

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**LA AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS (CUTTING) EN
ALUMNAS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE HUÁNUCO,
2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

TESISTAS:

BORJA OBREGÓN, Iris Celestina

CÓRDOVA ROQUE, María de los Ángeles

ASESOR

Mg. CALLE ILIZARBE, Jesús

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi hijo Santiago, que es mi mayor motivación de seguir siempre adelante.

(Iris Borja)

A mis padres Jesús y Guillermo, por ser mi mayor modelo de superación ante cualquier dificultad.

(Ángeles Córdova)

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por concedernos la vida y la sabiduría de llegar a esta meta; y a la Virgen María Auxiliadora, por brindarnos siempre fuerzas, acompañarnos y protegernos todos los días de nuestra vida.
- A nuestros padres, por todo su apoyo incondicional en nuestra formación profesional y personal.
- A nuestros profesores de la universidad, por todos sus enseñanzas y acompañamiento en todo el proceso de la carrera universitaria.
- A nuestro asesor, por sus consejos y todo su apoyo.
- A los jurados asignados, por su revisión y corrección oportuna y detallada, para una mejor investigación.
- A la Institución Educativa María Auxiliadora, por permitirnos trabajar con las estudiantes y contribuir en la investigación.
- A las adolescentes que brindaron su tiempo al momento de pasar las pruebas y las encuestas con los que se llevó a cabo dicho trabajo.
- A nuestros amigos y familiares, que nos ayudaron y motivaron para continuar en el proceso y no rendirnos.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en alumnas de una Institución Educativa Privada de Huánuco, 2017. La muestra estuvo conformada por 60 estudiantes de primero al quinto año de secundaria, con edades entre los 11 y 16 años de edad.

La investigación es de nivel descriptivo, con un diseño no experimental transversal correlacional.

Nuestros resultados confirman el rechazo de la hipótesis nula, por tanto, se acepta la hipótesis de investigación: “Existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”.

Por tanto, se pudo corroborar que las alumnas que poseen un nivel medio y bajo de autoestima incurrieron en la realización de autolesiones. Nuestros resultados confirman, asimismo, de que existe asociaciones inversas entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

En conclusión, se logró establecer que el nivel de autoestima baja puede llevar a que las alumnas de la institución educativa, material de estudio, incurran en la realización de autolesiones. Por lo que se debería tener muy presente que si no se asumen medidas correctivas para evitar que las menores realicen este tipo de actos, se podría llegar a extremos en los que podría, incluso, ponerse en peligro su propia vida.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between self-esteem and self-harm behaviors (cutting) in students of a private educational institution of Huánuco, 2017. The sample consisted of 60 students from first to fifth year of secondary school, aged between 11 and 16 years old.

The investigation is of descriptive level, with a non-experimental cross-relational design.

Our results confirm the rejection of the null hypothesis, therefore the research hypothesis is accepted: There is a relationship between self-esteem and self-avoiding (cutting) behaviors in the students of the secondary level of the Maria Auxiliadora Educational Institution, in the city of Huánuco, during 2017.

It was therefore possible to confirm that students with an average and low level of self-esteem incurred self-harm. Our results also confirm that there are inverse associations between self-esteem and self-treatment (cutting) in the students of the María Auxiliadora Educational Institution in the city of Huánuco, during 2017.

In conclusion, it was established that the low level of self-esteem can lead to students of the educational institution study material incurring self-harm. Therefore, it should be kept in mind that if corrective measures are not taken

to prevent minors from carrying out this type of action, they could reach externalities in which they could even put their own lives at risk.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación lleva por título “LA AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS (CUTTING) EN ALUMNAS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE HUÁNUCO, 2017”, la cual pretende analizar en qué consiste la conducta autolesiva ya mencionada, en relación con la autoestima, y su repercusión en el ámbito emocional, conductual, cognitivo, social, académico, físico y familiar. En la actualidad, la rapidez del tiempo, el incremento de la violencia, la falta de afecto y comprensión, el no conocimiento de habilidades sociales y afrontamiento del estrés o frustración, y la poca expresión de las emociones; han convertido al cuerpo en el espacio donde se encarnan los malestares de los adolescentes; todos estos factores conllevan a que aparezcan cada vez más comportamientos autodestructivos con la intención de lograr desfogar las abrumadoras emociones y experiencias disruptivas. La conducta autolesiva más conocida como “Cutting”, el cual se ha convertido en una nueva moda entre los adolescentes, que consiste en cortarse la piel con un objeto afilado, para dejar marcas o cicatrices en el cuerpo, principalmente en los brazos y muñecas. De acuerdo con varios especialistas, el objetivo de estas prácticas es provocar sufrimiento físico para sentir un “alivio” del dolor psicológico o, simplemente sentir placer momentáneo, también porque varios de los adolescentes presentan creencias irracionales. Las personas que son más

propensas a realizarlas son aquellas que padecen rasgos de depresión, ansiedad, estrés, soledad y aislamiento. Es decir, en la mayoría de los casos, individuos que padecen de serios problemas de autoestima.

Lo que antes era una práctica de los denominados “Emos”, ahora es una moda de los jóvenes comunes y corrientes. Organizaciones internacionales indican que el cutting (de «cutter», cuchillo) se presenta en chicos de 13 a 21 años de edad, y sostienen que un factor que agrava la situación es la cantidad de información que hay en la web -les explican con lujo de detalle cómo hacerse los rasguños o cortes superficiales en distintas partes del cuerpo. Cabe anotar que la mayoría de los chicos no se cortan con la intención de suicidarse, sino que son “llamados de atención”.

Según otras investigaciones, la frecuencia de la autolesión denominada “Cutting” ha aumentado durante los últimos años, especialmente entre adolescentes. La edad de inicio se encuentra entre los 11 y 14 años. En cuanto a la prevalencia por sexos, un gran número de investigaciones hablan de una mayor incidencia en el sexo femenino, es decir, el inicio de las autolesiones sería más precoz en mujeres que en hombres. Por tanto, nos pareció importante y relevante analizar sobre este tema debido a que la importancia radica en el problema actual que existe en los colegios y en la sociedad, puesto que en nuestra ciudad no se han realizado investigaciones sobre la conducta autolesiva en la tipología del “Cutting” en adolescentes. Además, en la actualidad se ve que existen varios factores sociales que

pueden estar ocasionando este problema del “Cutting”, los cuales pueden ser que las familias se están haciendo cada vez más desintegradas y se está dejando de lado el cumplimiento de su función principal, que es la de apoyar o ayudar en el cuidado de los hijos; los adolescentes actuales están creciendo sin establecer lazos fuertes con sus padres y no desarrollan habilidades sociales, existe la falta de comunicación y confianza con los padres e inadecuada expresión de sus emociones. Actualmente también se evidencia el uso inadecuado de los celulares y las largas horas de televisión, habiendo una gran implicancia con lo que muestran estos medios de comunicación al imitar estas conductas autolesivas. Nosotras como tesistas queremos brindar información enriquecedora acerca de esta problemática que actualmente se encuentra en diversos colegios, nuestra motivación para realizar la investigación se basó en la falta de apoyo y conocimiento que hay sobre estos casos, y en especial en la falta de capacitación a los docentes e inclusive de profesionales de la Salud para poder abordar estos casos en las instituciones educativas, tanto particulares y públicas; esto se debe a que los adolescentes son personas que no dan a conocer fácilmente sus problemas, en especial adolescentes que presentan una conducta autolesiva denominada “Cutting”, es ahí donde radica nuestra principal motivación y abordaje de este tema para ser estudiado.

Nuestra investigación consta de cuatro capítulos. En el primer capítulo se encuentra el planteamiento del problema, en el segundo capítulo se realizó la

revisión literaria de las variables de estudio, en el tercer capítulo se describió la Metodología a utilizar en la investigación; y por último, en el cuarto capítulo se plasmaron los resultados obtenidos. Los resultados de esta investigación brindarán un aporte a la psicología clínica y social en nuestra localidad; debido a que se dará una descripción teórica y práctica de este fenómeno, altamente estudiado a nivel internacional y nacional; sin embargo, en nuestra región es muy conocida, debido a la dificultad que se encuentra al poder lograr que los adolescentes que se autolesionan lo acepten; así mismo, existe falta de conocimiento sobre esta problemática por parte de las autoridades en las instituciones educativas.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. Fundamentación del Problema	17
1.2. Formulación del Problema	22
1.2.1. Problema General	22
1.2.2. Problemas Específicos.....	23
1.3. Objetivos Generales y Específicos	24
1.3.1. Objetivo General.....	24
1.3.2. Objetivos Específicos	24
1.4. Justificación e Importancia	25
1.5. Limitaciones	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	28
2.1. Antecedentes	28
2.1.1. A Nivel Internacional	28
2.1.2. A Nivel Nacional	36
2.1.3. A Nivel Regional	41
2.2. Fundamentación Teórica	45
2.2.1. La Autoestima	45
2.2.2. Familia.....	67
2.2.3. Adolescencia.....	72
2.2.4. Autolesiones	79
2.3. Definiciones Conceptuales.....	102
2.3.1. La Autoestima	102
2.3.2. Conductas Autolesivas (Cutting).....	103
2.4. Sistema de Variables.....	103
2.5. Definición Operacional de las Variables	103

2.6.	Hipótesis.....	105
2.6.1.	Hipótesis General.....	105
2.6.2.	Hipótesis Específicas.....	105
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		108
3.1.	Nivel, Tipo y Método de Investigación	108
3.1.1.	Nivel de Investigación.....	108
3.1.2.	Tipo de Investigación.....	108
3.1.3.	Método de Investigación	109
3.2.	Diseño de la Investigación	109
3.3.	Ámbito de Investigación	110
3.4.	Población y Muestra.....	110
3.4.1.	Población	110
3.4.2.	Muestra	111
3.5.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	113
3.5.1.	Técnica e Instrumento de la Autoestima	114
3.5.2.	Técnica e Instrumento de las Conductas Autolesivas (cutting).....	119
3.5.3.	Validez de la Autoestima.....	121
3.5.4.	Validez de las Conductas Autolesivas	122
3.5.5.	Confiabilidad: Variable Autoestima, índice de consistencia interna, cálculo y resultado	123
3.5.6.	Confiabilidad: Variable Conductas Autolesivas, índice de consistencia interna, cálculo y resultado.....	125
3.6.	Técnicas para el Procesamiento de Datos.....	127
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		128
4.1.	Presentación de Resultados	128
4.2.	Verificación de Hipótesis	150
4.3.	Discusión de Resultados	161
CONCLUSIONES		164
RECOMENDACIONES		167
BIBLIOGRAFÍA.....		169
ANEXOS.....		182

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las Variables	104
Tabla 2: Porcentaje de alumnas que practican cutting de primero a quinto de secundaria	112
Tabla 3: Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	113
Tabla 4: Claves de Respuestas para las Plantillas	117
Tabla 5: Hoja de claves de respuesta para el inventario de autoestima original	117
Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad corregido de V1	125
Tabla 7: Estadísticas de Fiabilidad para la Variable 2	126
Tabla 8: Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información	127
Tabla 9: Test de Coopersmith en los niveles de la autoestima de las alumnas del nivel secundario	128
Tabla 10: Forma Escolar Coopersmith de las alumnas del primero de secundaria.	130
Tabla 11: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del segundo de secundaria	132
Tabla 12: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del tercero de secundaria	134
Tabla 13: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del cuarto de secundaria	136
Tabla 14: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del quinto de secundaria	138
Tabla 15: Prevalencia de las conductas autolesivas (cutting) de las alumnas del nivel secundario	141
Tabla 16: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Sí Mismo de la Autoestima	144
Tabla 17: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Social de la Autoestima	146
Tabla 18: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Hogar de la Autoestima	147
Tabla 19: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Escuela de la Autoestima	149
Tabla 20: Correlación de Spearman	153
Tabla 21: Relación del Área de Sí Mismo de la Autoestima con las Conductas Autolesivas	154
Tabla 22: Relación del Área de Social de la Autoestima con las Conductas Autolesivas	156
Tabla 23: Relación del Área de Hogar de la Autoestima con las Conductas Autolesivas	158
Tabla 24: Relación del Área de Escuela de la Autoestima con las Conductas Autolesivas	160

Tabla 25: Matriz de Consistencia	183
Tabla 26: Validez de Constructo para las Conductas Autolesivas	191
Tabla 27: Cuestionario de Autoestima – Forma Escolar Coopersmith	193
Tabla 28: Cuestionario de las Conductas Autolesivas	197
Tabla 29: Correlación de la Variable 1 (Autoestima) con la Variable 2 (Conductas Autolesivas)	200

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Porcentaje de alumnas que practican cutting de primer a quinto de secundaria	113
Figura 2: Análisis de Consistencia: Alfa de Cronbach	123
<i>Figura 3: Test de Coopersmith en los niveles de la autoestima de las alumnas del nivel secundario</i>	129
<i>Figura 4: Forma Escolar Coopersmith de las alumnas del primero de secundaria</i>	131
<i>Figura 5: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del segundo de secundaria</i>	133
<i>Figura 6: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del tercero de secundaria</i>	135
<i>Figura 7: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del cuarto de secundaria</i>	137
<i>Figura 8: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del quinto de secundaria</i>	139
<i>Figura 9: Prevalencia de las conductas autolesivas (cutting) de las alumnas del nivel secundario</i>	141
<i>Figura 10: Prevalencia de las conductas autolesivas (cutting) de las alumnas según grado de secundaria</i>	142
Figura 11: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Sí Mismo de la Autoestima	145
Figura 12: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Social de la Autoestima	146
Figura 13: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Hogar de la Autoestima	148
Figura 14: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Escuela de la Autoestima	149
Figura 15: Correlación entre las variables	152

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del Problema

Preocupante y muy peligrosa resulta la nueva moda que acecha a los adolescentes y jóvenes de hoy en muchos países del mundo. Consiste en autolesionarse para “aliviar” un sufrimiento emocional. Problemas de fondo como baja autoestima, falta de atención paterna y ansiedad, serían algunas de las causas.

El *Cutting*, es una práctica lamentable y muy común en nuestros días entre adolescentes y jóvenes, consiste en autoinfligirse heridas en diferentes partes del cuerpo mediante el uso de objetos punzocortantes. Como salta a la vista, es este un proceder en el que incurren personas que por lo general presentan ciertos tipos de inestabilidad emocional. La razón que motivaría ello sería, según la autorizada opinión de los especialistas, para liberarse del dolor, del enojo, de la presión, de la ansiedad (tan comunes estas últimas en nuestros días, como es bien sabido) o, simple y llanamente, como una manera (bastante cuestionable, de hecho) de llamar la atención de los “demás”, palabra esta que podría traducirse con muchísimo acierto como ‘padres’.

Existe evidencia en un gran número de casos quienes incurren en este tipo de prácticas, individuos con baja autoestima que por alguna razón atraviesan cuadros de depresión o de ansiedad. La causa, también

generalmente, tendría que ver muchas veces con que padecerían de violencia intrafamiliar o —en el caso de adolescentes, como a menudo ocurre— del tan conocido acoso escolar.

Habría que precisar, en todo caso, que quienes incurren en estas prácticas por cuestiones relacionadas con algún tipo de violencia intrafamiliar, lo harían específicamente porque padecerían de una deficiente relación con sus padres o —bastante común, también, en nuestros tiempos— por no haber podido superar su separación. Los casos resultantes del padecimiento de abusos físicos, psicológicos o sexuales son, aunque menores, muy patentes en nuestra sociedad y, por ende, dignos asimismo de ser tomados en cuenta.

Al respecto, el psiquiatra Mario Torruco Salcedo (2014) señala que una de las principales causas relacionadas con las autolesiones consiste en la aparente dificultad que tendrían estas personas para controlar algunos de sus impulsos: «Todos hemos tenido, alguna vez en la vida, ganas de golpear a alguien o 'ganas de golpeamos, pero no lo hacemos, esto se debe a que la parte de nuestro cerebro que está encargada de filtrar y controlar nuestros impulsos deja que se realicen únicamente ciertas conductas, las que no nos producen daño a nosotros mismos o a otras personas, y las que están "socialmente aceptadas"».

Es interesante advertir, en tal sentido, que diversas organizaciones internacionales coinciden en que la edad promedio en que se comienzan a registrar este tipo de conducta es alrededor de los 12 años. Lo que no quita, desde luego, que existan casos de niños, cuyas edades van entre los cinco y los siete años, que incurren en estas prácticas.

Si bien son los brazos una de las partes del cuerpo más recurrentes al momento de infligirse cortes, las hay otras que por ser obviamente más fáciles de ocultar a las miradas de quienes decididamente las cuestionarían, resultan también atractivas de los practicantes de *cutting*. Son estas, naturalmente, las piernas y el tórax; partes de la anatomía humana que suelen mantener en conveniente secreto los cortes que se les practican.

Según Kernberg (1997), los individuos que se autolesionan hiriéndose lo hacen con la intención de aliviar la tensión que los posee como resultado de conflictos internos o externos, mediante el dolor que ello les produce. Generalmente, se muestran orgullosos de la comisión de tales actos. También manifiesta que este tipo de personas con comprobada auto destructividad física cuentan con un pronóstico desfavorable y asocia el mismo a necesidades primitivas de autodestrucción.

Aunque muchos se resisten todavía a ver en una misma expresión los términos Perú y *cutting*, lo cierto es que los casos de autoinfligimiento de

cortes en el cuerpo, sea cual fuere la razón, son cada vez mayores en nuestro país. Situación que se torna tanto más preocupante cuanto que a la fecha son escasos (por no decir nulos) los estudios que se hallan ocupado de esta problemática. Cualquiera diría, en consonancia con dicha omisión, que en el Perú no existen casos documentados de esta práctica; sin embargo, es por todos sabido que ello no solo no es así, sino que, todo lo contrario, son cada vez mayores los registros de casos de *cutting*, que, para hacer honor a la verdad, hace tiempo que dejaron de ser hechos aislados y pasaron a convertirse en un verdadero y preocupante problema para toda nuestra sociedad.

Ahora bien, si nos preguntáramos cual es el sector de la población mayoritariamente afectado por este problema, la respuesta no sería otra que el de los adolescentes, esto es, el de personas en edad escolar. De ahí que sean las instituciones educativas las primeras llamadas a detectar los casos de incurrentes en esta práctica. Lamentablemente, y como es bien sabido, estas no solo no lo hacen —y, por ende, mucho menos la denuncian ante las instancias competentes—, sino que encima a menudo la ocultan; por miedo, seguramente, a poner en tela de juicio su prestigio institucional o, quizá, a dañar la “imagen” de sus estudiantes. Sea cual fuera la motivación del mencionado proceder, urge identificar a las instituciones en que ello ocurre y, desde luego, a aquellos que la practican. Solo así estaremos en condiciones de plantear, a nivel país,

políticas destinadas a afrontar —y disminuir— está a todas luces condenable práctica.

En tal sentido, las autoras de esta investigación, interesadas por dicha problemática a raíz de que la detectáramos en estudiantes de la Institución Educativa en la que laboramos como psicólogas, hemos creído conveniente realizar el presente estudio, a fin de determinar qué es lo que estaría generando la mencionada práctica. Como resultado de dicha intervención, hemos encontrado un gran número de casos de *cutting*. Así, de las 43 estudiantes de primero de secundaria analizadas, 18 se han hecho cortes al menos una vez en su vida. 5 de ellas se encontrarían en un nivel *Leve*, pues lo han hecho solo una vez; 9, en nivel *Moderado* (2 a 5 veces); y 5, en nivel *Grave* (10 a 20 veces). Así mismo, al evaluarles el nivel de autoestima, de las 25 estudiantes que refieren nunca haberse autolesionado, el 88 % obtuvo un nivel de autoestima *Alto* y *Moderadamente Alto*; y solo un 12 % con autoestima *Baja*. Por otra parte, de las 18 estudiantes que se autolesionaron, un mayor número de salió con nivel de autoestima *Bajo* (39 %), y un 61 % con nivel *Alto*. Esto nos llevó a planteamos el hacer una investigación mucho más minuciosa sobre las causas de tales autolesiones (*cutting*) en las adolescentes de todo el nivel secundario. Sabiendo que la autoestima es una variable relacionada, evaluaremos, por tanto, cuál de sus cuatro dimensiones se relaciona más con estas conductas de

autolesión: El mal concepto de sí mismo, su relación con sus pares, la relación en su hogar, o, finalmente, el ambiente escolar.

Finalmente, cabe mencionar que, en la mayoría de antecedentes, los adolescentes y jóvenes que tienden a autolesionarse son de instituciones educativas públicas o de muy bajos recursos. En lo que a este estudio se refiere, sin embargo, las estudiantes que investigaremos son de un colegio particular, con recursos económicos suficientes, pero con carencias cuya índole buscaremos determinar aquí.

1.2. Formulación del Problema

La formulación del problema de la investigación está compuesta en forma descriptivo y en forma correlacional.

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es la relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?

¿Cuál es la relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?

¿Cuál es la relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?

¿Cuál es la relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?

1.3. Objetivos Generales y Específicos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar la relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Determinar la relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Determinar la relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Determinar la relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

1.4. Justificación e Importancia

En primer lugar, la presente investigación se justifica a nivel de conocimiento porque presentamos las bases teóricas de las características propias de las conductas autolesivas (cutting) y cómo abordarlas, puesto que no existen estudios a nivel local y regional que las aborden. Así mismo, seguir enriqueciendo el existente marco teórico sobre la autoestima, sobre todo cómo se desarrolla durante la adolescencia.

En segundo lugar, se justifica a nivel práctico, para poder elaborar programas de prevención e intervención en favor de las víctimas en estudio y del fortalecimiento de su autoestima, así como en todas las escuelas y colegios a nivel regional, nacional e internacional, puesto que estas conductas autolesivas se presentan en todo el mundo, y es necesario enfocarnos mucho en trabajar y desarrollar una autoestima alta en nuestros estudiantes, no sólo para evitar las conductas autolesivas, sino todo tipo de conducta que pueda atentar contra su

salud física y emocional. Por ello, las instituciones educativas podrían enfocarse en desarrollar más talleres para implementar su autoestima, controlar los factores de riesgo, y para hacer un programa asistencial a las víctimas.

Finalmente, la presente investigación es importante porque beneficiará a poder realizar futuras investigaciones sobre las autolesiones, aún presente en los adolescentes, y seguir enriqueciendo el tema, a favor de buscar una mejor autoestima en niños, jóvenes y adultos.

1.5. Limitaciones

Una primera limitación es que no se cuenta con antecedentes de estudios sobre las conductas autolesivas a nivel local y regional, pese a estar muy presentes en los adolescentes. No obstante, si se encuentran estudios de la variable de la autoestima, pero no relacionadas al *cutting*.

Una segunda limitación en la investigación es el tamaño de la muestra, puesto que se realizó en una institución de la localidad, lo que no permite generalizar los resultados a nivel regional.

Tercero, la investigación se realizó solo en adolescentes mujeres, por lo que no tenemos el estudio de los adolescentes varones, que, aunque se

presenta en menor número, también están presente en ellos las autolesiones y la baja autoestima.

Cuarto, que no se cuenta con una validez al cuestionario de las conductas autolesivas, sin embargo, se plantea la validez de constructo a través de la rho de Spearman.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes

2.1.1. A Nivel Internacional

Sánchez (2016) “Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes (Estudio realizado con adolescentes de 14 a 17 años en el instituto IMBCO de Nebaj, Quiché)”. Tesis de Grado en Licenciatura en Psicología Clínica en la UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR – Guatemala.

La investigación realizada con el diseño descriptivo tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la autoestima que los adolescentes del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa con Orientación Ocupacional manejan y las conductas autodestructivas que se presente entre ellos. La primera variable se midió a través de la prueba Escala de Autoestima (EAE) la cual es un test que evalúa diferentes factores de la personalidad, en relación a áreas como energía y dinamismo, sociabilidad, tenacidad, ambición y confianza, reflexión y circunspección, optimismo, se pudo determinar que los adolescentes manejan un alto nivel de autoestima, así mismo para la segunda variable se utilizó una escala de likert la cual reflejó que la mayoría de los sujetos de estudio tienen un nivel medio de tendencia a conductas autodestructivas. De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la

presente investigación se comprueba que existe una relación no significativa entre la autoestima y las conductas autodestructivas, la correlación lineal estadística hecha concluye que una variable no determina en mayor significación a la otra. Si bien la autoestima no es la causa principal de que un adolescente tenga tendencia a conductas autodestructivas, si muy importante en el desarrollo psicosocial de las personas, por ello es recomendable implementar programas para identificar y mejorar la autoestima de los adolescentes, pues se consideran una población muy vulnerable en esta área.

Berrones, Marcillo y Yupa (2016) “La autolesión (cutting) y su relación con la autoestima en estudiantes del décimo año de la unidad educativa “Amelia Gallegos Díaz” de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, en el periodo febrero- junio 2015”.

El tema tiene relevancia mediante las prácticas pre- profesionales, observaron que en la Unidad Educativa “Amelia Gallegos Díaz”, existen estudiantes practicando la autolesión (cutting), el objetivo general manifiesta determinar cómo la autolesión se relaciona con la autoestima de los estudiantes; hemos realizado esta investigación para establecer si hay relación de las dos variables o porque razón practican el cutting, en los antecedentes de investigación en la biblioteca de la universidad

Nacional de Chimborazo encontramos una tesis del autoestima, además tenemos las fundamentaciones: filosófica, axiológica, psicológica, social y teórica. La teórica nos describe sobre la autoestima y cutting, la definición de términos, de igual forma utilizamos la operacionalización de las variables utilizamos las dos variables dependiente e independiente, para la investigación se utilizó los métodos Inductivo- Deductivo, analítico – Sintético, el tipo de investigación es de campo, cualitativa, explicativa y descriptiva, el diseño de investigación es no experimental, el tipo de estudio es transversal. Se realizó la encuesta y el test a los estudiantes, se interpretó y se analizó los datos. Finalmente se elaboraron las conclusiones y se propusieron las recomendaciones, la conclusión se determinó la autolesión (cutting) sí tiene relación con la autoestima porque hay estudiantes con baja autoestima y eso jóvenes son los más propensos a practicar la autolesión (cutting), como recomendación fundamental tenemos proponer a los docentes y psicólogos que pongan más atención en la vida de los adolescentes ya que los jóvenes necesitan desahogarse y no encuentran alguien para sacar ese dolor emocional lo cual ellos sustituyen por el dolor físico.

