



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO:

**“PERSONALIDAD Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “ISABEL DE
GODÍN” RIOBAMBA, PERÍODO FEBRERO-AGOSTO 2015”.**

AUTORES: JOHANNA PAOLA BASANTES INSUASTI

WENDY CAROLINA PORRAS MEDINA

TUTOR: PS CL. JUAN PABLO MAZÓN.N. MGS

RIOBABA – ECUADOR

2015

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título: **PERSONALIDAD Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “ISABEL DE GODÍN” RIOBAMBA, PERÍODO FEBRERO-AGOSTO 2015** presentado por Johanna Basantes y Wendy Porras y dirigida por: Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Mgs.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Dra. Soledad Fierro
Presidente del Tribunal



Dra. Isabel Cando
Miembro del Tribunal

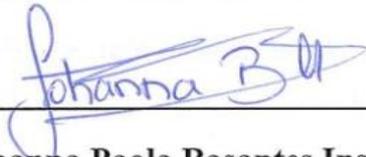


Mgs. Juan Pablo Mazón
Miembro del Tribunal



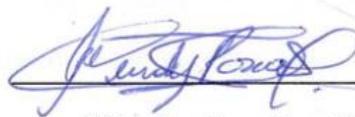
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

Yo, Johanna Paola Basantes Insuasti con Cédula de identidad 060327844-1 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Johanna Paola Basantes Insuasti
060327844-1

Yo, Wendy Carolina Porrás Medina con Cédula de identidad 060393081-9 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Wendy Carolina Porrás Medina
060393081-9

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por permitirme cumplir un peldaño más en mi vida, a mis padres, mi hermana, abuelito y a mi novio por el apoyo incondicional que me han brindado, a mi tutor Mgt. Juan Pablo Mazón por compartir sus conocimientos para poder lograr la presente investigación, a mis maestros, y a la Unidad Educativa Isabel de Godín por brindarnos la apertura para la consecución de esta investigación.

Johanna Paola Basantes Insuasti

Agradezco primero que nada a Dios, por regalarme una familia maravillosa que son mi motor para seguir cumpliendo mis sueños, a mi tutor Mgt. Juan Pablo Mazón por el apoyo brindado y a la Unidad Educativa Isabel de Godín por abrirnos las puertas de la Institución para la realización de la investigación.

Wendy Carolina Porras Medina

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico con mucho cariño y amor principalmente a mis padres y abuelito, por su sacrificio, esfuerzo y por permitirme culminar la carrera profesional, por creer en mí aunque hemos pasado por momentos difíciles siempre han estado apoyándome para salir adelante, a mi novio por todo su apoyo, comprensión y ayuda que me ha brindado para continuar con mis sueños. Gracias de todo corazón.

Johanna Paola Basantes Insuasti

El presente trabajo está dedicado a mi querida madre que a la distancia me ha estado brindando su apoyo incondicional, económico y sobre todo emocional, a mi padre bello que está día a día junto a mí brindándome su cariño y sabios consejos y como no a mi hermano al que quiero demasiado y con el que hemos vivido buenos y malos momentos a lo largo de este camino. De manera muy especial quiero dedicarles a mi tía y a mi primo por confiar en mí siempre.

Wendy Carolina Porras Medina

INDICE GENERAL

| | | |
|------------------------------|---|-----|
| PORTADA | i | |
| REVISIÓN DEL TRIBUNAL | | ii |
| AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN: | | iii |
| AGRADECIMIENTO | | iv |
| DEDICATORIA | | v |
| INDICE GENERAL | | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | | ix |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | | x |
| RESUMEN | xi | |
| ABSTRACT | xii | |
| INTRODUCCIÓN | | 1 |
| CAPÍTULO I | | |
| 1.1 | Marco Referencial | 4 |
| 1.2 | El Problema de Investigación | 4 |
| 1.3 | Problematización del Problema | 4 |
| 1.4 | Formulación del Problema | 5 |
| 1.4.1 | Preguntas Directrices o Problemas Derivados | 5 |
| 1.5 | Objetivos | 6 |
| 1.5.1 | Objetivo General | 6 |
| 1.5.2 | Objetivos Específicos | 6 |
| 1.6 | Justificación | 6 |
| CAPÍTULO II | | |
| 2.1 | Antecedentes de Investigaciones Realizadas con Respecto al Problema | 9 |
| 2.2 | Fundamentación Teórica | 10 |
| 2.2.1 | Conducta Autolesiva | 11 |
| 2.2.1.1. | Definición | 11 |
| 2.2.1.2. | Tipos de Autolesiones | 12 |
| 2.2.1.3. | Cuántos y Quiénes se Autolesionan | 12 |
| 2.2.1.4. | Causa | 13 |

