

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES ENTRE LOS 11 Y 14 AÑOS  
QUE PRESENTAN CONDUCTAS AUTOLESIVAS PERTENECIENTES A UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE ENVIGADO

XIOMARA HENAO ARENAS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

RIONEGRO - ANTIOQUIA

2019

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES ENTRE LOS 11 Y 14 AÑOS  
QUE PRESENTAN CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
DE ENVIGADO

XIOMARA HENAO ARENAS

Trabajo de grado para optar por el título de:

Psicóloga

Asesor:

Cristian Fernando Duque López

Psicólogo y Magíster en Humanidades

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

RIONEGRO - ANTIOQUIA

2019

Nota de aceptación

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

\_\_\_\_\_  
Firma del presidente del jurado

\_\_\_\_\_  
Firma del jurado

\_\_\_\_\_  
Firma del jurado

## DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi faro, mi apoyo constante y quienes con sus palabras de aliento me impulsaron a seguir adelante.

A mi hermana, quien me enseñó a ser fuerte y valiente sin importar las circunstancias.

A mi novio, por creer en mí, y ser mi maravillosa compañía en este arduo proceso.

## AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, quiero agradecer a Dios por ser mi guía y proyectarme la luz para avanzar durante todo este proceso, especialmente en los momentos más difíciles. Por darme la capacidad de soñar y la posibilidad de convertir mis sueños en realidad.

A mis padres por brindarme la oportunidad crecer profesionalmente, por su amor, comprensión y apoyo en este largo camino. Gracias a ellos por su ejemplo de dedicación y constancia.

Un especial agradecimiento a los docentes Cristian Fernando Duque López, Martha Lucía Gómez González y Mónica Marcela Acosta Amaya quienes con su orientación, paciencia y acompañamiento fueron eje fundamental para mi proceso personal y profesional.

El largo camino hasta aquí me ha enseñado que cuando se quiere algo hay que insistir hasta obtenerlo, que sin importar las pruebas u obstáculos siempre vas a encontrar la manera de salir de allí, y más aún cuando de tus sueños se trata.

Por último y no menos importante mil gracias a todos los docentes, compañeros, y allegados que contribuyeron para llevar a cabo este proyecto.

## CONTENIDO

RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	18
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. OBJETIVOS.....	23
4.1. Objetivo general .....	23
4.2. Objetivos específicos .....	23
5. MARCO TEÓRICO .....	24
5.1. Conductas autolesivas .....	24
5.1.1. Personalidad del autolesivo.....	26
5.1.2. Contexto social que incide en las Conductas autolesivas .....	27
5.1.3. Contexto familiar .....	28
5.1.4. Factores psiquiátricos relacionados con las conductas autolesivas .....	29
5.1.5. Factores biológicos .....	31
5.2. Estrategias de afrontamiento .....	31
5.2.1. Estrategias de afrontamiento en adolescentes .....	34
5.2.2. Habilidades de pensamiento.....	35
5.3. Adolescencia.....	36
5.3.1. Adolescencia y conductas autolesivas .....	36
6. METODOLOGÍA .....	38
6.1. Tipo de investigación .....	38
6.2. Nivel de la investigación .....	38
6.3. Diseño de la investigación.....	39
6.4. Población .....	39
6.5. Muestra .....	39
6.6. Criterios de inclusión.....	40
6.7. Instrumentos .....	40
6.7.1. <i>Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis .....</i>	<i>40</i>

6.7.2. <i>Entrevista de conductas autolesivas</i> .....	43
6.8. Procedimiento .....	44
7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	46
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	47
9. RESULTADOS .....	48
9.1. Descripción sociodemográfica .....	48
9.2. Descripción de las variables: Conductas autolesivas y estrategias de afrontamiento .....	49
10. DISCUSIÓN .....	61
11. CONCLUSIONES .....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÉNDICES .....	71

## LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Matriz de análisis.....	50
<i>Tabla 2.</i> Puntuación centil de los datos obtenidos en el (ACS).....	58



## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Características de género y edad en la muestra participante.....	48
<i>Figura 2.</i> Escolaridad de la muestra participante.....	49
<i>Figura 3.</i> Tipo de familia a la que pertenece la muestra participante.....	56
<i>Figura 4.</i> Puntuación centil de Na.....	58
<i>Figura 5.</i> Puntuación centil de Fi.....	58
<i>Figura 6.</i> Puntuación centil de Rt.....	59
<i>Figura 7.</i> Puntuación centil de Rp.....	59
<i>Figura 8.</i> Puntuación centil de Pr.....	59
<i>Figura 9.</i> Porcentaje de la muestra que ha sido víctima o no de bullying.....	60

LISTA DE APÉNDICES

APÉNDICE A.....71  
APÉNDICE B.....73  
APÉNDICE C.....74

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las estrategias de afrontamiento en adolescentes entre los 11 y 14 años que presentan conductas autolesivas pertenecientes a una Institución Educativa de Envigado.

La investigación se desarrolló a partir de un enfoque mixto el cual es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para responder a un planteamiento (Grinnell, 1997 citado por Hernández, Collado y Baptista, 2003, p. 43). La muestra estuvo conformada por 6 adolescentes entre los 11 y 14 años, pertenecientes a un Institución Educativa de Envigado. Se realizó un muestreo intencional con el fin de contar con una población que tuviera características similares para la ejecución del estudio.

Para responder al objetivo del estudio se emplearon los siguientes instrumentos: La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis. Y la entrevista semiestructura acerca de las conductas autolesivas.

El análisis de los resultados se llevó a cabo a través del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) y una matriz de análisis. Los resultados arrojaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes que presentan conductas autolesivas son: No afrontamiento, distracción física y reducción de la tensión y las estrategias menos utilizadas son: Resolver el problema y preocuparse.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, conductas autolesivas y adolescentes.

## ABSTRACT

The objective of this research was to analyze coping strategies in adolescents between 11 and 14 years old who present self-injurious behaviors belonging to an Envigado Educational Institution.

The research was developed from a mixed approach which is a process that collects, analyzes and links quantitative and qualitative data in a single study to respond to an approach (Grinnell, 1997 cited by Hernández, Collado and Baptista, 2003, p. 43). The sample consisted of 6 adolescents between 11 and 14 years, belonging to an Educational Institution of Envigado.

Intentional sampling was carried out in order to have a population that had similar characteristics for the execution of the study.

In order to respond to the objective of the study, the following instruments were used: The Coping Scale for Adolescents (ACS) of Frydenberg and Lewis. And the semi-structured interview about self-injurious behaviors.

The analysis of the results was carried out through the statistical package Statistical Package for Social Sciences (SPSS) and an analysis matrix. The results showed that the coping strategies most used by adolescents with self-injurious behaviors are: Non-coping, physical distraction and stress reduction and the least used strategies are: Solving the problem and worrying.

Keywords: Coping strategies, self-harm behaviors and adolescents.

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2015), en su estadística anual hace evidente que “Los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes, con cerca de 67.000 muertes” (párr.10)

Las conductas autolesivas se tratan de un motivo de consulta frecuente en psicología, puesto que hay cicatrices que difícilmente se borran del cuerpo; y en el aspecto psicológico, se evidencia la disminución de calidad y bienestar de vida. Es por ello que se hace necesario visualizar esta problemática, ya que muchos de los casos no se reportan, por lo tanto, no llegan a las entidades encargadas o autorizadas para el manejo de esta situación.

Así mismo, se hace importante entender esta conducta desde otra perspectiva, teniendo como eje inicial los factores intrínsecos y extrínsecos que la componen.

La presente investigación pretende comprender qué tipo de estrategias de afrontamiento poseen los adolescentes que han presentado conductas autolesivas en nuestro contexto, y desde ahí profundizar en las dificultades dadas, para que desde una comprensión más amplia se puedan fomentar programas de promoción y prevención frente a esta problemática.

## 1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la (OMS, s.f) la adolescencia es definida como

El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (párr.1)

Es en la adolescencia donde más cambios ocurren, cambios que están determinados por la dinámica familiar, el contexto, la cultura y las condiciones económicas y políticas del momento. Es por ello que se habla de transformaciones en la personalidad, crisis, búsqueda de identidad y cambios físicos.

Según Florenzano (1998)

Es en la adolescencia donde el individuo se encuentra totalmente vulnerable, puesto que atraviesa grandes cambios en un corto período y requiere importantes esfuerzos de adaptación, donde la persona empieza a ser más sensible a la influencia del ambiente y las expectativas sociales empiezan a cumplir un papel importante. (p.23)

Según la OMS (2017) durante la adolescencia se van creando mayores conductas de riesgo, especialmente las autolesiones, las cuales presentan una alta prevalencia en adolescentes entre los 11 y 19 años. Dichas conductas se generan a raíz de los cambios psicológicos por los cuales atraviesa la persona, entre ellos se encuentra la inseguridad, los cambios de humor, la preocupación por el futuro, entre otros. (párr.14)

Dado lo anterior, DSM-5, citado en Zetterqvist, (2015) define las autolesiones como; “La destrucción intencional y auto infligida del cuerpo, sin la intención de suicidio y para fines no socialmente sancionados, incluye conductas como cortar, quemar, morder y arañar la piel”.

Ferreira, Martins, Machado y Silva (2012) citados en Martínez (2015) En las investigaciones llevadas a cabo en Portugal con una muestra de 569 estudiantes de entre doce y veinte años, dieron con un 28% de personas que explicó haberse autolesionado alguna vez en la vida (p.5). De igual manera, en los estudios realizados por Brunner, Parzer, Fischer, Carli, Hoven, Wasserman, Sarchiapone, Resch, Apter, Balazs, Barzilay, Bobes, Corcoran, Cosmann, Haring, Kahn, Keeley, Meszaros, Nemes, Podlogar, Postuvan, Saiz, Sisask, Tubiana, Varnik, y Wasserman, (2013) citados en Martínez (2015) acerca del estilo parental y las autolesiones, se encontró que un 28,9% de los adolescentes entrevistados refería haberse autolesionado alguna vez en su vida. De estos participantes, un 21,37% dice haberlo hecho de forma ocasional (entre 1 y 4 veces) y un 7,55% informó hacerlo en repetidas ocasiones (más de 5 veces). De acuerdo a esto, se observa que los adolescentes entrevistados tienen una alta probabilidad de presentar conductas autolesivas debido al proceso de regulación de emociones asociado con el estilo parental o de crianza. (p.5)

En la búsqueda y análisis de varias investigaciones que se han realizado en torno a los factores de riesgo de esta conducta se ha encontrado que; la baja autoestima y el abuso sexual son variables predisponentes. Frías, Costa, Peña, Sánchez (2012). Se puede inferir que, a medida que la persona atraviesa la adolescencia, el ser aceptado se convierte en algo imprescindible, es decir, formar parte de un grupo social y sentirse atractivo para las demás personas. (p.5)

Sumado a lo anterior, los autores Ulloa, Contreras, Paniagua, Figueroa (2013) examinaron las características demográficas y clínicas, así como los tipos, frecuencia y motivos para autolesionarse de 556 adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil de 2005 a 2011. Dentro de las características que encontraron con mayor frecuencia fueron el sexo femenino, el nivel socioeconómico bajo, la violencia intrafamiliar y el antecedente de abuso sexual, los principales motivos para autolesionarse incluían la baja tolerancia a la frustración, el llamar la atención de otros, los síntomas afectivos y ansiosos, las discusiones con los padres y parejas, la negligencia emocional, el abuso físico y sexual y las condiciones familiares caóticas son variables predisponentes de esta conducta (p. 419).

Según García (2013) las autolesiones podrían tener una función liberadora de tensión, mientras que la planificación suicida podría estar más relacionada a una sintomatología depresiva.

Los autores Lazarus y Folkman (1984) citados en Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2015) definen las estrategias de afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.127) Y las clasificaron de la siguiente manera; dirigida al problema, orientada a su modificación y al cambio de la situación hacia otra que no suponga amenazar al sujeto y otra estrategia es la dirigida a la emoción que incluye reducir la respuesta emocional negativa a una situación estresante, que puede ser percibida como amenaza o bien, como oportunidad y aprender a salir adelante.