Cabrera (2015) “Autolesiones como gestos suicidas asociados al trastorno límite de la personalidad en adolescentes”. Tesis para

optar en Título Profesional de Psicólogo. Montevideo. Universidad de la República.

La presente investigación estudió la ocurrencia y los modos de autolesiones en adolescentes. La salud mental de dicha población, es un tema actual en Uruguay para lo cual se están implementando políticas públicas para su abordaje. Se propone una metodología de carácter mixto exploratorio con datos cualitativos y cuantitativos. Se toma una muestra intencional de adolescentes de dos Liceos Públicos de la ciudad de Montevideo. Se investiga a jóvenes de entre 13 y 17 años, con antecedentes de conductas autolesivas para aplicar diversas técnicas, entre ellas, la entrevista estructural de Kernberg. La técnica mencionada se considera de mucha utilidad para el diagnóstico diferencial del trastorno límite de la personalidad.

Como soporte teórico se desarrollan conceptos vinculados a la adolescencia, las autolesiones y el trastorno limítrofe. Las conductas autolesivas son consideradas como gestos suicidas que pueden indicar deseos de muerte y a su vez son una característica importante del trastorno limítrofe. Por otra parte, este trastorno tiene la particularidad de ser el que presenta mayor riesgo suicida. Por ello se considera significativo efectuar una investigación que permita obtener datos sobre la ocurrencia de estas conductas en adolescentes.

Se contribuye con datos significativos acerca de conductas autolesivas en adolescentes que se encuentren asociadas al trastorno límite de la personalidad. Asimismo, se aporta información a las políticas públicas que se están llevando adelante en Uruguay para salud mental adolescente, a partir de la identificación de episodios autolesivos en dicha población.

Asimismo, se aspira a colaborar con las Instituciones investigadas y con futuras investigaciones que se lleven adelante sobre el tema. A partir de los antecedentes y del soporte teórico, se puede decir que dentro de las características del trastorno límite en adolescentes se encuentran las conductas suicidas y la autoagresión. La importancia de identificar esta patología radica en los riesgos que la misma conlleva.

Albores et al (2014). “Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México”.

En México como en otros países los estudios no distinguen entre los intentos de suicidio (IS) de las autolesiones con (A+) y sin intención de suicidio (A-). El objetivo de este estudio fue investigar las autolesiones y su prevalencia a partir de varias definiciones, además de estudiar la frecuencia de los criterios propuestos del DSM-5 para las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de ambos sexos. El

estudio fue observacional, descriptivo, transversal, comparativo a partir de una muestra no probabilística de adolescentes de ambos sexos de escuelas secundarias oficiales que contestaron la cédula de autolesiones. Los participantes fueron 533 adolescentes con una edad ($M=13.37$, de 0.95) y un rango de 11 a 17 años, 54% del sexo femenino. La prevalencia de (A-) definida con los criterios de autolesiones propuestos para el DSM-5 fue del 5.6% ($N=30$), con una definición amplia a partir de sólo el ítem 51(¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?) fue del 17.1% ($N=140$), en el último mes (1-3 eventos) fue del 9.9% ($N=53$), en los últimos 6 meses (1-3 eventos) fue del 11.6% ($N=62$) y en el último año (5 eventos) fue del 12.6 % ($N=67$). La edad de inicio fue de 11.9 ± 1.39 , (rango 6-15 años). La mayoría de los criterios del DSM-5 tuvieron mayor frecuencia en las niñas que los niños. Las autolesiones con y sin intención de suicidio son muy frecuentes en la comunidad. Se discuten aspectos importantes para la toma de decisiones en el ámbito escolar y médico (AU).

Marín (2013). “Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan”.

El presente estudio tuvo como primer objetivo determinar los principales predictores de la autolesión en población adolescente escolar, para ello

se realizó una evaluación a 455 estudiantes de una escuela secundaria pública (226 hombres y 229 mujeres, con promedio de edad de 13.1 +0.95 años) por medio de un conjunto de instrumentos para medir: autolesión, disregulación emocional, depresión, ansiedad, impulsividad y síntomas disociativos. El análisis de regresión múltiple mostró que la depresión, las experiencias disociativas y la disregulación emocional explicaban el 25% de la varianza de las autolesiones y que el perfil de predictores era distinto de acuerdo al sexo de los participantes; para los hombres las experiencias disociativas explicaron el 15% de varianza; en tanto para las mujeres la depresión más la disregulación emocional explicaron el 28% de varianza de las autolesiones. El segundo objetivo fue evaluar la efectividad de una terapia cognitivo conductual diseñada con base en los resultados anteriores. Los adolescentes identificados con autolesión fueron referidos por las autoridades escolares a un psicólogo que realizó entrevistas individuales de confirmación, de éstos se incluyó a 20 adolescentes de ambos sexos, con un promedio de edad de 12.9 (+0.99 años), quienes presentaban autolesión en el último mes y aceptaron voluntariamente ser incluidos en el estudio. Todos los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: 1) con tratamiento, 2) en espera; se les evaluó individualmente mediante el conjunto de instrumentos descrito antes de iniciar la terapia y al concluir la misma, el grupo con tratamiento se evaluó tres meses después de

terminar la intervención, que fue implementada por un psicólogo entrenado. Las comparaciones entre grupos indicaron que hubo una disminución significativa en la severidad de las autolesiones en quienes recibieron tratamiento ($t= 2.19$, $gl= 18$, $p<0.05$), una disminución evolutiva en la frecuencia de las mismas tres meses después de concluido el tratamiento ($Z= -2.80$, $p< 0.05$) y en todas las demás variables medidas, excepto impulsividad. Los resultados aportan evidencia preliminar acerca de un perfil psicopatológico de adolescentes mexicanos que presentan autolesiones, así como de la efectividad de una terapia cognitivo conductual específicamente diseñada para esta población.

**Díaz et all (2008). “La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos”.
Universidad Nacional Autónoma de México.**

Un fenómeno observado frecuentemente entre los adolescentes es la conducta autodestructiva manifestada físicamente y sin intencionalidad suicida, este comportamiento ha sido estudiado por la psicología, habiendo una variedad extensa en clasificaciones y formas. El objetivo de esta investigación es realizar un análisis comparativo de la relación entre la conducta autodestructiva manifestada físicamente, en una muestra de adolescentes mexiquenses y las características de los

rasgos de personalidad. Se realizó un estudio descriptivo y transversal; con una muestra de 19 estudiantes mexicanos, de entre 12 y 14 años: se conformaron dos grupos, uno de estudio y el segundo de control; se aplicó el cuestionario de personalidad CBCL 4 – 18 de Achenbach.

2.1.2. A Nivel Nacional

Gallegos, Casapia y Rivera (2018) “Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa”.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de personalidad y las autolesiones. La muestra fue de 997 estudiantes entre los 13 y 18 años de edad (M=15.24 años), que cursaban entre tercero y quinto de secundaria en colegios estatales y privados de la ciudad de Arequipa. El diseño de investigación fue del tipo transversal, descriptivo – correlacional. Se utilizaron el Inventario de Estilos de Personalidad para Adolescentes de Millon (MAPI), la Sub-Escala de Autolesiones y Pensamientos Autolesivos y una ficha sociodemográfica. Los resultados indicaron que existe una prevalencia de 34.9% en relación a pensamientos autolesivos, mientras un 27.9% de los evaluados se ha autolesionado, siendo la edad promedio de inicio de las autolesiones los 12.61 años. Los principales desencadenantes son estados de ánimo negativos (48.2%) y los problemas familiares (39.9%).

Así mismo, hallamos que los estilos de personalidad sensible ($r=.293$; $p<.001$), inhibido ($r=.203$; $p<.001$), violento ($r=.149$; $p<.001$) son los que más se asocian con las conductas autolesivas. Se concluye que los estilos de personalidad sensible, inhibido y violento están ligados a una mayor prevalencia de las autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa.

Alvino y Huaytalla (2016). “Inteligencia Emocional en estudiantes que se autolesionan, del nivel secundario de la I.E.P. Gelicich del distrito de El Tambo - 2015”.

El objetivo de la presente investigación se enmarcó en identificar el nivel de inteligencia emocional en estudiantes que se autolesionan del nivel secundario en la I.E.P. Gelicich del distrito de El Tambo - 2015. La muestra estuvo conformada por 10 adolescentes mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 17 años. Se aplicó el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On ICE: NA, en niños y adolescentes, adaptado y aplicado en el Perú por Ugarriza y Pajares (2003). Los resultados indican que el nivel de Inteligencia Emocional de las estudiantes que se autolesionan se encuentra en un nivel bajo, mal desarrollado, por lo que necesita mejorarse.

Manrique y Jacobo (2016). “Fenómeno de la conducta autolesiva denominada “Cutting” en adolescentes de Arequipa 2016”.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las experiencias y el mundo subjetivo de la conducta autolesiva denominada “Cutting” en Adolescentes de Arequipa. La muestra fue de 6 adolescentes hombres y mujeres que fluctuaban entre los 14 y 17 años de edad. La investigación fue abordada desde un Paradigma Cualitativo, trabajando con el método Fenomenológico, el cual permitió analizar las vivencias, emociones, experiencias, sentimientos y pensamientos de los adolescentes frente al “Cutting” mediante la observación participante y entrevista a profundidad. La investigación se rige desde un enfoque Cognitivo-Conductual. A los adolescentes se les aplicó una entrevista estructurada y una ficha sociodemográfica para la obtención de datos. Los resultados mostraron en detalle el mundo subjetivo, las experiencias, las características y los fenómenos asociados al Cutting, mostrando que las adolescentes se autolesionan por problemas familiares y los varones para manipular y llamar la atención de la familia y pareja, el inicio de la conducta autolesiva se da a partir de los 13 años, con una duración de 1 a 3 años, las conductas encontradas son de impulsividad, agresividad, mostrando emociones de arrepentimiento, ánimo deprimido, rasgos ansiosos, a la vez sintiendo alivio y tranquilidad; las consecuencias que se encontraron son de discriminación social,

marcas y cicatrices en el cuerpo, baja autoestima, ausentismo escolar y bajo rendimiento académico.

Díaz y Hurtado (2015). "El cutting en los estudiantes de la Institución Educativa Padre Pio Sarobe- distrito de Santa Rosa de Ocopa- provincia de Concepción" en Huancayo, Perú.

Jóvenes y púberes de ambos sexos en edad escolar ingresaron al submundo de la violencia auto dirigida con el propósito de liberar el dolor que sienten por múltiples factores causales, este estudio tuvo como objetivo describir si existe la práctica del Cutting en los estudiantes de la "I.E. Padre Pío Sarobe" del Distrito de Santa Rosa de Ocopa de la Provincia de Concepción,- para el efecto se identifica a 50 adolescentes con antecedentes de auto agresividad, reportados por el Área Psicopedagógico de la Institución Educativa, a quienes se les aplica un cuestionario y por selección intencionada se discrimina a 7 adolescentes a quienes se les aborda con una guía de entrevista en profundidad. El tipo de investigación es básica, el nivel es descriptivo, el diseño es no experimental. Encontraron que los adolescentes y púberes inmersos en conductas autolesivas, provienen de hogares con autoridad paterno, materno autoritario, intolerantes; ejercen violencia contra sus hijos, los maltratan, reciben trato agresivo, desarrollan comunicación ofensiva; para enfrentar las situaciones de conflicto y adversidad

inapropiadamente recurren a lesiones hacia el propio cuerpo sin intención suicida. El CUTTING se efectúa a solas o en compañía, en los ambientes de la I.E., espacios deshabitados, utilizan instrumentos filosos como vidrios rotos, punta de lápiz, tajador, aguja, se infligen repetidamente cortes en miembros superiores e inferiores y peligrosamente en el cuello.

Rospigliosi (2011) “Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima metropolitana”. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú.

La presente investigación se enmarcó en la exploración de las incidencias de auto-lesiones y sus factores demográficos, sociales y psicológicos asociados. Este estudio incluyó la participación de 456 escolares que estaban cursando uno de los tres últimos años de secundaria en dos colegios estatales de Lima Metropolitana. La población de esta investigación es no clínica y adolescente ya que a nivel internacional es este tipo de muestra donde mayormente se manifiesta la auto-lesión. Para la evaluación de los resultados se utilizaron dos encuestas para medir diversas variables socio-demográficas y las características de la auto-lesión. La incidencia encontrada es del 27.4 % de adolescentes que alguna vez se ha auto-lesionado o que lo continúa

haciendo. Entre los motivos más recurrentes de este comportamiento se da el sentimiento de tristeza y las emociones mayormente presentes han sido la angustia y la ansiedad. Por otro lado, las lesiones que han sido encontradas son de tipo piel, golpes y superficie. Finalmente, un alto porcentaje del grupo de estudio no busca ayuda ante este comportamiento. En conclusión, se han encontrado factores sociales y psicológicos que están relacionados a la auto-lesión; como por ejemplo diferencias de género, descontento corporal, problemas familiares y sociales, entre otros. La auto-lesión parece ser un fenómeno con altos riesgos de incidencia entre adolescentes que estén cursando los últimos años escolares en colegios estatales de Lima.

2.1.3. A Nivel Regional

Juan de Dios (2018). “Relación entre el nivel de autoestima y la práctica de conductas saludables en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Pedro Sánchez Gavidia – Huánuco 2017”.

El objetivo general de la mencionada investigación fue determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y la práctica de conductas saludables en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Pedro Sánchez Gavidia – Huánuco 2017. Métodos: Se realizó

un estudio analítico relacional en 149 adolescentes utilizando un cuestionario de conductas saludables y una escala de autoestima en la recolección de los datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi cuadrado de Independencia con un nivel de significancia estadística $p \leq 0,05$. Resultados: Respecto al nivel de autoestima, 53,7% de adolescentes presentó autoestima media, 25,5% autoestima alta y 20,8% autoestima baja; En cuanto a las conductas saludables, 77,2% tuvieron conductas adecuadas y 22,7% presentaron conductas inadecuadas. Al analizar la relación entre variables, se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y la práctica de conductas saludables en los adolescentes en estudio [$X^2 = 8,251$; $p = 0,016$]. En la evaluación por dimensiones, se identificaron relaciones significativas entre el nivel de autoestima y la prevención de hábitos nocivos [$X^2 = 40,700$ y $p = 0,000$]; las prácticas sexuales seguras [$X^2 = 8,023$ y $p = 0,018$]; la práctica de actividad física [$X^2 = 12,789$ y $p = 0,002$] y las prácticas relacionadas a la alimentación [$X^2 = 30,287$ y $p = 0,000$]. Conclusiones: Existe relación entre el nivel de autoestima y las prácticas de conductas saludables en los adolescentes en estudio; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Zevallos (2017). “Autoestima y rendimiento académico en alumnos del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública Integrada N°32586- Huarichaca, Pachitea- 2017”.

El trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el nivel de autoestima y rendimiento académico en los estudiantes de 5to año de Educación Secundaria de la I.E.P. Huarichaca. La investigación es de tipo descriptivo correlacional, con diseño no experimental, se utilizó una muestra de 50 estudiantes, usándose un muestreo estratificado de una población de 72 estudiantes; se utilizó el Instrumento de medición de autoestima el Inventario de Autoestima de Stanley Coopermith. Forma Escolar. Los resultados nos muestran que hay relación estadísticamente significativa entre autoestima y rendimiento académico, se obtuvo una relación de Pearson de 0.207 y un T de Student de 2.15 Lo que nos indica que se rechaza la hipótesis nula, es decir que si existe relación estadísticamente significativa entre rendimiento académico y autoestima. Se concluye que hay relación entre Autoestima y rendimiento académico en los estudiantes de 5to de secundaria de la Institución Educativa N°32586- Huarichaca del distrito de Molino, provincia de Pachitea.

Castro, B. (2017). “Funcionalidad familiar y la autoestima en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Víctor Raúl Haya de la Torre. San Rafael-Huánuco-2016”.

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la autoestima de los estudiantes, ya que consideran que la funcionalidad de la familia es un factor determinante para la formación integral de sus miembros. Como conclusión más importante se tiene que la relación es significativa entre la funcionalidad familiar y la autoestima de los estudiantes en la Institución Educativa “Víctor Raúl Haya de la Torre” de San Rafael Huánuco-2016, puesto que en la prueba de hipótesis el coeficiente de correlación tiene un valor de 0.653 y se encuentra dentro de una valoración positiva considerable del mismo modo el significado bilateral (0,000) es menor que el error estimado (0,01). Del mismo en promedio los estudiantes pertenecen a familias medianamente funcionales, donde el 58.8% pertenecen a familias medianamente funcionales, el 39.2%, a familias funcionales y solo el 1.0% a familias disfuncionales. Así mismo en promedio los estudiantes tienen una regular autoestima, donde el 52.6% de ellos tienen regular autoestima, el 44.3%, tienen alta autoestima; el 2.1% baja autoestima, el 1.0% muy baja y ningún estudiante tiene muy alta autoestima.

Meza (2016). “Autoestima y rendimiento académico en niños de una Institución Educativa Estatal del distrito de Pillco Marca – Huánuco, 2016.”

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la Autoestima y el Rendimiento Académico en niños de una Institución Educativa Estatal del distrito de Pillco Marca – Huánuco, 2016. Metodología: estudio observacional, prospectivo. Con un diseño correlacional. Resultados: La muestra de niños tiene un nivel de autoestima catalogado como medio alto en un 58%, seguido de un nivel alto con un 37,8% y con un porcentaje reducido un nivel de autoestima medio bajo en un 4,2%. Así mismo los niños tuvieron un nivel de rendimiento académico catalogado como alto en un 90,9%, seguido de un nivel bajo con un 4,9% y con un porcentaje reducido un nivel medio en un 4,2%. Conclusión: Evidenciamos que al interpretar el coeficiente de Rho de Spearman este nos da un valor de 0,209 el cual nos indica una baja correlación entre el nivel de autoestima y el rendimiento académico.

2.2. Fundamentación Teórica

2.2.1. La Autoestima

Hay una gran variedad de autores y estudios, de los que rescatamos las siguientes definiciones:

Montoya (2004) dice: “Coopersmith manifiesta que es la evaluación que la persona hace y mantiene habitualmente con respecto a sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso”, citado en Espinoza, 2015. (p.16)

Branden (2012)

Explica que la autoestima es confianza en la capacidad de pensar y enfrentarse a los desafíos básicos de la vida; es la seguridad, el derecho a triunfar y ser felices; es el sentimiento de ser responsable, ser digno de tener derecho a afirmar las necesidades y carencias, a alcanzar los principios morales a gozar del fruto de los esfuerzos de cada persona. No hay nadie en el mundo que no tenga autoestima, esta es importantísima, de hecho, es vital para todos los seres humanos y básicamente consiste en la confianza en sí mismos y la capacidad de acción. La autoestima es la confianza en sí mismo y en el derecho a triunfar y ser feliz.

2.2.1.1. Orígenes de la autoestima

Izquierdo (2008)

Establece que la autoestima se desarrolla como las semillas en tierra, crecerá y se fortalecerá cada vez más si, su entorno no se opone a

ello. Los niños aprenderán a amar, si se les demuestra cariño, los adolescentes amarán, para que los amen, los adultos tendrán más amor que dar. El principio de la autoestima es variado; pero el que más influye en ella es el microclima en el que el individuo se ha desarrollado y en el que vive, es decir, el entorno en el que este se desenvuelve, así como las relaciones que maneja, con familiares, padres, hermanos, amigos, compañeros, por regla general un individuo se valora en comparación a como es visto por esas personas. En la escuela la autoestima se formará de manera sana si en lugar de comparar los logros de un alumno con el otro se enaltecen los logros propios, en la familia depende de aquello que digan respecto a la conducta del niño si se estimula al niño en aquello en lo que resalta este crecerá con el visón de sí mismo, aunque algunas cosas no le salgan bien o como esperaba, tiene otras cualidades en las que es bueno. La autoestima es la clasificación relativamente estable de opiniones, percepciones, conocimientos y valoraciones que cada individuo tiene de sí mismo, cargada de sentimientos y emociones, está orientada a dirigir su conducta de manera consiente y coherente. Es lo que la persona piensa, la forma en que se valora y acepta, esto incluye los sentimientos que lo distingue de los demás.

2.2.1.2. Autoestima como necesidad básica.

Branden (2007)

Presenta que el poder de la autoestima procede del hecho de una necesidad profunda, pues es lo que las personas requieren para funcionar eficazmente. Así como requieren del alimento para sobrevivir, la autoestima es necesaria para sobrevivir. Decir que la autoestima es una necesidad primordial en el adolescente es decir lo siguiente:

- Suministra una contribución esencial en el proceso vital.
- Es precisa para el desarrollo normal y saludable del adolescente
- Tiene gran valor para la supervivencia

Se debe subrayar que algunas veces, la falta de autoestima desemboca en la muerte de modo directo; por ejemplo, por una sobredosis de droga, con la imprudencia de una conducción temeraria en un automóvil, permanecer con un cónyuge cruelmente abusivo, o mediante el suicidio. No obstante, para muchas personas las consecuencias de una pobre autoestima son más sutiles, menos directas, más tortuosas. Se necesita de autorreflexión y examen propio, para apreciar como las más ocultas opiniones sobre sí mismo, se revelan en las múltiples elecciones tomadas, que perfilan el propio destino. Una escasa autoestima puede ser vital en una decisión de pareja, en un matrimonio que solo

exteriorizará frustraciones, en una profesión que no llevará a ninguna parte, si se carece de autoestima la persona caerá más fácilmente en las drogas, ya que necesitará ser parte de un grupo, por lo que no le importará si para esto tiene que consumir dichas sustancias, la joven que no se cree agraciada gracias a la falta de autoestima que maneja caerá en la anorexia y bulimia, son sabotajes que se hará la persona a sí misma. Tendrá ideas irracionales las cuales le harán que vea el mundo de una manera insatisfactoria, donde no podrá disfrutar del éxito ya que lo ve muy lejano, por lo que prefiere vivir destructivamente, hundido en la ansiedad, depresión, como una forma habitual. Así, cada uno busca pertenecer a un grupo y no sentirse solo, esto se vuelve una cadena en donde se tienen hijos los cuales seguramente seguirán el mismo patrón de vida, donde no aprenden nada sobre el respeto a sí mismo o sobre la alegría de vivir. En síntesis, una vida similar a una larga carrera de fracaso.

Si la autoestima es baja la resistencia para afrontar las adversidades de la vida disminuye. Se desmoronarán ante las vicisitudes, mientras que si se tiene un sentido robusto de uno mismo podría superarlas. Es más probable sucumbir ante un sentido trágico de la existencia y a los sentimientos de impotencia. Se estará más influido por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar la alegría. La conducta negativa tiene mayor poder sobre la persona, que la positiva. La persona debe de creer

en sí misma en la eficacia o en la bondad que posee, ya que de lo contrario el universo será un lugar temible.

Las personas con un grado alto de autoestima seguramente están propensas a derrumbarse por un enorme número de problemas, pero sabrán sobreponerse con mayor resolución otra vez. Por lo que se cree que una autoestima alta es, en realidad, como el sistema inmunitario de la consciencia que suministra firmeza, fuerza y capacidad para la generación, en sí, el que un sistema inmunitario no garantice el que no vayan a enfermar, hace menos vulnerables a las enfermedades y mejor equipados para poder resistirlas.

2.2.1.3. Influencias sociales en la Autoestima

Shaffer (2007)

Expone que la biología y el desarrollo cognoscitivo son factores importantes de la autoestima inicial, pero no son solo estos los que pueden afectar la autoestima de los adolescentes sino también hay varios factores más como el ambiente social y familiar, la interacción de los padres y la cultura donde viven enseguida se verán unos de estos estilos parentales: los padres cumplen una función decisiva en el moldeamiento de la autoestima de los hijos, de la sensibilidad en la niñez temprana dependen en gran medida si tanto los infantes como

el niño en la etapa de los primeros pasos construyen modelos positivos o negativos del yo. Más los adolescentes con una alta autoestima suelen tener padres afectuosos y que les brindan apoyo, que les fijan normas claras de conducta y les permiten intervenir en las decisiones relacionadas directamente con ellos. Esto se da gracias a que el mensaje que se transmite es: que se es un buen niño, en el cual los padres confían y saben que en cualquier circunstancia o situación tomará las decisiones correctas. Este niño en la adolescencia fomentará mayor y mejor autoestima, que el que se ha criado con un estilo distante y controlador, lo cual será reflejado en la adolescencia. Estos son dos tipos diferentes de educación, en una se forja la autoestima del niño y en el otro no se le presta atención, al final al niño que se le ha reconocido lo que hace, formará una buena autoestima lo que le servirá al llegar a la adolescencia ya que será más seguro de sí mismo y tendrá mayor confianza en lo que hace, por lo que será al final una persona exitosa, que puede llegar a alcanzar la felicidad pese a que logre o no todos los objetivos de vida. Al contrario del niño al que no se le fomentó la autoestima, será inseguro y así luche por alcanzar lo que se ha propuesto, aunque lo logre no será feliz ya que no tendrá confianza en el mismo. El influjo de los padres en la autoestima se hace más patente durante la adolescencia. los adolescentes que reciben un apoyo social amplio y equilibrado

tanto por parte de los padres tienden a mostrar una gran autoestima y pocos problemas de conducta, uno de los principales factores en la evaluación de los adolescentes es la calidad de las relaciones con los amigos íntimos.

