudiante desarrolle una carga y una preocupación hacia su rendimiento académico, llegando a identificarse a sí mismo con su capacidad y eficiencia en las diversas materias escolares. De ese modo, se podría sospechar que si un adolescente siente que es regular o malo como estudiante, a la vez esto podría generar en él una baja autoestima, la sensación de que ha decepcionado a sus padres y/o profesores, vergüenza ante otros compañeros de clase, superioridad de aquellos compañeros sobresalientes, y así una serie de

sensaciones negativas que lo podrían motivar a auto-lesionarse para manifestar ese descontento consigo mismo (Arnao, 2000).

En suma, al juntar todos los factores asociados a la auto-lesión que han sido encontrados en esta investigación, podemos notar la complejidad de este comportamiento, la gravedad de su manifestación y su acelerado incremento entre los adolescentes de diversos países alrededor del mundo. En el caso de la muestra utilizada para este estudio, las condiciones socio-económicas han sido entre medio-bajas a bajas, posiblemente este sea un factor influyente en la presencia de auto-lesión en el grupo de estudio; una propuesta interesante sería hacer una comparación entre escolares que están estudiando en colegios estatales y aquellos que estudien en colegios privados para explorar las diferencias halladas en cuanto al sexo, la apreciación corporal, las emociones y las condiciones familiares y sociales.

Como parte de las limitaciones de esta investigación hay que tener presente que al hacer un análisis a profundidad de cada caso en particular, se encontraron casos inconsistentes como ya se mencionó anteriormente. Definitivamente los escolares se han enfrentado a una situación difícil al responder a la encuesta sobre auto-lesiones, en especial al ítem 3 que específicamente pregunta “¿Alguna vez te has hecho una herida o una lesión en alguna parte de tu cuerpo de manera intencional o a propósito (sin la intención de morir)?”. La razón de las inconsistencias a lo largo de la encuesta sobre auto-lesiones puede estar relacionada a que las preguntas que hacen referencia a este comportamiento demandan que el participante reconozca sus procesos internos y sus propias acciones cuando éstas podrían estar manifestándose de manera inconsciente. Por otro lado, muchos de los escolares de la muestra podrían haber sentido vergüenza o temor ante la posibilidad de que sus compañeros y/o la encuestadora vean sus respuestas y dada esa preocupación, respondieron de manera inconsistente. Además, como ya se ha mencionado, los adolescentes que mayormente llevan a cabo el comportamiento auto-lesivo, muestran dificultades para expresar sus emociones y desinterés en compartir sus experiencias con otros.

Tomando en cuenta lo anterior, para una futura investigación se recomendaría utilizar como herramienta de estudio entrevistas en profundidad con cada participante. De esa manera el contenido cualitativo de la investigación sería considerablemente detallado, no se correría el riesgo de tener casos inconsistentes y los hallazgos serían bastante más específicos. Además, a medida que se va llevando a cabo la entrevista podrían ir apareciendo nuevos factores asociados a la auto-lesión y así en cada entrevista se tendría la libertad de explorar más sobre cada caso en particular y obtener una mayor información en relación al comportamiento.

Asimismo, estas entrevistas podrían actuar como una forma de intervención breve y así los casos que presenten un comportamiento auto-lesivo podrían ser derivados a un profesional especialista en el tipo de ayuda que necesiten. Por otro lado, este tipo de acercamiento al problema podría lograr que el participante tome conciencia de sus actos, sus emociones y los efectos que el comportamiento de auto-lesión está teniendo en su vida a nivel psíquico, corporal y social.

En conclusión, como aporte a la psicología en general, para fines de esta investigación se ha utilizado una población no clínica como muestra ya que se quería demostrar la presencia de la auto-lesión como un síntoma único en sí mismo sin estar asociado a un trastorno psiquiátrico. Por ende, los resultados encontrados en este estudio podrían utilizarse como parte de un proceso de establecimiento de la auto-lesión como un diagnóstico en sí mismo. De esta manera, una vez que la auto-lesión pueda ser estudiada como un trastorno principal, conjuntamente se podrán ir descubriendo nuevas técnicas de trabajo terapéutico para tratar este tipo de población. Como consecuencia muchos de los adolescentes que se ven inmersos en comportamientos auto-lesivos podrán recibir la atención debida y especializada para el tipo de problema que están enfrentando. Finalmente, una mayor exploración sobre este fenómeno es sumamente importante, no solo por el daño psíquico y físico que sus practicantes se están ocasionando y por la propagación de éste, sino también por la etapa en la cual aparece. Los adolescentes representan aproximadamente el 37% de la población peruana y el 30% en América Latina, y son ellos quienes serán líderes del porvenir (Maddaleno et al, 2003; INEI, 2004). Restituir la salud de la juventud contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alderman, T. A. (1997). *The scarred soul: Understanding and ending self-inflicted violence*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Arnao, J. L. (2000). *Sólo para adolescentes: un perfil de las necesidades, intereses y actitudes del proceso adolescente de nuestra actualidad*. Lima: CEDRO.
- Beauvoir, S. (1973). *The Second Sex*. New York: Vintage Press.
- Beteta, J. (2005). *La violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima: Ymagino Publicidad S.A.C.
- Boyce, P., Oakley-Browne, M. A., y Hatcher, S. (2001). The problem of deliberate self-harm. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 107-111.
- Brunner, R., Prazer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. y Resch, F. (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archive of Pediatrics and Adolescent Medicine* 161 (7), 641-649.
- Burin, M. (1996). *Subjetividades femeninas vulnerables. Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Bonder, G. (1982). *Patriarcado, familia nuclear y la constitución de la subjetividad femenina*. Buenos Aires: Publicación interna del Centro de Estudios de la Mujer.
- Butler, J. (1996). *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Witting y Foucault*. México: Editorial Porrúa/UNAM.
- Carabí A. y Segarra M. (2000). *Nuevas Masculinidades*. Barcelona: Icaria editorial.
- Carvajal, G. (1993). *Adolescencia: la aventura de una metamorfosis. Una versión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresias.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Conterio, K. y Lader, W. (1998). *Bodily Harm: the breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.
- Corbin, A. (2005) *Historia del cuerpo*. Madrid: Taurus.
- Czarnopys, B. (2002). Exploring the Razor's edge: Understanding Adolescent Self-Harm. *Paradigm*, 2 (22), 12-13.
- Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. London: Faber and Faber.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186 (5), 259–268.