Castro, Planellas, Kirchner (2014) En relación a las autolesiones y las estrategias de afrontamiento se ha encontrado que los adolescentes que presentan estrategias de evitación, tienen más probabilidad de reportar conductas autodestructivas, constituyéndose como un factor de riesgo para la salud de la población (p.11). Para Sánchez, Domínguez, Hernández y González (2015) Las estrategias de afrontamiento, predominantes son; autoinculparse, reducción de la tensión y la falta de afrontamiento (p.606). Según Gonzáles (2016) los adolescentes que se autolesionan utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en la evitación, además que presentan un déficit en cuanto a estrategias de resolución de problemas y uso reducido del apoyo social.

De acuerdo con lo anterior, autores como McMahon (2013) coincide en que el uso de estrategias de afrontamiento centrado en la solución de problemas, se relaciona con variables como alto bienestar psicológico, satisfacción con la vida, un buen nivel de adaptación, inteligencia emocional, autorregulación y mejor salud mental. En contraste, el uso de estrategias de tipo pasivo se relaciona con altos niveles de ansiedad, estrés y depresión.

Por otro lado, se encuentran varias implicaciones y repercusiones que tienen las autolesiones en los adolescentes. De acuerdo a Psyciencia (2017) la depresión y la ansiedad son uno de ellos, pues los científicos examinaron el progreso de algunos adolescentes durante los cinco años posteriores a las autolesiones y hallaron que incluso aquellos que se autolesionaron sin intentos de suicidio presentaban un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental y eran más propensos a tener problemas de abuso de sustancias (párr.4).

## 2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en los adolescentes entre los 11 y 14 años que presentan conductas autolesivas pertenecientes a una Institución Educativa de Envigado?

### 3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años ha llamado la atención de investigadores y profesionales de la salud debido a las implicaciones a nivel personal, familiar y social que trae consigo las conductas autolesivas. Además, según la OMS (2015) citado en Latinpress (2017) en su estadística anual hace evidente que:

Los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes, con cerca de 67.000 muertes y en las mujeres entre los 10 y 19 años es la segunda causa de muerte. (párr. 8)

Esta conducta que, en las últimas décadas se ha hecho tan notoria, alude a un problema de salud prioritario y se hace relevante para los profesionales de la salud mental, analizar aspectos principales que pueden estar fallando en esta población, tales como sus estilos de afrontamiento.

Según Medicina Legal (s.f):

En Colombia el 48,74% de los suicidios ocurrió en edades entre los 15 y 34 años de esos, la mayoría estaba en el rango de edad de 20 a 24 años, con 302 casos. El número de suicidios de adolescentes entre los 10 y los 14 años creció significativamente al pasar de 57 en el 2014, a 70 en 2015. El Tiempo (2016) citado en Cifuentes (2018) (p. 11).

Y según el Ministerio de salud y protección social (2017):

El número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinflingidas intencionalmente (Códigos CIE10 X60 a X84), en todos los servicios de salud, de 2009 a 2017 (el dato del último año es preliminar), fue de 36.163 casos, con un promedio de 8.036 casos por año (p.4).

Las anteriores cifras son un tanto alarmantes, e invitan a pensar qué se está haciendo en torno a la prevención de esta conducta, la cual conlleva a daños no solo físicos sino también emocionales y sociales.

Al evaluar las autolesiones se debe tener en cuenta la gravedad de la conducta, la letalidad, los antecedentes y la motivación que tuvo el adolescente para hacerle daño a su propio cuerpo. Muchas preguntas surgen a raíz de esto, entre ellas ¿Hay un rechazo hacia el propio cuerpo?, ¿Cómo se han instaurado las creencias y la cultura en el adolescente para el desarrollo de las estrategias de afrontamiento?, ¿Las autolesiones son la manera que tiene el adolescente de comunicar a las personas que lo rodean su ira, enojo, tristeza u odio? En este sentido, se hace alusión al mecanismo de retroflexión del cual habla Perls, haciendo referencia a volverse hacia uno mismo. De acuerdo a Martín (2012) dicho mecanismo consiste en que “La persona dirige la actividad hacia sí mismo y se sustituye por el ambiente como blanco de conducta, haciéndose a sí mismo lo que le gustaría hacer a otro”.

Es de interés para la psicología, la comprensión de este fenómeno que se constituye a raíz de diferentes factores y tiene múltiples realidades construidas por el sujeto. Es por ello, que la presente investigación pretende comprender qué tipo de estrategias de afrontamiento poseen los adolescentes que han presentado conductas autolesivas en nuestro contexto, y desde ahí profundizar en las dificultades dadas, para que desde una comprensión más amplia se puedan potenciar programas de promoción y prevención frente a esta problemática.

Sumado a lo anterior, es relevante mencionar que muchos de los estudios realizados sobre las autolesiones ubican éstas como un síntoma dentro de algún trastorno psiquiátrico tal y como lo explican Rodríguez y Guerrero (2005) al mencionar que “Los comportamientos auto destructivos se han descrito en una amplia gama de patologías, como el retraso mental o los

trastornos de personalidad antisocial y límite” (p.344). Sin embargo, otros estudios también demuestran que las autolesiones se presentan no sólo en población psiquiátrica sino también en la población en general. Una de ellas es la investigación llevada a cabo por Castro (2011) donde se tuvo como objetivo establecer la asociación entre la conducta autodestructiva y las tipologías de afrontamiento en adolescentes, detectando los perfiles de mayor riesgo a partir de una muestra total de 1.400 alumnos con edades entre 12 y 16 años. Los resultados indican que un 15 % de los adolescentes refiere conductas autodestructivas dentro de un rango subclínico y/o clínico, no existiendo diferencias de género, así mismo, los adolescentes con mayor probabilidad de referir conducta autodestructiva fueron los pertenecientes a la tipología evitadora, caracterizada por sobreutilizar las estrategias de evitación en detrimento de las de aproximación (p. 121).

Y si hablamos de la comorbilidad de esta problemática, la (Sociedad Internacional de Autolesión 2016) a partir de varios estudios realizados refiere las causas de este fenómeno. Pompili y Cols (2014) entre las más frecuentes, se encuentran por ejemplo las personas bisexuales que producto de la victimización, críticas de los iguales y el rechazo familiar, se auto agreden.

Markhija y Cols (2007) También, están quienes han sufrido abuso sexual, que aparte de sufrir ideación suicida, se autolesionan como reparación al sentimiento de culpa.

En la actualidad, hay pocos estudios contextuales acerca de las estrategias de afrontamiento relacionadas con la práctica de autolesiones; si bien, se han encontrado artículos que aluden al concepto, las características, la prevalencia, la cronicidad y los factores de riesgo de las autolesiones, ha sido poco explorada el área desde el punto de vista cualitativo, y en la población antioqueña, ha sido un tema que ha tomado importancia debido a que, las estrategias

que utilizan los adolescentes para afrontar las situaciones difíciles afectan no sólo su funcionamiento psicosocial, sino también su dinámica familiar y su desarrollo en general.

Siguiendo esta misma línea, el sesgo entra a jugar un papel importante, ya que sólo se ve la punta del iceberg de estas conductas, teniendo en cuenta que muchas de las investigaciones se realizan de manera superficial. Sea cual sea el caso, se trata de un motivo de consulta frecuente en muchos servicios profesionales psicológicos, puesto que hay cicatrices que difícilmente se borran del cuerpo y presentan la posibilidad de infectarse, y pueden ocasionar pérdidas de un miembro e inclusive la muerte. Y en el aspecto psicológico, se evidencia la disminución de calidad y bienestar de vida, sumado a lo anterior, muchos de los casos no se reportan, por lo tanto, no llegan a las entidades encargadas o autorizadas para el manejo de esta situación.

Al describir cómo se establecen las estrategias de afrontamiento en dicha población, se hará un aporte a la comprensión de las autolesiones, lo cual, así mismo contribuirá no solo al conocimiento, sino también a su manejo e intervención. De igual manera, es importante tener claro que la participación debe ser interdisciplinar, es decir, donde colaboran psicólogos clínicos, trabajadores de la salud, docentes, padres de familia, entre otros.

Cuando se habla de desconocimiento se hace referencia a que hay que entender el trasfondo clínico de esta conducta para contribuir a la comprensión y posterior intervención por parte de psicólogos, maestros, padres de familia y profesionales de la salud.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1.Objetivo general

- Analizar cómo se establecen las estrategias de afrontamiento en los adolescentes entre los 11 y 14 años que presentan conductas autolesivas pertenecientes a una Institución educativa de Envigado.

### 4.2.Objetivos específicos

1. Identificar las dificultades en el establecimiento de las estrategias de afrontamiento de los adolescentes que presentan conductas autolesivas.
2. Definir los factores intrínsecos y extrínsecos comunes en los adolescentes que presentan esta conducta.
3. Exponer una reflexión profunda de este fenómeno que posibilite posteriores trabajos de intervención.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. Conductas autolesivas

Según el DSM-5 citado en Zetterqvist (2015) La autolesión es definida como “La destrucción intencional y auto infligida del cuerpo, sin la intención de suicidio y para fines no socialmente sancionados, incluye conductas como cortar, quemar, morder y arañar la piel”. Autores como Mosquera (2008) citado en Agudelo (2017) se refiere a esta conducta como “El acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa” (p. 10).

Taboada (2007) citado en Trujano (2017) define las autolesiones como “Un lenguaje somático que utiliza al cuerpo para expresarse”. Además, sostiene que representan un intento por manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio o el sufrimiento emocional intenso, enviando el mensaje de decepción, abandono o abuso.

Para Nock (2010) citado en Cifuentes (2018) “Las autolesiones cumplen funciones intrapersonales como por ejemplo, la regulación de afectos. E interpersonales como la búsqueda de ayuda”. Dado esto, el riesgo de cometer autolesión se incrementa por factores generales como el abuso infantil y por factores específicos que influyen en la decisión de autolesionarse (p.27).

Klonsky, Ross y Heath (2002) refieren que existe la creencia que las autolesiones solo se presentan en las poblaciones psiquiátricas, no obstante, también se produce en poblaciones comunitarias.

Los autores Ferráez (2013) y Manca (2011) citados en Trujano (2017) señalan que:



“Este comportamiento puede mantenerse debido a que el dolor físico les distrae del emocional, logra la disociación de sentimientos intolerables, genera una impresión de control, permite comunicar el malestar percibido, reduce el estrés, aclara la mente, libera endorfinas, ayuda a concentrarse y produce la sensación de estar vivo” (p. 66).

Sumado a lo anterior, los autores Simeón y Favazza (1995) citados en Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor y Silva (2013) propusieron una clasificación para las autolesiones, las cuales constituyen una herramienta de mucho valor y utilidad en la práctica clínica:

- Conductas autolesivas mayores; las cuales hacen referencia a casos que son poco frecuentes, pero en los cuales se produce un daño grave e incluso irreversible en el cuerpo, por ejemplo, la amputación de las extremidades. Este tipo de actos se caracterizan por ser violentos y su aparición se da de forma impulsiva e inesperada. Alrededor del 75% de estos casos ocurre durante episodios psicóticos, pero también pueden aparecer en trastornos anímicos graves y trastornos de personalidad severos.
- Conductas autolesivas estereotipadas, las cuales se refieren a conductas donde las personas se golpean en la cara y en la cabeza de forma repetida e intencional, se muerden partes como la lengua y las manos, se rasguñan la piel, y se tiran el cabello. Estos comportamientos se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retraso mental severo y patologías neurológicas.
- Conductas autolesivas compulsivas en las cuales se incluyen acciones como rascarse la piel de forma insistente hasta llegar a producir heridas, morderse las uñas o tirarse el cabello. El patrón compulsivo que caracteriza este tipo de autolesiones puede llegar a ser experimentado en ocasiones como actos automáticos.

- Conductas autolesivas impulsivas donde son más frecuentes las cortadas y las quemaduras en la piel, las cuales pueden encontrarse con mayor facilidad en mujeres y en algunos trastornos tales como el trastorno límite de la personalidad, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria y trastornos del estado de ánimo. Esta categoría tiene dos subdivisiones:
- *Autolesiones impulsivas episódicas*: En este tipo de autolesiones las personas tienen un miedo constante de dañarse a sí mismas, pero casi siempre fracasan en sus intentos por resistirse a los impulsos autolesivos, pues experimentan un aumento de la tensión previa al acto, pero con una sensación de alivio después de su ejecución, lo cual se convierte en un refuerzo que mantiene la conducta.
- *Autolesiones impulsivas repetitivas*: Aquí se sospecha de la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva, pues la conducta autolesiva puede presentarse casi todos los días sin un evento desencadenante aparente, evidenciándose entonces una especie de patrón compulsivo-adictivo. Este comportamiento es más común en mujeres, casi siempre tiende a comenzar a temprana edad y puede mantenerse por mucho tiempo e incluso durante toda la vida (p. 40-41).