2.2.1.4. Importancia de la autoestima

Branden (2012)

Explica que el modo en que la persona se siente con respecto a ella misma afecta todo el entorno de forma decisiva en todos los aspectos desde la manera en que se desenvuelve en el trabajo, con la familia, con su pareja, hasta el proceder como padres y las posibilidades que tiene de progresar en la vida. Las respuestas ante los eventos dependen de quien y de que se piensa que se es. Las tragedias de la vida son los reflejos de la visión íntima que posee la persona. Por tanto, la autoestima es la clave del éxito o el fracaso. También es la clave para aceptarse y aceptar a los demás. Aparte de los problemas de origen biológico, no se conoce ni un solo problema psicológico desde la angustia y depresión, la intimidad y miedo al éxito, abuso del tabaco, alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta la violencia a la mujer o la violación de menores, los problemas sexuales o la inmadurez emocional, el suicidio y los

crímenes, que no sea atribuible a una autoestima deficiente. De todos los juicios a que se somete, el más importante es el propio. La autoestima alta es el requisito fundamental para una vida plena y funcional. Si una persona con autoestima alta confía en ella misma y se respeta. Refleja el juicio implícito que cada una hace de la experiencia para enfrentar los desafíos de la vida y el derecho de ser feliz. Si se tiene una buena autoestima la persona se sentirá confiable y segura en cada tarea que realice, así como capaz y valioso.

Cuanto mejor sea la autoestima, más fácil será afrontar las adversidades: ya que cuanto más flexible sea una persona, más se resistirá la presión que hace sucumbir a la desesperación o fracaso. Cuanto más elevada esté la autoestima del individuo, habrá más posibilidades de ser creativo, lo que representa que tendrá mayor posibilidad de tener éxito. Si se tiene una alta autoestima se debe de querer ser mejor y alcanzar lo que se ha propuesto. Si se cuenta con una buena autoestima, se está más propenso a tratar a las demás personas que lo rodean con respeto, benevolencia y buena voluntad, ya que no los verán como rivales, que amenazan la forma de vida, si la persona cuenta con una autoestima alta sabrá que respetar a las demás, es respetarse el mismo.

2.2.1.5. Pilares de la autoestima

Branden (2007)

Explica que más de tres décadas de estudio le han demostrado que existen practicas o pilares los cuales son fundamentales y cruciales en una persona, ya que si estos se hallan ausentes en la autoestima de una persona se verá perjudicada. Estas prácticas o deben de llegar a formar parte de la vida, ya que si esto no llega a suceder la autoestima no se verá fortalecida. Algunos de los pilares que el autor menciona son:

- La persona debe de luchar por lograr sus deseos, no fracasar y creer que es culpa de alguien más.
- Si la persona se equivoca debe de aceptar las consecuencias que traiga consigo este error.
- Tiene que estar consciente de que si se esmera tendrá éxito, y que todo esfuerzo merece recompensa.
- La persona debe manejar una conducta responsable con otras personas: compañeros de trabajo, asociados, clientes, pareja, hijos, amigos, ya que de esto dependerá el nivel de socialismo.
- Debe saber aprovechar de manera adecuada el tiempo, para no desperdiciar en nada la vida.
- Debe saber que se tiene que dirigir a las demás personas con respeto, para que estas también lo respeten.

- Saber que él es el único responsable de su felicidad, de él depende si es o no feliz.
- Él es responsable de elegir los valores según los cuales pretende vivir.
- Sola la misma persona es responsable de elevar la autoestima, o quedarse mediocre.

2.2.1.6. Tipos de autoestima

Gaja (2012)

Expone que existen como mínimo cinco tipos básicos de la autoestima, los cuales influyen de manera positiva o negativa en una persona, así pues, se consolida a la definición, en la que competencia y merecimiento son los componentes básicos de la autoestima, es lógico que ahora se aplique la terminología a los diferentes tipos de baja autoestima. A continuación, se explicará y dará ejemplo de cada uno de los distintos tipos de autoestima, de una manera más exhaustiva en la baja autoestima, dado que este es, precisamente, el tema central, por la forma en que esta puede afectar las conductas autolesivas en las adolescentes, como lo venimos trabajando en el presente estudio.

a) Autoestima alta

Las competencias y merecimientos altos son pilares fundamentales para que se genere en las personas una alta autoestima o autoestima positiva. Un individuo con autoestima alta es menos crítico consigo misma que una con autoestima media o baja; resiste mejor la presión social y actúa de acuerdo con los principios, criterios y valores. Además, no suele estar bajo la presión o la ansiedad o el miedo. Está más preparada para aceptar los altibajos de la vida. La historia de experiencias positivas la empuja a mantener esta postura porque es mucho más efectiva y satisfactoria que otras alternativas. La autoestima tiende a generarse en un marco casi privilegiado y en una circunstancia determinadas.

b) Autoestima media

Si se cuenta con un nivel de autoestima medio no necesariamente tiene que estar al cincuenta por ciento en los dos componentes de la autoestima; lo más frecuente es que uno de ellos esté más desarrollado que el otro. Una adolescente así podría ser una competente en el trabajo que, debido a una pérdida significativa familiar, no tiene el merecimiento que necesita y el de aquella que tiene el sentido del merecimiento alto pero que en cambio se muestra insegura en el terreno profesional y ve

menguado el sentido de la competencia. Además, la mayoría reconocen que hay situaciones que les incomodan y que evitan porque les retrotraen a situaciones similares muy negativas del pasado.

En este sentido, debe ser abandonada la idea de que solo una autoestima alta es fuente de satisfacción y crecimiento personal. La autoestima media también es una buena posición desde la que se puede crecer, ser competente y lo más importante ser feliz. La autoestima media es inferior al alta, la cual es mejor y mucho más positiva.

c) Autoestima baja

La competencia y el merecimiento son factores esenciales en el desarrollo de la autoestima baja, ya que a través de ellos se genera un bajo nivel de autoestima, muchas de estas personas suelen sentirse las víctimas de todo lo que pasa en sí mismo y ante los demás. La hace sentirse inmerecedora, lo cual provoca en ella relaciones perjudiciales. Además de esto se le reforzará negativamente, en cuanto a las deficiencias en la competencia, la baja autoestima predispone al fracaso ya que no ha aprendido las habilidades para poder alcanzar el éxito. Por todo esto, el individuo con baja autoestima tiende a centrarse más en los problemas que en las soluciones. Tratan de evitar las situaciones en las cuales pueden ser consideradas competentes o merecedoras, ya que

estas implican un gran cambio de patrón y para ellas suele ser más fácil evitarlas que afrontarlas. Muchas veces no pueden mantener por un largo tiempo un empleo o una relación positiva y enriquecedora, pues esto representa un esfuerzo el cual no están dispuestos.

d) Baja autoestima defensiva

La baja autoestima puede darse también, si se carece de niveles satisfactorios mínimos en uno solo de los componentes. Este tipo de baja autoestima pasa a llamarse, entonces, autoestima defensiva y se caracteriza porque tiende a compensar lo que falta con el componente positivo o alto. Podría ser, personas muy competentes en el ámbito laboral, pero con bajo sentido del merecimiento.

Este tipo de autoestima es menos grave que la baja autoestima general, pero no implica que sea más fácil superarla, ya que el individuo siente de alguna manera que le falta algo. Existen dos tipos marcados de baja autoestima defensiva: una de tipo narcisista, caracterizada por el hecho de que el individuo presenta un alto sentido del merecimiento, pero un bajo sentido de la competencia, y otra llamada pseudo autoestima, según la cual y contrariamente a la anterior, el individuo tiene un bajo sentido del merecimiento, pero en cambio, un alto sentido de la competencia. De todas formas, se debe tener en cuenta que la mayoría

de los individuos tiene más desarrollado uno de los dos ámbitos y que, por lo tanto, solo puede incluir dentro de estas aquellas conductas o actitudes que puedan comportar graves trastornos para la persona.

2.2.1.7. Componentes de la autoestima

Voli (2004) expone que, para poder tener una medida de evolución del grado de autoestima, que reconoce, se ha enfocado en la investigación sobre distintas facetas de la personalidad de los individuos según el nivel de autoestima, desde varias fuentes se han examinado que factores de la personalidad pueden haber motivado la forma de ser, de comportarse y de relacionarse de cada persona. Entre estos factores hay unos que han sido utilizados preferentemente por los investigadores para explicar los componentes psicológicos de la formación de la autoestima.

Aunque con definiciones distintas, estas son a menudo convergentes en el contenido. Entre ellos, se han escogido, por efectividad, los que han sido propuestos, desde ya varios años.

a. Sentido de seguridad

El sentido de seguridad es el presupuesto básico de la autoestima; no hay acción o reacción del individuo que no sea de alguna forma directa

o indirectamente el resultado de una suficiente seguridad, personal, familiar, profesional, religiosa, y social. El ambiente de cariño, aceptación y comprensión, desde la infancia permite que el niño pueda atreverse a poder seguir los impulsos naturales del desarrollo y esto a su vez le brinda seguridad la cual se basa en las experiencias y el esfuerzo de los padres. Sin embargo, desde la infancia el niño necesita generar en la personalidad seguridad la cual se fomenta en las experiencias, la familia juega un papel muy importante para el desarrollo de la seguridad del niño.

b. Identidad o auto concepto

El termino auto concepto se refiere a la forma en la cual la persona se percibe a sí misma. Este se empieza a definir desde los primeros años de vida, en ella juega un papel importante los padres, amigos, compañeros de escuela y familiares. El auto concepto se desarrolla en distintas facetas, de acuerdo con los contextos en los cuales se desenvuelve la persona y los refuerzos tanto negativos como positivos que reciba de los mismos. El ser humano que maneja un auto concepto limitado suele tener un deseo excesivo por poder complacer a los que lo rodean, se sienten incómodos con el aspecto físico que poseen, además

de que se le dificulta expresar sentimientos, suelen criticarse a sí mismas.

c. Sentido de integración

Define el hecho de sentirse cómodo con los demás, formar parte de un grupo familiar o de amistades y ser capaz de aportar algo a ellos. Este componente se fortalece a la persona y la forma en que se desarrolla con la sociedad y quienes le rodean. De acuerdo con estas relaciones, desarrollará seguridad, competencia y motivación. Las personas con un buen sentido de pertenencia comprenden, el de colaboración y contribución, son sensibles hacia otros y se ve cómodo en los grupos, son positivos en las relaciones sociales y se sienten valorados y apoyados a los demás. Por consiguiente, se puede afirmar que las personas que tienen un pobre sentido de pertenencia tienden a aislarse de los demás.

d. Finalidad y motivación

Las personas actúan en base a motivaciones y hacen que esta parezca oportuna o necesaria; los individuos consiguen crear motivaciones suficientes para modificar un comportamiento general. El principal elemento de la motivación es apreciar y tener fe en lo que puede hacer

y lo que se propone. Si se interesa en algo puede conseguirlo y puede emprender la tarea, al confiar en sí mismo. Los adolescentes con elevado sentido de motivación tienen un buen sentido de dirección con respecto a dónde quieren ir y saben actuar, tomar propias decisiones.

e. Competencia

En la competencia interviene la conciencia de cuanto se es capaz de aprender y tener el potencial. Es el sentimiento que se posee de ciertos conocimientos y que se tiene el potencial para aprender a lo largo de la vida; se puede motivar y responsabilizar sobre lo que quiera aprender en el futuro, así como que recursos usará y empezará a trabajar para conseguirlo. Los seres humanos con buen sentido de competencia son capaces de buscar su propia superación, asumen riesgos, son conscientes de sus destrezas, virtudes y debilidades; están motivadas a actuar, aceptan la derrota, reconocen su éxito y buscan la colaboración.

2.2.1.8. Las áreas de autoestima

Según Coopersmith (1976, citado por Válek, 2007) son cuatro:

- **Área sí mismo- general:**

Se refiere a la valoración que cada uno de nosotros tiene de sí mismo. Al conocimiento y respeto que a las personas siente por sus cualidades o los atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por la aprobación, que recibe de los demás por sus cualidades que posee. Consiste en quién y en qué pensamos, qué somos consciente y subconscientemente: nuestros rasgos físicos y psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos. También, se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: Simpático o antipático, estable o inestable, valiente o temeroso, tímido o asertivo, tranquilo o inquieto, generoso o tacaño, equilibrado o desequilibrado. También, en conocer y ubicar lo que nos satisface de nosotros mismos, y en saber lo que quisiéramos lograr. El primer paso para trabajar la autoestima es conocer y apreciarse uno mismo. Por ello la importancia de esta área, pues es la base para conocer y reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos de nuestra persona. Es decir, que la valoración que tenemos de nosotros mismos influye sobre todas nuestras elecciones y decisiones y, por ende, modela el tipo de vida que nos creamos. Sin embargo, el punto de partida de la valorización personal se encuentra "en el juicio de los otros, especialmente de los otros significativos. Mientras más importante sea una persona para el niño, mayor valor tendrá su opinión y, por lo tanto, afectará de manera

más decisiva la percepción que el niño se vaya formando de sí mismo"
Haeussler I. y Milicic N. (2014).

- **Área social-pares:**

Consecuencia de la satisfacción que obtiene el niño al establecer relaciones sociales que son significativas para él y que los demás reconocen como importantes. Incluye el sentimiento de aceptación o rechazo por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir el sentirse parte de un grupo. Se relaciona también, con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales; por ejemplo, ser capaz de tomar la iniciativa, ser capaz de relacionarse con personas del sexo opuesto y solucionar conflictos interpersonales con facilidad; incluyendo el sentido de solidaridad. Haeussler I. y Milicic N. (2014) refieren "Una de las variables más significativas para una autoestima positiva es la experiencia de saberse y sentirse competente en diferentes aspectos". Así pues, los compañeros de clase y de colegio también desempeñan un papel importante en la configuración de la autoestima. Y es poderosa esta influencia por cuanto "el niño o adolescente o joven quiere ser aceptado y sentirse seguro dentro del grupo de condiscípulos. Teme ser despreciado y sufre por ello. Es muy sensible a las críticas y cuantas veces le menosprecien, le imprimen una

conciencia deprimente” Alcántara J. (2001). Entonces el grupo social es un factor importante y predominante para la auto aceptación o rechazo y la construcción de una adecuada autoestima.

- **Área hogar-padres:** Refleja en el niño la situación o clima familiar; y que a su vez está determinada por los sentimientos, las actitudes, las normas y las formas de comunicarse que los caracterizan cuando sus miembros se encuentran reunidos. Para muchas familias una de las actividades principales es discutir, lo que inevitablemente conlleva sentimientos negativos. De allí, que Coopersmith (1994 citado en Válek M. 2007) manifiesta que la autoestima de un niño no guarda relación directa con la posición económica de la familia, ni con la educación, ni con la ubicación socio geográfica del domicilio familiar, ni con el hecho de que la madre esté siempre en el hogar. Lo que resulta significativo es la calidad de la relación existente entre el niño y los adultos que son importantes en su vida.

- **Área escuela:**

Se relaciona con el hecho de sentirse capaz para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y, específicamente, a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares. Incluye también la

autovaloración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo y constante, desde el punto de vista intelectual. Diferentes estudios han podido demostrar la existencia de una estrecha relación entre autoestima y rendimiento escolar. Chapman P. (1995, citado en Haeussler y Milicic 2014) señala que el fracaso produce sentimientos de falta de competencia, lo que a su vez genera expectativas de fracaso, las que disminuyen los esfuerzos del niño por el logro académico. Esto por supuesto, influye negativamente en su rendimiento. Por lo general, los niños con un buen rendimiento escolar tienen una buena autoestima. Ellos tienden a confiar en sus capacidades y a sentirse auto eficaces y valiosos. Así durante la etapa escolar, los alumnos que tienen un buen desempeño académico, por lo general no presentan problemas con su autoestima, puesto que, dados sus logros escolares y la importancia de éstos a sentirse satisfechos con ellos mismos. Así mismo, existe consenso en considerar que la figura del profesor y su forma de interactuar son decisivas para la autoestima tanto positiva como negativa de sus alumnos. De este modo, la interacción con el profesor va teniendo repercusiones en el sentimiento de confianza en sí mismo que desarrolla el niño, es decir, si siente que lo hace bien o mal. Haeussler I. y Milicic N. (2014) al respecto nos dicen que, si el niño percibe que el profesor es cercano, acogedor y valorativo con los alumnos, va a introyectar formas de establecer relaciones

interpersonales con estas características. Si por el contrario, observa y aprende formas distantes, críticas o descalificadoras de relacionarse, interiorizará en forma casi automática este tipo de interacciones.

2.2.2. Familia

Uno de los componentes del presente estudio es el Hogar, es por ello que queremos dedicarle un estudio especial a la familia. Existen numerosas investigaciones sobre la familia, pero hemos rescatado las siguientes definiciones:

Camacho (2002) refiere que la familia es la unidad social más pequeña de la sociedad, pero la más relevante por su rol en el desarrollo y ajuste social- psicológico del individuo; a través de su función socializadora educativa y de prevención de conductas de riesgo. La familia constituye el medio a través del cual cada niño internaliza el concepto de sociedad y cultura, a través de la educación, el apoyo, la guía, la cohesión que aquella le proporciona.

Shaffer (2000) desde un punto de vista psicosocial, explica que las familias proporcionan apoyos sociales y emocionales que ayudan a sus miembros a afrontar las crisis, por ello se dice que las funciones reconocidas en forma más amplia y universales de la familia son el cuidado y entrenamiento que proporcionan los padres y otros miembros

de la familia a sus pequeños. Los acontecimientos en los primeros años son importantes para el desarrollo social, emocional e intelectual del niño, es acertado pensar en la familia como un instrumento primario de socialización.

CEDRO (1994, citado por Camacho, 2001) define a la familia como un modo de organización en el que dos o más personas, que viven juntas y se relacionan, unas con otras, comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro desempeña cierta función que permite mantener el equilibrio de esta organización.

Moos, citado en Kemper (2000) formula el concepto de familia como un grupo natural que en el curso del tiempo elabora sus propias pautas de interacción, para constituir la estructura familiar y el funcionamiento de sus miembros, delimita las conductas y facilita la intercomunicación. Enfatiza en que la familia se organiza en una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, apoyar la individualización y proporcionar sentimientos de pertenencia.

Papalia (citada por Camacho 2002), definió la familia por su composición de en 4 tipos: Familia nuclear (Conformada por padres e hijos), familia compuesta (Conformada por padres, hijos y abuelos), familia extensa

(Conformada por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.) y familia monoparental (Conformada por madre o padre solo con hijos).

Por otra parte, Navarro y Cols., (2007) plantean la existencia de tipologías familiares que giran en torno a la distribución de las tareas asignadas a los miembros, los roles familiares, las estructuras de poder y el funcionamiento familiar. A nivel mundial las familias son diferentes por factores socio culturales como la esperanza de vida, los niveles de educación, el rol de la mujer en el mundo laboral, etc.; todo ello influye en la formación de familias, por ello en estas épocas la mayoría de las familias no mantienen un estilo nuclear y existe diversidad; planteando tipos de familia:

- Familia nuclear (Conformada por varón y mujer unidos en matrimonio, y sus hijos).
- La cohabitación (Convivencia de pareja unida por lazos afectivos, pero sin vínculo legal, a veces este tipo de familia antecede al matrimonio).
- Hogares unipersonales (Hogares compuestos por una sola persona sea soltero, separado, divorciado o viudo).
- Familias monoparentales (Constituida por una madre o un padre con al menos un hijo, el padre o madre debe no estar viviendo en pareja, incluso puede vivir con amigos o sus propios padres).

- Familias reconstituidas (Es el tipo de familia más frecuente y es la familia que rota después de un divorcio y se rehace con el padre o la madre que tiene a cargo los hijos y su nuevo cónyuge).

2.2.2.1. Funciones de la familia

Navarro y Cols., (2007) opinan que la familia también cumple funciones que le permiten garantizar supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales las siguientes:

a) Desarrollo de la identidad: Las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de una familia es reflejo de buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar. Todo indica que la familia tiene un rol vital en la formación del niño y el adolescente en cuanto a su personalidad, la misión de los padres o apoderados de los menores en el hogar implica orientarlos para evitar malas conductas, bajo rendimiento académico y mayor seguridad para tomar decisiones y no hacer en problemas sociales como la drogadicción, pandillaje, etc.

b) Agente de Socialización: La familia es el primer agente socializador de los hijos. Desde que la madre está en periodo de embarazo inicia la

comunicación del menor con ella a través de las sensaciones, luego al nacer y crecer los primeros en enseñarle a comunicarse son los padres y las personas que conviven con él en el hogar. Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, etc. Si bien es cierto que la primera instancia en la socialización del menor la dan los padres, todo adulto que pertenece a una familia aprende nuevos roles y se adapta junto a los hijos a asumir nuevos roles. Así como los miembros de una familia comparten valores, costumbres, principios, etc. También existen aquellas familias que no basan su educación en normas y su estilo de formación se torna permisivo, lo que genera malos comportamientos en niños y adolescentes pudiendo convertirse en personas de mal vivir.

c) Agente de protección y apoyo: La familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basada en sentimientos de apego y amor. Toda función de la familia (biológica, psicológica, económica y educativa) tiene como base los lazos afectivos entre sus miembros.

2.2.3. Adolescencia

La adolescencia es considerada un periodo de desarrollo que abarca todas las áreas: biológico, psicológico, sexual y social. Este periodo se ubica después de la niñez y comienza en la pubertad, inicia entre los 10 y 12 años y finaliza entre los 19 y 24 años. Para Erikson (1951, citado por Mejía A., Pastrana J. Y Mejía J. 2011) la adolescencia representa una crisis en la identidad y tiene que ver con los roles a desarrollar sexual, social, físico, psicológico, el moral, ideológico y vocacional. La Organización Mundial de la Salud (2017) considera a adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años, comprendida dentro del período de la juventud —entre los 10 y los 24 años—. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años de edad e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años. La adolescencia es principalmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus

protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños.

Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual, etc.) así como la de autonomía individual. Corbella J. (1985, citado por Rodríguez M. 2015) refiere que, en el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar. La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia,

en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

Se dice muchas veces que la adolescencia es una etapa difícil tanto para el sujeto como para su entorno, esto se debe a los múltiples cambios que desarrollamos, todas nuestras áreas se ven afectadas, pero uno de los cambios más importantes se ve a nivel del pensamiento, pues desarrollamos el pensamiento abstracto, dejando atrás al concreto. Esto nos permite poder discernir y juzgar de una mejor forma, por lo que nuestro concepto de "ideal" se clarifica o se forma. La adolescencia es una etapa fundamental, que ejerce una gran influencia en el resto de nuestras etapas, y muchas veces es la que genera los cambios más drásticos y permanentes.

2.2.3.1. Cambios que surgen durante la adolescencia

Durante la etapa de la adolescencia se presentan ciertos cambios a nivel fisiológico y emocional, algunos de estos son (Infogen 2015):

- a) Cambios físicos:** Los principales cambios físicos en esta etapa son principalmente en las áreas sexuales. En las mujeres, se suele desarrollar el aparato reproductor, se generan mayor cantidad de hormonas, crecimiento de las mamas y aparición de vello púbico. En los hombres: crecimiento del pene, aumento de hormonas, aparición de vello púbico y corporal.
- b) Cambios sexuales:** A parte de los cambios físicos, la pubertad se inicia en las niñas con la menstruación y, por lo tanto, con el comienzo de la posibilidad de reproducción sexual. Se enfatiza también la atracción por el sexo opuesto y la elección de género.
- c) Cambios psicológicos:** La adolescencia es un periodo en el que se producen muchos cambios hormonales en el organismo. Esos cambios hormonales son los que provocan la transformación física en el cuerpo de los adolescentes, pero también sus alteraciones emocionales. Los adolescentes pasan de la alegría a la melancolía con gran rapidez. Se desarrolla también el cambio de pensamiento, de concreto a abstracto.
- d) Cambios sociales:** El ser humano es un ser sociable por naturaleza, en la etapa de la adolescencia esta característica se hace más visible, pues buscan formar y ser aceptado en un grupo, esto es fundamental pues será de ayuda para la construcción de la identidad.

2.2.3.2. Adolescencia y neurociencia

La adolescencia es el periodo de transición desde la infancia a la edad adulta, con etapas que incluyen la pubertad y maduración, y que transcurre en un equilibrio marcado por la independencia respecto a los padres. Lleva consigo cambios emocionales, psicológicos, sociales, mentales y también físicos y en el crecimiento (Schulz, 2009. Citado por López N., 2016). Una transición desde la dependencia del núcleo familiar a las relaciones interpersonales, sociales. Esto es, la maduración del llamado cerebro social que integra lo afectivo y lo cognitivo en relación a los demás. López N. (2016) refiere que la pubertad ocurre por la liberación de las hormonas gonadales –testosterona o estrógenos y progesterona- que contribuyen al desarrollo de los caracteres secundarios sexuales, además de influir en las funciones neuronales por el enlace de testosterona y estrógenos a sus receptores cerebrales. Ambos procesos coinciden con el incremento del interés por la actividad sexual y cambios en la motivación, a diferencia de la edad cronológica asociada a la maduración y control. La acción sobre el cerebro de las hormonas sexuales, cuya concentración se incrementa con la pubertad. Las hormonas afectan a la motivación, impulsos, emociones, en definitiva, al mundo afectivo personal. La adolescencia es un periodo de activación funcional de los sistemas de motivación y emociones en un

tiempo en que aún los sistemas que integran las emociones en las decisiones racionales, localizados en la corteza cerebral frontal, no está aún maduros. Así mismo, la pubertad se produce en las chicas un par de años antes que en los chicos y las fluctuaciones de las concentraciones hormonales tienen un ritmo diferente en ambos sexos: lineal en el varón y cíclico en la mujer. Por ello, el patrón de organización cerebral, diferente de forma innata, decanta su patrón diferencial en cada uno de ellos, modulado además por las experiencias personales. La inestabilidad natural de la maduración cerebral permite la enorme plasticidad que hace posible que las personas no queden encerradas en el determinismo de los procesos biológicos que fijan la construcción y maduración de su cerebro. Justamente, la independencia del entorno paterno, que se acompaña por el interés de autoconocimiento y afirmación de su propia identidad, hace posible a las personas abrirse a un amplio ámbito de relaciones interpersonales y constituir su propia vida familiar.