- Favazza, A.R. y Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22-30.
- Fernández, J. (1996). *Varones y Mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Golombok, S. y Fivush, R. (1994). *Gender development*. USA: Cambridge University Press.
- Gonzales G. y Coyotupa, J. (1994). *Pubertad. La adolescencia en el Perú*. Lima: Instituto de Investigaciones de la Altura-Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Gonzales, G., Salazar, H. Alarcón, I. y Salazar, V. (1994). *Psicología del adolescente. La adolescencia en el Perú*. Lima: Instituto de Investigaciones de la Altura-Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- González-Forteza C., Chávez-Hernández A.M., Alvarez Ruiz M., Saldaña Hernández A., Carreño García S. y Pérez Hernández R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in adolescents students in Guanajuato State, México: 2003. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 33 (8), 777-792.
- Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (4), 253-263.
- Gratz, K. (2007). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2 (76), 238-250.
- Gratz, K. y Chapman, A. (2007). The Role of Emotional Responding and Childhood Maltreatment in the Development and Maintenance of Deliberate Self-Harm Among Male Undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity by the American Psychological Association*, Vol. 8, No. 1, 1-14 1524.
- Guezmes, A., Palomino, N., y Ramos, M. (2002). *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima: CMP Flora Tristán, Universidad Peruana Cayetano Heredia, OMS.
- Hawton, K., Houston, K. y Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P (2006) *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Heubner, H. (1994). *Endorphins and Anorexia*. New York: W.W. Norton.
- Hewitt, K. (1997). *Mutilating the body: identity in blood and ink*. Bowling Green State: University Popular Press.

- Hibbard, S. (1994). The mechanisms and meaning of self-cutting. *Modern Psicoanálisis*, 19, 45-54.
- INEI. (2004). *Estado de la población peruana 2004: niños, jóvenes y adultos mayores*. Lima: INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.
- Jones, T. (2001). A Sample of the Empirical Literature Dealing With Self-Mutilation. Extraído el 09 de mayo del 2007, de <http://www.m-a-h.net/inkdroppings/tj-selfinjury.htm>
- Kerlinger, F. (2002). Investigación del comportamiento. *Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGrawHill.
- Klonsky, E. (2005). The functions of deliberate self-harm in college students. (Disertación doctoral, University of Virginia, 2006). *Pro Quest information and Learning Company*.
- Klonsky, E.D., Ohmanns, T.F. y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Kogan, L. (2006). Horrores corporales: género e identidad en la sociedad de la incertidumbre. *XII Encuentro Latinoamericano de Facultades de Comunicación Social*. Bogotá: FELAFACS.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de Sexo, Género y Diferencia Sexual. *Cuicuilco Nueva Época*, 7 (18).
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 5 (34), 447-457.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Levenkron, S. (1998). *Cutting: understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W. W. Norton and Company.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Maddaleno, M., Morillo, P., y Infante-Espinola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública Méx*, 45 (1), 132-139.

- Muehlenkamp, J. & Gutierrez, P. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1 (34), 12-23.
- Murray, C., Warm, A. y Fox, J. (2005). An Internet Survey of adolescent self-injurers. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (1).
- Parkar, S., Dawani, V. & Weiss, M. (2006). Clinical diagnostic and sociocultural dimensions of deliberate self-harm in Mumbai, India. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 223-238.
- Pattison, E.M. y Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Pinheiro, P. (2006). *Acabar con la violencia contra los Niños , Niñas y Adolescentes*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Purington A y Whitlock J. (2004). Self-Injury Fact Sheet. *Research facts and findings*. New York: Cornell University.
- Rojas, R. (1991). *Perfil psico-social de la adolescente gestante de estrato socio-económico bajo*. Lima: PUCP
- Ross, S., y Heath, N. (2002). A study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), 66-77.
- Salazar, V. y Gonzales, G. (1994). Las creencias, los estilos de afrontamiento al estrés y la autoestima en adolescente mujeres con actividad sexual. *La adolescencia en el Perú*. Lima: Instituto de Investigaciones de la Altura-Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U. y De Leo, D. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 327-338.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A. et al. (1992). Self Mutilation in personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 531-554.
- Taboada, E. (2007). *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5 (3).
- Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Vasquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima: PUCP

- Walsh, B.W. y Rosen, P. (1988). *Self Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford.
- Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117 (6), 1939-1948.