#### 5.1.1. Personalidad del autolesivo

Un estudio realizado por los autores Gallegos-Santos, Casapia, & Rivera (2018) con el objetivo de determinar la relación entre los estilos de personalidad y las autolesiones, encontraron que;

“Los estilos de personalidad que están relacionados con las autolesiones son; el sensible, el cual se caracteriza porque las personas son muy flexibles, cambian de parecer rápidamente, con la tendencia a mostrarse descontentos o pesimistas. Otro estilo relacionado a las autolesiones es el inhibido, las personas con este estilo son reservadas, sensibles, prefieren estar incomunicadas y evitan establecer relaciones interpersonales con los demás, manteniéndose aisladas. El último estilo de personalidad asociado a las autolesiones es el violento; las personas con este estilo son personas frías, agresivas, desafiantes, de pensamiento rígido, autoritarias, pues tienen temor de demostrar sus sentimientos, son poco tolerantes con los problemas de los demás” (párr. 30-31).

#### 5.1.2. Contexto social que incide en las Conductas autolesivas

Muchos factores psicosociales pueden estar relacionados y tener influencia en las conductas autolesivas en los adolescentes. Entre ellos, se encuentran los subsistemas familiar y escolar, ambos influyen directamente en el desarrollo del niño y del adolescente. Si la persona crece en un ambiente familiar desestructurado, con una dinámica constante de conflicto y falta de vinculación, entonces será proclive a que sus miembros generen comportamientos autodestructivos.

Por otra parte, y haciendo énfasis en lo que refiere Cifuentes (2018) la escuela también comparte con la familia la responsabilidad en la formación humana, es decir, si la escuela se orienta a la promoción y cuidado de toda forma de vida, incidirá en las actitudes de los adolescentes, pero si en el contexto escolar, se reproducen dinámicas de exclusión, acoso escolar y violencia, se generará un malestar que llevará a algunos adolescentes a autoagredirse (p.39).

Otra variable psicosocial que es importante tener en cuenta es el modelamiento o imitación, muy común entre los adolescentes que buscan reproducir conductas de sus pares significativos, como una forma de pertenecer a un grupo social y así ser aceptado. Esto, claro está se refuerza a través de internet en donde existen blogs, foros y redes sociales en donde la persona se siente identificada y motivada a autoagredirse.

### 5.1.3. Contexto familiar

Una investigación realizada por Martínez (2015) que tuvo como objetivo buscar la relación entre las dimensiones del estilo parental, la ideación y las conductas autolesivas se encontró:

En el caso del padre cierta relación negativa significativa entre el afecto y la comunicación con el porcentaje de tiempo en que sus hijos se drogaban mientras pensaban en autolesionarse; la promoción de la autonomía , la edad de inicio y la presencia de las drogas y el porcentaje de tiempo que estaban drogados mientras se autolesionaban. Estos resultados revelan que en la variable que más influía la relación parental es en la probabilidad de aparición de las drogas acompañando a las autolesiones (p. 22).

Lo anterior, según los autores, encaja con la exploración de Deliberto y Nock (2008) citados en Martínez (2015) que relaciona el abuso de sustancias con las autolesiones. El estilo paternal podría ser una variable mediadora entre el consumo de sustancias, la ideación y las conductas autolesivas (p. 22).

#### 5.1.4. Factores psiquiátricos relacionados con las conductas autolesivas

Las conductas autolesivas no suicidas constituyen un comportamiento complejo, que está presente en un amplio rango de patologías psiquiátricas tanto en el eje I como en el eje II. Las formas de presentación de estas conductas, tanto en el curso longitudinal como transversal, son diversas y la presencia de comorbilidad aumenta significativamente su gravedad clínica. Estas características obligan al médico a evaluar diligentemente los diagnósticos psiquiátricos, los antecedentes epidemiológicos del caso y el contexto en el que aparece.

Así mismo, las autolesiones se han estudiado de manera transversal a otros trastornos, es por ello que es importante mencionar cuáles de ellos tiene relación con esta conducta.

- Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión: Los síntomas depresivos tienden a relacionarse con las autolesiones. “En concreto la desesperanza está directamente relacionada con la conducta autolesiva sobre todo en mujeres jóvenes”. (Wilkinson et al., 2011).
- Trastornos de Ansiedad: Klonsky y Glenn (2008) La ansiedad está directamente relacionada con las Autolesiones no inflingidas (NSSI) principalmente en mujeres jóvenes. “Parece ser que las autolesiones están precedidas de excitación emocional intensa relacionadas con la ansiedad, y que éstas podrían provocar las conductas autolesivas”.
- Trastorno Límite de la Personalidad: Gross y Muñoz (1995) Mennin, Heimberg, Turk y Fresco (2005) Tanto el TLP como las autolesiones presentan desregulación emocional y emocionalidad negativa.

- Trastornos de la Conducta Alimentaria: Jeppson, Richards, Hardman y Granley (2003)  
Las conductas relacionadas con TCA ocasionadas por emociones negativas son comparables a las que se producen cuando aparecen las NSSI.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: Nock y Prinstein (2004) Wilhelm et al. (1999). En el TOC pueden ser llevadas a cabo conductas autolesivas mediante compulsiones, aunque generalmente estas conductas son empleadas para regular emociones.
- Abuso de sustancias: Scilletta (2012) Existe una relación a nivel neurológico y psicológico entre los mecanismos que mantienen la conducta autolesiva y los existentes en el abuso de sustancias, considerando que existe una liberación de endorfinas y que las NSSI son otro tipo más de adicción.
- Conducta suicida: Nock (2006) Un historial previo de NSSI, el uso de diferentes métodos de NSSI y la pérdida del dolor asociado a las autolesiones podrían ser factores predisponentes para la conducta suicida.
- Experiencias traumáticas asociadas: Además, de los trastornos relacionados con las NSSI, se estudian las experiencias de la infancia que presenta la población con conducta autolesiva. Se indica que existe una correlación entre los abusos sexuales recibidos en la infancia y las autolesiones en la adolescencia, principalmente en mujeres Gratz, Conrad y Roemer (2002). Así como existe, en los hombres, una relación entre el abuso en la niñez, las autolesiones en la adolescencia y la depresión. También se encuentran una relación directa entre el abuso físico infantil y la tendencia a la autolesión Evren y Evren (2005) citados en García (2017-2018).

### 5.1.5. Factores biológicos

A partir de la lectura de varios artículos, se ha observado que existen varias hipótesis neurológicas que afirman que “La autolesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores cerebrales que ayudan a regular las emociones. El nivel de serotonina bajo parece estar comprometido en este comportamiento”. Favazza (1996) citado en Flores, Marentes y Figueroa, (2018).

Según Purington y Whitlock (2004) citados en Flores, Marentes y Figueroa (2018):

Queda al descubierto, que una vez que el comportamiento se ha iniciado, las endorfinas que son liberadas a partir de la autolesión se pueden convertir en adictivas. En algunos casos el suicidio o muerte puede considerarse como una sobredosis para el habitual autolesivo (p.208).

Otras teorías como la de la percepción del dolor Mendoza, Pellicer (2016) citado en Flores, Marentes y Figueroa (2018). Refieren “A través de estudios desarrollados con animales que los primates criados en ambientes de privación social es decir, sin madres o semejantes eran susceptibles al desarrollo de conductas autolesivas”.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la influencia de los factores ambientales, proporcionaría una alteración en la percepción del dolor y de uno mismo, lo cual generaría conductas desadaptativas.

### 5.2.Estrategias de afrontamiento

Según García (2010) “Las estrategias de afrontamiento son un constructo clave para comprender cómo los adolescentes reaccionan ante acontecimientos estresantes y se adaptan a sus experiencias”. Dependiendo del tipo de afrontamiento de la persona, podrán darse consecuencias positivas o negativas.

Skinner y Zimmer-Gembek (2007) citados en Godínez, Lucio, Patiño y Ruiz, refieren el afrontamiento como “El modo en que las personas se movilizan, guían y dirigen su comportamiento y emociones o cómo fallan en ese intento bajo condiciones estresantes” (p. 2758).

Una de las definiciones más importantes sobre este concepto es la de Lazarus & Folkman (1984) quienes refieren el afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (p.141) Es decir, las estrategias de afrontamiento le permiten a cada individuo manejar adecuadamente todas las situaciones que se le presenten en su cotidianidad.

De acuerdo a ello, se puede decir que el afrontamiento es la actividad conductual o cognitiva que realiza la persona ante una situación que le está causando estrés y de esta manera puede minimizarlo. Además de ello, dichos autores crean la teoría de estrés y evaluación/tasación cognitiva, en donde se plantea que la persona realiza una evaluación cognitiva en torno a la situación estresante, viéndola como; un reto, una amenaza o un peligro.

Ellos se basan principalmente en los procesos cognitivos que se desarrollan frente al estrés. Lazarus y Folkman describen una evaluación primaria y una evaluación secundaria. La



primera, se refiere a evaluar la importancia o significado del evento o situación estresante, y la segunda, se refiere a evaluar la consecuencia del evento y decidir de qué manera actuar frente a ello, de igual manera, tiene que ver con los sentimientos relacionados con el estrés que le está causando la situación.

Además, los autores plantean dos estilos diferentes de afrontamiento. El primero, es el afrontamiento focalizado en el problema, el cual hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las solicitudes ambientales causantes del estrés, intentando solucionar el problema o al menos disminuir su impacto; y el segundo, el afrontamiento focalizado en las emociones, el cual implica realizar esfuerzos para aminorar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes.

Siguiendo esta misma línea, los autores Frydenberg y Lewis (1994-1999) citados en Canessa (2002) conceptualizan el afrontamiento como “Una competencia psicosocial, que incluye una serie de estrategias conductuales y cognitivas utilizadas para enfrentar las demandas de la vida”. También, describen el afrontamiento en adolescentes como:

Las respuestas que dan a sus preocupaciones específicas, sin embargo, habrá casos en que el estilo general de afrontamiento del adolescente tendrá mayor interés que la forma en la que éste se modifica para afrontar un determinado tipo de problema (p.193).

Los autores anteriores plantean tres tipos de afrontamiento, el primero de ellos es el dirigido a resolver el problema, que se refiere a abordar el problema de manera directa, el segundo es el afrontamiento en relación a otros, que se describe entorno a compartir las preocupaciones con los demás, llámese familia, amigos, profesionales o tener en cuenta a

otras redes de apoyo. El tercero es el afrontamiento improductivo también llamado como disfuncional o evitativo, como su palabra lo indica se refiere a centrarse en la evitación, lo cual no ayuda a resolver el problema.

Frydenberg y Lewis (1994-1999) después de realizar investigaciones por cinco años, construyen la Escala de Afrontamiento para Adolescentes por sus siglas en inglés (ACS), la cual tiene como objetivo medir los modos o formas de afrontar que prefieren los adolescentes cuando se encuentran en dificultades, siendo una prueba de autoayuda, permite ampliar y modificar el repertorio de conductas de los adolescentes.

#### 5.2.1. Estrategias de afrontamiento en adolescentes

Las estrategias de afrontamiento constituyen un elemento que influye en el desarrollo psicológico del adolescente, es por ello que, los autores Barrón, Castilla, Casullo, Bernabéu (2002) Realizaron una investigación que tuvo como objetivo estudiar la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables.

Los resultados mostraron que los adolescentes utilizan distintas estrategias según el nivel de bienestar. El alto bienestar está relacionado con los estilos dirigido a la resolución del problema y de relación con los demás excepto la búsqueda de pertenencia y la acción social y con la estrategia de preocuparse del estilo improductivo (p.366).

Gómez, Luengo, Romero, Villar, Sobral (2006) llevaron a cabo un estudio donde analizaron las estrategias de afrontamiento de una muestra gallega de estudiantes de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria.

Encontraron que existen diferencias entre las estrategias empleadas en la adolescencia temprana y tardía, así como entre la forma de afrontar las situaciones por parte de hombres y mujeres, también se comprueba que ciertas estrategias de afrontamiento parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales mientras otras parecen favorecer la aparición de estas conductas (p.593).