| | | |
|-------------------------|--|----|
| 2.2.1.5. | Descripción de la Conducta Autolesiva | 14 |
| 2.2.1.6. | Ciclo de la Autolesión | 14 |
| 2.2.1.7. | Prevalencia de la Conducta Autolesiva en adolescentes | 17 |
| 2.2.1.8. | Factores de Riesgo de la Conducta Autolesiva en Adolescentes | 19 |
| 2.2.1.9. | Variables Sociodemográficas | 19 |
| 2.2.2 | La Personalidad | 20 |
| 2.2.2.1. | La Personalidad Según Theodore Millon | 20 |
| 2.2.2.1.1. | Definición | 20 |
| 2.2.2.1.2. | Fundamentos de la Teoría de Millon: | 21 |
| 2.2.2.2. | Rasgos de Personalidad | 22 |
| 2.2.2.2.1. | Clasificación de los Rasgos de Personalidad | 22 |
| 2.2.2.2.2. | Propiedades de los Rasgos | 23 |
| 2.2.2.2.3. | Tipos de Personalidad | 24 |
| 2.2.3 | Plan de Intervención Psicológica Para Estudiantes con Conductas Autolesivas y Rasgos de Personalidad. | 28 |
| 2.3 | Hipótesis | 32 |
| 2.4 | Variables | 32 |
| 2.4.1 | Variable Independiente | 32 |
| 2.4.2 | Variable Dependiente | 32 |
| 2.5 | Definición de Términos Básicos | 32 |
| CAPÍTULO III | | |
| 3.1 | Marco Metodológico | 37 |
| 3.2 | Diseño de la Investigación | 37 |
| 3.3 | Tipo de la Investigación | 37 |
| 3.4 | Del Nivel de la Investigación | 37 |
| 3.5 | Población y Muestra | 38 |
| 3.5.1 | Población | 38 |
| 3.5.2 | Muestra | 38 |
| 3.6 | Técnicas e Instrumentos Para la Recolección Datos | 38 |
| 3.7 | Técnicas Para Procesamiento, e Interpretación de Datos | 41 |
| 3.8 | Análisis e Interpretación de los Resultados | 42 |

| | | |
|--------------|-----------------|----|
| CAPÍTULO IV | | |
| 4.1 | Conclusiones | 67 |
| 4.2 | Recomendaciones | 68 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 69 |
| ANEXOS | 72 | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA N° 1: Población de los estudiantes de bachillerato | 42 |
| TABLA N° 2: Resultado de los estudiantes que se autolesionan según el sexo | 43 |
| TABLA N° 3: ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, sin la intención de morir? | 45 |
| TABLA N° 4: ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito? | 47 |
| TABLA N° 5: ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño? | 49 |
| TABLA N° 6: ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño? | 51 |
| TABLA N° 7: ¿La última vez que te hiciste daño cual fue el motivo para hacerlo? | 53 |
| TABLA N° 8: ¿La última vez que te hiciste daño, como lo hiciste? | 55 |
| TABLA N° 9: ¿La última vez que te hiciste daño? | 57 |
| TABLA N° 10: ¿La última vez que te hiciste daño, buscaste ayuda o consejo de alguien? | 59 |
| TABLA N° 11: ¿De quiénes buscaste ayuda o consejo? | 61 |
| TABLA N° 12: Rasgos de Personalidad | 63 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO N° 1: Población total de los estudiantes de bachillerato | 42 |
| GRÁFICO N° 2: Resultado de los estudiantes que se autolesionan según el sexo | 43 |
| GRÁFICO N° 3: ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, sin la intención de morir? | 45 |
| GRÁFICO N° 4: ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito? | 47 |
| GRÁFICO N° 5: ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño? | 49 |
| GRÁFICO N° 6: ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño? | 51 |
| GRÁFICO N° 7: ¿La última vez que te hiciste daño cual fue el motivo para hacerlo? | 53 |
| GRÁFICO N° 8: ¿La última vez que te hiciste daño, como lo hiciste? | 55 |
| GRÁFICO N° 9: ¿La última vez que te hiciste daño? | 57 |
| GRÁFICO N° 10: ¿La última vez que te hiciste daño, buscaste ayuda o consejo de alguien? | 59 |
| GRÁFICO N° 11: ¿De quienes buscaste ayuda o consejo? | 61 |
| GRÁFICO N° 12: Rasgos de personalidad | 63 |