A. Encuesta sobre factores socio-demográficos asociados a la auto-lesión

Por favor lee detenidamente y responde a todas las preguntas que se te presentan a continuación. Trata de ser lo más sincero/a posible. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Primera Parte

A. Datos Personales

1. Tu sexo: Femenino Masculino
2. ¿Cuántos años tienes? _____
3. ¿Qué número de hijo/a eres? _____
4. ¿En qué país y departamento naciste? _____

Responde esta pregunta solo si **NO** haz nacido en Lima

5. ¿Hace cuánto tiempo vives en Lima? _____
6. ¿Cuál es tu estado civil?
 Soltero/a Conviviente Casado/a
 Otro _____

B. Vivienda

7. ¿Cuántas personas viven en tu casa? _____
8. ¿Quién/es vive/n en tu casa actualmente?
 Mamá Tío Prima
 Papá Tía Abuelo
 Hermano/s Primo Abuela
 Otro _____
9. ¿Cuántas habitaciones hay en tu casa? _____
10. ¿Alguien duerme en la misma cama contigo?
 Si No

Si tu respuesta es **SI** por favor especifica ¿Qué tipo de relación tienes con esa persona?

11. Por favor selecciona los servicios que **SI** hay en tu casa:

- | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Luz | <input type="checkbox"/> Wáter / Inodoro | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Ducha | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Desagüe | <input type="checkbox"/> Refrigerador | <input type="checkbox"/> DVD |

C. Educación

12. ¿En qué año de secundaria te encuentras actualmente?
 3ero 4to 5to
13. En promedio, ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cuántas veces has asistido al colegio en los últimos dos meses? (*por favor selecciona una opción*)

- 4 o más veces a la semana 1 día a la semana
 3 días a la semana Menos de 1 día a la semana
 2 días a la semana

14. ¿Cómo te calificas como estudiante? (*por favor selecciona una opción*)

- Excelente Regular Pésimo/a
 Bueno/a Malo/a

D. Laboral

15. ¿Alguna vez has trabajado?

- Sí No

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 21

16. ¿A qué edad empezaste a trabajar? _____

17. ¿Estás trabajando en la actualidad?

- Sí No

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 21

18. ¿Dónde trabajas? (*por favor selecciona una opción*)

- Casa de una familia Negocio Familiar
 Fábrica Tienda
 Empresa Restaurante
 Puesto Ambulante

Otro _____

19. ¿Cuántos días a la semana trabajas? _____

20. ¿Cuántas horas trabajas al día? _____

E. Salud

21. ¿Cuántas veces comes al día? _____

22. ¿Cómo describirías tu salud general en este momento? (*por favor selecciona una opción*)

- Muy buena Buena Mala Muy mala

23. ¿Hay alguna medicación, pastilla y/o remedio que tengas que tomar todos los días?
¿Cuál y para qué?

24. ¿Cómo describirías la salud general de tu familia en este momento? (*por favor selecciona una opción*)

- Muy buena Buena Mala Muy mala

25. ¿Con quién hablas cuando te sientes muy mal emocionalmente? (*puedes seleccionar más de una opción*)

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mamá | <input type="checkbox"/> Mejor Amigo/a | <input type="checkbox"/> Psicólogo/a |
| <input type="checkbox"/> Papá | <input type="checkbox"/> Enamorado/a | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Profesor/a | <input type="checkbox"/> Médico |

Otro _____

F. Recreación

26. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre? (*por favor escribir máximo tres actividades*)

27. De los siguientes hábitos y actividades, selecciona solo las opciones de las cosas que tú **SI** haces:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Voy a fiestas | <input type="checkbox"/> Fumo cigarros |
| <input type="checkbox"/> Tomo alcohol | <input type="checkbox"/> Consumo drogas |

Segunda parte

A. Núcleo Familiar

a) Padre

1. ¿Tu papá vive?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 7

2. ¿Tu papá vive contigo en tu casa?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Si tu respuesta es Sí, por favor pasa a la pregunta 6

3. ¿Hace cuanto tiempo que no vives con tu papá? _____

4. ¿Dónde vive tu papá? _____

Responde esta pregunta solo si tu papá **NO** tiene una relación de pareja con tu mamá:

5. ¿Cuál es el estado civil de tu papá actualmente? (*por favor selecciona una opción*)

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Conviviente | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Viudo |

Otro _____

6. ¿Cuál es la ocupación de tu papá? _____

b) Madre

7. ¿Tu mamá vive?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 13

8. ¿Tu mamá vive contigo en tu casa?

Sí

No

Si tu respuesta es Sí, por favor pasa a la pregunta 12

9. ¿Hace cuánto tiempo que no vives con tu mamá? _____

10. ¿Dónde vive tu mamá? _____

Responde esta pregunta solo si tu mamá **NO** tiene una relación de pareja con tu papá:

11. ¿Cuál es el estado civil de tu mamá actualmente? (*por favor selecciona una opción*)

Soltera

Conviviente

Divorciada

Casada

Separada

Viuda

Otro _____

12. ¿Cuál es la ocupación de tu mamá? _____

c) Hermanos

13. ¿Cuántos hermanos/as tienes? _____

Responde esta pregunta solo si tu mamá o papá **SI** ha tenido otros compromisos:

14. ¿Tienes medios hermanos?