De acuerdo a las investigaciones realizadas en torno a las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes, se puede concluir que, de acuerdo a la edad y la experiencia, va aumentando el repertorio de estrategias y/o habilidades para enfrentar distintas situaciones de la vida cotidiana.

#### 5.2.2. Habilidades de pensamiento

Un estudio llevado a cabo por Mendoza y Agudelo (2018) tuvo como objetivo analizar las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos asociados a la práctica del cutting, de una mujer de 13 años y un hombre de 16 años de edad. Allí se evidencian las distorsiones cognitivas presentes en los adolescentes que se autolesionan. Entre ellas se encontraron la inferencia arbitraria, la cual hace referencia a sacar conclusiones de las situaciones sin estar apoyadas en los hechos. Otra distorsión es la sobregeneralización la cual lleva a la persona a percibir defectos en su cuerpo y a sacar conclusiones generales sobre un aspecto en particular (p. 46-47). También se observa la magnificación y la despersonalización a lo cual (Beck 2000) describe como “El hábito de atribuirle la culpa a los demás de la mayoría de los sucesos que ocurren en la vida”.

### 5.3. Adolescencia

De acuerdo a Castillo (2007) citado en Varona (2015) La adolescencia es entendida como un periodo crítico en el desarrollo evolutivo del ser humano, se trata de una etapa fundamental, dado que es el nexo entre el niño y el adulto y es donde se producen importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales” (p. 1).

Esta etapa se caracteriza por ser un período vulnerable, dado que empiezan a aparecer las conductas de riesgo, las cuales traen consigo consecuencias a nivel de la salud física y mental del individuo, además de repercusiones a nivel familiar, social y económico.

En la actualidad, la sociedad se ha encargado de generar una permanente insatisfacción en los seres humanos como es el caso de la moda, la tecnología y la diversión. Y se observa cómo el adolescente es altamente influenciado, por su búsqueda de identidad y de pertenencia a un grupo a querer ajustarse a lo que se impone y cuando no lo logra cae en la desesperación, tal como se puede observar en las conductas autolesivas, que son una respuesta inadecuada frente al estrés y a la falta de sentido de vida que se hace insoportable para el adolescente.

Por otro lado, hay que tener claro que la adolescencia no es solo una etapa de vulnerabilidad sino también de oportunidad, ya que es el tiempo en el cual se contribuye al desarrollo de la persona, a ayudarla a enfrentar los riesgos y las vulnerabilidades, así como prepararlos para que sean capaces de desarrollar sus habilidades y se conviertan en seres competentes para la sociedad.

#### 5.3.1. Adolescencia y conductas autolesivas

En la actualidad las autolesiones han adquirido mayor relevancia por el aumento de prevalencia y el riesgo a presentar un trastorno límite de la personalidad o un trastorno depresivo mayor.

Para ello, los autores Mollá, Vila, Treen, López, Sanz, Martín, Pérez y Bulbena (2015) llevaron a cabo una investigación con el fin de revisar la bibliografía referente a tratamientos psicológicos para las autolesiones no suicidas. “Los resultados indicaron que ningún tratamiento para las autolesiones demuestra suficiente evidencia en adolescentes. Solo la terapia basada en mentalización (MBT-A) demostró eficacia en un estudio y la terapia dialéctica-conductual (DBT-A) ha demostrado efectividad” (p. 51).

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1. Tipo de investigación

La presente investigación se define con un enfoque mixto el cual es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento Grinnell (1997) citado por Hernández, Collado y Baptista (2003) Dichos autores, señalan que los dos enfoques utilizan cinco fases similares y relacionadas entre sí:

- a. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- b. Establecen ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- c. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- d. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar y/o fundamentar las suposiciones o ideas; o incluso para generar otras (p. 43).

De esta manera, se puede decir que el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento.

### 6.2. Nivel de la investigación

El alcance del estudio se denomina descriptivo. Según Sabino (1986)

La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. En la investigación descriptiva, la preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada.

### 6.3. Diseño de la investigación

El diseño bajo el cual se desarrolló la presente investigación fue el fenomenológico. Según Sampieri, Collado y Baptista (2014) los diseños fenomenológicos tienen como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas tal como son vividas y percibidas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común y diferentes de tales vivencias.

### 6.4. Población

Adolescentes entre los 11 y 14 años pertenecientes a una Institución Educativa de Envigado, Antioquia.

### 6.5. Muestra

La muestra estuvo conformada por 6 adolescentes tanto hombres como mujeres entre los 11 y 14 años pertenecientes a una Institución Educativa de Envigado, Antioquia. Cuatro de los estudiantes se encontraban en sexto grado, uno en séptimo y otro en octavo.

La muestra fue seleccionada a través de un muestreo intencional, que según Ávila (s.f) “Es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en situaciones en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es muy pequeña”.

#### 6.6.Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la realización de la investigación fueron:

- Adolescentes entre los 11 y 14 años.
- Pertenecer a una Institución educativa de Envigado.
- Reporte de conductas autolesivas.
- No presentar otro tipo de trastorno psicológico.
- Consentimiento informado.

#### 6.7.Instrumentos

Los instrumentos utilizados para evaluar las estrategias de afrontamiento en presencia de conductas autolesivas fueron:

##### *6.7.1. Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis*



Esta escala consta de 79 elementos de tipo cerrado, con una escala Likert de cinco opciones, que abarca desde: No se me ocurre nunca o no lo hago (puntuación 1), hasta: Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia (puntuación 5). El último elemento es una pregunta abierta acerca de otras estrategias que utiliza el adolescente para enfrentarse a sus problemas. Tiene dos formas de aplicación: general y específica que difieren sólo en la consigna. En el ACS-forma general se le pide al sujeto que diga, en general lo que suele hacer para enfrentar los problemas o dificultades. En la forma específica, se le pide que describa su preocupación principal y responda los ítems de acuerdo a esta. A partir de la escala se pueden extraer 18 estrategias de afrontamiento las cuales a su vez se agrupan en tres categorías:

- 1) Estilo de afrontamiento centrado en la referencia a otros: Buscar apoyo social, buscar pertenencia, invertir en amigos íntimos, acción social, buscar apoyo espiritual, buscar ayuda profesional.
- 2) Estilo de afrontamiento centrado en resolver el problema: Concentrarse en resolver el problema, esforzarse para tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física.
- 3) Estilo de afrontamiento no productivo: Preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, auto inculparse, reservarlo para sí.

Las estrategias que evalúa la prueba son las siguientes:

- Buscar diversiones relajantes (Dr): Describe situaciones de ocio, y relajantes tales como la lectura, la pintura o divertirse.
- Esforzarse y tener éxito (Es): Describe compromiso, ambición y dedicación, se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal.

- Distracción física (Fi): Se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.
- Fijarse en lo positivo (Po): Indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.
- Concentrarse en resolver el problema (Rp): Se dirige a abordar el problema sistemáticamente, pensar en él y tener en cuenta los diferentes puntos de vista u opciones de solución.
- Buscar apoyo espiritual (Ae): Consiste en una tendencia a rezar, y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.
- Invertir en amigos íntimos (Ai): Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas, al esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades.
- Buscar ayuda profesional (Ap): Denota una tendencia a recurrir al uso de consejeros profesionales, como maestros o psicólogos.
- Buscar apoyo social (As): Consiste en una inclinación a compartir los problemas con los demás y conseguir ayuda y apoyo para enfrentarlos.
- Buscar pertenencia (Pe): Indica una preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan de él.
- Acción social (So): Consiste en dejar que otros conozcan cuál es su preocupación y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
- Auto inculparse (Cu): Indica que se percibe como culpable o responsable de sus problemas o dificultades.

- Hacerse ilusiones (Hi): Se refiere a la esperanza y a la expectativa de que todo tendrá un final feliz.
- Ignorar el problema (Ip): Denota un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.
- Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na): Se refiere a la incapacidad personal para resolver el problema, a no hacer nada y su tendencia a sentirse enfermo y a desarrollar síntomas psicósomáticos.
- Preocuparse (Pr): Indica temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.
- Reservarlo para sí (Re): Indica que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones.
- Reducción de la tensión (Rt): Se refiere al intento de sentirse mejor y relajar la tensión, mediante acciones como: llorar, gritar, evadirse, fumar, comer o beber.

#### 6.7.2. *Entrevista de conductas autolesivas*

Se llevó a cabo una entrevista semi estructurada a cada adolescente, donde se abarcaron aspectos personales, familiares y sociales, además de preguntas referentes a las estrategias de afrontamiento y las conductas autolesivas. Con este instrumento se profundizaron algunos aspectos personales, relacionales y contextuales donde se identificaron factores de riesgo que poseen los adolescentes relacionados con la salud mental en la actualidad.

El guion de entrevista fue construido por la investigadora, fue enviado a evaluación por pares y se realizó pilotaje con un grupo de adolescentes voluntarios, para luego ser aplicado a los participantes de la investigación.

#### 6.8.Procedimiento

- Inicialmente se realizó el contacto con la Institución. Mediante una reunión con el rector, el coordinador académico, el psicólogo y el psicoorientador se dio a conocer el objetivo y las consideraciones éticas de la presente investigación.
- Se identificaron y seleccionaron los participantes con el apoyo del psicólogo y el psicoorientador de la Institución.
- Se citó a los estudiantes de manera individual con el fin de hacerles entrega del consentimiento informado y explicarles el objetivo de la investigación.
- En espera de contar con todos los consentimientos firmados por los padres de familia y/o acudientes, se elaboró el guion de entrevista de conductas autolesivas, teniendo como punto de referencia las variables del marco teórico. El guion fue enviado a evaluación por pares y se realizó pilotaje con un grupo de adolescentes voluntarios.
- Cuando el guion estuvo terminado y los consentimientos firmados, se procedió a la aplicación de los instrumentos. Este proceso se llevó a cabo en dos etapas; en la primera se realizó la entrevista de conductas autolesivas a cada uno de los adolescentes y en la segunda etapa se aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes. Ambas sesiones fueron concretadas teniendo en cuenta el horario de clase para posteriormente ser llevadas

a cabo sin interrumpir las clases de los estudiantes. Cabe resaltar, que la administración de los instrumentos se realizó en un ambiente tranquilo y propicio para la evaluación.

- Una vez realizadas las entrevistas, se transcribieron cada una de ellas, para posteriormente realizar el análisis de la información a través de una matriz de análisis.
- Después de obtener los resultados de la prueba aplicada se procedió a compilar la base de datos de la muestra evaluada.
- Se analizó con detalle los resultados arrojados por la prueba y la matriz de análisis para así generar las conclusiones y discusión de la investigación.

## 7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Posterior a la recolección de los datos, estos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. El cual arrojó las medidas de tendencia central. Según Quevedo (2011) estas medidas “Representan un centro en torno al cual se encuentra ubicado el conjunto de los datos” (párr.2).

Mediante el paquete estadístico también se llevó a cabo el análisis de los gráficos de barras y del diagrama de caja de los datos obtenidos.

## 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvieron en cuenta los lineamientos expresados en la Resolución 8430 del 04 de octubre de 1993 en su Título II. De la investigación en seres humanos, capítulo 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

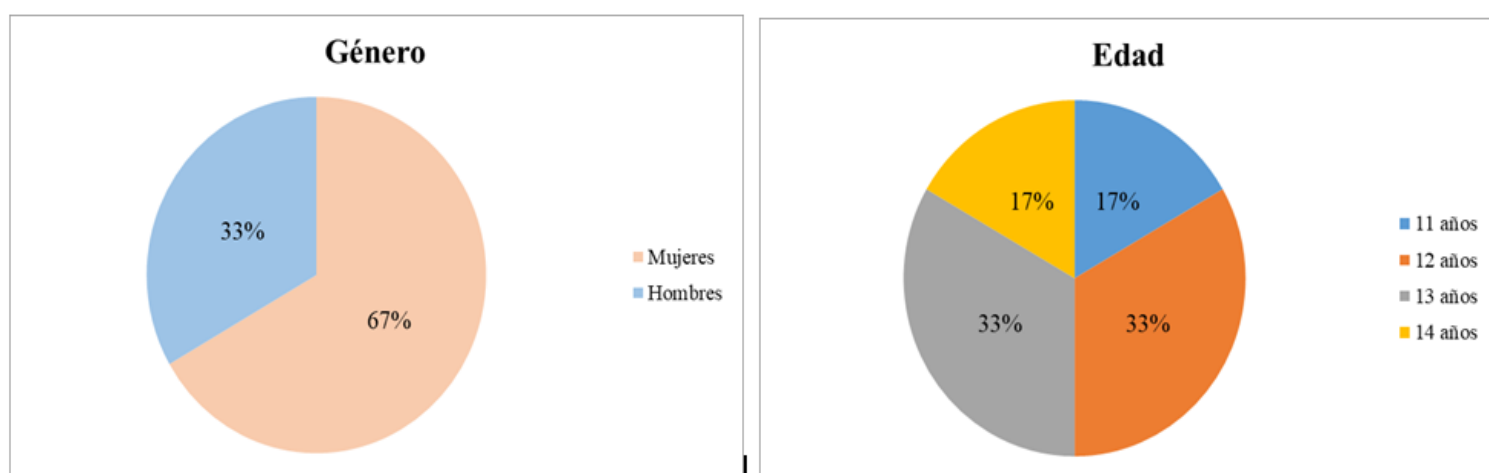
La presente investigación incluyó el uso del consentimiento informado mediante el cual cada participante tuvo previo conocimiento acerca del objetivo del estudio, reconociendo además la autonomía de su participación en la investigación y el libre abandono del proceso sin repercusión alguna.