Hay cambios anatómicos y funcionales, pero la causa de los problemas emocionales y el comportamiento, con frecuencia irresponsable, es el resultado de las influencias sociales, y de las propias actitudes de cada uno, no la causa de la crisis. El importante establecimiento de las conexiones entre las neuronas de diversas áreas con el consiguiente establecimiento y regulación de los circuitos se modela precisamente

con la educación y la propia conducta. Los estudios neurobiológicos han puesto en manifiesto: a) durante la pubertad hay una gran respuesta emocional; b) la capacidad de dilatar la gratificación a favor de una recompensa a largo plazo es la clave del desarrollo del comportamiento (Steinberg, 2009. Citado por López N., 2016) y en la adolescencia existe una mayor susceptibilidad a la tentación de buscar recompensa inmediata; c) una gran influencia de la motivación en el conocimiento. Estas características del comportamiento tienen como correlato neural circuitos del área del estriado ventral, del complejo amigdalino del sistema límbico; y están regulados por la corteza prefrontal (Hare, 2008, citado por López N., 2016). Múltiples estudios como los de Case, Eaton, Spear y Windle (2008 citados por López, 2016). ponen en evidencia que ambas áreas del sistema límbico, además del hipotálamo e hipocampo, son moduladas por las hormonas gonadales. Este pobre control cognitivo en la adolescencia coincide precisamente con el momento en que se producen las elecciones menos acertadas como sexualidad precoz y dependencia de drogas. Y tales experiencias tempranas atípicas inciden en el normal desarrollo funcional de los circuitos funcionales, conduciendo a un trastorno del equilibrio de maduración del cerebro. Justamente en esta etapa de la vida a medida que se va desarrollando la corteza 66 cerebral, las experiencias de vida fortalecen

las conexiones funcionales con la corteza y suponen un mecanismo de regulación hacia el sistema límbico.

Finalmente, López N. (2016) refiere que el comportamiento del adolescente puede ser visto como una inestabilidad, una falta de equilibrio entre la maduración de las áreas subcorticales límbicas, sensibles a las hormonas, y la maduración de la corteza frontal que regula y controla las respuestas emocionales, de forma dependiente de la edad. El desarrollo del circuito de control cognitivo emocional cambia, o se refuerza, con el impacto de las experiencias relativas a diferentes personas y situaciones y que indudablemente contribuyen a cómo cada uno estabiliza su cerebro social.

2.2.4. Autolesiones

Hay muchos autores que han estudiado las conductas autolesivas, algunos considerándola como un tipo de conducta autodestructiva, por ello comenzaremos definiendo ese concepto. López (2013) explica que una *conducta autodestructiva* es cuando una persona se pone física o psicológicamente en peligro. Lo que generalmente se busca con la práctica de conductas autodestructivas es sentirse mejor por alguna situación que se enfrenta y esta sea dolorosa, por ejemplo, el consumo de alguna sustancia trae la percepción de aliviar el sufrimiento, aunque

sea por un instante, atender contra la propia vida es una conducta a la que se recurre para eliminar el dolor de forma permanente. Existen diferentes factores por los que se puede dar algunas conductas autodestructivas, en diferentes ocasiones se derivan de unas situaciones dolorosas que se viven, otras se practican para huir del miedo o evitar enfrentar algo que no se desea, una conducta autodestructiva se puede expresar de diferentes formas desde dejar de esforzarse por algo, hasta lastimarse a propósito o llegar al límite de quitarse la vida.

La autolesión, conducta percibida dentro de los comportamientos autodestructivos, resulta particularmente relevante, pues a un incremento del número de adolescentes en esta práctica. A sí mismo, es una práctica difícil de entender, debido a las múltiples formas de presentación que suelen adoptar (Nader y Boehme, 2003), y su estudio se dificulta grandemente por la complejidad de sus orígenes (Doctors, 2007). La autolesión está dentro de la esfera de dañarse el cuerpo de forma deliberada, pero sin intento de suicidio, *a pesar de la presencia de una ideación casi-suicida*. Sin embargo, en ocasiones esta autolesión (cortarse de forma delicada) puede ser mortal (sin la intención de serlo), y además puede evolucionar a formas de autolesión más severas y por lo tanto incrementar la posibilidad de muerte, yo creo que una terminología que tiene connotaciones peyorativas solo sirve para

complicar la búsqueda de una comprensión de la esencia psicológica de esta conducta. (Doctors, 2007).

La Autolesión, que de aquí en adelante se denominara con la abreviación **AL**, se define como la acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma, produciéndose con ello un daño corporal de baja letalidad, de una naturaleza socialmente inaceptable; se trata de una acción deliberada y comúnmente repetitiva, la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. La Autolesión no es una conducta suicida, su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo. (Walsh, 2006)

Esta definición es una de las más completas que encontramos, nos describe las características importantes de la autolesión; la persona que se autolesiona tiende a hacerlo ella misma, este daño en el cuerpo es de baja letalidad, pues no tiene como fin el buscar la muerte, son daños superficiales que se realizan de forma repetitiva para reducir estrés, ansiedad o algún estado emocional doloroso para la persona, su conducta no busca el suicidio, al contrario es un mecanismo autodestructivo que evita muchas veces en las personas el suicidio.

Se toma actualmente a la autolesión como una forma voluntaria de hacerse daño al cuerpo sobretodo es más frecuente hacerlo a través de

cortes, pero también hay autolesiones que implican quemarse, consumir drogas, alcohol u otras sustancias que se sabe podrían dañar al cuerpo, pero a la vez producen una calma emocional. En la presente investigación estamos estudiando la autolesión en su estilo de hacerse cortes en partes del cuerpo (cutting).

La autolesión se puede ver también como una conducta parasuicida, sin embargo, no tomamos en cuenta tanto este término debido a que nuestra investigación se diferencia de las otras categorías de conducta parasuicida por su baja letalidad, y la no intención de morir.

2.2.4.1. La Violencia Emocional

Para entender la experiencia emocional subjetiva de una persona que se autolesiona, es necesario considerar las experiencias previas de “*violencia emocional*” (Doctors, 2007) que conducen a que las personas, en momentos de necesidad, se aparten de los otros para buscar (desesperadamente) el consuelo en una acción dirigida hacia sí mismo. “*La violencia emocional*” refiere un tipo de dolor que sufren aquellos que han experimentado una disfunción significativa en la regulación diádica de la ansiedad emocional. La violencia emocional la encontramos en un amplio abanico de circunstancias personales, y la forma más extrema es tipificada en la situación donde un padre o una madre abusa de un niño,

física o sexualmente, y lo daña aún más diciendo que el mismo niño había provocado esta conducta, o bien, que el comportamiento del padre es un acto de amor. Un ejemplo más común es cuando un niño necesitado de reconocimiento y modulación parental de su ansiedad debe afrontar los déficits de sintonización emocional. Experiencias de fondo de violencia emocional crean la expectativa de que el dolor emocional debe ser gestionado sin recurrir a otros, siendo uno de los factores de riesgo que contribuyen al establecimiento de una vulnerabilidad a la autolesión, síntoma que se considera un esfuerzo de autogestión.

Lo que es más difícil de entender del síntoma es lo siguiente: la conducta considerada *problemática* por los observadores (padres, profesores, amigos, y terapeutas), es vivida por el adolescente como *una manera de solucionar problemas*. La conducta que un observador identifica como violenta la experimenta el adolescente como un modo de tratar o anticipar un estado insoportable del self. Un estado de intensidad emocional que se intensifica rápidamente anuncia una experiencia de pérdida del self. La amenaza de pérdida del self es una señal de emergencia para quien se corta. Aquellos que denominan a esta conducta "autodestructiva" enfocan concretamente las heridas hechas (y la impulsividad y/o compulsividad del acto de autolesión), mientras que estos adolescentes, que sienten los cortes como restaurativos del self

enfocan el impacto de la conducta sobre el sentido de self. Los que se auto cortan sienten alivio al poder contrarrestar la vivencia de “agresión” sobre su sentimiento de sí. (Doctors, 2007).

2.2.4.2. Autolesiones en los Adolescentes

Como vimos en el apartado de la adolescencia, es una etapa llena de cambios y de transición de niño a adulto. Por estas razones creemos que el adolescente se encuentra más vulnerable, pues no solo atraviesa muchos cambios en un período corto de tiempo, sino también realiza varios esfuerzos por adaptarse, se vuelve más influenciable por su ambiente y por las expectativas sociales; además, hay una mayor presencia de comportamientos de riesgo. Se puede afirmar entonces, que el objetivo principal de esta etapa es la búsqueda de una identidad, solamente luego de pasar por una época de crisis, la estructura de personalidad y su conducta se consolida y forja una identidad adulta definitiva.

2.2.4.3. Prevalencia

a) Prevalencia según las Edades

De acuerdo con Wash (2006) indica que la prevalencia de AL en población adolescente va en aumento. Es claro también que existe población adulta en la cual se encontró este problema sin embargo de acuerdo a estudios se ve que la gran mayoría de personas inició la práctica de autolesiones desde la adolescencia. Por lo tanto, existe una mayor prevalencia en adolescentes que en adultos con valores de 21% al 5 % respectivamente).

Nosotras creemos importante recalcar este punto ya que en esto se basó nuestra muestra, pues los adolescentes son los que están más predispuestos a autolesionarse debido a muchos factores particulares para cada uno. Si bien también las autolesiones se encuentran en población adulta, se toma como punto base a la adolescencia pues desde los 12 a 14 aproximadamente inician en esta conducta autolesiva.

b) Prevalencia en Población Clínica versus Población de Comunidad

“Anteriormente la AL se asociaba a grupos clínicos restringidos tales como: pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas y graves, así como a aquéllos que acudían a atención psiquiátrica de emergencia, a población de cárceles, jóvenes de internados y escuelas de educación especial. Se asumía que la persona con este problema cursaba con

alteraciones psiquiátricas severas y con un déficit de adaptación significativo. La AL aún se vincula casi exclusivamente con experiencias caóticas/ traumáticas en la infancia, tales como disfunción familiar, abuso sexual, violencia, enfermedades mentales, etc. (Santos, 2011)”. p.41.

“El panorama actual se ha ampliado para incluir en mayor medida a jóvenes y adolescentes de escuelas de educación regular en secundarias, preparatorias y universidades; así como adultos de la población general. Este último grupo tiene un margen amplio de edad y dificultades psicológicas y de adaptación menos graves (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006)”.

Como nos podemos dar cuenta, anteriormente se tomaba en cuenta que las poblaciones donde se podría encontrar y estudiar más las autolesiones eran los hospitales, las cárceles, internados o colegios especiales; sin embargo, últimamente el panorama incluye más población de jóvenes y adolescentes en instituciones educativas, en las cuales este problema ha crecido y se mantiene aún como un tema prohibido por la falta de conocimiento, por el miedo al desprestigio por verse en medio el nombre de la institución, o porque los mismos adolescentes difícilmente cuentan sus problemas y ocultan estas prácticas tanto a sus padres como a sus profesores y compañeros, y eso

nos consta en nuestra práctica profesional en los colegios donde hemos estado y trabajado con adolescentes.

c) Prevalencia por Sexos

“En una teoría expuesta por Miller (1994) explica el por qué la mayoría de las personas que se autolesionan son mujeres. Las mujeres socialmente no se les permiten expresar la violencia y agresión que tienen de manera abierta, y cuando se confrontan con su propia rabia tienden a expresarla hacia adentro”.

“Miller dice que “los hombres actúan hacia fuera, las mujeres actúan hacia fuera actuando hacia dentro”. Otra razón por lo que hay más mujeres que hombres que se autolesionan, es que los hombres socialmente están acostumbrados a reprimir sus emociones, fueron educados a contener sus emociones para sí mismos”.

Por tanto, esto quiere decirnos que en cuanto a prevalencia de género hay mayor cantidad de mujeres que lo realizan en comparación a los varones, como es el caso del presente estudio. Sin embargo, últimamente ha habido un crecimiento en el número de varones que se autolesionan, por lo que es importante indagar más sobre ambos grupos y las razones que tienen para hacerlo, si son las mismas o no.

d) Prevalencia por forma de Autolesionarse

En varias investigaciones encontramos que los actos más comunes de autolesión son: cortarse, pegarse y quemarse, en las mismas muestras encontradas con adolescentes se encuentra que se realizan cortes superficiales en los brazos lo cual se describe más adelante como “Cutting”

“Ross y Heath (2002) estudiaron una muestra de adolescentes escolares y hallaron que cortarse era el método más frecuente de autolesión, seguido de golpearse, pincharse y morderse”. p.44

“Por su parte, Favazza y Conterio (1988) en su estudio con una muestra de 250 personas con autolesión encontraron que el 96% de las mismas eran mujeres, indicando además que los métodos más comunes para autolesionarse eran: cortarse (72%), quemarse (35%), golpearse (30%), impedir la sanación de heridas (22%), jalarse el cabello (tricotilomanía, 10%) y ruptura de huesos (5%)”. p.45

e) Conclusiones Relativas a la Prevalencia de la Autolesión

Por tanto, podemos concluir:

- La mayoría de las personas que se autolesionan comienzan a la edad de 12-15 años, siendo que una minoría puede comenzar antes

y es más prevalente en población adolescente, que en población adulta.

- Si bien la prevalencia es más alta en población clínica versus la no clínica (de comunidad o escolar), se ha visto un aumento en la población escolar, pero debido a su difícil accesibilidad es que no se hace muy conocido el problema y por ende no se estudia, hasta que llegan los mismos adolescentes como pacientes a los hospitales ya con problemas mayores.
- Las diferencias por sexo son más notables donde las mujeres tienden a presentar autolesión en mayor frecuencia que los varones.
- Los métodos más comunes reportados en la literatura de autolesión son los siguientes (en orden de frecuencia): a) cortar, marcar, rayar la piel, b) excoriación de heridas, c) golpearse, d) quemarse, e) impactar la cabeza, f) tatuajes auto infringidos (sin la intención de ser exhibidos), g) otros: –en menor proporción- morderse, insertarse objetos, jalarse el cabello, ingerir objetos, etc. (Walsh, 2006).

Características en los Adolescentes que se Autolesionan

En el 2015 el psicólogo Paulo Acero Rodríguez en su trabajo titulado: “La autolesión, posibles causas, consecuencia y su manejo exitoso” nos expone las características que frecuentemente se encuentran en los adolescentes que se autolesionan:

Emocionalidad Negativa: Experimentan emociones negativas de modo más frecuente e intenso en la vida diaria. Incrementan las experiencias de emociones negativas, posiblemente principal razón para autolesionarse, ya que las autolesiones pueden aliviar temporalmente la presión emocional.

Déficits en Habilidades Emocionales: Dificultades con la recepción y expresión de sus emociones y con sus habilidades sociales en general.

Autocrítica. Personas proclives a ser autocríticas o tener experiencia intensa de ira o aversión auto dirigida. Así mismo las autolesiones están relacionadas con su baja autoestim". p. 47.

2.2.4.4. Características de la Autolesión

(Favazza, 1996)

- **Daño Físico.** La primera característica definitoria de la AL es la presencia de daño físico objetivo, es decir, la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos. En esta característica también se incluye la introducción de objetos lesivos en orificios corporales, impedir la sanación de heridas, pincharse con objetos punzocortantes, golpearse, etc.

- **Intencionalidad.** Se refiere al hecho de que la autolesión es deliberada, no se trata por tanto de accidentes o intentos ambiguos, por el contrario, la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo.
- **Baja Letalidad.** Esta característica marca una diferencia fundamental con el intento suicida, debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida. El daño físico auto infringido en casi la totalidad de los casos no pone en riesgo la vida de la persona.
- **Socialmente Inaceptable.** Esta característica indica que la AL no posee un significado social específico, es decir, a través de la misma no se busca únicamente aprobación, aceptación ni pertenencia a grupos sociales, tampoco se trata propiamente de una moda. Esta conducta puede iniciar por imitación puesto que en la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento de este comportamiento, pero el significado atribuido a la AL es personal, el cual es distinto para cada perpetrador.
- **Mecanismo de Enfrentamiento.** La literatura científica sobre el tema concuerda en señalar que la principal función que tiene este comportamiento para el perpetrador es la reducción de estados emocionales perturbadores. Se ha descrito que estas personas

experimentan emociones intensas, difíciles de manejar en forma asertiva; tales emociones varían desde la ira, la ansiedad, la tristeza, el desamparo, la culpa, etc. La AL les permite retornar al estado de funcionamiento previo, anterior a la emoción intensamente perturbadora. Por tanto, este comportamiento no puede explicarse exclusivamente en función de mecanismos biológicos-neurológicos, debido a que posee una motivación psicológica.

• No hay Causa Física. *La AL no es debida a una causa física, tal como una intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental. Por tanto, las acciones autolesivas debidas a alucinaciones, delirios, autoestimulación, etc. propias de estados psicóticos y/o retraso mental no se incluyen en esta clasificación, debido a que la intencionalidad consciente es parte esencial del proceso de identificación positiva.*

2.2.4.5. Criterios Diagnósticos de la Autolesión según el DSM

5

“En el proyecto en desarrollo del DSM 5, divulgado un año antes de su publicación final, se propone incluir a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial), como el Trastorno NSSI54 (Autolesión No Suicida, NSSI por sus siglas en inglés) con los criterios siguientes:

A. En el último año, durante al menos 5 días, el sujeto se ha auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado o moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales – piercing-, etc.), pero realizados con la esperanza que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o bien se puede inferir de que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal. La conducta no es de naturaleza común ni trivial, como lo es el hurgarse una herida o morderse las uñas.

B. La lesión intencional está asociada con al menos dos ítems de los siguientes:

B1. Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o autocrítica, que ocurran en el período inmediatamente previo al acto de autolesión.

B2. Antes de incurrir en el acto, existe un período de preocupación (pensamientos alrededor de) acerca de la conducta a realizar que es difícil de resistir.

B3. El impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se haya tenido que actuar consecuentemente.

B4. La actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.

C. La conducta y sus consecuencias afectan áreas como la interpersonal, académica u otras.

D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En sujetos con un trastorno del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no se debe a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyhan).

2.2.4.6. Diagnóstico Diferencial de Autolesión

A pesar del argumento de algunos autores, la autolesión por sí misma no es considerada oficialmente un trastorno, más bien y acorde con la formulación del presente trabajo, se trata de un síntoma conductual/emocional, en sentido estricto entonces la autolesión no es una condición que pueda ser diagnosticada. Por esto debe ser correctamente identificada de acuerdo con los criterios sintomáticos descritos.

Los trastornos que tanto en la práctica como en la investigación suelen vincularse e incluso confundirse con la autolesión son trastornos de personalidad y de conducta. Debido a la importancia que conlleva para la práctica clínica una definición conceptual y operacional precisas, en la siguiente sección se presentan las características distintivas entre la autolesión y los trastornos antes mencionados.

Vemos este punto como el más cuestionado y que aún se debate por diversos autores pues se piensa por un lado que las autolesiones deberían ser consideradas ya como un trastorno, sin embargo, otros toman a la autolesión como un síntoma conductual que acompaña a otros trastornos.

2.2.4.7. Principales Modelos Teóricos de la Autolesión

Incluimos a continuación los modelos que más hemos creído convenientes para esta investigación: 1) modelo ambiental, 2) modelo de la regulación afectiva y 3) modelo cognitivo conductual.

a) Modelo Ambiental

“Este modelo asume a las variables ambientales como mediadoras en la génesis y mantenimiento de la autolesión. Las respuestas positivas del

ambiente inmediato (atención, cuidado, preocupación) refuerzan tal comportamiento, a la vez que colocan la responsabilidad del conflicto emocional fuera de la persona, quien aprende a manipular y controlar el ambiente a través de la autolesión; el enfoque conductual y de análisis del comportamiento se ha centrado en esta perspectiva y ha encontrado sustento en resultados para esta formulación en algunos reportes de investigación, especialmente con población clínica y pacientes con trastorno límite de la personalidad, así como en población no clínica.”
(Rosen & Walsh, 1989. p.61)

Nosotras como investigadoras creemos que este es un modelo importante en nuestra investigación pues el mismo ambiente, como el hogar o las amistades, influye en la aparición de las autolesiones y también refuerza este comportamiento debido a que la persona que se autolesiona consigue como respuesta antes sus autolesiones el cuidado, la atención y preocupación de su medio, fortaleciéndose así y manteniendo esta conducta negativa.

b) Modelo de la Regulación Afectiva

“Esta es una de las propuestas más compartida por los diversos autores del tema, e incluso es vista como la función primaria de la autolesión. Desde esta perspectiva, la acción lesiva intencional se utiliza para

expresar y externalizar emociones fisiológico/psicológico deseable, positivo; esta función se denomina también: generación de emociones/sensaciones. Reforzamiento social positivo, que ocurre cuando la autolesión genera atención, cuidado, afecto de otras personas, en este caso, este comportamiento puede tener intención de manipular y crear un efecto sobre el medio; Reforzamiento social negativo, en este caso, la autolesión cumple la función de escapar de las demandas y obligaciones impuestas por otros (Nixon & Heath, 2009)".
(p.64)

Como podemos reflexionar, la AL cumple diversas funciones en una persona, lo cual explica que sea una condición difícil de tratar. Específicamente, la evidencia indica que la AL ayuda a regular las emociones en personas con vulnerabilidades (de tipos biológicos y/o debidos a experiencias traumáticas, déficits en habilidades para el procesamiento de emociones, etc.), en particular a través de un mecanismo de evitación que refuerza negativamente la conducta. Adicionalmente, la AL se puede establecer y mantener por reforzamiento positivo interno (búsqueda de sensaciones), así como reforzamiento social tanto positivo como negativo, en cuyo caso, se busca influir en el ambiente de una determinada manera y es más común en personas que padecen de trastorno límite de la personalidad.

2.2.4.8. Causas Posibles de la Autolesión

Miller (1994) y Favazza (1996) proponen las posibles causas por las que las personas se autolesionan:

- Acabar con la tensión emocional: Escapar del sentimiento de vacío, de irrealidad, sentimientos de tristeza.
- Encontrar alivio: cuando emociones intensas se van acumulando. Al causar un dolor, reducen el nivel emocional y fisiológico acumulado a uno que sea manejable.
- Calmar el odio: muchos autolesionadores tienen dentro de ellos enormes cantidades de rabia por eventos o hechos traumáticos durante su infancia. Lograr un estado de euforia, para lograr manejar la situación en la que se encuentran.
- Prevenir el suicidio.
- Influenciar la conducta de otros.
- Comunicar a otros la gravedad de su desesperación y la necesidad de ayuda.
- Continuar con patrones de abuso: en lo general los autolesionadores sufrieron abuso (sexual, verbal o físico) en su infancia.
- Castigarse a uno mismo por ser “malo” o “mala”.
- Ejercer una sensación de control sobre el cuerpo de uno mismo.
- Prevenir que algo peor suceda.

Todas estas razones se pueden agrupar principalmente en dos categorías:

- **Regulación de emociones.** *Uso de la autolesión (cutting) para tratar de regresar al cuerpo a un equilibrio cuando se está frente a una turbulencia de sentimientos abrumadores. Esto incluye el poder reconectarse con su cuerpo después de un episodio disociativo, tranquilizar al cuerpo en momentos en que se despiertan fuertes emociones o estados fisiológicos incómodos, validar el sufrimiento interno expresándolo de manera externa, y evitando el suicidio debido a lo incontenible de los sentimientos.*
- Como **medio de comunicación.** *Algunos usan la autolesión como un vehículo para expresar cosas de las cuales no pueden hablar. Cuando se quiere comunicar con otros, se puede pensar que la AL es una manipulación. Sin embargo, en general la manipulación es un intento indirecto de lograr un cometido; si una persona aprende que un método directo de pedir algo es escuchado y atendido, entonces la necesidad de utilizar métodos indirectos decrece. Por lo tanto, entender que un acto de autolesión tiene el cometido de tratar de comunicar puede ser crucial para manejarlo de manera efectiva y constructiva.*

2.2.4.9. Consecuencias de las Autolesiones

Según Acero, P. (2015) generalmente se presentan las siguientes consecuencias:

a. Consecuencias Psicológicas:

Inmediatas:

- Sentirse vivo
- *Aclara la mente, ayuda a concentrarse*
- *Reduce la tensión*
- *Alivia el estrés y las emociones*
- Produce calma
- Relajación
- Sueño

Tardías:

- Sentimientos de culpa
- Vergüenza
- Estigma
- Sentimientos de aislamiento y abandono

Sin la debida atención y detección temprana de los adolescentes que se autolesionan es que pueden llegar a que las consecuencias se agraven y lleguen a una adicción, a la depresión o hasta el propio suicidio. p.66

b. Consecuencias Físicas

“La práctica de conductas auto lesivas genera en el adolescente varias consecuencias adversas para su integridad corporal. Dependiendo del método que el adolescente utilice para lesionarse existen numerosos efectos físicos perjudiciales a largo plazo; ciertos efectos incluyen: daños permanentes en los tejidos, hemorragias, entumecimiento permanente, anemia, infecciones, cicatrices, daños en los nervios, fracturas, daños en órganos vitales, muerte accidental o anticipada, etc. p.67

2.2.4.10. Cutting

El Cutting proviene del inglés que significa “corte”, también es conocida esta práctica bajo el nombre de self injury. Se refiere a los continuos cortes en la piel que algunas personas se realizan de manera intencional sin el propósito inmediato de atentar contra su vida, en muchas ocasiones estos cortes se pueden convertir en adicción (Marín. 2013). Está dentro de la clasificación de autolesiones, anteriormente ya detallada.