Sí

No

B. Relaciones Familiares

15. ¿Conversas con tu mamá sobre tus problemas?

Sí

No

16. ¿Conversas con tu papá sobre tus problemas?

Sí

No

17. ¿Discutes mucho con tu mamá?

Sí

No

18. ¿Discutes mucho con tu papá?

Sí

No

19. ¿Te gustaría que la relación que tienes con tus papás fuera diferente?

Sí

No

Si tu respuesta es No, por favor pasar a la pregunta 21

20. ¿Cómo te gustaría que fuera la relación con tus papás? (*puedes seleccionar más de una opción*)

Más comunicación sobre mis cosas con mi mamá y/o con mi papá

- Pasar más tiempo con mi mamá
- Pasar más tiempo con mi papá
- Recibir más afecto y cariño de mi mamá
- Recibir más afecto y cariño de mi papá
- Que mis papás estén orgullosos de mi
- Que mis papás me entiendan
- Que mis papás me dejen de pegar o maltratar
- Que mis papás me den más permiso para salir

Otro _____

21. ¿Tus papás te dan permiso para ir a fiestas?

- Sí No

Si tu respuesta es No, por favor especifica ¿Por qué no te dejan?

b) Hermanos

22. ¿Conversas con tus hermanos sobre tus problemas, inquietudes y/o deseos personales?

- Sí No

23. ¿Discutes mucho con tus hermanos?

- Sí No

C. Relación con pares

24. ¿Cuántos amigos tienes aproximadamente? (*por favor escribe un número*)

Amigos hombres _____ Amigas mujeres _____

25. Cuando te reúnes con tus amigos/as más íntimos/as ¿qué hacen? (*puedes seleccionar más de una opción*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiar o hacer tareas | <input type="checkbox"/> Ir a fiestas |
| <input type="checkbox"/> Practicar deportes | <input type="checkbox"/> Tomar alcohol |
| <input type="checkbox"/> Jugar | <input type="checkbox"/> Consumir drogas |
| <input type="checkbox"/> Conversar sobre problemas | <input type="checkbox"/> Robar |
| <input type="checkbox"/> Ver películas | <input type="checkbox"/> Salir con la pandilla |

Otro _____

D. Sexualidad

26. Por lo general, te sientes atraído/a por:

- Personas del sexo opuesto
- Personas de tu mismo sexo
- Personas del sexo opuesto y de tu mismo sexo
- Ninguna persona

27. ¿Has tenido o tienes enamorado/a?

- Sí No

28. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

- Sí No

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 34

29. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____

30. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, tú querías hacerlo?

- Sí, fue voluntario No, yo no quería

31. ¿Sabes quién es o conoces a la persona con la que tuviste tu primera relación sexual?

- Sí No

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 34

32. ¿Tienes algún tipo de parentesco con esa persona?

- Sí No

Si tu respuesta es No, por favor pasa a la pregunta 34

33. ¿Qué tipo de parentesco tienes con esa persona?

- | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Primo |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Prima |
| <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Medio Hermano | <input type="checkbox"/> Tío | |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Media Hermana | <input type="checkbox"/> Tía | |

Otro _____

E. Apariencia

34. ¿Tienes algún tatuaje en tu cuerpo?

- Sí No

31. ¿Te has hecho algún piercing en tu cara o cuerpo?

- Sí No

32. ¿Te gusta tu cuerpo?

- Sí No

33. ¿Sientes que eres atractivo/a para los demás?

- Sí No

34. ¿Cómo te describirías? (*por favor selecciona solo una opción*)

- Muy atractivo/a Atractivo/a Poco atractivo/a Nada atractivo/a

Muchísimas gracias

B. Encuesta sobre auto-lesión en adolescentes

Este cuestionario pregunta sobre una variedad de comportamientos que las personas tienen algunas veces. Por favor asegúrate de leer cada pregunta con detenimiento y responder honestamente. Tu sinceridad es muy importante. Además, por favor no comentes las preguntas ni respuestas con tus compañeros. Tus respuestas son anónimas y toda la información es confidencial.

1. ¿Cómo te sientes la mayor parte del tiempo? (*puedes seleccionar hasta tres opciones, por favor no seleccionar más de tres*)

Siento...

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alegría | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Preocupación |
| <input type="checkbox"/> Placer | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Desesperación |
| <input type="checkbox"/> Relajo | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Odio | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Tranquilidad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Descontrol |

Otro _____

2. ¿Qué haces cuando te sientes terriblemente mal? (*puedes seleccionar hasta tres opciones, por favor no seleccionar más de tres*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Busco relajarme | <input type="checkbox"/> Dejo de comer |
| <input type="checkbox"/> Me aílo | <input type="checkbox"/> Como en exceso |
| <input type="checkbox"/> Me vuelvo agresivo/a | <input type="checkbox"/> Tengo relaciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Me hago heridas | <input type="checkbox"/> Lloro |
| <input type="checkbox"/> Consumo drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Hablo con alguien |
| <input type="checkbox"/> Oigo música | <input type="checkbox"/> Hago ejercicio |

Otro _____

3. ¿Alguna vez te has hecho una herida o una lesión en alguna parte de tu cuerpo de manera intencional o a propósito (sin la intención de morir)?