## 9. RESULTADOS

A continuación se presentan los hallazgos de la investigación realizada con una muestra de adolescentes entre los 11 y 14 años que presentan conductas autolesivas en una Institución Educativa de Envigado.

### 9.1.Descripción sociodemográfica

En el estudio se contó con la participación total de 6 adolescentes. Se identifica que el 67% fueron mujeres (4) y el 33% fueron hombres (2). Respecto a la edad, se encuentra que; el 17% de ellos refiere tener 11 años, el 33% tiene 12 años, otro 33% refiere tener 13 años y el 17% restante tiene 14 años. La *figura 1* señala esta información.



*Figura 1.* Características de género y edad en la muestra participante.

En relación a la escolaridad, en la *figura 2* se observa que; el 16% (1) de ellos se encuentran en séptimo grado, el 17% (1) se encuentra en octavo grado y el 67% (4) se encuentra en sexto grado. La *figura 2* señala esta información.



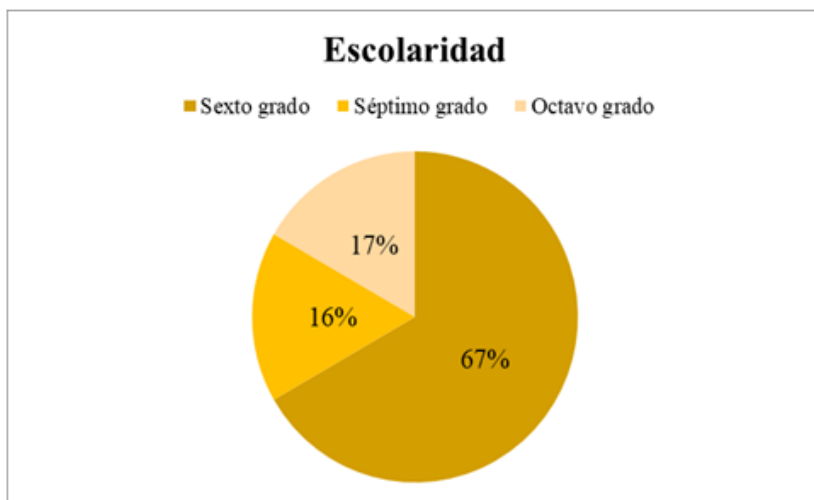


Figura 2. Escolaridad de la muestra participante.

## 9.2.Descripción de las variables: Conductas autolesivas y estrategias de afrontamiento

A partir de la información suministrada por los adolescentes durante las entrevistas, se elabora una matriz de análisis que permitió inicialmente contrastar el equivalente teórico con el contenido explícito. Para después contrastar con los resultados obtenidos en la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).

A continuación, en la *tabla 1* se muestra la matriz de análisis. Posterior a la tabla se exponen las puntuaciones que caben ser resaltadas.

Tabla 1. Matriz de análisis. Fuente: Jesús Betancur (2003) Apuntes investigativos, notas asesoría trabajo de grado.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	EQUIVALENTE TEÓRICO	FRASE TEMÁTICA
<b>ASPECTOS PERSONALES</b>	Personalidad	<p>- Según Allport citado en Paniagua (2012) la personalidad es “La organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio” (párr.7).</p> <p>- Para Eysenk, citado en Torres (s.f) la personalidad es “Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente” (párr.4).</p>	<p>- “Me considero una persona sincera, enojona, triste, feliz, con mal genio...A veces grosera y mentirosa”. D.M</p> <p>- “Soy una persona alegre, honesta y rabiosa. De mi personalidad resalto la honestidad”. E.P</p> <p>- “Me defino como una persona alegre, compartida y juicioso. De mi personalidad resalto ser muy cansón porque me da por hablar y jugar”. K.G</p>
	Antecedentes personales	<p>- De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (s.f) Los antecedentes personales incluyen información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. Estos antecedentes pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos. También pueden incluir información acerca de los medicamentos los hábitos de salud, alimentación y el ejercicio (párr. 3).</p>	<p>- “Me han hecho bullying. (Físico y verbal). Dos personas que me tenían envidia. No les hacía nada, le decía al profesor, e inclusive a mi papá”. D.M</p> <p>- “Una vez sufrí de maltrato, yo estaba muy pequeño, en tercero. Un niño nos pegaba, yo le dije a la profesora lo que estaba pasando”. E.P</p> <p>- “Sí he sufrido de maltrato, pero no se puede decir que mucho. El año pasado había un niño, no sé si tenía una obsesión conmigo, era muy extraño. Él una vez me dijo que yo le gustaba y yo le dije que él me daba asco, porque de verdad hacía cosas que me daban asco. Un día se metió un papel en su zona íntima y se empezó a regrefar y después me tiró el papel”. T.V</p>

<b>ASPECTOS FAMILIARES</b>	Estructura familiar	<p>- Para Minuchin y Fishman (1985) citados en Aronne (s.f) describen a la familia "Como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución" (p.1).</p>	<p>- "Vivo con mi madrastra, mi papá y un hermano. La relación con mi madrastra es buena. Con mi papá la relación es alegre, divertida y sincera. La relación con mi hermano es buena, peleamos mucho, pero a veces es chévere". D.M</p> <p>- "Vivo con mi mamá y mi papá. La relación con mi mamá es buena, me siento muy bien, comparto mucho con ella. Le tengo más confianza a ella. Y con mi papá es bien". K.G</p> <p>- "Vivo con mi mamá, con ella la relación es más o menos. Con mi hermano me la llevo bien, jugamos, me mantengo con él e inclusive peleo por él. Con mi padrastro la relación no es buena, es cansón, llega y me mira feo, me dice cosas como por ejemplo: (Hágame el desayuno, vaya allí a la tienda) y con mi abuela, con ella tengo una conexión normal". X.M</p>
	Estilos de crianza	<p>- De acuerdo con Gottman (s.f) citado en Griffith (2015) "Los estilos de crianza describen los modos como los padres reaccionan y responden a las emociones de sus hijos" (p.1).</p>	<p>- "Tenía que compartir con mi hermana menor. Aprendí que uno tiene que ser compartido, no estar en el celular, estar en familia". D.M</p> <p>- "Me contaban la realidad del mundo, me han guiado por el camino que es". T.V</p> <p>- "Mi mamá me amenazaba porque me decía que me iba a meter a un internado, de vez en cuando me pegaba, me decía que tenía que ser una niña educada, respetuosa para que me fuera bien en la vida. Las palabras que mi mamá me decía me han ayudado". X.M</p>

	Conflictos familiares	<p>- Para Terrón (2012) Los conflictos familiares son múltiples y de diversa índole, pero casi todos obedecen a la falta de unos límites y jerarquías claras, lo cual ocasiona muchos trastornos sobre todo en las nuevas familias que deben encontrar sus formas de comunicarse, adaptarse a la nueva situación y aprender a vivir y convivir juntos (párr. 2).</p>	<p>-“Anteriormente tuve un problema con drogas, porque las consumía. Mi mamá me dijo que me fuera para donde mi papá o sino me llevaba para un internado. Pienso que ha influido mal en mí porque me dañaba el cuerpo pero igual lo seguía haciendo”. K.G</p> <p>- “La economía ha sido el problema principal. Me siento inútil frente a esto porque siento que puedo hacer algo pero a la vez no”. T.V</p> <p>-“El problema ha sido que hay muy poca compañía y poca atención, porque prácticamente nosotros nos quedamos solos en la casa. A veces no tenemos tiempo para hablar con mi mamá y mi abuela. Yo misma me hablo frente al espejo y me río de lo que hice en el día, hablo con mi hermano”. X.M</p>
ASPECTOS SOCIALES	Pertenencia a un grupo	<p>- Según la página Conceptos (s.f) Se conoce como grupos de pertenencia a aquellos en donde quienes los integran tienen un sentido de ser parte de ellos, se sienten integrantes activos, valorados por los otros miembros del grupo como integrándolo, conocedores de sus fines, y los medios para lograrlos, aunque a veces no se comparten (párr. 2).</p>	<p>-“Estoy en danzas (miércoles de 2-4 pm) Comparto con mi prima, el personero del colegio y mi mejor amiga. Juego voleibol (Con los de mi salón). Me permite estar de buen ánimo, me siento más cómoda y con más ánimos de seguir viviendo”. D.M</p> <p>-“Estoy en taekwondo (Martes de 2:00 a 3:30 pm) comparto con amigos del año pasado y los nuevos. Levantamiento de pesas (Jueves 4 en adelante) comparto con amigos del salón, profesores y compañeros de otro colegio. Esto me ayuda a estar distraído para no hacer tantas cosas”. K.G</p> <p>“He estado en baile, baloncesto,</p>

			pintura, voleibol. Y quiero estar en cursos de cocina”. T.V
	Red de apoyo	De acuerdo con El Instituto Nacional de las mujeres de México (2015) Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores (p. 1).	- “Cuento con mi primo y mi papá... Antes me cortaba y ahora le cuento a mi papá y a mi primo cuando tengo un problema”. D.M -“Cuento con mis amigos, y mi familia (hermanos y un primo).”. E.P - “Casi nunca acudo a alguien, pero si algo acudo a mi papá o a un compañero de toda la vida. Mi papá y mi mejor amigo me ayudaron hablando conmigo, diciéndome consejos”. K.G
<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>	Estrategias de afrontamiento	Para los autores Lazarus y Folkman (1984) citados en Castaño, del Barco, (2010) Las estrategias de afrontamiento son "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.245).	-“Cuando tengo problemas actúo muy mal, me da por pegarle a las personas, pero no lo hacía, también me cortaba. A veces recuerdo el pasado, porque mi papá me violó. Y a veces me vienen muchos pensamientos, por ejemplo me da por matarme, por desahogarme con otra persona”. X.M -“Cuando tengo problemas me aruño, lloro y aprieto mis manos. Y pienso en querer abrazar a alguien”. T.V -“Antes solucionaba los problemas cortándome y fumando marihuana. Ahora leyendo libros, saliendo a jugar”. K.V

	Pensamiento crítico y alternativo	Según Paul y Elder (2003) El pensamiento crítico es ese modo de pensar sobre cualquier tema, contenido o problema en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales (p.4).	<p>- “Me dan ganas de morir y no existir”. D.M</p> <p>- “Querer abrazar a alguien”. T.V</p> <p>-“Me vienen muchos pensamientos. Por ejemplo: Me da por matarme, por desahogarme con otra persona”. X.M</p>
<b>CONDUCTAS AUTOLESIVAS</b>	Impulsividad y pérdida de control	Para Sarmiento (2013) "La impulsividad es un constructo que abarca una variedad de fenómenos relacionados, como lo son la planeación, la toma de decisiones, la flexibilidad cognitiva, la autorregulación emocional y la motivación" (p.248).	<p>-“Perdía el control cuando me cortaba. No tengo control de lo que hago. Cuando tengo problemas con mi mamá daño la ropa, los muñecos, tiro todo y a veces me cortaba”. D.M</p> <p>-“Perdía el control cuando me cortaba. No tengo control de lo que hago”. E.P</p> <p>-“Cuando fumaba. Me considero una persona impulsiva. Me da rabia, le pegó a la pared”. K.G</p> <p>- “Cuando me cortaba perdía el control. Si me considero una persona impulsiva, por ejemplo una vez tiré las pastillas que tomaba para controlar los impulsos”. X.M</p>