RESUMEN

La presente investigación tiene como tema: “Personalidad y conductas autolesivas en adolescentes de la Unidad Educativa “Isabel de Godín” Riobamba. El objetivo general es: Analizar el Rasgo de Personalidad prevalente en las Conductas Autolesivas de los adolescentes de bachillerato. La población investigada fue de 220 estudiantes y la muestra se seleccionó bajo los criterios de inclusión y exclusión que constituye 164 estudiantes que cumplieron con los parámetros de la Cedula de Indicadores Parasuicidas y con las escalas de validez del instrumento psicológico Inventario Multiaxial Clínico de Millon. La investigación es de tipo descriptiva, de campo y transversal. Entre los resultados más relevantes de la Cédula se obtuvo que el 93% representa al sexo femenino el 7% al sexo masculino. El motivo que lleva a los estudiantes a autolesionarse es la presencia de problemas emocionales que corresponde el 53%, la manera más frecuente de autolesión es cortándose representando al 89%; al aplicar el Inventario Multiaxial Clínico de Millon se identificó como rasgo de personalidad prevalente el Pasivo Agresivo con el 18%. Finalmente se diseñó un plan de intervención psicoterapéutico de tipo Cognitivo Conductual de acuerdo a las conductas autolesivas y el rasgo de personalidad prevalente para su aplicación posterior.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

"Personality and self-injurious behavior in adolescents of the Isabel Godin School at Riobamba City" The general objective was: To analyze the prevalent personality trait in self-injurious behaviors of high school teenagers. The population studied was 220 students and the sample was selected under the criteria of inclusion and exclusion which is 164 students that met the parameters of the certificate of parasuicidal indicators and scales validity of psychological tool Millon Clinical Multiaxial Inventory. The research is descriptive, field and cross-sectional. Among the most important results, it was obtained that 93% are female 7% are male. The reason that leads students to self-harm is the presence of emotional problems that account for 53%, the most common way of self-harm is slashing representing 89%. Applying the Millon Clinical Multiaxial Inventory showed that the prevalent personality trait is Passive Aggressive, which accounts for 18%. Finally, a plan of cognitive behavioral psychotherapy intervention according to the prevalent type of self-injurious behavior and personality trait t was designed for later application.

Translation reviewed by:

Dra. Isabel Escudero
LANGUAGES CENTER – HEALTH SCIENCE SCHOOL – UNACH
December 2015



INTRODUCCIÓN

La Adolescencia se configura como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en el desajuste psicológico presente y futuro.

Hoy en día los adolescentes atraviesan por diversas situaciones que les produce emociones negativas como: tristeza, ansiedad, soledad, enojo, miedo ira, frustración, en ocasiones depresión y esto dificulta la identificación y el control de dichas emociones, obteniendo como resultado la presencia de conductas autolesivas como cortarse, pegarse y quemarse, siendo estas repetitivas y deliberadas que no solucionan el problema emocional que tiene el sujeto; la conducta le funciona a corto plazo para evadir o enmascarar el dolor emocional.

Los sujetos que desarrollan conductas autolesivas presentan una prevalencia en ciertos rasgos de personalidad considerando a estos como características distintivas de cada persona que orienta a la conducta y están sujetos a influencias sociales, ambientales y culturales.

Al conocer esta problemática la presente investigación cumple con los objetivos de conocer cuáles son los rasgos de personalidad predominantes en los adolescentes que presentan conductas autolesivas y de proporcionar un protocolo de intervención para tratar dichas conductas presentes en los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba, con el fin de salvaguardar la salud física y mental de los adolescentes.

Esta investigación consta de cinco capítulos, los mismos que se detallan a continuación:

En el Capítulo I, se hace referencia el Problema de Investigación, Problematización de Problema, Formulación del problema, Objetivo general,

Objetivos específicos, Justificación e Importancia del presente tema de investigación.

El Capítulo II, contiene el Marco teórico relacionado a las dos variables de la investigación, Línea de investigación, Posicionamiento teórico personal, Antecedentes de la investigación, Fundamentación teórica, Definición de términos básicos, Hipótesis, Variables.

En el Capítulo III, se menciona el Marco metodológico, Método, Tipo de la investigación, Diseño de la investigación, Tipo de estudio, Población y Muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Técnicas para el análisis e interpretación de resultados.

Y por último en el Capítulo IV, abarca las Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I

MARCO

REFERENCIAL

1.1 MARCO REFERENCIAL

1.2 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Dado que existe un gran número de adolescentes en la Unidad Educativa Isabel de Godín que presentan Conductas Autolesivas mismas que pueden estar influidas por rasgos de personalidad y al evidenciar que no existen muchos estudios en nuestro país sobre esta problemática hemos decidido estudiar estas variables: Conductas Autolesivas y Rasgos de Personalidad.