- Sí No, nunca lo he hecho

4. ¿Cuántos años tenías la primera que te hiciste una herida de manera intencional o a propósito?

- Tenía _____ años Nunca lo he hecho

5. Después de esa primera vez, ¿Cuántas veces te has hecho una herida de manera intencional o a propósito?

- _____ veces Nunca lo he hecho

6. ¿Cuántos años tenías la última vez que te hiciste una herida de manera intencional o a propósito?

Tenía _____ años

Nunca lo he hecho

7. ¿Con qué frecuencia te haces o hacías una herida de manera intencional o a propósito? (*por favor selecciona una opción*)

Solo lo hice una vez

Entre dos o cuatro veces a la semana

Una vez cada dos meses o menos

Entre cinco y siete veces a la semana

Entre una o tres veces al mes

Más de siete veces a la semana

Una vez a la semana

Nunca lo he hecho

8. ¿Cómo te hiciste o has hecho una herida de manera intencional o a propósito? (*puedes seleccionar más de una opción, por favor no tomar en cuenta tatuajes, piercings o agujas para el uso de drogas*)

Cortándome la piel

Quemándome con un cigarro, vela, encendedor, fósforo u otro objeto

Golpeando mi cabeza contra un soporte

Pegándome a mi mismo/a

Rascándome hasta hacerme una herida

Mordiéndome hasta pasar la piel

Pellizcándome

Jalándome el pelo

Presionándome los ojos

Marcando palabras, letras y/o dibujos en mi piel

Frotando en mi piel una lija, un vidrio u otro material

Echándome ácido o lejía en la piel

Metiéndome una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel

Rompiéndome un hueso

Haciéndome moretones

No dejando que una herida se me cure

Intoxicándome con veneno, gas u otra sustancia

Otro _____

Nunca lo he hecho

9. ¿Cuál fue el motivo o la razón que te llevó a hacerte una herida de manera intencional o a propósito? (*puedes seleccionar más de una opción*)

Lo hice por que...

- Me sentía solo/a
- Me sentía triste
- Me sentía confundido/a
- Me sentía molesto/a
- Me sentía frustrado/a
- Me sentía inseguro/a
- Me sentía gordo/a
- Me sentía mal por mi físico
- Sentía que mi vida no tenía sentido
- Sentía que nadie me entendía
- Sentía falta de amor y afecto
- Sentía incapacidad de continuar con mi vida
- Nada me motivaba a continuar viviendo
- No me importaba mi existencia
- No quería causarle problemas a mi familia
- Sentía que yo era una molestia para los demás
- Tuve problemas con mi mamá
- Tuve problemas con mi papá
- Me sentía mal por la separación de mis padres
- Me sentía mal por la indiferencia de mis padres
- Me sentía mal por la muerte de un ser querido
- Terminé una relación de pareja
- Mi pareja me traicionó
- Tuve problemas con mis amigos/as
- Me sentía rechazado/a
- Estaba bajo presión de amigos/as o compañeros/as del colegio
- Tuve problemas en el colegio
- Quería evadir el colegio o el trabajo
- Estaba jugando
- Tenía curiosidad
- Quería entretenerme

Otro _____

- Nunca lo he hecho

10. ¿Qué sentiste **antes** de hacerte la herida de manera intencional o a propósito?

(puedes seleccionar más de una opción)

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alegría | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Preocupación |
| <input type="checkbox"/> Placer | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Desesperación |
| <input type="checkbox"/> Relajo | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Odio | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Tranquilidad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Descontrol |

Nunca lo he hecho

11. ¿Qué sentiste **mientras** te hacías la herida intencionalmente o a propósito?

(puedes seleccionar más de una opción)

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alegría | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Preocupación |
| <input type="checkbox"/> Placer | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Desesperación |
| <input type="checkbox"/> Relajo | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Odio | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Tranquilidad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Control |

Nunca lo he hecho

12. ¿Qué sentiste **después** de hacerte la herida intencionalmente o a propósito?

(puedes seleccionar más de una opción)

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alegría | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Preocupación |
| <input type="checkbox"/> Placer | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Desesperación |
| <input type="checkbox"/> Relajo | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Odio | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Tranquilidad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Control |

Nunca lo he hecho

13. ¿Escondes tus heridas de los demás?

Sí

No

¿Por qué? *(por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)*

Nunca lo he hecho

14. ¿Has buscado ayuda o consejo de alguien sobre la/s herida/s que te has hecho de manera intencional o a propósito?

Sí

No

¿Por qué? (*por favor escribe tu respuesta lo más completa posible, en las líneas*)

Nunca lo he hecho

15. ¿De quién has buscado ayuda? (*puedes seleccionar más de una opción*)

Papá

Mamá

Hermano/a

Un amigo o compañero del colegio

Un profesor o un orientador

Un sacerdote, un pastor o una monja

Un curandero

Un psicólogo

Un psiquiatra

Un médico

Una enfermera

Nunca he buscado ayuda de nadie

Otro _____

Nunca lo he hecho

16. La última vez que te hiciste una herida de manera intencional o a propósito, pensaste que tu muerte era... (*por favor selecciona una opción*)

Segura: sabía que podía morir

Incierta: no sabía si viviría o moriría

Imposible: sabía que no moriría

Nunca lo he hecho

Este cuestionario ha finalizado.