	Acciones de autolesión	La autolesión es definida como "La destrucción intencional y auto infligida del cuerpo, sin la intención de suicidio y para fines no socialmente sancionados, incluye conductas como cortar, quemar, morder y arañar la piel". DSM-5, citado en Zetterqvist (2015).	<p>-“Me cortaba en las manos, los pies y las ingles. Sentía rabia y dolor. Pensaba que me estaba haciendo daño a mí misma y a las personas que me querían”. D.M</p> <p>-“Me cortaba en el brazo izquierdo. Sentí dolor, que mi mamá iba a sufrir. Sentía rabia, dolor”. E.P</p> <p>-“Me cortaba en el brazo izquierdo. Sentía que me relajaba. No pensaba en nada en ese momento”. K.G</p> <p>-“Me metía agujas, me cortaba en las caderas, en la pierna, me arañaba el pecho. Sentía que eso me tranquilizaba. No pensaba en nada, tal vez pensaba que estaba cansada”. T.V</p> <p>-“Me cortaba las venas, las manos, los pies, cogí un cuchillo y me dio por pegarle a la pared. Sentía rabia, rencor, tristeza. Sentía que el problema me llevaba a hacer eso”. X.M</p>
--	------------------------	---	--

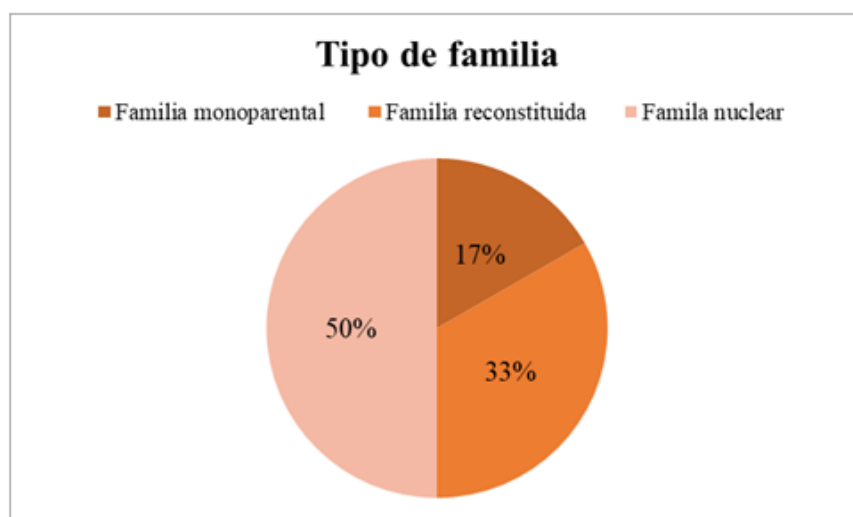
Inicialmente, cabe resaltar que el 50% de los adolescentes participantes pertenecen a familias nucleares. El 33% pertenecen a familias reconstituidas y el 17% pertenecen a familias monoparentales. Esto se observa en la *figura 3*.

La familia monoparental según Gago (s.f) “Está formada por un único progenitor, que puede ser el padre o la madre, y uno o varios hijos” (p. 4). Para las familias monoparentales existen diversos retos, y uno de ellos está relacionado con la satisfacción de las necesidades de afecto y manutención, como bien lo mencionan Cobas y Gamboa (2015)...“En las familias monoparentales estudiadas no se cumplen debidamente las funciones, partiendo de

la insatisfacción que manifiestan los hijos respecto a las necesidades afectivas y materiales, las peleas continuas con/y entre los padres y hasta con los hijos” (párr. 20). Sustentado en lo anterior esto sucede en algunos de los hogares de los adolescentes entrevistados donde la relación con quien convive se torna conflictiva por la poca atención o compañía y los problemas económicos, lo cual también trae consigo mayor vulnerabilidad a las crisis y el estrés.

Mediante el diálogo con los entrevistados se percibe que sus hogares tienden a ser disfuncionales. Este es un factor importante dado que, la familia desempeña un rol significativo en la sociedad, pues es el entorno donde se les brinda el cuidado y protección a los hijos, de igual manera, constituye la primera institución en responder a todas las necesidades de cada miembro que la conforma.

Sumado a lo anterior, varios de los entrevistados refieren una relación conflictiva con uno o ambos padres, lo cual genera ciertos interrogantes en términos de cómo se lleva a cabo la comunicación y otros aspectos relevantes en sus hogares.



*Figura 3.* Tipo de familia a la que pertenece la muestra participante.



Otro aspecto que es importante resaltar es acerca de la identidad, se observa que los adolescentes se identifican con ciertos elementos, pero por el período o etapa en la cual se encuentran es difícil lograr su identidad personal. Inclusive, aún no han desarrollado compromisos en ningún aspecto.

Ahora bien, al analizar las entrevistas se perciben varios factores positivos en la mayoría de los adolescentes, ello relacionado con la pertenencia a grupos, donde cada uno invierte su tiempo en actividades como jugar fútbol, bailar o realizar algún tipo de deporte. Si nos remitimos al documento de Canessa (2002) donde se incluyen las escalas buscar diversiones relajantes y distracción física en el estilo de afrontamiento centrado en la resolución del problema vemos que este es un aspecto positivo, ya que el adolescente busca una distracción o una manera de relajarse frente a situaciones estresantes (p.197).

En concordancia con lo anterior, y en contraste con los datos obtenidos en la Escala de afrontamiento se observa que; las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes son: no afrontamiento (Na), distracción física (Fi) y reducción de la tensión (Rt). Cada uno con una media de: (84,8), (70,8) y (70,3) respectivamente. Estos datos se encuentran señalados en la *tabla 2* y en las *figuras 4, 5 y 6*.

El no afrontamiento refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos. La distracción física, se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Y la reducción de la tensión se caracteriza por reflejar un intento por sentirse mejor y de relajar la tensión, aunque no de la manera más adecuada.

Tabla 2. Puntuación centil de los datos obtenidos en el (ACS).

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
cRP	6	5,00	85,00	31,6667	34,44803
cES	6	5,00	99,00	51,5000	38,17722
cAI	6	10,00	75,00	43,3333	21,60247
cPE	6	5,00	95,00	50,0000	38,07887
cRE	6	50,00	80,00	67,0000	11,13553
cPO	6	5,00	85,00	49,1667	32,00260
cDR	6	5,00	95,00	37,5000	37,38315
cFI	6	25,00	90,00	70,8333	24,16954
cAS	6	5,00	95,00	42,5000	35,17812
cSO	6	40,00	99,00	57,3333	21,69485
cAE	6	5,00	99,00	37,3333	40,03332
cAP	6	35,00	95,00	69,1667	22,67524
cPR	6	5,00	95,00	31,6667	36,69696
CHI	6	5,00	90,00	39,1667	40,54833
cNA	6	65,00	99,00	84,8333	12,81275
cIP	6	5,00	90,00	61,6667	32,65986
cRT	6	15,00	99,00	70,3333	39,49008
cCU	6	10,00	95,00	64,1667	42,12086
N válido (según lista)	6				

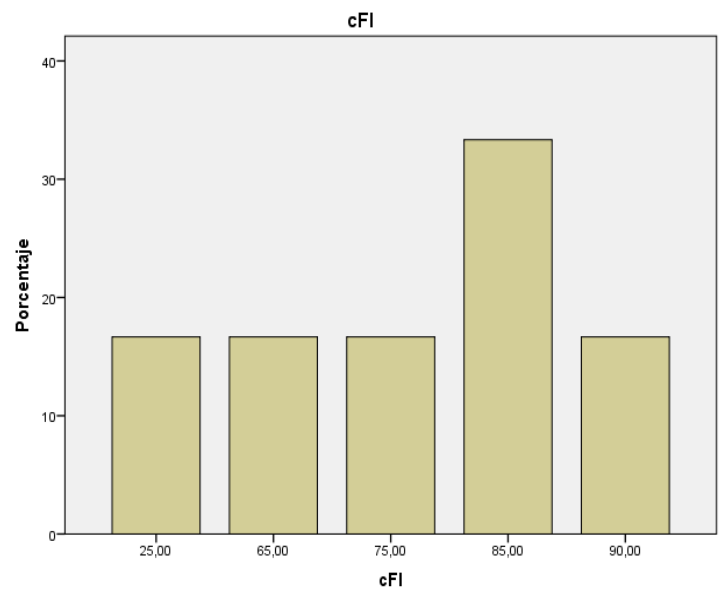
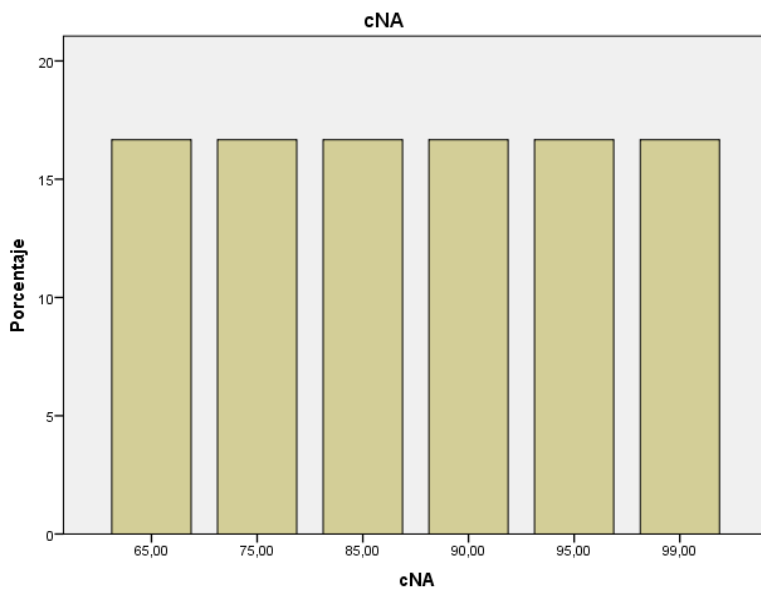


Figura 4. Puntuación centil de Na.

Figura 5. Puntuación centil de Fi.

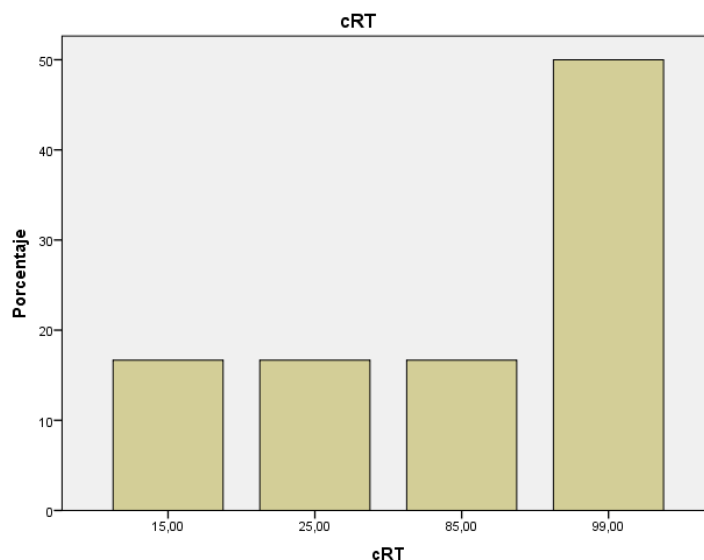


Figura 6. Puntuación centil de Rt.

Por otro lado, se observa que las estrategias menos utilizadas por los adolescentes son: Resolver el problema (Rp) y preocuparse (Pr) con una media de 36,1 cada uno. Estos datos se señalan en la *tabla 2* y en las *figuras 7* y *8*. La estrategia resolver el problema se refiere a estudiar sistemáticamente el problema y analizar las diferentes opciones. Y la estrategia preocuparse indica temor por el futuro o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.