2.3. Definiciones Conceptuales

2.3.1. La Autoestima

Coopersmith (2010) refiere que la autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: Expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor. En síntesis, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo trasmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta", cuyas escalas son:

- Si mismo
- Social – pares
- Hogar – padres
- Escuela

Seligman (1972), Actitud positiva hacia sí mismo, aprecio genuino, aceptación tolerante y esperanzadora de sus propias limitaciones, debilidades, errores y fracasos; afecto hacia sí mismo, atención y cuidado de sus necesidades reales, tanto físicas como psíquicas e intelectuales. Una baja autoestima puede influir negativamente en la actuación de sus habilidades, en la salud psíquica y física.

2.3.2. Conductas Autolesivas (Cutting)

López (2012), la conducta autolesiva o cutting es cuando una persona se pone física o psicológicamente en peligro. Lo que generalmente se busca con conductas autolesivas es sentirse mejor por alguna situación que se enfrenta y esta sea dolorosa. Esta conducta se puede expresar de diferentes formas.

2.4. Sistema de Variables

Variable 1

Autoestima

Variable 2

Conductas autolesivas

2.5. Definición Operacional de las Variables

A continuación, se muestra las dimensiones e indicadores por cada una de las variables principales de la presente investigación.

Tabla 1: Operacionalización de las Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Variable 1	La autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo. Es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia si misma.	El criterio de evaluación se fundamenta en el Test de Coopersmith, quien usó la prueba de 58 ítems como inventario de autoestima en la forma escolar, que brinda información acerca de las características de la autoestima en 4 escalas: sí mismo (26 ítems), social (8 ítems), hogar (8 ítems) y escuela (8 ítems).	Sí mismo	1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57.	Cuestionario (Inventario de Autoestima – Forma Escolar Coopersmith)
Autoestima			Social	5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52.	
			Hogar	6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44.	
			Escuela	2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54.	
Variable 2	La conducta autolesiva o cutting es cuando una persona pone su estado físico o psicológico en peligro. Lo que buscan quienes lo practican es sentirse aliviados por alguna razón el cual enfrentan y sea dolorosa.	El criterio de evaluación se fundamenta en el cuestionario de Conductas Autolesivas medidas en tres escalas: casi nunca, a veces y siempre. Con la validez de constructo de Spearman con un n.s. de .05.	Prevalencia del cutting	Casi Nunca	Cuestionario de las Conductas Autolesivas
Conductas Autolesivas (cutting)				A veces	
				Siempre	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

2.6. Hipótesis

2.6.1. Hipótesis General

- Hipótesis Nula (H_0):

No existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

- Hipótesis Alterna (H_a):

Existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

2.6.2. Hipótesis Específicas

H₀₁: No existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha1: Existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ho2: No existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha2: Existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ho3: No existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha3: Existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ho4: No existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha4: Existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel, Tipo y Método de Investigación

3.1.1. Nivel de Investigación

Descriptivo: Consideran al fenómeno estudiado y sus componentes. Miden conceptos y definen variables. Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández et al, 2014).

3.1.2. Tipo de Investigación

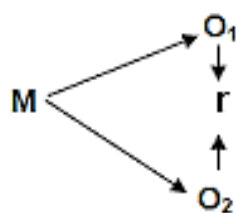
Cuantitativo: Donde se establece una o varias hipótesis, (suposiciones a cerca de una realidad), se diseña un plan para someterlas a pruebas, se mide los conceptos incluidos en la hipótesis, variables y se transforma las mediaciones en valores numérico (datos cuantificables) para analizar posteriormente con técnicas estadísticas y extender los resultados a un universo más amplio, o para consolidar las creencias formuladas de una forma lógica en una teoría o en un esquema. (Hernández et al, 2003).

3.1.3. Método de Investigación

Método: Es descriptivo correlacional, el cual nos permite relacionar y delimitar variables que operan en una situación determinada, tal como se presenta en la realidad. La modalidad de usarse será el estudio de conjunto a fin de buscar la integración de datos. (Hernández et al, 2003).

3.2. Diseño de la Investigación

El Diseño es *No Experimental Transversal Correlacional*: No Experimental porque el estudio se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos, Correlacional porque describe la correlación de dos variables, y Transversal porque se realiza en un momento dado. (Hernández et al, 2016).



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la V.1.

O₂ = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

3.3. Ámbito de Investigación

Esta investigación se realizó en una institución privada, Colegio Eclesiástico Privado María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco-Perú. La investigación se desarrolló, por tanto, en la ciudad de Huánuco, provincia de Huánuco, departamento de Huánuco; específicamente, en la zona urbana del distrito de Huánuco.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

De las alumnas del nivel secundario que ascendieron a 171 alumnas de la Institución Privada María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017, la población de esta investigación fueron las 60 estudiantes que practicaron cutting, y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Alumnas que cursen del primero al quinto año de secundaria en el presente año 2017.
- Que residan en la ciudad de Huánuco.
- Alumnas que oscilan entre las edades de 11 a 16 años de edad.

- De género femenino.
- Alumnas que asistan permanentemente a su centro educativo.

Criterios de Exclusión

- Alumnas que cursen grados menores al nivel de secundaria.
- Alumnas que estudian en otras instituciones.
- Alumnas que no residen en la ciudad de Huánuco.
- Alumnas que tengan edades menores de 11 y mayores de 16 años de edad.
- Alumnas que no asisten regularmente a la Institución Educativa.

3.4.2. Muestra

Muestra No Probabilística: la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base a formas de probabilidad, sino de la decisión del investigador o investigadores, obedeciendo a ciertos criterios. Esta es una Muestra Censal porque todas las unidades de investigación son consideradas como muestra. De allí, que la población a estudiar se precise como censal por ser simultáneamente universo, población y muestra. (Ramírez, 1997).

De la población total de las estudiantes del nivel secundario se escogieron a 60 estudiantes que practicaron conductas autolesivas (cutting) según la investigación realizada (según el objeto de estudio), de la Institución Educativa Privada María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

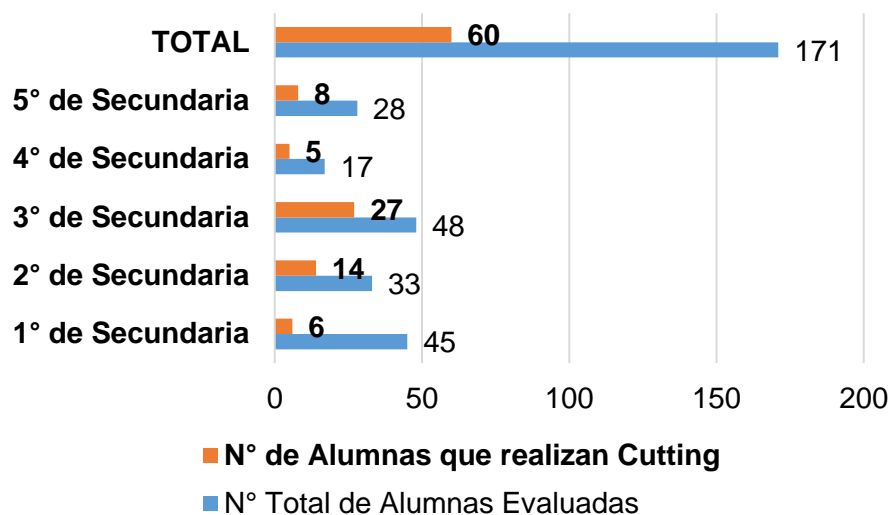
A continuación, se presentó el porcentaje de alumnas que practicaron cutting de primero a quinto año de secundaria en la Institución Educativa María Auxiliadora, el cual se enfoca la investigación propuesta.

Tabla 2: Porcentaje de alumnas que practican cutting de primero a quinto de secundaria

Grado	N° Total de Alumnas Evaluadas	N° de Alumnas que realizan Cutting	Porcentaje
1° de Secundaria	45	6	13.33%
2° de Secundaria	33	14	42.42%
3° de Secundaria	48	27	56.25%
4° de Secundaria	17	5	29.41%
5° de Secundaria	28	8	28.57%
TOTAL	171	60	35.09%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 1: Porcentaje de alumnas que practican cutting de primer a quinto de secundaria



Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

A continuación, se presenta los instrumentos principales de recolección de datos:

Tabla 3: Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Método	Técnica	Instrumentos
Observación indirecta	El fichaje	Fichas bibliográficas Fichas mixtas
	Psicometría	Inventario de Autoestima - Forma Escolar de Coopersmith
	Encuesta sobre Screaming	Encuesta sobre las Conductas Autolesivas (cutting)

Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.5.1. Técnica e Instrumento de la Autoestima

Inventario de Autoestima Forma Escolar Coopersmith

Ficha Técnica

La escala a utilizar lleva el nombre “inventario de autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) versión escolar”, la cual tiene por autor a Stanley Coopersmith. Fue adaptada por la doctora María Graciela Cardó y publicada por la editorial Panizo en el año 1989, para luego ser revisada en el año 2010. Esta se puede administrar de forma individual y colectiva a jóvenes de entre 8 a 15 años de edad, tiene una duración aproximada de 30 minutos. Su finalidad es medir las actitudes valorativas hacia “sí mismo” en las áreas: académica, familiar y personal de la experiencia de un sujeto. Para la presente investigación se trabajó tomando en cuenta el estudio psicométrico realizado por Espinoza M. (2015) en Perú, Departamento la Libertad, Distrito de Trujillo.

Descripción del Instrumento

El Inventario de Autoestima Forma Escolar es un Test de Personalidad de Composición Verbal, Impresa, Homogénea y de Potencia.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith versión Escolar, está compuesto por 58 Items, en los que se encuentran incluidas 8 ítems

correspondientes a la escala de mentiras. Fue desarrollado originalmente en Palo Alto-California (Estados Unidos), siendo creado junto con un extenso estudio sobre autoestima en niños, a partir de la creencia de que la autoestima está significativamente asociada con la satisfacción personal y con el funcionamiento afectivo. La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con estudiantes de 08 a 15 años. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. La Prueba está constituida por respuestas dicotómicas, ítem verdadero – falso, que exponen información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de cuatro sub escalas y una escala de mentiras.

Siendo la composición de los ítems las siguientes:

- **Área Sí Mismo (SM)** con 26 ítems.

El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

- **Área Social (SOC)** con 8 ítems.

Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos.

- **Área Hogar (H)** con 8 ítems.

Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia con los padres.

- **Área Escuela (SCH)** con 8 ítems.

Referente a las vivencias en el interior de la escuela y sus expectativas con relación a su satisfacción de su rendimiento académico.

- Escala de Mentiras (L) con 8 ítems.

Forma de Administración

El Test de Coopersmith se administra colectiva o individualmente, y tiene un tiempo de duración aproximado de 30 minutos. En el presente trabajo se administró en forma colectiva.

Si una frase describe cómo se sientes generalmente responde “verdadero”. Si la frase no describe cómo te sientes generalmente responde “falso”. No hay respuesta correcta o incorrecta.

Forma de Calificación

Tabla 4: Claves de Respuestas para las Plantillas

Sub Escalas	Reactivo	Puntaje Máximo
Sí Mismo General (GEN)	1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57.	26
Pares (SOC)	5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52.	8
Hogar Padres (H)	6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44.	8
Escuela (SCH)	2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54.	8
TOTAL		50 x 2
Puntaje Máximo	100
Escala de Mentiras	26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58.	8

Nota. Fuente: Test de Coopersmith. Elaboración propia.

Tabla 5: Hoja de claves de respuesta para el inventario de autoestima original

ÍTEMS	V	F	ÍTEMS	V	F	ÍTEMS	V	F
1	X		21	X		41	X	
2		X	22		X	42	X	
3		X	23		X	43	X	
4	X		24		X	44		X
5	X		25		X	45	X	
6		X	26	X		46		X
7		X	27	X		47	X	
8	X		28	X		48		X
9	X		29	X		49		X
10		X	30		X	50	X	
11		X	31		X	51		X
12		X	32	X		52		X
13		X	33	X		53	X	

ÍTEMS	V	F	ÍTEMS	V	F	ÍTEMS	V	F
14	X		34		X	54		X
15		X	35		X	55		X
16		X	36	X		56		X
17		X	37	X		57		X
18		X	38	X		58	X	
19	X		39	X				
20	X		40		X			

Nota. Fuente: Test de Coopersmith. Elaboración propia.

Calificación

Cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 2 puntos. Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del Instrumento. Si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, ($T = 67$ o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario. Por último, se pueden sumar todos los puntajes (menos la escala M) para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo.

Norma Percentil

La Escala o Norma Percentil constituye un recurso muy difundido y que goza de mucha popularidad para la transformación de los puntajes originales. Una distribución de percentiles queda dividida en 99 puntos,

entre los cuales se encuentran 100 segmentos, cada uno contiene un uno por ciento de los casos.

El percentil 50 establece la media, el percentil 99 establece el límite superior y el percentil 0 establece el límite inferior del intervalo.

En la presente investigación se ha elaborado normas para la interpretación de los puntajes directos del Inventario de Autoestima Forma Escolar Coopersmith, en la muestra estudiantil no paramétrica nos permite transformar los puntajes en norma percentil. Esta puntuación indica el tanto por ciento de sujetos examinados en la muestra tipificada que obtuvieron puntuaciones:

Autoestima Muy Baja : Percentil 1 al 5

Autoestima Moderadamente Baja : Percentil 10 al 25

Autoestima Promedio : Percentil 30 al 75

Autoestima Moderadamente Alta : Percentil 80 al 90

Autoestima Muy Alta : Percentil 95 al 99

3.5.2. Técnica e Instrumento de las Conductas Autolesivas (cutting)

Encuesta sobre las Conductas Autolesivas (cutting)

En la actualidad, cada vez más adolescentes deciden llevar a cabo conductas de riesgo para su integridad física. Con tu colaboración, nos ayudarás a entender con mayor profundidad y acierto la realidad que existe en torno a esta problemática.

El cuestionario que se aplicó se detalla en el anexo del presente trabajo de investigación. A continuación, se detalla la pregunta doce: “En una prevalencia de 1 a 5, donde 1 es nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 frecuentemente, y 5 siempre”:

	1	2	3	4	5
Cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?					
¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías vacío?					
¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?					
¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?					
¿En qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas en los estudios te llevaron a autolesionarte?					

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, para fines prácticos se consideró trabajar con tres escalas: casi nunca, a veces y siempre, como las frecuencias de las conductas autolesivas (cutting).

3.5.3. Validez de la Autoestima

El Inventario de autoestima de Coopersmith, forma escolar, ha sido traducido y validado en nuestro medio, en primer lugar por María Isabel PANIZO (1985) en el estudio realizado sobre autoestima y Rendimiento Escolar con niños de 5º y 6º grado de primaria; de edades entre 10 y 11 años, de sectores socioeconómicos alto y bajo (estudio comparativo); y posteriormente, en 1989 María Graciela Cardó, en su investigación sobre Enuresis y Autoestima en el niño, y aceptación y rechazo de la madre según la percepción del niño, con niños de 8, 9 y 10 años de edad, de un sector socio económico bajo. Ambas investigaciones se llevaron a cabo en Lima.

Para establecer la validez, luego de haber traducido el inventario al español, PANIZO (1985) trabajó en dos etapas: 1º Traducción y Validación de contenido a 3 personas con experiencias en niños, para recolectar sugerencias acerca de la redacción de los ítems, también cambió algunas formas de expresión de éstos. 2º Validez de Constructo: utilizó el procedimiento de correlacionar ítems de sub-escalas. Los ítems que correlacionaron bajo fueron eliminados y se completó el procedimiento con la correlación entre la sub-escala y el total; luego depuró la muestra separando los sujetos que presentaban puntuaciones

altas en la escala de mentiras, estableciendo igual que Coopersmith el criterio de invalidación de la prueba cuando el puntaje de mentiras era superior a 4 puntos. Se trabajó con la versión elaborada por Espinoza en el año 2015 en Perú, encontrándose una validez con puntuaciones superiores de .20 para cada área a través del ítem-test corregido, y concerniente a la confiabilidad se halló un Alfa de Cronbach de .799 en el área de Autoestima General.

3.5.4. Validez de las Conductas Auotlesivas

Malhotra (1993) indica que “un constructo es una característica o fenómeno que será medido” (pág. 282), por tanto, la validación del constructo se realiza para dar validez al instrumento para que explique la variable de interés.

Por lo tanto, se realiza la validez del constructo al cuestionario de las conductas autolesivas (cutting) mediante la prueba de Spearman Brown en SPSS 22 (ver Tabla 27 en Anexos).

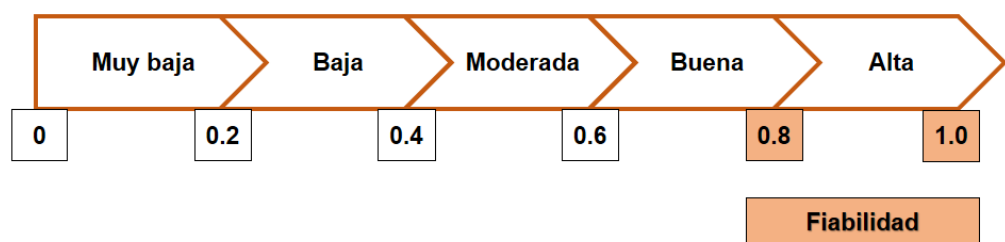
Se utilizó el procedimiento de correlacionar los diez primeros ítems. Los ítems que correlacionaron bajo fueron eliminados y se completó el procedimiento con la correlación entre la sub-escala y el total. Encontrándose una validez con puntuaciones superiores de .26 para cada área a través del ítem-test corregido, y concerniente al nivel de

significancia se halló que la correlación es significativa en el nivel .05 en el área de Conductas Autolesivas.

3.5.5. Confiabilidad: Variable Autoestima, índice de consistencia interna, cálculo y resultado

Para ver la consistencia de confiabilidad del cuestionario de la Autoestima se calculó mediante el Alfa de Cronbach.

Figura 2: Análisis de Consistencia: Alfa de Cronbach



En consecuencia, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de Alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa > 0.9 es excelente
- Coeficiente alfa > 0.8 es bueno
- Coeficiente alfa > 0.7 es aceptable
- Coeficiente alfa > 0.6 es cuestionable

- Coeficiente alfa > 0.5 es pobre
- Coeficiente alfa < 0.5 es inaceptable

Fórmula

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Dónde:

α : Alfa de Cronbach

K : Número de ítems

V_i : Varianza de cada ítem

V_t : Varianza del Total

Se comenzó calculando en forma manual:

$$\alpha = \frac{58}{58 - 1} \left[1 - \frac{11.774}{16.075} \right]$$

$$\alpha = 0.02726$$

Sin embargo, como se puede observar el coeficiente de alfa obtenido es inaceptable.

A continuación, se presenta mediante el programa SPSS 22:

Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad corregido de V1

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.850	32

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto,

Habiendo obtenido un coeficiente alfa bueno ($\alpha > 0.8$). Se procedió a realizar el cálculo manual:

$$\alpha = \frac{32}{32 - 1} \left[1 - \frac{6.32}{35.714} \right]$$

$$\alpha = 0.850$$

De esta manera, el instrumento queda validado con una fiabilidad alta.

3.5.6. Confiabilidad: Variable Conductas Autolesivas, índice de consistencia interna, cálculo y resultado

En este caso, se calculó la pregunta doce del cuestionario de la variable Conductas Autolesivas, donde se resumen las once preguntas anteriores de la misma prueba. Cabe señalar que, en este caso, solo existieron dos pruebas invalidadas, debido a que las alumnas no completaron el cuestionario respecto a la V2.

Fórmula

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Dónde:

α : Alfa de Cronbach

K : Número de ítems

V_i : Varianza de cada ítem

V_t : Varianza del Total

Cálculo:

$$\alpha = \frac{14}{14 - 1} \left[1 - \frac{25.504}{115.300} \right]$$

$$\alpha = 0.839$$

Por tanto, con el cálculo manual se obtuvo una fiabilidad alta, y con el programa SPSS 22 se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla 7: Estadísticas de Fiabilidad para la Variable 2

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.839	14

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, el instrumento queda validado con una fiabilidad alta con el programa SPSS 22 y en forma manual.

3.6. Técnicas para el Procesamiento de Datos

El procesamiento y posterior análisis de los datos se realizó en función a los siguientes criterios:

Tabla 8: Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información

Método	Técnica	Instrumentos
Análisis estadístico	Estadística descriptiva	Cuadros y gráficos de frecuencias
	Establecimiento de la relación de dos variables	Coefficiente de la correlación de Spearman

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Mediante el programa SPSS 22 se realizó la validación de los instrumentos (cuestionarios para la autoestima y para las conductas autolesivas) por medio del índice de consistencia interna “Alfa de Cronbach”, el cual muestra la fiabilidad de los instrumentos cuando se cumple que supera el 0.8 y cuando sea más cercano a 1 indica más confiabilidad de los instrumentos.

Los programas que se utilizaron para el tratamiento y recolección de los datos:

- Microsoft Excel 2018
- SPSS 22 (versión 22.0)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación de Resultados

Niveles de la Autoestima de las alumnas del nivel secundario:

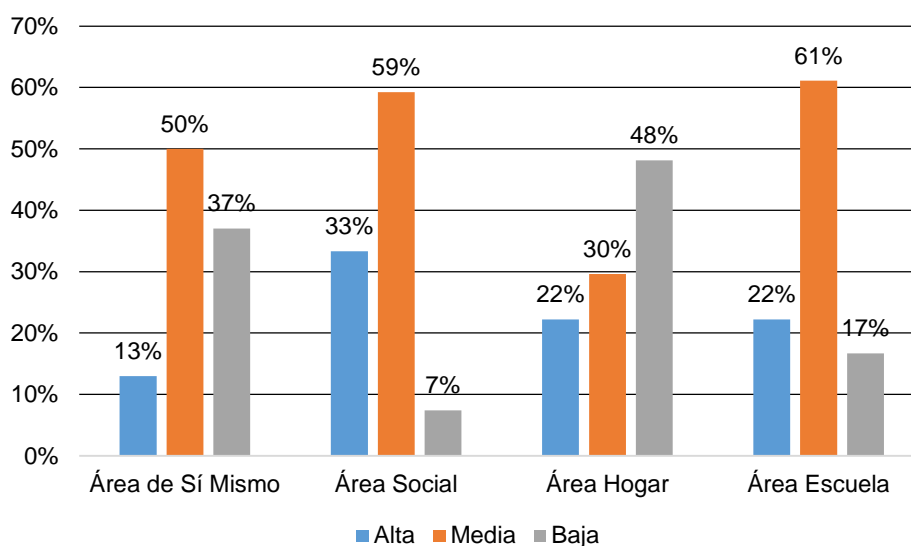
Para obtener los siguientes resultados se aplicó el instrumento validado a las 54 alumnas del nivel secundario de la Institución Educativa María Auxiliadora (alumnas que practicaron cutting), en la que respondieron “verdadero” o “falso”, mediante el inventario de autoestima en la forma escolar de Coopersmith.

Tabla 9: Test de Coopersmith en los niveles de la autoestima de las alumnas del nivel secundario

Escala de Autoestima	Niveles de Autoestima						54 Alumnas Total
	Alta		Media		Baja		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Sí Mismo	7	13%	27	50%	20	37%	100%
Área Social	18	33%	32	59%	4	7%	100%
Área Hogar	12	22%	16	30%	26	48%	100%
Área Escuela	12	22%	33	61%	9	17%	100%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 3: Test de Coopersmith en los niveles de la autoestima de las alumnas del nivel secundario



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar (ver tabla 9 y figura 3), las alumnas que practican cutting del nivel secundario de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017, presentan problemas de autoestima (según Coopersmith) del Área Sí Mismo en un nivel alto de autoestima con un 13% que representa a 7 estudiantes, en un nivel medio de 50% que representa a 27 estudiantes y en un nivel bajo de 37% que representa a 20 estudiantes, del Área Social en un nivel alto de autoestima con un 33% que representa a 18 estudiantes, en un nivel medio de 59% que representa a 32 estudiantes y en un nivel bajo de 7% que representa a 4 estudiantes, del Área Hogar en un nivel alto

de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 22% que representa a 12 estudiantes, en un nivel medio de 30% que representa a 16 estudiantes y en un nivel bajo de 48% que representa a 26 estudiantes, y del Área Escuela en un nivel alto de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 22% que representa a 12 estudiantes, en un nivel medio de 61% que representa a 33 estudiantes y en un nivel bajo de 17% que representa a 9 estudiantes. Siendo las áreas de Sí mismo, de Hogar y de Escuela las que presentan mayor porcentaje de problemas de autoestima que impacta negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio.

A continuación, se presenta los resultados por cada grado de secundaria:

Tabla 10: Forma Escolar Coopersmith de las alumnas del primero de secundaria.