Muchísimas gracias





C. Consentimiento informado de manera verbal:

Hola, mi nombre es Sandra Rospigliosi Tudela, soy estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú y estoy en la Especialidad de Psicología Clínica. El Director de su colegio me ha dado autorización para estar hoy día aquí con ustedes y solicitar su participación para contestar unas encuestas.

Estoy realizando un estudio sobre cómo escolares, como ustedes, manejan ciertas emociones. Las preguntas en estas encuestas son sobre sus vidas personales, sus sentimientos y sobre las acciones que realizan en su vida diaria.

Es muy importante que entiendan que la participación de cada uno de ustedes es voluntaria, esto quiere decir que no es obligatoria, entonces si no desean responder a la encuesta pueden retirarse del salón y salir al jardín mientras sus compañeros terminan. No se preocupen si no participan, ya que no tendrán ningún problema con la profesora de su salón ni con el Director.

Para los alumnos que sí quieren participar, les pido por favor que lean con atención y cuidado toda la información en cada una de las encuestas. También les voy a pedir que respondan a todas las preguntas y con la mayor sinceridad posible. Cada una de sus encuestas será manejada con absoluta confidencialidad, esto quiere decir que en ningún momento se conocerá tu nombre y que nadie del colegio podrá ver tus respuestas ya que éstas se guardarán y se les dará un uso exclusivamente académico. Entonces, por favor no escriban sus nombres ni tampoco sus apodos en ninguna parte de la encuesta.

Por último, una vez que terminen la encuesta, pueden voltear a la última hoja que está en blanco al final de los materiales y en esa hoja podrán escribir, dibujar o hacer con ella lo que les provoque en ese momento.

Muchas gracias por su atención y participación.







D. Tabla de resultados sobre factores socio-demográficos del total de la muestra

Tabla 1:

Datos socio-demográficos de la muestra

Variable	f	%
Posición Ordinal		
Único	37	8.1
Mayor	127	27.9
Medio	127	27.9
Menor	145	31.8
No responde	20	4.4
Lugar de nacimiento		
Provincia	72	15.8
Lima	383	84.0
Padre con el que viven		
Solo papá	26	5.7
Ningún padre	45	9.9
Solo mamá	123	27.0
Ambos padres	261	57.2
Número de convivientes		
Más de 10	42	9.2
Entre 6 y 10	153	33.6
Entre 2 y 5	257	56.4
Personas con las que convive		
Familia Nuclear	214	46.9
Familia Extendida	240	52.6
Comparte cama con alguien		
Sí	85	18.6
No	370	81.1
Año Escolar		
3ero	129	28.3
4to	184	40.4
5to	143	31.4
Auto-percepción como estudiante		
Bueno	199	43.6
Regular / Malo	253	55.5
Trabaja actualmente		
Sí	70	15.4
No	225	49.3
No responde	161	35.3
Salud general		
Mala	21	4.6
Buena	432	94.7

Continuación Tabla 1:

Datos socio-demográficos de la muestra

Variable	f	%
Confidente		
Nadie	21	4.6
Amigo / Pareja	158	34.6
Familiar	129	28.3
Profesional y/o amigo/pareja y/o familiar	129	28.3
No responde	19	4.2
Total	456	100.0
Hábito		
Alcohol o Cigarrillos	44	9.6
Alcohol, Cigarrillos con/sin Drogas	70	15.4
Ninguno	342	75
Total	456	100.0
Cambios en relación con padres		
Mayor orgullo, tiempo y/o afecto	57	12.5
Más calidad y comunicación	51	11.2
Más calidad y comunicación asociado a algo más	71	15.6
Más calidad y comunicación asociado a un conjunto de cambios	104	22.8
Ninguno	173	37.9
Total	456	100.0
Tienen tatuaje		
Sí	17	3.7
No	433	95.0
Tienen o han tenido piercing		
Sí	82	18.0
No	366	80.3
Satisfacción física		
No	58	12.7
Sí	389	85.3
Auto-calificación de su atractivo		
Muy atractivo/a	29	6.4
Poco o nada atractivo/a	119	26.1
Atractivo/a	298	65.4
Sentimientos predominantes		
Emociones Negativas	54	11.8
Emociones Positivas	157	34.4
Emociones negativas y positivas	244	53.5
Total	455	99.8
Tipo de afrontamiento		
Evitación	135	29.6
Evitación y Expresión de emociones	230	50.4
Evitación, impulsividad y expresión de emociones	89	19.5
Total	454	99.6

E. Categorización de variables - Encuesta sobre factores asociados a la auto-lesión

Ítem 2. ¿Cuántos años tienes?

14	Entre 14 y
15	15 años
16	
17	De 16 a más
18	

Ítem 14. ¿Cómo te calificas como estudiante?

Pésimo/a	Malo
Malo/a	
Regular	Regular
Bueno/a	Bueno
Excelente	

Ítem 24. ¿Cómo describirías tu salud general en este momento?

Muy Mala	Mala
Mala	
Buena	Buena
Muy buena	

Ítem 25. ¿Con quién hablas cuando te sientes muy mal emocionalmente?