1.3 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública y son un fenómeno en aumento entre los adolescentes con una incidencia importante (Hawton J, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A., 1985-1995)

En distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se cifra en un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas (Safer D., 1997)

De acuerdo con especialistas del Instituto de Psiquiatría del King's College en Londres, una de cada 12 jóvenes disfruta de autolesionarse y cerca del 10 por ciento de esas adolescentes continúa haciéndolo hasta la edad adulta.

A nivel de Latinoamérica la incidencia de Conductas Autolesivas es alta que se puede comprar con la del hemisferio Norte. En México un programa de noticias Hora 21, menciona en 2012 una prevalencia NSSI del 15% entre los de 12 a 18 años de edad. Un blog de ex alumnos universitarios colombianos reporta que, entre los pacientes que ellos mismos dirigen a las estaciones de primeros auxilios, un 11,7% tienen cortes autoinfligidas, mientras que en las cárceles y los hospitales de la prevalencia es del 17,5%. Un noticiero de Argentina, informa que, a pesar de la falta de datos oficiales de prevalencia, en una clínica especializada en Conductas Autolesivas se notó un aumento rápido del problema.

Existe una tasa de prevalencia de 50% o superior se estima entre las niñas y mujeres sin hogar. (Laura Silva Thyssen,1 Ingrid van Camp1, Salud Mental 2014;37:153-157)

En Ecuador y Chimborazo no existen estudios sobre esta problemática debido a que las conductas autolesivas son consideradas como un síntoma de otros trastornos, algo cultural refiriéndose a las tribus urbanas como por ejemplo los emos, en el ámbito social ya que influye el entorno en el que se desarrolla por ejemplo la influencia de los medios de comunicación, las amistades, etc. Y producto a eso no se ha dado la debida importancia.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas que se autolesionan lo mantienen en secreto por diferentes motivos como: debido a la incapacidad de expresar, temor a ser juzgados y a la falta de confianza, etc. Esto es otro factor por lo que no se pone énfasis en el estudio de esta problemática.

En las prácticas pre profesionales en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez se evidenció la presencia de adolescentes provenientes de hogares disfuncionales que acudían a consulta por presentar dificultades en la conducta y posteriormente con las evaluaciones se evidenció la presencia de conductas autolesivas, por este motivo acudimos al Departamento de Consejería Estudiantil de la Unidad Educativa Isabel de Godín donde los docentes confirmaron un número alto de estudiantes que presentaban esta problemática.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el rasgo de personalidad prevalente que influye en las conductas autolesivas de los adolescentes de Bachillerato de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, Riobamba, período Febrero - Agosto 2015?

1.4.1 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

¿Existen adolescentes que presentan conductas autolesivas?

¿Cuál es el rasgo de personalidad que prevalece en las conductas autolesivas?

¿Hay relación entre los rasgos de personalidad y conductas autolesivas?

¿Qué propuesta de intervención psicológica es adecuada para las conductas autolesivas y rasgos de personalidad?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el Rasgo de Personalidad prevalente en las Conductas Autolesivas de los adolescentes de bachillerato de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de Riobamba.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a los adolescentes que presentan conductas autolesivas.

Determinar el rasgo de personalidad que prevalece en los estudiantes con conductas autolesivas.

Relacionar el rasgo de personalidad prevalente y las conductas Autolesivas de los adolescentes

Diseñar un plan de intervención psicológica en base a las conductas autolesivas y el rasgo prevalente.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Las conductas autolesivas en nuestro contexto social todavía son percibidas con gran estigma tanto por las familias, profesionales de la salud y colectividad en general. Así, nuestro interés en estudiarlo a través de una mirada científica que permitirá que los profesionales de la salud obtengan información de esta problemática y así realizar una intervención adecuada.

Cabe señalar además que la investigación es imperante en el área psicológica ya que al conocer los Rasgos de Personalidad de los Adolescentes que se autolesionan se puede prevenir el desarrollo de trastornos de personalidad en un futuro.

La presente investigación cumple con el objetivo de realizar un estudio comparativo de la relación que existe entre la conducta autolesiva manifestada físicamente y las características de los rasgos de personalidad, en una muestra de jóvenes adolescentes estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, con el afán de desarrollar un protocolo de intervención con criterios técnicos, que permitan un tratamiento objetivo de las conductas autolesivas presentes en los adolescentes en cuestión de estudio.