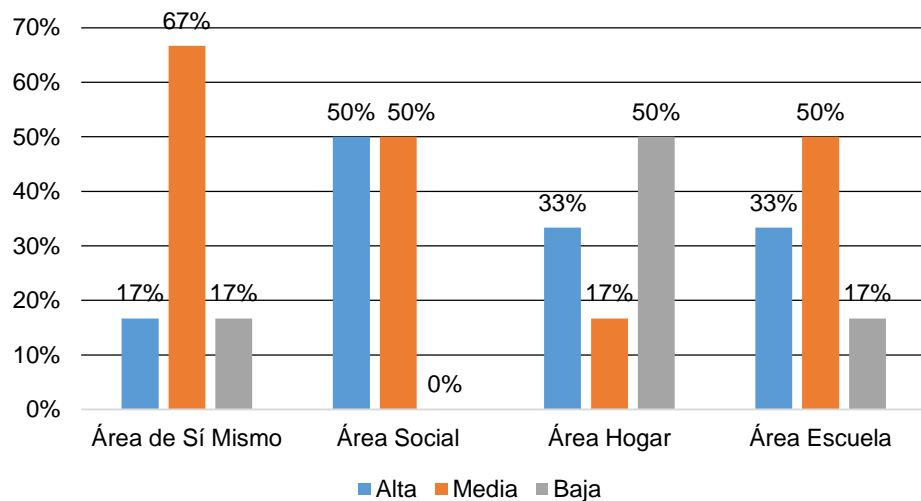
Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima

Escala de Autoestima	Niveles de Autoestima						6 Alumnas Total
	Alta		Media		Baja		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Sí Mismo	1	17%	4	67%	1	17%	100%
Área Social	3	50%	3	50%	0	0%	100%
Área Hogar	2	33%	1	17%	3	50%	100%
Área Escuela	2	33%	3	50%	1	17%	100%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 4: Forma Escolar Coopersmith de las alumnas del primero de secundaria.

Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia..

En la tabla 10 y la figura 4 se observa que, las alumnas del primero de secundaria que practican cutting presentan problemas de autoestima (según Coopersmith) del Área Sí Mismo en un nivel alto de autoestima con un 17% que representa a 1 estudiante, en un nivel medio de 67% que representa a 4 estudiantes y en un nivel bajo de 17% que representa a 1 estudiante, del Área Social en un nivel alto de autoestima con un 50% que representa a 3 estudiantes y en un nivel medio de 50% que representa a 3 estudiantes, del Área Hogar en un nivel alto de autoestima con un 33% que representa a 2 estudiantes, en un nivel medio de 17% que representa a 1 estudiante y

en un nivel bajo de 50% que representa a 3 estudiantes, y del Área Escuela en un nivel alto de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 33% que representa a 2 estudiantes, en un nivel medio de 50% que representa a 3 estudiantes y en un nivel bajo de 17% que representa a 1 estudiante. Siendo las áreas de Sí mismo, de Hogar y de Escuela las que presentan mayor porcentaje de problemas de autoestima que impacta negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio.

Tabla 11: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del segundo de secundaria

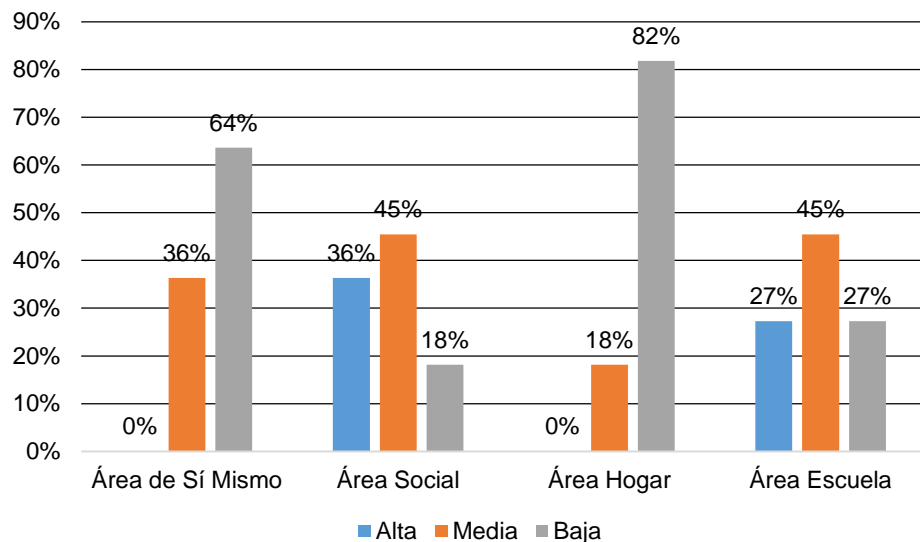
Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima

Escala de Autoestima	Niveles de Autoestima						11 Alumnas Total
	Alta		Media		Baja		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Sí Mismo	0	0%	4	36%	7	64%	100%
Área Social	4	36%	5	45%	2	18%	100%
Área Hogar	0	0%	2	18%	9	82%	100%
Área Escuela	3	27%	5	45%	3	27%	100%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 5: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del segundo de secundaria

Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 11 y la figura 5 se observa que, las alumnas del segundo de secundaria que practican cutting presentan problemas de autoestima (según Coopersmith) del Área Sí Mismo en un nivel medio de 36% que representa a 4 estudiantes y en un nivel bajo de 64% que representa a 7 estudiantes, del Área Social en un nivel alto de autoestima con un 36% que representa a 4 estudiantes, en un nivel medio de 45% que representa a 5 estudiantes y en un nivel bajo de autoestima de 18% que representa a 2 estudiantes, del Área Hogar en un nivel medio de 18% que representa a 2 estudiantes y en un nivel bajo de 82% que representa

a 9 estudiantes, y del Área Escuela en un nivel alto de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 27% que representa a 3 estudiantes, en un nivel medio de 45% que representa a 5 estudiantes y en un nivel bajo de 27% que representa a 3 estudiantes. Siendo las áreas de Sí mismo y de Hogar las que presentan mayor porcentaje de problemas de autoestima que impacta negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio.

Tabla 12: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del tercero de secundaria

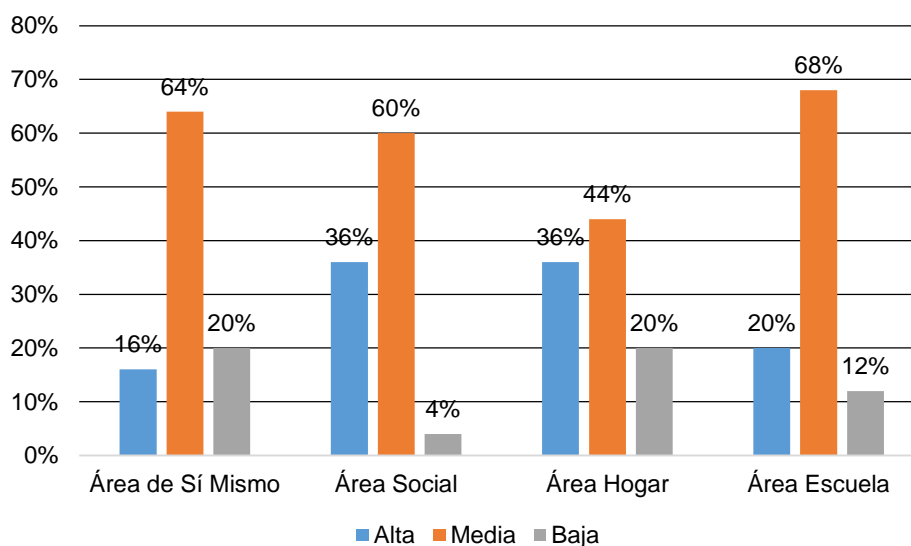
Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima

Escala de Autoestima	Niveles de Autoestima						25 Alumnas Total
	Alta		Media		Baja		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Sí Mismo	4	16%	16	64%	5	20%	100%
Área Social	9	36%	15	60%	1	4%	100%
Área Hogar	9	36%	11	44%	5	20%	100%
Área Escuela	5	20%	17	68%	3	12%	100%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

**Figura 6: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del
tercero de secundaria**

Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 12 y la figura 6 se observa que, las alumnas del tercero de secundaria que practican cutting presentan problemas de autoestima (según Coopersmith) del Área Sí Mismo en un nivel alto de 16% que representa a 4 estudiantes, en un nivel medio de 64% que representa a 16 estudiantes y en un nivel bajo de 20% que representa a 5 estudiantes, del Área Social en un nivel alto de autoestima con un 36% que representa a 9 estudiantes, en un nivel medio de 60% que representa a 15 estudiantes y en un nivel bajo de autoestima con un 4% que representa a 1 estudiante, del Área Hogar en un nivel alto de autoestima

con un 36% que representa a 9 estudiantes, en un nivel medio de 44% que representa a 11 estudiantes y en un nivel bajo de 20% que representa a 5 estudiantes, y del Área Escuela en un nivel alto de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 20% que representa a 5 estudiantes, en un nivel medio de 68% que representa a 17 estudiantes y en un nivel bajo de 12% que representa a 3 estudiantes. Siendo las áreas de Sí mismo y de Escuela las que presentan mayor porcentaje de problemas de autoestima que impacta negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio.

Tabla 13: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del cuarto de secundaria

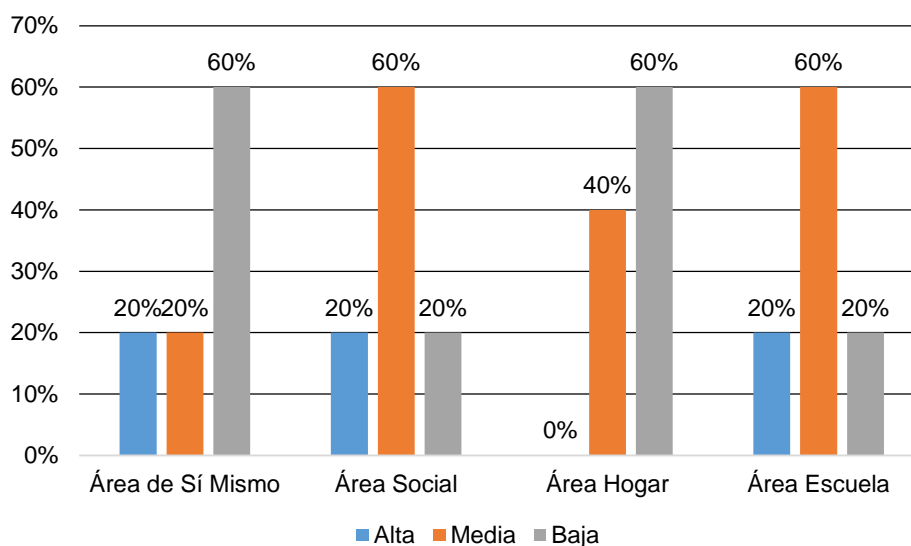
Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima

Escala de Autoestima	Niveles de Autoestima						5
	Alta		Media		Baja		Alumnas
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total
Área de Sí Mismo	1	20%	1	20%	3	60%	100%
Área Social	1	20%	3	60%	1	20%	100%
Área Hogar	0	0%	2	40%	3	60%	100%
Área Escuela	1	20%	3	60%	1	20%	100%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 7: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del cuarto de secundaria

Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 13 y la figura 7 se observa que, las alumnas del cuarto de secundaria que practican cutting presentan problemas de autoestima (según Coopersmith) del Área Sí Mismo en un nivel alto de 20% que representa a 1 estudiante, en un nivel medio de 20% que representa a 1 estudiante y en un nivel bajo de 60% que representa a 3 estudiantes, del Área Social en un nivel alto de autoestima con un 20% que representa a 1 estudiante, en un nivel medio de 60% que representa a 3 estudiantes y en un nivel bajo de autoestima con un 20% que representa a 1 estudiante, del Área Hogar en un nivel medio de 40% que representa a

2 estudiantes y en un nivel bajo de 60% que representa a 3 estudiantes, y del Área Escuela en un nivel alto de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 20% que representa a 1 estudiante, en un nivel medio de 60% que representa a 3 estudiantes y en un nivel bajo de 20% que representa a 1 estudiante. Siendo el área de Hogar el que presenta mayor porcentaje de problemas de autoestima que impacta negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio.

Tabla 14: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del quinto de secundaria

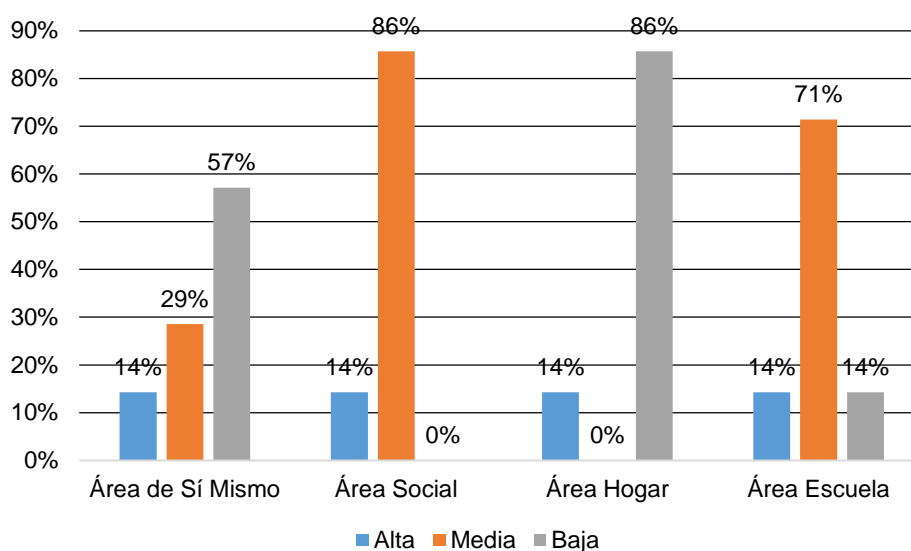
Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima

Escala de Autoestima	Niveles de Autoestima						7 Alumnas Total
	Alta		Media		Baja		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Sí Mismo	1	14%	2	29%	4	57%	100%
Área Social	1	14%	6	86%	0	0%	100%
Área Hogar	1	14%	0	0%	6	86%	100%
Área Escuela	1	14%	5	71%	1	14%	100%

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 8: Forma Escolar de Coopersmith de las alumnas del quinto de secundaria

Resultados de la Aplicación del Inventario de Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 14 y la figura 8 se observa que, las alumnas del quinto de secundaria que practican cutting presentan problemas de autoestima (según Coopersmith) del Área Sí Mismo en un nivel alto de 14% que representa a 1 estudiante, en un nivel medio de 29% que representa a 2 estudiantes y en un nivel bajo de 57% que representa a 4 estudiantes, del Área Social en un nivel alto de autoestima con un 14% que representa a 1 estudiante y en un nivel medio de 86% que representa a 6 estudiantes, del Área Hogar en un nivel alto de autoestima con un 14% que representa a 1 estudiante y en un nivel bajo de 86% que representa

a 6 estudiantes, y del Área Escuela en un nivel alto de autoestima en un nivel alto de autoestima con un 14% que representa a 1 estudiante, en un nivel medio de 71% que representa a 5 estudiantes y en un nivel bajo de 14% que representa a 1 estudiante. Siendo todas las áreas las que presentan mayor porcentaje de problemas de autoestima que impacta negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio.

Prevalencia de las Conductas Autolesivas (cutting) de las alumnas del nivel secundario:

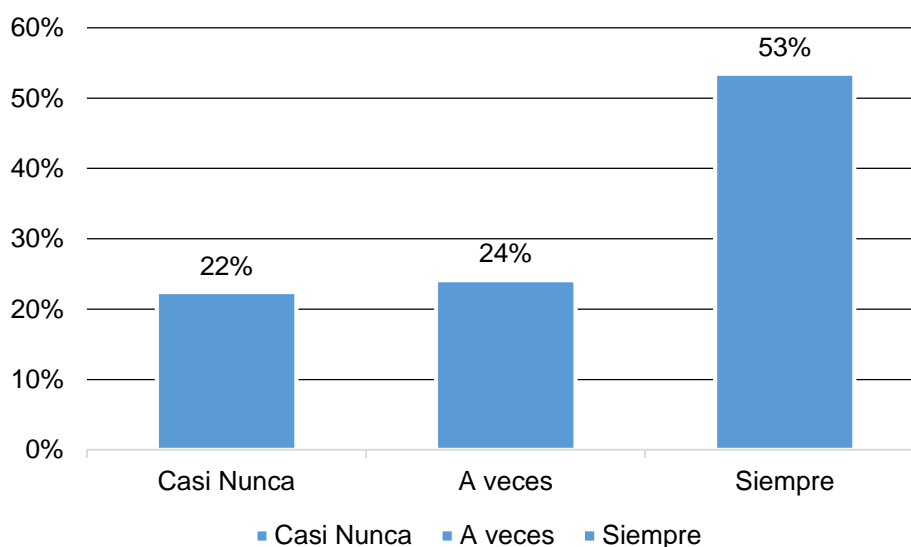
Para obtener los siguientes resultados, se aplicó el instrumento validado a las 58 alumnas de la Institución Educativa María Auxiliadora. Se invalidaron dos pruebas debido a que las alumnas no completaron el cuestionario de conductas autolesivas.

Tabla 15: Prevalencia de las conductas autolesivas (cutting) de las alumnas del nivel secundario

Grados de Secundaria	Prevalencia de Conductas Autolesivas						Total	
	Frecuencia		%		Frecuencia		%	
	Casi Nunca	A veces	Siempre	N° Alums.	%			
1°	1	17%	3	50%	2	33%	6	100%
2°	4	31%	3	23%	6	46%	13	100%
3°	5	19%	7	27%	14	54%	26	100%
4°	1	20%	0	0%	4	80%	5	100%
5°	2	25%	1	13%	5	63%	8	100%
							58	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 9: Prevalencia de las conductas autolesivas (cutting) de las alumnas del nivel secundario



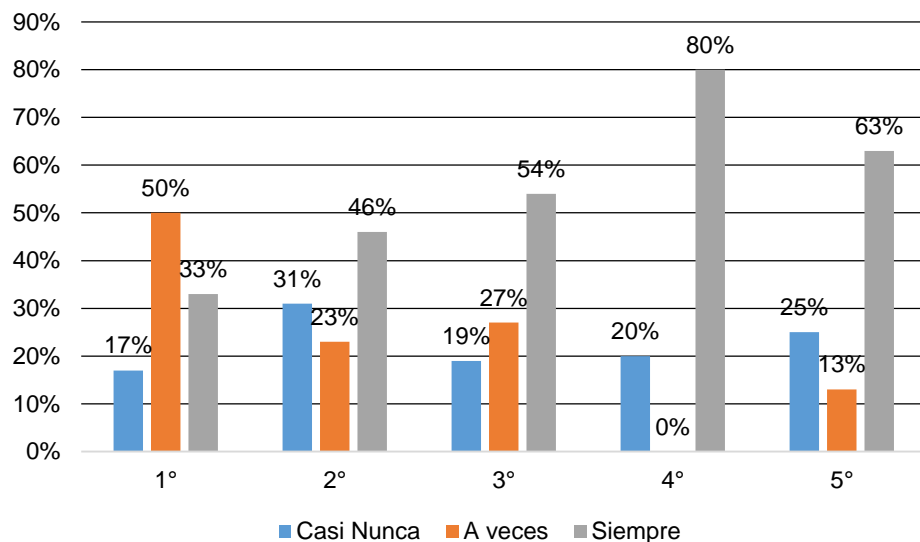
Nota. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar (ver tabla 15 y figura 9), las alumnas del nivel secundario de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de

Huánuco, durante el 2017, presentaron conductas autolesivas (cutting) en una prevalencia de casi nunca del 22%, en una prevalencia de a veces del 26% y en una prevalencia de siempre del 53%.

A continuación, se presenta los resultados por cada grado de secundaria:

Figura 10: Prevalencia de las conductas autolesivas (cutting) de las alumnas según grado de secundaria



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 10 se observa que, en el primer grado de secundaria, que representa 6 alumnas, el 17% muestra una prevalencia de casi nunca de conductas autolesivas que representa a 1 estudiante, el 50% muestra una prevalencia de a veces de conductas autolesivas que representa a 3 estudiantes y el 33% muestra una prevalencia de siempre de

conductas autolesivas que representa a 2 estudiantes. En el segundo grado de secundaria, el 31% muestra una prevalencia de casi nunca de conductas autolesivas que representa a 4 estudiantes, el 23% muestra una prevalencia de a veces de conductas autolesivas que representa a 3 estudiantes y el 46% muestra una prevalencia de siempre de conductas autolesivas que representa a 6 estudiantes. En el tercer grado de secundaria, el 19% muestra una prevalencia de casi nunca de conductas autolesivas que representa a 5 estudiantes, el 27% muestra una prevalencia de a veces de conductas autolesivas que representa a 7 estudiantes y el 54% muestra una prevalencia de siempre de conductas autolesivas que representa a 14 estudiantes. En el cuarto grado de secundaria, el 20% muestra una prevalencia de casi nunca de conductas autolesivas que representa a 1 estudiante y el 80% muestra una prevalencia de siempre de conductas autolesivas que representa a 4 estudiantes. Por último, en el quinto grado de secundaria, el 25% muestra una prevalencia de casi nunca de conductas autolesivas que representa a 2 estudiantes, el 13% muestra una prevalencia de a veces de conductas autolesivas que representa a 1 estudiante y el 63% muestra una prevalencia de siempre de conductas autolesivas que representa a 5 estudiantes.

Siendo las alumnas del tercer grado de secundaria quienes presentaron la prevalencia más frecuente de conductas autolesivas (cutting), por

consiguiente, las alumnas del segundo grado de secundaria son las que presentaron la prevalencia menos frecuente de conductas autolesivas (cutting).

Niveles de la Autoestima y las Escalas de las Conductas Autolesivas (cutting):

A continuación, se describe la relación de los niveles de la autoestima y la prevalencia de las conductas autolesivas (cutting).

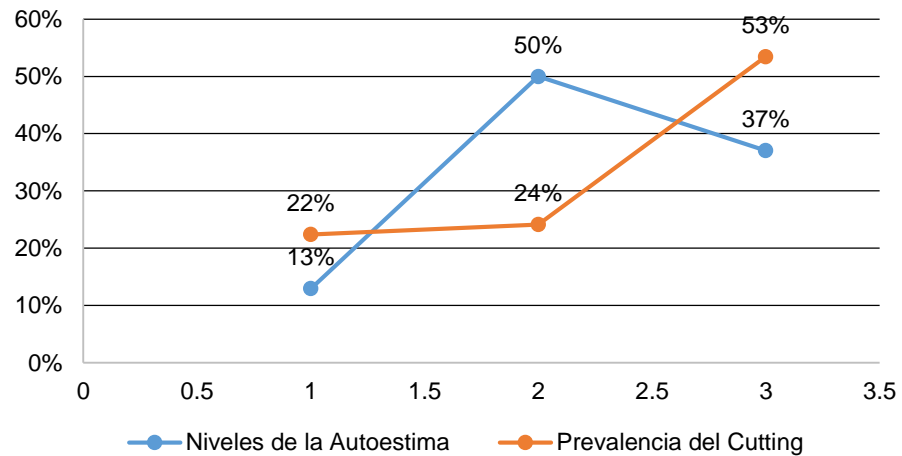
Área de Si Mismo

Tabla 16: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Sí Mismo de la Autoestima

	Niveles de la Autoestima		Escalas del Cutting		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Alto	7	13%	13	22%	Casi Nunca
Medio	27	50%	14	24%	A veces
Bajo	20	37%	31	53%	Siempre
	54	100%	58	100%	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 11: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Sí Mismo de la Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar (ver Tabla 16 y Figura 11), existe una relación inversa entre los niveles de autoestima (alto, medio y bajo) y la prevalencia de las conductas autolesivas (casi nunca, a veces y siempre).

En el área de sí mismo, el 13% que representa a 7 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel alto de autoestima, el cual ocasiona que el 22% (13 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de casi nunca. El 50% que representa a 27 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel medio de autoestima, el cual ocasiona que el 24% (14 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de a veces. El 37% que representa a 20 estudiantes del nivel secundario tiene

un nivel bajo de autoestima, el cual ocasiona que el 53% (31 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de siempre.

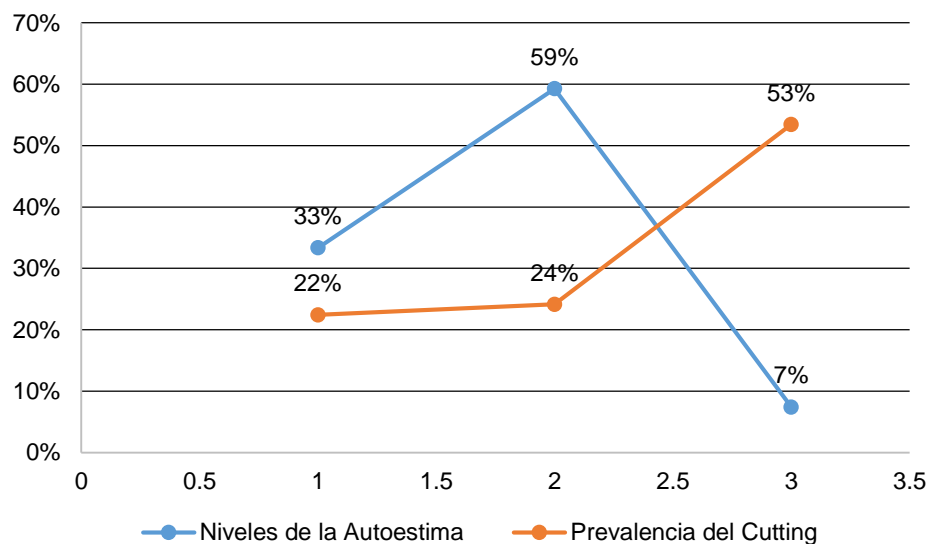
Área de Social

Tabla 17: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Social de la Autoestima

	Niveles de la Autoestima		Prevalencia del Cutting		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Alto	18	33%	13	22%	Casi Nunca A veces Siempre
Medio	32	59%	14	24%	
Bajo	4	7%	31	53%	
	54	100%	58	100%	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 12: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Social de la Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar (ver Tabla 17 y Figura 12), existe una relación inversa entre los niveles de autoestima (alto, medio y bajo) y la prevalencia de las conductas autolesivas (casi nunca, a veces y siempre).