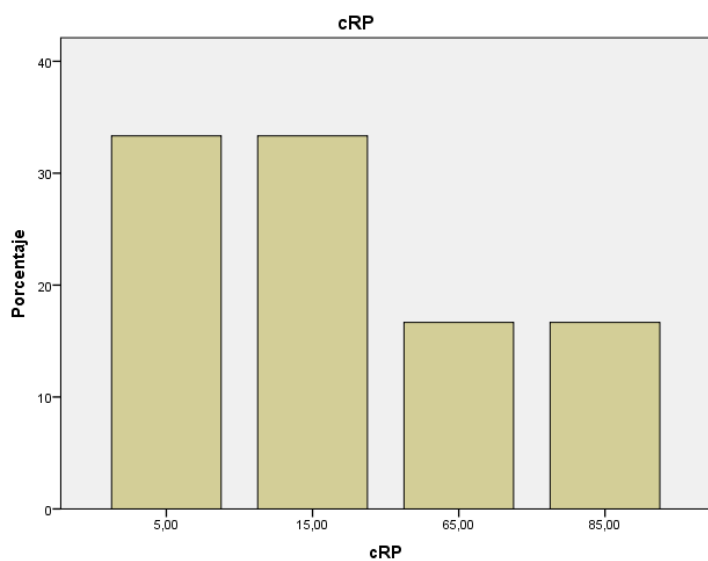


Figura 7. Puntuación centil de Rp

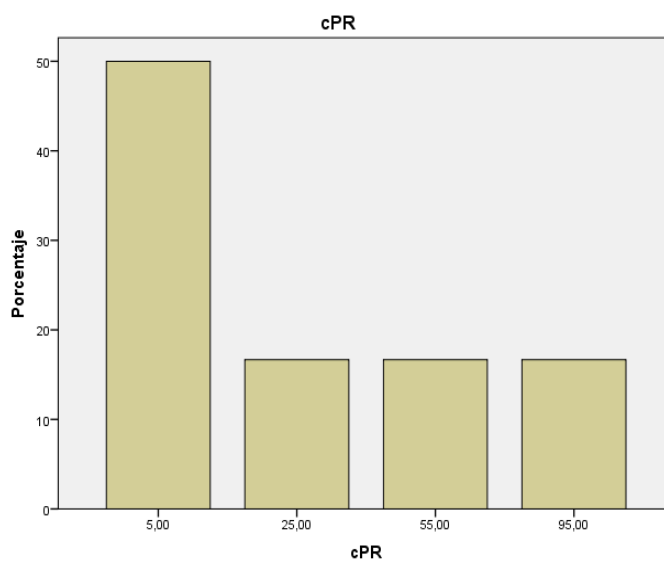
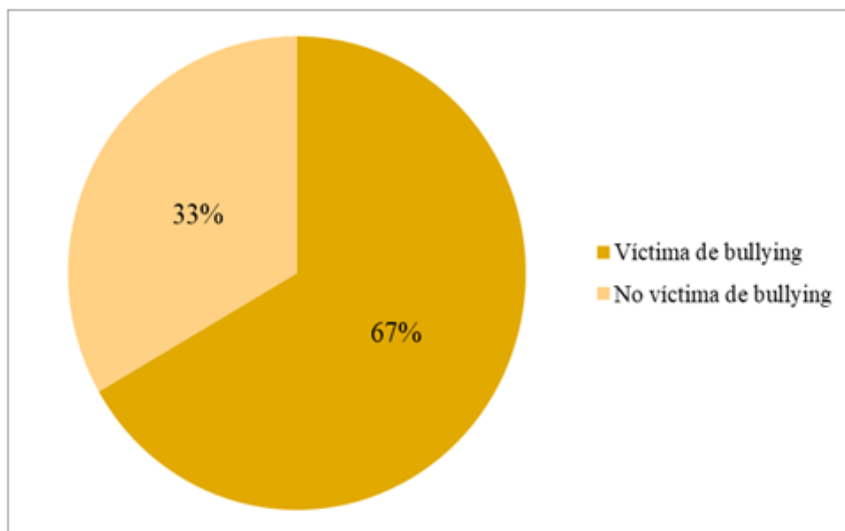


Figura 8. Puntuación centil de Pr.

El bullying es otro de los elementos significativos que surge en las entrevistas. En la *figura 4* se observa que el 67% de los adolescentes refiere haber sido víctima de bullying al menos una vez en su vida. Mientras que el 33% de ellos no refiere acoso escolar.



*Figura 9.* Porcentaje de la muestra que ha sido víctima o no de bullying.

Este elemento se muestra como un posible estresor vital asociado a las conductas autolesivas en adolescentes. Por ende, es importante detectar a tiempo este factor de riesgo potencialmente modificable.

En relación al pensamiento crítico y alternativo la muestra refiere pensamientos perseverativo acerca de la muerte. Así mismo, en toda la muestra se observa impulsividad y pérdida de control frente a las situaciones estresantes, lo cual los lleva a producirse acciones de autolesión en distintas partes del cuerpo, especialmente en manos, brazos y pies.

## 10. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue describir cómo se establecen las estrategias de afrontamiento en los adolescentes entre los 11 y 14 años que presentan conductas autolesivas pertenecientes a una Institución de Envigado. El análisis se centró en analizar cómo se establecen las estrategias de afrontamiento en estos adolescentes teniendo como punto de referencia estudios previos de esta variable.

Los hallazgos mostraron que los adolescentes hacen uso de estrategias no productivas.

El estudio realizado por McMahon (2013) hace referencia a que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas se relaciona con variables como alto bienestar psicológico, satisfacción con la vida, un buen nivel de adaptación, inteligencia emocional y autorregulación. Lo cual, en la muestra participante no se evidencia en su totalidad.

Se constatan los resultados obtenidos en el presente estudio con las investigaciones llevadas a cabo por Gonzáles (2016) donde los adolescentes que se autolesionaban utilizaron estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en la evitación, además de haber presentado un déficit en cuanto a estrategias de resolución de problemas y uso reducido del apoyo social.

En lo referente a las dificultades que han llevado tanto a las conductas autolesivas como a la incapacidad de establecer estrategias de afrontamiento productivas se encontró como factores extrínsecos la poca compañía y apoyo por parte de los padres, pertenecer a familias reconstituidas, monoparentales y además disfuncionales y haber sido víctima de bullying. Entre los factores intrínsecos se encuentran la poca regulación emocional, la impulsividad, la búsqueda

de reconocimiento y de pertenencia a un grupo. Esto último, dado al período por el cual se encuentran atravesando los adolescentes y los retos que conlleva esta etapa.

De acuerdo a (Florenzano, 1998):

Es en la adolescencia donde el individuo se encuentra totalmente vulnerable, puesto que atraviesa grandes cambios en un corto período y requiere importantes esfuerzos de adaptación, donde la persona empieza a ser más sensible a la influencia del ambiente y las expectativas sociales empiezan a cumplir un papel importante (p. 23).

En el punto anterior, es importante resaltar uno de esos retos por los que atraviesa el adolescente, además de la identidad, se encuentra una nueva relación con el cuerpo, lo cual implica cambios, una estética corporal, el desarrollo de su sexualidad y el crecimiento. Es posible que debido a ello, las autolesiones surjan como medio para focalizar el enojo hacia sí mismo. Lo cual les genera tranquilidad como lo mencionan algunos de ellos, pero no porque esta conducta les genere calma, quiere decir que se conciba como una estrategia de afrontamiento adecuada o productiva.

Otro hallazgo significativo está relacionado con la necesidad de potenciar la salud de manera integral, a través del entrenamiento de habilidades sociales y el manejo adecuado de las emociones. Además de apoyar al adolescente en el proceso de reconocer y afianzar su identidad.

Si el adolescente logra reconocer sus emociones, puede hacer un buen uso de las estrategias de afrontamiento, no solo aquellas centradas en resolver el problema, sino también hacer uso de aquellas que permiten referir el problema a otras personas. Incluyendo una búsqueda de apoyo social, profesional y espiritual.

## 11. CONCLUSIONES

En el análisis de las entrevistas y del estudio se logra identificar y describir aspectos emocionales, afectivos y relacionales, así mismo se observa que a nivel general la muestra hace uso de estrategias de afrontamiento no productivas, entre ellas las más utilizadas: no afrontamiento, distracción física y reducción de la tensión. Esto, tomando como punto de referencia los instrumentos empleados. Lo que indica que estos adolescentes no cuentan con elementos que les permitan enfrentarse a los problemas o las situaciones difíciles de manera adecuada.

Sumado a lo anterior, se identificaron distintas emociones como el enojo y la agresión las cuales al no tramitarse de manera adecuada trajeron implicaciones para la consecución de los logros a cada uno de los adolescentes entrevistados.

En lo que respecta a los elementos que posibilitan la adecuada socialización se encuentran la pertenencia a grupos y el uso del tiempo libre en actividades como el deporte y el esfuerzo físico, lo cual a su vez permite el desarrollo de habilidades sociales.

De acuerdo a los datos obtenidos se perciben dificultades en el establecimiento de las estrategias de afrontamiento centradas en la resolución del problema, esto debido a factores como: la poca compañía y apoyo por parte de los padres, la impulsividad y poca regulación emocional, y la búsqueda de una identidad personal.

Desde este punto de vista, se sugiere la implementación de programas centrados en la regulación de las emociones, esto con el fin de que los adolescentes identifiquen y adquieran un conocimiento sobre sus emociones, de esta manera, desarrollarán la habilidad para controlarlas. Así mismo, se recomienda hacer uso de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

y de la Terapia Dialéctica Conductual para identificar las creencias y conductas negativas en pro de reemplazarlas por otras que sean más adaptativas y saludables.

Al llevar a cabo la intervención desde cualquier tipo de terapia es fundamental hacer del espacio terapéutico un lugar donde el adolescente se sienta seguro y pueda confiar en el terapeuta. Todo ello permitirá que el adolescente nombre aspectos conflictivos y dolorosos para él y así hacerle las debidas interpretaciones y devoluciones.



## REFERENCIAS

- Acero Rodríguez, P. (16 de 05 de 2015). La autolesión: Posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso. Recuperado el 03 de 04 de 2017, de [http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf\\_paulo\\_acero.pdf](http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf)
- Arcila Mendoza, P. e. (30 de 09 de 2009). Redalyc. Recuperado el 03 de 04 de 2017, de Autolesión, S. I. (09 de 05 de 2011). Sociedad Internacional de Autolesión. Recuperado el 06 de 04 de 2017, de <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-el-psicologo/diagnosticos/>
- Barco, E. F. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 245-257.
- Berra Ruiz, Enrique; Muñoz Maldonado, Sandra Ivonne; Vega Valero, Cynthia Zaira; Silva Rodríguez, Arturo; Gómez Escobar, Gisel; (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, enero-junio, 37-57.
- Bower, L. (2014). Las autolesiones: más allá del daño tisular. *Poiésis*.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Ulima*, 191-233.
- Carvajal, H. E. (11 de 12 de 2015). *Revista bolivianas*. Recuperado el 01 de 04 de 2017, de Síndrome de cutting (Autolesionismo): [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2075-61942015000300007&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2075-61942015000300007&script=sci_arttext)

- Ciro E. Redondo Mendoza, E. A. (2018). Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters adolescentes: un estudio de caso. *Revista de estudios e investigaciones*, 34-59.
- Escobar, N. Y. (2018). Autolesiones en adolescentes: ansia de vida. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de [https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/1241/1/CBA-Spa-2018-Autolesiones\\_en\\_adolescentes\\_ansia\\_de\\_vida\\_Trabajo\\_de\\_grado.pdf](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/1241/1/CBA-Spa-2018-Autolesiones_en_adolescentes_ansia_de_vida_Trabajo_de_grado.pdf)
- Frías Ibáñez, Á. e. (2012). UniRoja - CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE. Recuperado el 01 de 04 de 2017, de Conducta auto lesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>
- Galaz, M. G. (2014). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Revista Veracruzana*.
- Gómez, A. M.-F. (2015). Universidad Pontificia de Madrid. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de El estilo parental y las autolesiones en la adolescencia: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1058/TFM000125.pdf?sequence=1>
- Gómez, José (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *Redalyc*, 581-597.
- Villarroel, Juana (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 38-45.
- KLIOUKINA, S. A. (2015). Autolesiones en adolescentes: Estilos de afrontamiento y afecto. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6718/VARONA\\_KLIOUKINA\\_SOF%C3%8DA\\_AUTOLESIONES.pdf;sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6718/VARONA_KLIOUKINA_SOF%C3%8DA_AUTOLESIONES.pdf;sequence=1)

- Laia Mollà, S. B. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 51-61.
- Latinpress. (2017). Latinpress.es. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes.: [http://www.latinpress.es/cada\\_anio\\_fallecen\\_2\\_millones\\_de\\_adolescentes.html](http://www.latinpress.es/cada_anio_fallecen_2_millones_de_adolescentes.html)
- Lazarus, F. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. España, Barcelona: Martínez Roca S.A.
- María Amarís Macías, P. M. (2012). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. Universidad del Norte.
- Morales Salinas, B., & Moysén Chimal, A. (2015). AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 9(1), 9-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.9.380>
- Marilia Gallegos-Santos, Y. C. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Revista Interacciones*, 143-151.
- Miriam del Rosario Flores-Soto, M. E.-M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Scielo*, 200-216.
- Morales, N. (2017). Autolesiones (cortes en la piel) en adolescentes y su relación con los rasgos de personalidad y sucesos vitales. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de <https://www.aacademica.org/000-067/318.pdf>
- OMS. (s.f.). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 03 de 04 de 2017, de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Palmero, M. d. (2018). Programa de intervención para el tratamiento de las autolesiones no suicidas en población adolescente. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685289/garcia\\_palmero\\_mariadelmar\\_fm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685289/garcia_palmero_mariadelmar_fm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Paulo Vitor Palma Navasconi, L. C. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes brasileños. *Revista alternativas psicología*, 1-148

Remedios Gonzáles Barrón, I. M. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Redalyc*, 363-368.