Mamá	
Papá	
Hermano/a	Familiar
Otros (tío, primo, abuelo, sobrina)	
Mejor amigo/a	
Enamorado/a	Amigo / Pareja
Profesor/a	
Psicólogo/a	
Psiquiatra	Profesionales
Médico	
Líder de la iglesia	
Dios, conmigo, nadie	Nadie

Segunda parte

Ítem 20. ¿Cómo te gustaría que fuera la relación con tus papás?

Más comunicación con ambos, confianza y comprensión	Calidad / Comunicación
Que papás me entiendan	
Más tiempo con Mamá	Tiempo
Más tiempo con Papá	
Más afecto y cariño de Mamá	Afecto
Más afecto y cariño de Papá	
Que papás estén orgullosos	Orgullosos
Que papás dejen de maltratar o pegar (respecto, no fastidien)	Maltrato



F. Categorización de variables - Encuesta sobre auto-lesión en adolescentes

Ítem 1. ¿Cómo te sientes la mayor parte del tiempo?

Ítem 10. ¿Qué sentiste antes de hacerte la herida de manera intencional o a propósito?

Ítem 11. ¿Qué sentiste mientras te hacías la herida intencionalmente o a propósito?

Ítem 12. ¿Qué sentiste después de hacerte la herida intencionalmente o a propósito?

Alegría		
Placer		
Relajo	Emociones positivas	Emociones positivas
Tranquilidad		
Tristeza		
Soledad	Afectos depresivos	
Culpa		
Enojo		
Odio	Emociones agresivas	
Descontrol		Emociones negativas
Preocupación / Confusión		
Desesperación		
Ansiedad / Estrés	Angustia / Ansiedad	
Miedo		

Ítem 2. ¿Qué haces cuando te sientes terriblemente mal?

Oigo música		
Hago ejercicio		
Busco relajarme		
Me aísló		Evitación
Mente en blanco, Dibujar, Deportes, me encierro en mi cuarto, Internet, Mayormente me siento bien, duermo, busco divertirme, Pienso en el futuro, toco instrumento		
Lloro		
Hablo con alguien		Expresión emociones
Me vuelvo agresivo/a me masturbo		
Me hago heridas Como en exceso		
Dejo de comer		Actuación impulsos
Consumo drogas o alcohol		

Ítem 4. ¿Cuántos años tenías la primera vez que te hiciste una herida de manera intencional o a propósito?

Ítem 6. ¿Cuántos años tenías la última vez que te hiciste una herida de manera intencional o a propósito?

Igual o menor a 9 años	Igual o menor a 12 años
entre 10 y 12 años	
entre 13 y 15 años	De 13 años a más
de 16 años a más	

Ítem 7. ¿Con que frecuencia te haces o hacías una herida de manera intencional o a propósito?

Solo lo hice una vez	Solo lo hice una vez
Una vez cada dos meses o menos	Una vez cada dos meses o menos
Entre una o tres veces al mes	Entre una o tres veces al mes
Una vez a la semana	Semanal o más
Entre dos o cuatro veces a la semana	
Entre cinco y siete veces a la semana	
Más de siete veces a la semana	

Ítem 8. ¿Cómo te hiciste o has hecho una herida de manera intencional o a propósito?

Cortándome la piel	
Marcando palabras, letras y/o dibujos en mi piel	
Metiéndome una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel	
Rascándome hasta hacerme una herida	Piel
Frotando en mi piel una lija, un vidrio u otro material	
No dejando que una herida se me cure	
Quemándome con un cigarro, vela, encendedor, fósforo u otro objeto	
Mordiéndome hasta pasar la piel	
Golpeando mi cabeza contra un soporte	
Haciéndome moretones	Golpes
Pegándome a mi mismo/a	
Rompiéndome un hueso	
Pellizcándome	
Jalándome el pelo	Superficie
Presionándome los ojos	

Ítem 9. ¿Cuál fue el motivo o la razón que te llevó a hacerte una herida de manera intencional o a propósito?

Me sentía triste	
Me sentía solo/a	
Sentía falta de amor y afecto	
Sentía que mi vida no tenía sentido	
Sentía incapacidad de continuar con mi vida	Sentimiento de Tristeza
Nada me motivaba a continuar viviendo	
No me importaba mi existencia	
Sentía que nadie me entendía	
Me sentía mal por la muerte de un ser querido	
Me sentía molesto/a	
Me sentía confundido/a	
Me sentía frustrado/a	Confusión y Carga
Me sentía inseguro/a	
Sentía que yo era una molestia para los demás	
No quería causarles problemas a mi familia	
Tuve problemas con mi mamá	
Tuve problemas con mi papá	
Me sentía mal por la separación de mis padres	
Me sentía mal por la indiferencia de mis padres	
Terminé una relación de pareja	Problemas con relaciones
Mi pareja me traicionó	
Tuve problemas con mis amigos/as	
Estaba bajo presión de amigos/as o compañeras/as del colegio	
Me sentía rechazado/a	
Quería entretenerme	
Estaba jugando	Curiosidad
Tenía curiosidad	
Quería evadir el colegio o el trabajo	Colegio
Tuve problemas en el colegio	
Me sentía mal por mi físico	Físico
Me sentía gordo/a	

Ítem 13. ¿Escondes tus heridas de los demás? Sí o No, ¿Por qué?