En el área de social, el 33% que representa a 18 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel alto de autoestima, el cual ocasiona que el 22% (13 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de casi nunca. El 59% que representa a 32 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel medio de autoestima, el cual ocasiona que el 24% (14 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de a veces. El 7% que representa a 4 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel bajo de autoestima, el cual ocasiona que el 53% (31 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de siempre.

Área Hogar

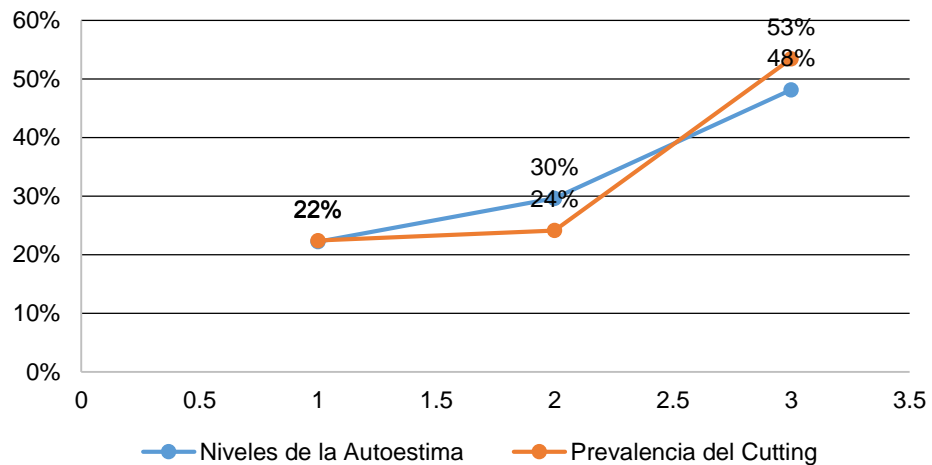
Tabla 18: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el

Área de Hogar de la Autoestima

	Niveles de la Autoestima		Prevalencia del Cutting		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Alto	12	22%	13	22%	Casi Nunca A veces Siempre
Medio	16	30%	14	24%	
Bajo	26	48%	31	53%	
	54	100%	58	100%	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 13: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el Área de Hogar de la Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar (ver Tabla 18 y Figura 13), existe una relación inversa entre los niveles de autoestima (alto, medio y bajo) y la prevalencia de las conductas autolesivas (casi nunca, a veces y siempre).

En el área de hogar, el 22% que representa a 12 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel alto de autoestima, el cual ocasiona que el 22% (13 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de casi nunca. El 30% que representa a 16 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel medio de autoestima, el cual ocasiona que el 24% (14 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de a veces. El 48% que representa a 26 estudiantes del nivel secundario tiene

un nivel bajo de autoestima, el cual ocasiona que el 53% (31 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de siempre.

Área Escuela

Tabla 19: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el

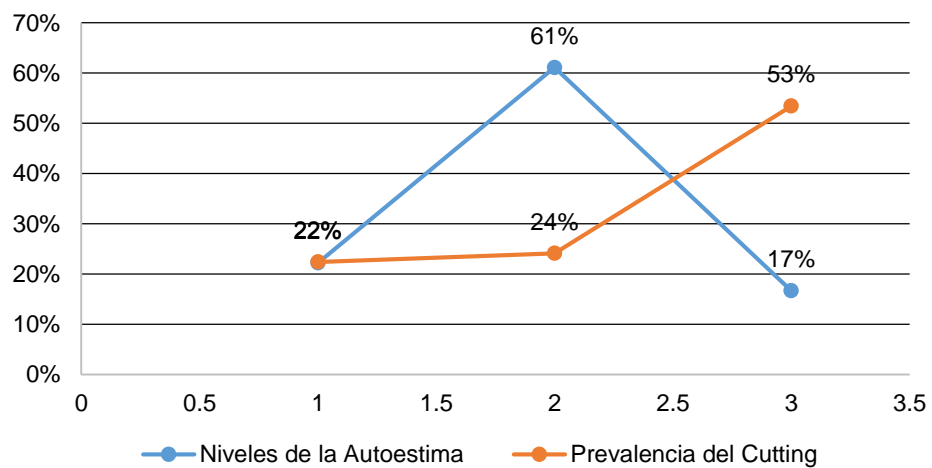
Área de Escuela de la Autoestima

	Niveles de la Autoestima		Prevalencia del Cutting		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Alto	12	22%	13	22%	Casi Nunca A veces Siempre
Medio	33	61%	14	24%	
Bajo	9	17%	31	53%	
	54	100%	58	100%	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Figura 14: Niveles de Autoestima y Prevalencia del Cutting en el

Área de Escuela de la Autoestima



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar (ver Tabla 19 y Figura 14, existe una relación inversa entre los niveles de autoestima (alto, medio y bajo) y la prevalencia de las conductas autolesivas (casi nunca, a veces y siempre).

En el área de escuela, el 22% que representa a 12 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel alto de autoestima, el cual ocasiona que el 22% (13 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de casi nunca. El 61% que representa a 33 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel medio de autoestima, el cual ocasiona que el 24% (14 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de a veces. El 17% que representa a 9 estudiantes del nivel secundario tiene un nivel bajo de autoestima, el cual ocasiona que el 53% (31 alumnas) practiquen conductas autolesivas en una prevalencia de siempre.

4.2. Verificación de Hipótesis

Para las pruebas de hipótesis se plantearon las hipótesis nulas y las hipótesis de investigación tanto para la general y las específicas., luego se determinó el coeficiente de correlación de Spearman empleando el software SPSS (versión 22.00), en el que se ingresó los datos de las variables.

Verificación de la hipótesis general:

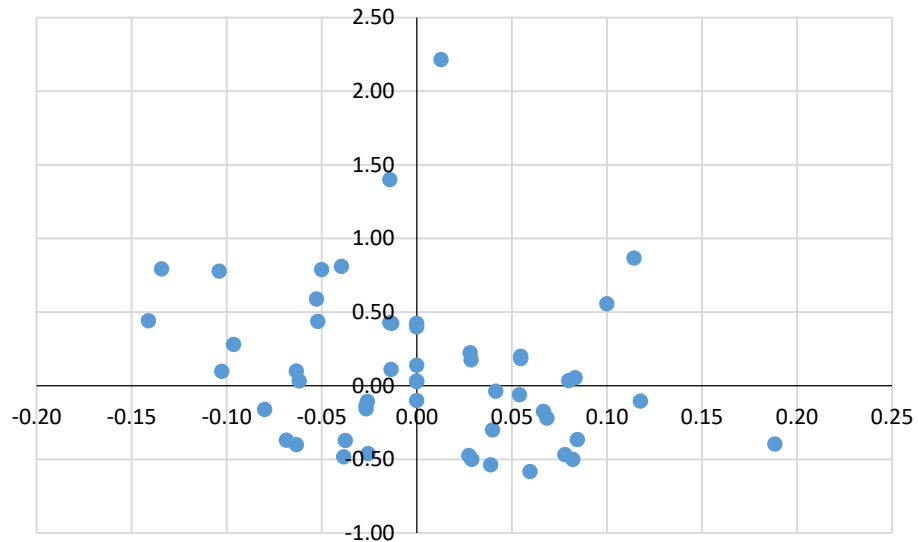
Ho: No existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha: Existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Para proceder con la investigación se realizó un cuestionario a 60 alumnas del nivel secundario de la Institución Educativa María Auxiliadora que practicaron cutting.

Correlación de Spearman entre la Autoestima (Variable 1) y las Conductas Autolesivas (Variable 2)

Figura 15: Correlación entre las variables



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Se trabaja con la rho de Spearman porque las variables tienen características ordinales.

Se pudo observar que existe una correlación negativa entre las variables. Asimismo, se verificó por medio del valor del coeficiente de correlación de Spearman.

Se evaluó el coeficiente de correlación, el cual mide la fuerza y el sentido de la relación lineal entre dos variables cuantitativas.

La prueba de hipótesis se realiza con el estadístico **Correlación de Spearman**, y la medida de correlación con el **Coefficiente Rho de Spearman**.

Tabla 20: Correlación de Spearman

		Variable1	Variable2
Rho de Spearman	Variable1	Coefficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.046
		N	53
	Variable2	Coefficiente de correlación	-.275*
		Sig. (bilateral)	.046
		N	53

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, el coeficiente de correlación es $-.275$, el cual nos indicó que existe asociaciones negativas en las variables objeto de estudio, es decir, si disminuye la variable 1 (autoestima) aumentará la variable 2 (conductas autolesivas), y viceversa. Además, se demuestra que la correlación de Spearman es significativa ya que el p-value es menor al 0.05, por lo que, el resultado es estadísticamente significativo. Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: “Existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”

Verificación de las hipótesis específicas:

Hipótesis Específica 1

Ho1: No existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha1: Existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Tabla 21: Relación del Área de Sí Mismo de la Autoestima con las Conductas Autolesivas

Correlaciones				
			Área de Sí Mismo de la Autoestima	Conductas Autolesivas
Rho de Spearman	Área de Sí Mismo de la Autoestima	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	-,359**
		N	.	,010
			51	51
Rho de Spearman	Conductas Autolesivas	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,359**	1,000
		N	,010	.
			51	51

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, el coeficiente de correlación es -0.359 , el cual nos indicó que existe asociaciones negativas en las variables objeto de estudio, es decir, si disminuye la variable 1 (área de sí mismo de la autoestima) aumentará la variable 2 (conductas autolesivas), y viceversa. Además, se demuestra que la correlación de Spearman es significativa ya que el p-value es menor al 0.05, por lo que, el resultado es estadísticamente significativo.

Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: “Existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”

Hipótesis específica 2

Ho2: No existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha2: Existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que

lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Tabla 22: Relación del Área de Social de la Autoestima con las Conductas Autolesivas

Correlaciones			Área de Social de la Autoestima	Conductas Autolesivas
Rho de Spearman	Área de Social de la Autoestima	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	-,315*
		N	45	45
	Conductas Autolesivas	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,315*	1,000
		N	45	45

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, el coeficiente de correlación es -.315, el cual nos indicó que existe asociaciones negativas en las variables objeto de estudio, es decir, si disminuye la variable 1 (área de social de la autoestima) aumentará la variable 2 (conductas autolesivas), y viceversa. Además, se demuestra que la correlación de Spearman es significativa ya que el p-value es menor al 0.05, por lo que, el resultado es estadísticamente significativo.

Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: “Existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”

Hipótesis específica 3

Ho3: No existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha3: Existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Tabla 23: Relación del Área de Hogar de la Autoestima con las Conductas Autolesivas

			Correlaciones	
			Área de Hogar de la Autoestima	Conductas Autolesivas
Rho de Spearman	Área de Hogar de la Autoestima	Coeficiente de correlación	1,000	-,328*
		Sig. (bilateral)	.	,019
		N	51	51
Rho de Spearman	Conductas Autolesivas	Coeficiente de correlación	-,328*	1,000
		Sig. (bilateral)	,019	.
		N	51	51

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, el coeficiente de correlación es $-.328$, el cual nos indicó que existe asociaciones negativas en las variables objeto de estudio, es decir, si disminuye la variable 1 (área de hogar de la autoestima) aumentará la variable 2 (conductas autolesivas), y viceversa. Además, se demuestra que la correlación de Spearman es significativa ya que el p-value es menor al 0.05, por lo que, el resultado es estadísticamente significativo.

Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: “Existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que

lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”

Hipótesis específica 4

Ho4: No existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Ha4: Existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

Tabla 24: Relación del Área de Escuela de la Autoestima con las Conductas Autolesivas

			Correlaciones	
			Área de Escuela de la Autoestima	Conductas Autolesivas
Rho de Spearman	Área de Escuela de la Autoestima	Coeficiente de correlación	1,000	-,277*
		Sig. (bilateral)	.	,040
		N	55	55
Rho de Spearman	Conductas Autolesivas	Coeficiente de correlación	-,277*	1,000
		Sig. (bilateral)	,040	.
		N	55	55

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, el coeficiente de correlación es $-.277$, el cual nos indicó que existe asociaciones negativas en las variables objeto de estudio, es decir, si disminuye la variable 1 (área de escuela de la autoestima) aumentará la variable 2 (conductas autolesivas), y viceversa. Además, se demuestra que la correlación de Spearman es significativa ya que el p-value es menor al 0.05, por lo que, el resultado es estadísticamente significativo.

Entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: “Existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que

lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”

4.3. Discusión de Resultados

En la presente investigación se contrastó los resultados de investigaciones referentes al tema propuesto, con respecto a la etapa de la adolescencia debido a que ésta es esencial porque el cuerpo cumple una función primordial. Específicamente, las alumnas de este estudio, expresan que el método más común para autolesionarse es a través de los cortes en la piel, “Cutting”. Lo cual, coincide con la investigación de Sánchez (2016), donde identifica que esta es la forma más frecuente de autolesión en adolescentes, seguida de golpearse, pincharse, pellizcarse hasta el punto de hacerse sangre, hacerse arañazos, hurgar en una herida, quemar su piel y morderse. Por eso recomienda impulsar programas en donde identifiquen y mejoren la autoestima de los adolescentes, considerados una población muy vulnerable ante niveles bajos de autoestima.

Se encontró que los fenómenos asociados al Cutting en adolescentes son de un ánimo depresivo y rasgos de niveles bajos de autoestima, lo que concuerda con la investigación de Berrones, Marcillo y Yupa (2016) quienes realizaron un estudio en los estudiantes del décimo año de la

unidad educativa “Amelia Gallegos Díaz de la ciudad de Riobamba, Chimborazo”, y concluyeron que los estudiantes presentan mayor prevalencia de autolesión (cutting). Recomiendan, que personal docente y psicólogos pongan más atención en la vida de los adolescentes, ya que en su desahogo buscan autolesionarse para sustituir el dolor emocional por el dolor físico.

En cuanto a la motivación, emociones y sentimientos para que los adolescentes lleguen a la decisión de autolesionarse, se encuentra que lo realizan para llamar la atención de la familia, amigos o pareja, por problemas familiares e imitación o presión social, presentando emociones y sentimientos mayormente negativos como arrepentimiento, tristeza, desfogue de emociones, etc.; lo cual concuerda con los resultados de la investigación de Díaz et al (2008) que nos dice que existe conductas autodestructiva debido a que están relacionados con los trastornos de personalidad en los adolescentes mexicanos.

Estudios de Gallegos, Casapia y Rivera (2018); Manrique (2016); Díaz (2015); concuerdan que el nivel bajo de autoestima está muy influenciado en las prácticas de conductas autolesivas; sien embargo, este tema cuenta con estudios limitados o nulos a nivel regional, y son pocos los casos que se aplicaron a nivel nacional.

Por lo que se recomienda profundizar el tema de investigación para poder tener una mejor comprensión, y más en los adolescentes varones, el cual no fue objeto de estudio.

CONCLUSIONES

- Se determinó que existe una relación negativa entre los niveles (alto, medio y bajo) de la autoestima y la prevalencia (casi nunca, a veces y siempre) de las conductas autolesivas. Además, se demostró que la correlación de Spearman es significativa ya que el p-value fue menor al 0.05, por lo que el resultado es estadísticamente significativo, por tanto, se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la Hipótesis alterna en la que nos dice: “Existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.”. Es decir, niveles más bajos de la autoestima están asociados a prevalencia de frecuencia más altas de conductas autolesivas, y viceversa. La edad en la que inician esta práctica es a los 11 años aproximadamente, con frecuencias variables de 1 a 3 años, Los adolescentes encuentran en esta práctica el desfogue de sus emociones sin embargo deja marcas imborrables en los brazos, piernas y abdomen.
- Se logró determinar que las áreas de sí mismo, de hogar y de escuela de la autoestima que tienen las estudiantes presentan mayor porcentaje (87%, 78% y 78%, respectivamente) de los niveles medios y bajos de la autoestima, que impactó negativamente en las conductas personales e interpersonales de la población en estudio. Además se identificó según grado de secundaria: Las alumnas del primero de secundaria que

practicaron cutting presentaron mayor porcentaje en las áreas de sí mismo (83%), de hogar (67%) y de escuela (67%) de los niveles medios y bajos de la autoestima. Las alumnas del segundo de secundaria que practicaron cutting presentaron mayor porcentaje en las áreas de sí mismo (100%) y de hogar (100%) de los niveles medios y bajos de la autoestima. Las alumnas del tercero de secundaria que practicaron cutting presentaron mayor porcentaje en las áreas de sí mismo (84%) y de escuela (80%) de los niveles medios y bajos de la autoestima. Las alumnas del cuarto de secundaria que practicaron cutting presentaron mayor porcentaje en el área de hogar (100%) de los niveles medios y bajos de la autoestima. Por último, las alumnas del quinto de secundaria que practicaron cutting presentaron mayor porcentaje en todas las áreas, de sí mismo (86%), de social (86%), de hogar (86%) y de escuela (86%) de los niveles medios y bajos de la autoestima. Es decir, la mayoría no se valora y no se estima, tiene una insatisfacción y descontento por sí misma. Por tanto, las hace más propensas a sufrir cualquier tipo de autolesión. Ya que, como se identificó, son precisamente este tipo de estudiantes las que son más vulnerables a las prácticas de conductas autolesivas.

- Se logró determinar que las alumnas del nivel secundario de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017, presentaron una prevalencia de casi nunca en las conductas autolesivas (cutting) del 22%, una prevalencia de a veces en las conductas

autolesivas (cutting) del 26% y una prevalencia de siempre en las conductas autolesivas del 53%. Siendo las alumnas del tercer grado de secundaria quienes practicaron prevalencia más frecuente de conductas autolesivas (cutting).

- Además, se logró determinar que cada una de las áreas (de sí mismo, de social, de hogar y de escuela) de la autoestima de las alumnas del nivel secundario de la Institución Educativa María Auxiliadora, durante el 2017 tiene una relación inversa con las conductas autolesivas (cutting) según la correlación de Spearman, ya que el p-value fue menor al 0.05, por lo que cada uno de los resultados fueron estadísticamente significativos. Por lo tanto, se rechazó las hipótesis nulas, y se aceptaron las Hipótesis alternas de cada una de los objetivos específicos propuestos, es decir que las cuatro áreas de la autoestima (sí mismo, hogar, social y escuela) tienen una relación negativa con las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las Instituciones Educativas contar con profesionales psicólogos que puedan detectar hacer una prevención e intervención adecuada para casos de conducta autolesiva.
- Es importante que los colegios realicen seguimientos a los alumnos en su aspecto psicológico, académico, social y familiar; y así mismo, brindar una psicoeducación a los alumnos y personal de las instituciones educativas.
- Es necesario que los programas de prevención de conducta autolesiva vayan dirigidos a la edad y características psicológicas de la población en la cual se aplicará.
- Se recomienda fomentar la participación y compromiso de los padres para generar más lazos de confianza y comunicación con sus hijos mediante el desarrollo de programas u escuelas de padres.
- Incentivar a la realización de más investigaciones de tipo fenomenológico, ya que como psicólogos debemos apuntar a realizar estas investigaciones, para poder obtener información más enriquecedora y útil para la carrera y la sociedad.
- Se recomienda que se realicen más investigaciones de temas actuales en el que los adolescentes y en si poblaciones vulnerables están

experimentando y generando nuevas problemáticas; y así, poder evitar conductas erróneas y problemas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

Acero, P. (2015) La autolesión, posibles causas y consecuencias y su manejo exitoso. Psicólogo U. Nacional, formación en trauma y resiliencia de la U. de Jerusalén.

Albores, L. et al (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Portal Regional de la BVS (Biblioteca Virtual en Salud)*.

Alcantara, J. (2001). "Educar la autoestima". España - Editorial Grupo Planeta.

Alvino, I. y Huaytalla, A. (2016). "Inteligencia Emocional en estudiantes que se autolesionan, del nivel secundario de la I.E.P. Gelicich del distrito de El Tambo - 2015".de la Universidad Continental de Huancayo 2016.

Andaluz, E. (2018). Dinámica familiar y conductas autodestructivas de los estudiantes de los novenos años de educación general básica de la Unidad Educativa Ambato - Ecuador.

André C. (2008). Prácticas de la autoestima. 1 edición, Barcelona editorial Kairos.

André, F. (2009). La autoestima guardarse a sí mismo. 1edición Barcelona editorial Kairos.

Arnao, J. L. (2000). *Sólo para adolescentes: un perfil de las necesidades, intereses y actitudes del proceso adolescente de nuestra actualidad*. Lima: CEDRO.

Atril, & Zetune R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). En Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja (s.n). México.

Bereche V., Osoreo D. (2015), "Nivel de autoestima en los estudiantes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada "Juan Mejía Baca" de Chiclayo. agosto, 2015", Repositorio virtual Universidad Chiclayo. Perú (2018).

Berrones Vallejo, J. M., Yupa Yupa, M. V., & Marcillo, J. C. (2016). La autolesión (cutting) y su relación con la autoestima en estudiantes del décimo año de la unidad educativa "Amelia Gallegos Díaz" de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, en el periodo febrero- junio 2015. Riobamba, UNACH 2016.

Branden, N. (2012). El poder de la autoestima. Barcelona: Paidós.

Branden N. (2007). La Psicología de la autoestima. 4 ediciones Buenos Aires editorial Paidós Iberia S.A.

Branden N. (1995). "Los seis pilares de la autoestima". Estados Unidos - Editorial Paidós, España.

Cabrera, Andrea (2015). Autolesiones como gestos suicidas asociados al trastorno límite de la personalidad en adolescentes. Tesis para optar en Título Profesional de Psicólogo. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Camacho, P., León, C., & Silva, I. (2001). Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. Junio 20, 2016, de Universidad Cayetano Heredia.

Carvajal, G. (1993). *Adolescencia: la aventura de una metamorfosis. Una versión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresias.

Castanyer O. (2012). El asertividad: expresión de una sana autoestima. España- Editorial Desclee de Brouwer.

Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Castro, B. (2017). Funcionalidad familiar y la autoestima en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Víctor. Tesis para optar el Título Profesional de Psicología en la UDH Huánuco.

Castro, K., Planellas, I. & Kirchner, T. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1). doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.pcaa.

Chapa S. Y Ruiz M. (2012) "Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo 93 – 2011". Perú (2016).

Código R (2013). "Expandiendo la huella de Dove Proyecto para la Autoestima". De: Empresa Unilever. Argentina – 2017.

Coopersmith S. (revisión 2010). "Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) versión escolar". Editorial Panizo.o la huella de Dove Proyecto para la Autoestima". De: Empresa Unilever. Argentina - 2017.

Corbin, A. (2005) *Historia del cuerpo*. Madrid: Taurus.

Díaz, Jacinta (2015). "El cutting en los estudiantes de la Institución Educativa Padre Pio Sarobe- distrito de Santa Rosa de Ocopa- provincia de Concepción". Huancayo – Perú.

Díaz, A. et all (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. Revista electrónica de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Doctors, S. (2007) Avances de la comprensión y tratamiento de la Autolesión en la adolescencia. Aperturas Psicoanalíticas.

Durand C. (2015). "Diseño tentativo del programa de intervención para mejorar el nivel de autoestima en el rendimiento escolar de los estudiantes de

la institución educativa particular La Anunciata del distrito de José Leonardo Ortiz – provincia de Chiclayo, región Lambayeque, 2015”. Perú,

Esalud (2015). “Tipos de autoestima”, Blog de salud y bienestar [en línea] (2017). Recuperado de: <https://www.esalud.com/tipos-deautoestima/>

Espinoza, M. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Autoestima de Coopersmith Forma A en alumnos de secundaria. Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

Estévez E., Martínez B. y Musitu G. (2006). “La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional”. Universidad de Valencia. (2017) España.

Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Favazza, A., Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*.

Gallegos-Santos, M., Casapia, Y. & Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones*, 4(2), 143-151. doi: 10.24016/2018.v4n2.106.

Gaja, R. (2012). *Quiérete mucho*. 1 edición Sud América editorial Bebosillo.

García A. (2014) “Relación entre la autoestima y la motivación de logro en los estudiantes de la academia preuniversitaria Alfred Nobel - Tumbes, 2014”. Perú.

García L. (2005) “Autoconcepto, autoestima y su relación con el rendimiento académico”. Mexico -2017, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Gladiz A. Y Cabello M. (2013) “Autoestima y rendimiento académico en el área de matemática en lo estudiantes del 3ro de secundaria de la Institución Educativa “Amalia Espinoza”, de La Oroya – 2012. Trujillo”. Tesis Universidad Cesar Vallejo, Trujillo-Perú (2017).

Gonzales G. y Coyotupa, J. (1994). *Pubertad. La adolescencia en el Perú*. Lima: Instituto de Investigaciones de la Altura-Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Gonzales, G., Salazar, H. Alarcón, I. y Salazar, V. (1994). *Psicología del adolescente. La adolescencia en el Perú*. Lima: Instituto de Investigaciones de la Altura-Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Haeussler I., Milicic N. (2014). "Confiar en uno mismo: programa de desarrollo de la autoestima". Edit. Catalonia.

Heber, G. (1991). “Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a aceptar a los demás”. España - Editorial Paidós Ibérica.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P (2006) *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hill.

INEI. (2004). *Estado de la población peruana 2004: niños, jóvenes y adultos mayores*. Lima: INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.