Ricardi, F. Q. (2011). Medidas de tendencia central y dispersión. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 1-8.

Roberto Hernández, C. F. (2015). Slideshare. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de Hernández, et al. Metodología de la investigación: <https://es.slideshare.net/jhonnypicone/hermndez-et-al-metodologia-de-la-investigacion>

Romero Godínez, E., Gómez Maqueo, E. L., Durán Patiño, C., & Ruiz Badillo, A. (2017). Afrontamiento y algunos problemas internalizados y externalizados en niños. *Acta de investigación psicológica*, 2757-2765.

Rosa Elena Ulloa Flores, C. C. (2013). *Revista de Salud Mental*. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/saml35j.pdf>

Ruiz, P. T. (2017). *Alternativas psicología*. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de “Síndrome de Cutting”: su deco-construcción a través de terapias narrativas o postmodernas. Estudio de caso.: <https://www.alternativas.me/attachments/article/146/05%20-%20S%C3%ADndrome%20de%20cutting.pdf>

SALUD, M. D. (04 de Octubre de 1993). *resolución número 8430 de 1993*. Recuperado el 06 de Junio de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Sánchez Aguilar Dalay, D. F. (22 de junio de 2015). *Revista de Ciencias Médicas, la Habana*. Recuperado el 06 de septiembre de 2017, de Estrategias y estilos de afrontamiento en adolescentes con intento: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh153k.pdf>

Social, M. d. (2017). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Tabares, E. A. (2017). *El cutting: Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos a partir de las vivencias de dos estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Manuel J. Betancur*. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de [https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5119/TP\\_AgudeloTabaresEstefania\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5119/TP_AgudeloTabaresEstefania_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Urzúa, R. F. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de [https://www.researchgate.net/profile/Ramon\\_Florenzano/publication/31744415\\_El\\_adolescente\\_y\\_sus\\_conductas\\_de\\_riesgo\\_R\\_Florenzano\\_Urzua/links/5558e73608ae980ca610581a/El-adolescente-y-sus-conductas-de-riesgo-R-Florenzano-Urzua.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Florenzano/publication/31744415_El_adolescente_y_sus_conductas_de_riesgo_R_Florenzano_Urzua/links/5558e73608ae980ca610581a/El-adolescente-y-sus-conductas-de-riesgo-R-Florenzano-Urzua.pdf)

Yolanda Chávez Flores, C. H. (2018). Relaciones intrafamiliares y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes mexicanos que se autolesionan sin intención suicida. *Salud y Sociedad*, 130-144

## APÉNDICES

## APÉNDICE A

## Guion de entrevista conductas autolesivas

	<b>Característica evaluada</b>	<b>Pregunta orientadora</b>	<b>Formulación de la pregunta</b>
<b>ASPECTOS PERSONALES</b>	1. Características de personalidad	¿Cuál es el tipo de personalidad del adolescente? ¿Hay altos niveles de impulsividad?	1. ¿Cómo te defines a ti mismo? ¿Qué resaltas de tu personalidad?
	Conocimiento del tema	¿Qué sabe sobre las conductas autolesivas?	2. ¿Qué piensas sobre el hacerse daño a uno mismo? ¿Por qué piensas que la gente se auto agrede?
	3. Antecedentes médicos y psiquiátricos	¿Existe algún trastorno familiar que incida en la problemática?	3. ¿En su familia alguien ha sufrido alguna enfermedad médica o psiquiátrica? ¿Cuál? ¿Cuáles han sido sus afectaciones?
	4. Antecedentes escolares y/o académicos	¿El bullying o acoso escolar se relaciona con la presencia de autolesiones en los adolescentes?	4. ¿Ha sufrido de algún tipo de maltrato por parte de sus compañeros? ¿Qué tipo? Y ¿Cómo actuó?
<b>ASPECTOS FAMILIARES</b>	5. Estructura familiar	¿De qué manera la familia incide en el adolescente?	5. ¿Con quién vive y como son sus relaciones familiares?
	6. Estilos de crianza de los padres	¿Cuál es la percepción que el adolescente tiene sobre el estilo de crianza que existe en su hogar?	6. ¿De qué manera te han educado y como ha incidido la crianza que recibiste en la infancia?
	7. Conflictos familiares	¿De qué manera han influido los conflictos familiares en el adolescente?	7. ¿Cuáles son las principales problemáticas en su familia? Y ¿De qué forma influyen en usted?
<b>ASPECTOS</b>	8. Pertenencia a un grupo o actividad	Influencia social	8. ¿Haces parte o participas de algún grupo? ¿Con qué tipo de personas compartes? Y ¿Cómo

**SOCIALES**

influyen en tu vida?

	9. Recursos sociales percibidos por el adolescente para afrontar sus dificultades	¿El adolescente cuenta con redes de apoyo social que le permitan afrontar sus dificultades?	9. ¿Con qué redes de apoyo cuentas ante situaciones difíciles?
	10. Percepción de efectividad de la ayuda recibida por la red de apoyo social	¿Qué tipo de apoyo y acompañamiento recibe el adolescente?	10. ¿Cuándo has tenido algún tipo de dificultad personal a quién has buscado que te ayude a encontrar una solución frente a esa situación? ¿En qué te ayudó?
	11. Estrategias de afrontamiento	¿Con qué recursos cuenta para afrontar problemas?	11. Frente a los problemas ¿Cómo actúas?
<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>	12. Recursos de pensamiento crítico y alternativo	Habilidades cognitivas para interpretar y asumir las diversas realidades cotidianas	12. ¿Cuándo tienes un problema qué tipo de pensamientos te vienen a la mente?
<b>CONDUCTAS AUTOLESIVAS</b>	13. Impulsividad y pérdida de autocontrol	¿Hay altos niveles de impulsividad? ¿Cómo es el locus de control interno?	13. ¿En qué tipos de situaciones pierdes el control? ¿Te consideras una persona impulsiva? ¿Qué haces?
	14. Acciones de autolesión	¿Qué tipo de conducta autolesiva ha presentado el adolescente?	14. ¿Te has hecho daño alguna vez? ¿Qué tipo de acciones autolesivas realizas? ¿Qué sientes? ¿Qué crees que pasa en ti?



## APÉNDICE B

## Consentimiento informado



*Institución Educativa Comercial de Envigado*

*"La Excelencia Académica con Sentido Humano"*



## INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS  
EN UNA INTITUCIÓN EDUCATIVA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ acudiente responsable del menor, \_\_\_\_\_ identificado con tarjeta de identidad número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad de consultantes, hemos recibido de forma clara, comprensible y satisfactoria la información sobre el propósito y alcance de esta investigación que busca identificar como se establecen las estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas autolesivas. Se espera, que de este estudio se deriven estrategias de intervención para que los adolescentes puedan enfrentar las situaciones difíciles, de manera adecuada en pro de su bienestar.

Entiendo que contestaré a una entrevista sobre aspectos personales, familiares, escolares y sociales, en donde se me respetará el derecho a la privacidad y confidencialidad, a la vez, que se me informó que siempre se manejará la información manteniendo mi anonimato. Sólo tendrán acceso a la información la estudiante investigadora y el asesor de la investigación el Magister Cristian Fernando Duque López. Su email es cristianduke09@gmail.com y su teléfono es 3113617756.

También, sé que la participación es voluntaria y que la no cooperación en este estudio no tendrá consecuencias negativas para mí. Así mismo, sé que puedo desistir de mi participación en cualquier momento del proceso. Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Xiomara Henao Arenas investigadora responsable del estudio. Su teléfono es 3002449514 y su email es xhena01@gmail.com

Declaro que he leído y aceptado este documento, y estoy de acuerdo en participar de este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante  
T.I.  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del acudiente  
C.C.  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Estudiante de psicología encargado  
C.C.  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Psicólogo profesional  
C.C.  
Teléfono

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

## APÉNDICE C

### Escala de Afrontamiento para Adolescentes

(Adaptación psicométrica de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana)

#### Instrucciones

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes encerrar en un círculo la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o incorrectas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- Nunca lo hago                      A  
 Lo hago raras veces              B  
 Lo hago algunas veces            C  
 Lo hago a menudo                D  
 Lo hago con mucha frecuencia   E

Por ejemplo, si *algunas veces* te enfrentas a tus problemas mediante la acción de "Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema", deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B  D E

1.	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D	E
2.	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A	B	C	D	E
3.	Sigo con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E
4.	Me preocupo por mi futuro	A	B	C	D	E
5.	Me reúno con mis amigos más cercanos	A	B	C	D	E

6.	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	E
7.	Espero que me ocurra lo mejor	A	B	C	D	E
8.	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A	B	C	D	E
9.	Me pongo a llorar y/o gritar	A	B	C	D	E
10.	Organizo una acción en relación con mi problema	A	B	C	D	E
11.	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A	B	C	D	E
12.	Ignoro el problema	A	B	C	D	E
13.	Ante los problemas, tiendo a criticarme	A	B	C	D	E
14.	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15.	Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A	B	C	D	E
16.	Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A	B	C	D	E
17.	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A	B	C	D	E
18.	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer, un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	D	E
19.	Practico un deporte	A	B	C	D	E
20.	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
21.	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A	B	C	D	E
22.	Sigo asistiendo a clases	A	B	C	D	E
23.	Me preocupo por buscar mi felicidad	A	B	C	D	E
24.	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A	B	C	D	E
25.	Me preocupo por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
26.	Espero que un milagro resuelva mis problemas	A	B	C	D	E
27.	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A	B	C	D	E
28.	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas	A	B	C	D	E
29.	Organizo un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
30.	Decido ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E
31.	Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A	B	C	D	E
32.	Evito estar con la gente	A	B	C	D	E
33.	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A	B	C	D	E
34.	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
35.	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A	B	C	D	E
36.	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37.	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38.	Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39.	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40.	Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A	B	C	D	E
41.	Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E

42.	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43.	Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44.	Espero que el problema se resuelva por sí solo	A	B	C	D	E
45.	Me pongo mal (Me enfermo)	A	B	C	D	E
46.	Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E
47.	Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48.	Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49.	Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50.	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51.	Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52.	Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53.	Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54.	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55.	Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56.	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
57.	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58.	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59.	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60.	Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61.	Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62.	Sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E
63.	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos	A	B	C	D	E
64.	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo	A	B	C	D	E
65.	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	A	B	C	D	E
66.	Cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos	A	B	C	D	E
67.	Me considero culpable de los problemas que me afectan	A	B	C	D	E
68.	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E
69.	Pido a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
70.	Me siento contento(a) de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
71.	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	A	B	C	D	E
72.	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	A	B	C	D	E
73.	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	A	B	C	D	E
74.	Me dedico a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
75.	Me preocupo por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
76.	Procuró pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	A	B	C	D	E
77.	Hago lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
78.	Me imagino que las cosas van a ir mejor	A	B	C	D	E

79.	Sufro dolores de cabeza o de estómago	A	B	C	D	E
80.	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas	A	B	C	D	E