Motivos sí esconden	Categorías
Se ve feo, te ven mal, desprecian	
Me van a decir que soy enfermo / loco	
Para que no piensen que quiero llamar la atención	Rechazo de los otros
Me molestan	
No quiero que se enteren	
Temo discriminación	
Vergüenza	
No me gusta exhibir, soy reservado, no quiero que se den cuenta, no quiero que me juzguen, no quiero preguntas, no me gusta que me tengan lastima	Malestar interno
Eso queda en mi y no en los demás	
No me gusta que se enteren que tengo problemas	
No esta bien	
Yo no soy así, quiero cambiar	
No quiero que me castiguen	
No quiero que vean lo que siento	Temor y desconfianza
No me van a entender	
No confío	
No quiero preocupar a otros	
Motivo no escoden	Categorías
Otros aprendan de mis errores	
Lo hacia para llamar la atención	Victimización
Miento	
Se notan igual	
No tiene nada de malo / es normal / no tengo por que esconderlas	
No era tan grande / No era grave	Indiferencia
No le doy importancia	
Lo hice de juego / lo hice una vez	
No me avergüenzo / No soy acomplejado	No importancia
No me importa lo que piensen los demás	
Me gusta enseñar / Para que los demás vean	Exhibición

Ítem 14. ¿Has buscado ayuda o consejo de alguien sobre la/s herida/s que te has hecho de manera intencional o a propósito? Sí o No, ¿Por qué?

Sí han buscado ayuda	Categoría
Siento confusión	
Quiero curarme / No quería volver a hacerlo	Conciencia del problema
Fue tonto	
Sabía que no estaba bien	
Me puedo hacer daño	Miedo al desborde
Para olvidarlo para siempre	Para olvidar
Para consejo en qué hacer/ para ya no sentirme así	
Necesitaba hablar con alguien	Necesitaba apoyo
Opinión de otros	
No han buscado ayuda	Categoría
Solo puedo solucionar	
Sabía lo que hacia	
Así me siento bien	Control
Es una manera de tener más cosas en mi cuerpo	
Me gusta hacérmelo	
No es grave / No es importante	
No lo volví a hacer	
Fue tonto	Negación
Solo lo hice una vez	
No era necesario	
No lo veo mal	
No quiero problemas	
Sabía que no estaba bien	
No me atrevía	Miedo
Miedo y vergüenza	
No quería / No me gusta que otros sepan de mis cosas personales / No me gusta contar	Reserva
Prefiero no hablar / Prefiero estar sola	
Es cosa mía	
Nadie me entendería	
No hay quién me ayude	Desesperanza
Perdería el tiempo otros	

Ítem 15. ¿De quién has buscado ayuda?

Mamá	
Papá	
Hermano/a	Familiar
Otros (tío, primo, abuelo, sobrina)	
Mejor amigo/a	
Enamorado/a	Amigo / Pareja
Profesor/a	
Psicólogo/a	
Psiquiatra	Profesionales
Médico	
Líder de la iglesia	
Dios, conmigo, nadie	Nadie



G. Tablas de resultados de ítems con respuesta múltiple sobre características del grupo de estudio y el comportamiento auto-lesivo

Tabla 1

Sentimiento predominante

Sentimiento	f	%	T	%
Emociones positivas	98	78.4	125	100.0
Afectos depresivos	60	48.0	125	100.0
Emociones agresivas	26	20.8	125	100.0
Angustia y ansiedad	69	55.2	125	100.0

Tabla 2

Tipo de lesión

Lesión	f	%	T	%
Cortándome la piel	65	52.0	125	100.0
Quemándome con un cigarro, vela, encendedor, fósforo u otro objeto	7	5.6	125	100.0
Golpeando mi cabeza contra un soporte	20	16.0	125	100.0
Pegándome a mi mismo/a	19	15.2	125	100.0
Rascándome hasta hacerme una herida	27	21.6	125	100.0
Mordiéndome hasta pasar la piel	3	2.4	125	100.0
Pellizcándome	15	12.0	125	100.0
Jalándome el pelo	9	7.2	125	100.0
Presionándome los ojos	5	4.0	125	100.0
Marcando palabras, letras y/o dibujos en mi piel	32	25.6	125	100.0
Frotando en mi piel una lija, un vidrio u otro material	13	10.4	125	100.0
Metiéndome una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel	26	20.8	125	100.0
Rompiéndome un hueso	3	2.4	125	100.0
Haciéndome moretones	18	14.4	125	100.0
No dejando que una herida se me cure	13	10.4	125	100.0

Tabla 3

Emociones antes de la auto-lesión

Emociones	f	%	T	%
Emociones positivas	36	28.8	125	100.0
Afectos depresivos	48	38.4	125	100.0
Emociones agresivas	60	48.0	125	100.0
Angustia y ansiedad	53	42.4	125	100.0

Tabla 4

Emociones durante de la auto-lesión

Emociones	f	%	T	%
Emociones positivas	42	33.6	125	100.0
Afectos depresivos	42	33.6	125	100.0
Emociones agresivas	39	31.2	125	100.0
Angustia y ansiedad	53	42.4	125	100.0

Tabla 5

Emociones después de la auto-lesión

Emociones	f	%	T	%
Emociones positivas	76	60.8	125	100.0
Afectos depresivos	44	35.2	125	100.0
Emociones agresivas	19	15.2	125	100.0
Angustia y ansiedad	52	41.6	125	100.0