Infogen (2015). "Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia". Portal web: Infogen. Mexico – 2016.

Izquierdo, C. (2008). *Creer en la autoestima*. 1 edición editorial Roel S.A. Lima Perú.

Juan De Dios, E. (2018). *Relación entre el nivel de autoestima y la práctica de conductas saludables en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Pedro Sánchez Gavidia – Huánuco 2017*.

Kemper, S. (2000). *Influencia de la práctica religiosa (activa y no activa) y del género de los miembros de la familia sobre el clima social familiar*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGrawHill.

Kogan, L. (2006). *Horrores corporales: género e identidad en la sociedad de la incertidumbre*. XII Encuentro Latinoamericano de Facultades de Comunicación Social. Bogotá: FELAFACS.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

López N. (2016). "Neurobiología de la adolescencia". España - 2018, de Clínica y Análisis grupal.

Loza P. (2014) "Nivel de autoestima y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes mujeres del colegio N° 81002 Javier Heraud – Trujillo. 2014". Tesis, Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo - Perú (2017).

Maddaleno, M., Morillo, P., y Infante-Espinola, F. (2003). *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década*. Salud pública Méx, 45 (1), 132-139.

Manrique, M. A., y Jacobo, A. K. (2016). Fenómeno de la conducta autolesiva denominada cutting en adolescentes de Arequipa 2016. (Tesis de licenciatura), Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.

Marín, M. (2013). Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan. Universidad Nacional Autónoma de México.

Mejía A., Pastrana J. Y Mejía J. (2011). "La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional". Universidad de Barcelona [en línea] (2016).

Melgarejo D. (2011) “Relación entre autoestima y rendimiento escolar en alumnos del quinto grado de educación primaria”. Tesis Universidad Cesar Vallejo, Trujillo – Perú (2017).

Mendoza D. (2014), “Relación entre autoestima y el rendimiento académico en los estudiantes del cuarto año del nivel secundario de la Institución Educativa “7 de Enero” del distrito de Corrales – Tumbes, 2014”. Perú (2017).

Mesías, A. (2017). Propiedades Psicométricas del Inventario de Autoestima de Coopersmith en adolescentes de la provincia de Huallaga. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad César Vallejo. Trujillo – Perú.

Meza (2016). Autoestima y rendimiento académico en niños de una Institución Educativa Estatal del distrito de Pillco Marca – Huánuco, 2016. UDH Huánuco.

Miller, S. (1994). The American Journal on Addictions.

Muñoz K., Mamani M. (2017). “Bullying y autoestima en los adolescentes de 3°, 4° de secundaria I.E. Juan Domingo Zamácola y Jauregui-Arequipa 2017”. Perú (2017).

Muñoz L. (2011). “Autoestima, factor clave en el éxito escolar: relación entre autoestima y variables personales vinculadas a la escuela en estudiantes de nivel socio-económico bajo”. Chile – 2017.

Navarro E., Tomás J. M., y Oliver A. (2006) “Factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima”. De Boletín de psicología de la Universidad de Valencia. España – 2017.

Nixon, M., Heath, N. (2009). *Self Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge, Taylor y Francis Group.

Ojeda Z. y Cárdenas M. (2017), “El nivel de autoestima en adolescentes entre 15 a 18 años.” Cuenca – Ecuador (2018), Repositorio de la Universidad de Cuenca.

Organización mundial de la Salud (2017). “Desarrollo en la adolescencia”.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/e s/

Ortega P., Mínguez R., y Rodes M. (2001). “Autoestima: Un nuevo concepto y su medida”. España – 2017.

Pérez J. (2008). Definición de autoestima - Qué es, Significado y Concepto [en línea]. Recuperado 2016 en: <http://definicion.de/autoestima/#ixzz4lyVV94f8>

Ramírez P., Duarte J. y Muñoz R. (2005). “Autoestima y refuerzo en estudiantes de 5º básico de una escuela de alto riesgo”. Universidad de Antofagasta. (2016) - Chile.

Reyes C. Y Sánchez H. (2002).” Metodología y diseño de la investigación científica”. Perú – Edit. URP.

Rodríguez M. (2015). “Las relaciones intrafamiliares y la autoestima de los estudiantes del bachillerato del colegio técnico nacional 6 de octubre de la ciudad de Huaquillas. año 2013”. Ecuador – 2016.

Rosen, P., Walsh, B. (1989). Patterns of contagion in self mutilation epidemics. *American Journal of Psychiatry*.

Rospigliosi, Sandra F. (2011). Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima metropolitana. Para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Ross, S., Heath, N. (2002). A study of frequency of self mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*.

Salazar, V. y Gonzales, G. (1994). *Las creencias, los estilos de afrontamiento al estrés y la autoestima en adolescente mujeres con actividad sexual. La adolescencia en el Perú*. Lima: Instituto de Investigaciones de la Altura-Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sánchez E. (1999). “Relación entre la autoestima personal colectiva y la participación en la comunidad”. De servicio de publicaciones de la universidad de Murcia. España – 2017.

Sánchez, S. (2016) "Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes (Estudio realizado con adolescentes de 14 a 17 años en el instituto IMBCO de Nebaj, Quiché)". Tesis de Grado en Licenciatura en Psicología Clínica en la UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR – Guatemala.

Santos, D. (2011). *Autolesión, qué es y cómo ayudar*. (primera edición). México, DF:Ficticia.

Shaffer D. (2007). Red de Psicología del Desarrollo de la Infancia Y Adolescencia. 2 edición Impreso en los talleres de Edamsa, Impresoras S.A. de C.V.

Siancas V. (2017), "Imagen Corporal y Autoestima en adolescentes víctimas de violencia de una institución educativa de la provincia de Sullana – Piura", Piura – Perú (2018).

Soto J. (2016), "Agresividad y autoestima en estudiantes de 4to y 5to de nivel secundario de cinco instituciones educativas del distrito de Comas, 2016", Lima - Perú (2018).

Uribe M. (2012) "Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del centro educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011". Perú – 2017.

Válek M. (2007). "Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior". Enciclopedia virtual (2016). Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011b/971/index.htm>.

Valencia C. (2007). "Abraham Malow – La autoestima". La Autoestima: consejos para mejorar la autoestima [en línea] - 2016. Recuperado de: <http://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>.

Voli, F. (2004). Derecho a sentirse bien. 1 edición Madrid editorial Misimisual.

Walsh, B. W. (2006). Treating self-injury: a practical guide. New York, NY: Guilford Publications, Inc.

Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D. (2006). The epidemiology of self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.

Wong, C. (2018). "Autoestima en adolescentes, según tipo de gestión educativa, de dos colegios de secundaria de Trujillo". Tesis para la licenciatura de Psicología en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo – Perú.

Zevallos, P. (2017). "Autoestima y rendimiento académico en alumnos del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Pública Integrada N°32586- Huarichaca, Pachitea- 2017".

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 25: Matriz de Consistencia

Matriz de Consistencia Lógica						
Variables	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	Dimensión	Indicadores	Nivel, Tipo y Método de Investigación
Variable 1	General	General	Nula (Ho)			
Autoestima	¿Cuál es la relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?	Determinar la relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	No existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	Sí Mismo	1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57.	Nivel: Descriptivo Tipo: Cuantitativo Método: Correlacional Diseño: No Experimental Transversal Correlacional Ámbito de Investigación: Ciudad de Huánuco Población: 60 estudiantes que
				Social	5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52.	
				Hogar	6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44.	
			Alternativa (Ha)			

Matriz de Consistencia Lógica						
Variables	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	Dimensión	Indicadores	Nivel, Tipo y Método de Investigación
			Existe una relación entre la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	Escuela	2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54.	practican cutting Muestra: Muestra Censal
Variable 2	Específicos	Específicos				
Conductas Autolesivas (cutting)	¿Cuál es la relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?	Determinar la relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	Ho1: No existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017. Ha1: Existe una relación entre la escala de sí mismo de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	Prevalencia del cutting	Casi nunca	

Matriz de Consistencia Lógica

Variables	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	Dimensión	Indicadores	Nivel, Tipo y Método de Investigación
	¿Cuál es la relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?	Determinar la relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	<p>Ho2: No existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.</p> <p>Ha2: Existe una relación entre la escala de social de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.</p>		A veces	
	¿Cuál es la relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las	Determinar la relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la	Ho3: No existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.			

Matriz de Consistencia Lógica						
VARIABLES	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	Dimensión	Indicadores	Nivel, Tipo y Método de Investigación
	alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?	ciudad de Huánuco, durante el 2017.	Ha3: Existe una relación entre la escala de hogar de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.			
	¿Cuál es la relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017?	Determinar la relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.	Ho4: No existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.		Siempre	
			Ha4: Existe una relación entre la escala de escuela de la autoestima y las conductas autolesivas (cutting) en las alumnas del nivel secundario que lo realizan, de la Institución Educativa María Auxiliadora, de la ciudad de Huánuco, durante el 2017.			

Nota. Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS ALUMNAS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARÍA AUXILIADORA

INVENTARIO DE AUTOESTIMA – FORMA ESCOLAR COOPERSMITH

LEA CON ATENCIÓN LAS INSTRUCCIONES

A continuación, hay una lista de frases sobre sentimientos. Si una frase describe cómo te sientes generalmente, responde “verdadero”. Si la frase no describe cómo te sientes generalmente responde “falso”. No hay respuesta “correcta” o “incorrecta”.

		V	F			V	F
1	Generalmente los problemas me afectan muy poco			30	Paso bastante tiempo soñando despierto		
2	Me cuesta mucho trabajo hablar en público			31	Desearía tener menor edad		
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí			32	Siempre hago lo correcto		
4	Puedo tomar una decisión fácilmente			33	Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela		
5	Soy una persona simpática			34	Alguien tiene que decirme siempre lo que debo de hacer		
6	En mi casa me enojo fácilmente			35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago		
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo			36	Nunca estoy contento		
8	Soy popular entre las personas de mi edad			37	Estoy haciendo lo mejor que puedo		
9	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos			38	Generalmente puedo cuidarme solo		
10	Me doy por vencido muy fácilmente			39	Soy bastante feliz		
11	Mis padres esperan demasiado de mí			40	Preferiría rodearme de personas menores que yo		
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy			41	Me gusta todas las personas que conozco		
13	Mi vida es muy complicada			42	Me gusta cuando me invitan a salir a la pizarra		
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas			43	Me entiendo a mí mismo		

		V	F			V	F
15	Tengo mala opinión de mí mismo			44	Nadie me presta mucha atención en casa		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa			45	Nunca me reprenden		
17	Con frecuencia me siento a disgusto en mi grupo			46	No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera		
18	Soy menos guapo que la mayoría de la gente			47	Puedo tomar una decisión y mantenerla		
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo			48	Realmente no me gusta ser un adolescente		
20	Mi familia me comprende			49	No me gusta estar con otras personas		
21	Los demás son mejor aceptados que yo			50	Nunca soy tímido		
22	Generalmente es como si mi familia me estuviera presionando			51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo		
23	Generalmente me siento desmoralizado en mi grupo			52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo		
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona			53	Siempre digo la verdad		
25	Se puede confiar muy poco en mí			54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz		
26	Nunca me preocupo por nada			55	No me importa lo que pase		
27	Estoy seguro de mí mismo			56	Soy un fracaso		
28	Me aceptan fácilmente			57	Me fastidio fácilmente cuando me reprenden		
29	Mi familia y yo la pasamos muy bien juntos			58	Siempre debo decir la verdad a las personas		

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

En la actualidad, cada vez más adolescentes deciden llevar a cabo conductas de riesgo para su integridad física. Con tu colaboración, nos ayudarás a entender con mayor profundidad y acierto la realidad que existe en torno a esta problemática.

Antes de comenzar recuerda que: - El cuestionario es ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL. - No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, te rogamos la MAYOR SINCERIDAD POSIBLE. – Es importante que respetes el orden de las preguntas tal y como aparecen en el cuestionario. – El cuestionario es INDIVIDUAL, te agradeceríamos que no consultes las preguntas o respuestas. – Escoge, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a tu situación. Muchas gracias por tu colaboración, tu tiempo nos es de gran ayuda.

¿Qué edad tienes?¿Con quién vives?

.....

¿Tus padres están separados? Sí/NO

¿Cuántas veces te has autolesionado?

¿Cuántas veces en el último año?

¿Cuántas veces el mes pasado?

¿Cuántas veces la semana pasada?

1. ¿Alguna vez te has autolesionado?
SÍ/NO

- Si contestaste NO, te invito a contestar las siguientes preguntas en relación a alguien que conozcas que se autolesiona. Si no sabes cómo contestar deja en blanco y pasa a la siguiente pregunta.

- Si contestaste SÍ, te invito a contestar con la mayor sinceridad posible.

2. ¿Cuántos años tenías la primera vez?
.....

3. ¿Cuántos años tenías la última vez?
.....

4. De qué manera has llevado a cabo estas autolesiones (Marca)

..... Hacerte cortes

..... Golpearte a propósito

..... Arrancarte el pelo

..... Morderte

..... Pellizcarte hasta el punto de hacerte sangre

..... Hacerte arañazos

..... Hurgar en una herida

..... Quemarte la piel

5. ¿En qué lugares lo haz realizado?

- Del cuerpo

.....

- Dónde te encontrabas

.....

- ¿Estaba sola o acompañada?

.....

6. ¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste? (Especificar)
.....
7. ¿Por qué crees que te haces daño?
.....
8. ¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?
.....
9. Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos que tú sepas, se autolesionaron?
.....
10. Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?
.....
11. Antes de autolesionarte, ¿crees que influyó las series televisivas, como la Rosa de Guadalupe? ¿Por qué?
.....
12. En una escala de 0 a 4, donde 0 es nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 frecuentemente, y 4 siempre:

	1	2	3	4	5
Cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?					
¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías vacío?					
¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?					
¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?					
¿En qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida los problemas en los estudios te llevaron a autolesionarte?					
¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?					
Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran?					
Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran?					
En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?					
Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran?					

ANEXO 4

Tabla 26: Validez de Constructo para las Conductas Autolesivas

Correlaciones

			Item1	Item2	Item4	Item5	Item6	Item7	Item9	Item10
Rho de Spearman	Item1	Coeficiente de correlación	1,000	,328*	,382**	,520**	,366**	,263*	,355**	,400**
		Sig. (bilateral)	.	,012	,003	,000	,005	,046	,006	,002
		N	58	58	58	58	58	58	58	58
	Item2	Coeficiente de correlación	,328*	1,000	,396**	,218	,302*	,252	,202	,327*
		Sig. (bilateral)	,012	.	,002	,101	,021	,056	,129	,012
		N	58	58	58	58	58	58	58	58
	Item4	Coeficiente de correlación	,382**	,396**	1,000	,309*	,309*	,226	,500**	,468**
		Sig. (bilateral)	,003	,002	.	,018	,018	,088	,000	,000
		N	58	58	58	58	58	58	58	58
	Item5	Coeficiente de correlación	,520**	,218	,309*	1,000	,188	,066	,386**	,488**
		Sig. (bilateral)	,000	,101	,018	.	,157	,623	,003	,000
		N	58	58	58	58	58	58	58	58
	Item6	Coeficiente de correlación	,366**	,302*	,309*	,188	1,000	,364**	,314*	,244
		Sig. (bilateral)	,005	,021	,018	,157	.	,005	,016	,065
		N	58	58	58	58	58	58	58	58
	Item7	Coeficiente de correlación	,263*	,252	,226	,066	,364**	1,000	,042	,132
		Sig. (bilateral)	,046	,056	,088	,623	,005	.	,754	,322
		N	58	58	58	58	58	58	58	58
	Item9	Coeficiente de correlación	,355**	,202	,500**	,386**	,314*	,042	1,000	,457**

Correlaciones

	Item1	Item2	Item4	Item5	Item6	Item7	Item9	Item10
Sig. (bilateral)	,006	,129	,000	,003	,016	,754	.	,000
N	58	58	58	58	58	58	58	58
Item10 Coeficiente de correlación	,400**	,327*	,468**	,488**	,244	,132	,457**	1,000
Sig. (bilateral)	,002	,012	,000	,000	,065	,322	,000	.
N	58	58	58	58	58	58	58	58

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 5

Tabla 27: Cuestionario de Autoestima – Forma Escolar Coopersmith

I D	i 1	i 2	i 3	i 4	i 5	i 6	i 7	i 8	i 9	i 0	i 1	i 2	i 3	i 4	i 5	i 6	i 7	i 8	i 9	i 0	i 1	i 2	i 3	i 3	i 3	i 3	i 3	i 3	i 3	i 3	i 3	i 4	i 4	i 4	i 4	i 4	i 4	i 4	i 4	i 5	i 5	i 5	i 5	i 5	i 5		
1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2		
2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1			
3	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	
4	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	
5	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
6	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
7	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	
8	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1		
9	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1		
10	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1			
11	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1		
12	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1		
13	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2		
14	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1		
15	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1		
16	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1		
17	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1		

I D	i 1	i 2	i 3	i 4	i 5	i 6	i 7	i 8	i 9	i 1 0	i 1 1	i 1 2	i 1 3	i 1 4	i 1 5	i 1 6	i 1 7	i 1 8	i 1 9	i 2 0	i 2 1	i 2 2	i 2 3	i 2 4	i 2 5	i 2 6	i 2 7	i 2 8	i 2 9	i 3 0	i 3 1	i 3 3	i 3 4	i 3 5	i 3 7	i 3 8	i 3 9	i 4 0	i 4 2	i 4 3	i 4 4	i 4 6	i 4 7	i 4 8	i 4 9	i 5 1	i 5 2	i 5 4	i 5 5	i 5 6	i 5 7					
3 4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1			
3 5	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1			
3 6	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2			
3 7	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1				
3 8	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1			
3 9	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1			
4 0	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	
4 1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	
4 2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	
4 3	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2			
4 4	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1			
4 5																																																								
4 6																																																								
4 7	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1
4 8	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2		
4 9	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1		

ID	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	i19	i20	i21	i22	i23	i24	i25	i26	i27	i28	i29	i30	i31	i32	i33	i34	i35	i36	i37	i38	i39	i40	i41	i42	i43	i44	i45	i46	i47	i48	i49	i50	i51	i52	i53	i54	i55	i56	i57	i58		
50	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1		
51	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2		
52	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1			
53	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1		
54	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1		
55	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
56	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	
57	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
58	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1		
59	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
60																																																												

* Las pruebas de la parte sombreada quedaron invalidadas, tres de ellas debido a la escala de mentiras según el Inventario de Autoestima de Coopersmith, las restantes porque las alumnas omitieron en responderlas.

* Se muestra un total de cincuenta y dos ítems de los cincuenta y ocho, debido a que se excluyó a la escala de mentiras compuesta por ocho ítems (i26, i32, i36, i41, i45, i50, i53 e i58).

Nota. Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6

Tabla 28: Cuestionario de las Conductas Autolesivas

ID	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14
1	3	3	3	4	2	3	1	4	3	4	1	1	1	2
2	3	3	5	5	4	2	1	2	5	3	4	5	3	4
3	5	5	2	5	2	5	5	5	5	5	5	5	1	5
4	1	5	1	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1
5	4	5	3	2	4	2	1	1	3	4	1	1	1	1
6	3	4	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1	2	1
7	4	2	1	2	5	1	1	2	5	5	1	1	3	1
8	5	4	1	2	5	3	4	1	5	3	1	1	4	1
9	4	5	1	2	5	4	1	4	2	2	1	1	3	1
10	4	3	1	2	5	4	4	1	1	4	1	1	5	1
11	5	3	1	4	5	1	1	1	3	5	2	2	4	2
12	2	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	2	3	1	1	4	3	1	3	5	3	3	2	4	3
14	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	5	5	1	5	5	5	1	3	5	4	1	1	3	1
17														
18	3	3	1	2	3	1	1	1	1	5	1	1	3	1
19	3	2	1	3	4	1	1	1	4	4	1	2	2	1
20	3	5	2	3	1	4	2	4	1	3	2	1	2	3
21	3	4	2	4	5	1	2	1	4	3	3	4	2	3
22	2	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1

ID	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14
23	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	4	4	3	4
24	5	4	4	4	4	4	5	3	3	5	4	4	1	4
25	5	5	5	5	4	5	1	5	5	5	1	1	4	1
26	3	4	2	3	2	4	4	2	3	2	4	3	4	3
27	4	3	3	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1
28	5	5	1	5	5	5	1	5	5	4	1	1	4	1
29	5	4	2	1	5	1	1	1	1	3	1	1	2	1
30	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	1	1	4	1
31	5	1	5	4	5	1	1	1	4	2	1	1	1	1
32	4	4	2	3	3	3	5	3	3	3	4	3	4	3
33	2	2	1	1	3	3	1	2	1	2	2	2	1	2
34	5	1	1	2	5	4	1	1	1	5	2	1	1	2
35	4	4	1	3	2	1	3	1	1	1	2	1	2	1
36	5	5	4	4	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1
37	5	4	5	1	3	2	4	1	3	5	3	4	2	4
38	4	1	2	1	1	3	1	3	1	1	3	3	2	3
39	3	3	2	1	3	3	3	1	1	2	1	1	1	1
40	3	3	4	3	4	3	1	1	4	3	3	2	1	2
41	3	2	2	2	2	2	1	2	4	2	3	3	1	3
42	2	4	1	2	3	1	1	1	2	3	1	1	2	1
43	5	3	3	5	5	1	1	1	5	3	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
45	2	4	2	2	5	1	4	3	1	4	3	2	2	1
46	5	4	5	5	5	3	2	3	4	5	4	3	4	4
47														
48	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1

ID	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14
49	5	1	1	4	5	5	3	5	2	2	3	1	2	3
50	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1
51	5	3	1	4	4	1	1	1	1	4	1	1	2	1
52	5	4	3	4	5	3	4	5	4	4	3	3	4	5
53	4	3	1	1	4	2	1	2	4	3	1	1	1	1
54	5	1	1	1	5	2	2	1	3	3	1	1	3	1
55	4	4	4	1	5	3	1	1	1	1	1	1	3	1
56	4	5	1	1	5	1	1	1	3	4	1	1	3	1
57	4	5	1	2	4	2	1	1	3	3	1	2	3	1
58	3	4	1	2	3	2	1	2	3	3	3	3	1	1
59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
60	2	1	1	3	3	1	1	1	5	4	1	1	4	1

* Las dos pruebas de la parte sombreada quedaron invalidadas, debido a que las alumnas omitieron en responderlas.

* Se muestra un total de cincuenta y ocho ítems.

Nota. Fuente: Elaboración Propia.

ANEXO 7

**Tabla 29: Correlación de la Variable 1 (Autoestima) con la Variable 2
(Conductas Autolesivas)**

N° de alumnas	Variable1	Variable2	Variable1 (var. %)	Variable2 (var. %)
1	71	35		
2	71	49	0.00	0.40
3	73	60	0.03	0.22
4	79	30	0.08	-0.50
5	74	33	-0.06	0.10
6	78	31	0.05	-0.06
7	70	34	-0.10	0.10
8	72	40	0.03	0.18
9	72	36	0.00	-0.10
10	72	37	0.00	0.03
11	78	39	0.08	0.05
12	76	21	-0.03	-0.46
13	73	38	-0.04	0.81
14	75	20	0.03	-0.47
15	78	14	0.04	-0.30
16	79	45	0.01	2.21
17	74	27	-0.06	-0.40
18	73	30	-0.01	0.11
19	77	36	0.05	0.20
20	77	41	0.00	0.14
21	80	19	0.04	-0.54
22	76	34	-0.05	0.79
23	72	54	-0.05	0.59
24	75	52	0.04	-0.04
25	80	43	0.07	-0.17
26	77	27	-0.04	-0.37
27	69	48	-0.10	0.78
28	82	29	0.19	-0.40
29	71	52	-0.13	0.79
30	77	33	0.08	-0.37
31	77	47	0.00	0.42
32	83	25	0.08	-0.47
33	75	32	-0.10	0.28
34	73	27	-0.03	-0.16
35	77	32	0.05	0.19
36	73	46	-0.05	0.44
37	68	29	-0.07	-0.37

N° de alumnas	Variable1	Variable2	Variable1 (var. %)	Variable2 (var. %)
38	76	26	0.12	-0.10
39	75	37	-0.01	0.42
40	73	32	-0.03	-0.14
41	78	25	0.07	-0.22
42	67	36	-0.14	0.44
43	71	15	0.06	-0.58
44	70	36	-0.01	1.40
45	77	56	0.10	0.56
46	75	50	-0.03	-0.11
47	69	42	-0.08	-0.16
48	71	21	0.03	-0.50
49	70	30	-0.01	0.43
50	78	56	0.11	0.87
51	75	29	-0.04	-0.48
52	81	30	0.08	0.03
53	76	31	-0.06	0.03
54	76	32	0.00	0.03

* Se consideraron cincuenta y cuatro alumnas para que la relación pueda ser homogénea para ambos instrumentos de las variables.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Autor: Borja Obregón, Iris Celestina

Lugar y Fecha de Nacimiento: Ciudad de Huánuco. 11 de Noviembre de 1981.

Centro Educativo de Estudios Secundarios: C.E. La Inmaculada Concepción

Universidad: Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Facultad: Psicología

Bachillerato: 2019

Prácticas Pre Profesionales: I.E. Juana Moreno. Internado 2011.

Autor: Córdova Roque, María de los Ángeles

Lugar y Fecha de Nacimiento: Ciudad de Huánuco. 04 de Mayo de 1991.

Centro Educativo de Estudios Secundarios: Colegio Nacional Juana Moreno

Universidad: Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Facultad: Psicología

Bachillerato: 2015

Prácticas Pre Profesionales: Colegio Nacional Aplicación UNHEVAL Internado 2014