Finalmente, con el diseño del protocolo de intervención para conductas autolesivas y rasgos de personalidad, los beneficiarios de la investigación serán los adolescentes ya que se pretende proporcionar cambios en su conducta, actitudes y pensamientos con el propósito de mejorar la calidad de vida.

Hay que tomar en cuenta que al no realizarse el presente estudio estamos corriendo el riesgo de que se pueda desarrollar trastornos de personalidad a futuro o posiblemente el incremento de los adolescentes que se autolesiona.

Es factible realizar la investigación ya que se cuenta con la bibliografía, autorización y colaboración de las autoridades y adolescentes de la Unidad educativa “Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS CON RESPECTO AL PROBLEMA

- Con respecto a la Investigación realizada encontramos que en la Universidad de Barcelona España, Facultad de Psicología, departamento de Personalidad, evaluación y tratamiento Psicológico con el tema de tesis “Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria”. En sus resultados mencionan que los porcentajes hallados por estos autores son de 6,8% en chicos y de 8,1% en chicas que se autolesionan.
- En el trabajo de investigación elaborado por Zanini Daniela 2010, España sobre “Conducta Auto lesiva e Ideación Suicida en Estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de Género y Relación con Estrategias de Afrontamiento” con el objeto de identificar la prevalencia de género en las conductas auto lesivas e ideación suicida y fortalecer su capacidad de afrontamiento; posteriormente llega a la siguiente conclusión: que la prevalencia de la conducta auto lesiva es del 11.4% y la del pensamiento suicida es de 12.5%, entre 12 a 16 años de edad, no se han encontrado diferencias de sexo, pero si un incremento con la edad.
- En México, La Dra. Santos Bernard realizó una encuesta a 229 mujeres que se autolesionaban, muchas compartieron percepciones similares de sí mismas que las llevaron a concebir a la autolesión de igual forma, con los siguientes resultados:

Con respecto a su vivencia infantil

- 54% de ellas reportaron haber tenido una infancia infeliz
- 62% reportaron haber sufrido abuso infantil

Con respecto al manejo de su dolor emocional

- 82% dicen querer ponerle un alto al dolor emocional
- 35% dicen no saber cómo pedir ayuda
- 58% se autolesionan para sentirse menos deprimidas de lo que están

- 72% se autolesionan para controlar pensamientos desbocados
- 47% se autolesionan para sentir menos soledad
- 50% dicen haberse autolesionado más de 50 veces en su vida
- 75% tienen múltiples métodos de autolesionarse
- En la investigación realizada por Garcés Ortiz Danilo Javier (2012) en la Universidad Técnica de Ambato a cerca de: “Incidencia de los Rasgos de la Personalidad en las Conductas Agresivas de los integrantes de las Barras del Club Macará Temporada 2010-2011”, con el objetivo de investigar cómo incide los Rasgos de Personalidad en las Conductas Agresivas, utilizo una metodología basada en un paradigma crítico-propositivo y un nivel exploratorio, llegando a la conclusión que la población estudiada presentan rasgos de personalidad de tipo audaz, fiel, agresivo, teatral y que el 100% de la población presentan conductas agresivas, siendo evidente que en la agresividad física se relaciona con el perfil de personalidad fiel y la agresividad verbal con los rasgos audaz, teatral y seguro de sí mismo.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La investigación relacionada con el tema propuesto se enmarca en el enfoque cognitivo conductual.

La presente investigación está basada en los aportes de la Dra. Dora Santos Bernard, (2011), nacida en México en el año 1964, en su formación académica obtuvo un Doctorado en Educación por la Universidad de Nottingham, Inglaterra, una Maestría en Educación por el Centro de Investigaciones del Instituto Politécnico Nacional de México, una Licenciatura en Psicología por la Universidad de las Américas en México, realizó un entrenamiento con la Dra. Tracy Alderman para ayudar a jóvenes que se autolesionan, San Francisco, Estados Unidos y tiene una Certificación para impartir talleres sobre Autolesión Bristol en Inglaterra.

Es fundadora y presidenta de Autolesión, Información y Apoyo A.C., asociación dedicada ayudar gratuitamente a jóvenes que se autolesionan, quien manifiesta que la conducta de autolesión es cuando una persona se corta, se quema o se golpea para hacer frente a un dolor emocional que no ha podido expresar ni controlar y no tiene la intención de quitarse la vida.

Con respecto a la variable personalidad se la aborda según la definición emitida por Theodore Millon 1928-2014, fue un psicólogo estadounidense pionero en la investigación sobre la personalidad. Dirigió desde 2001 el Instituto para Estudios Avanzados sobre la Personalidad y la Psicopatología en Florida. Autor de una treintena de libros y de más de 200 artículos. Fue premiado en el año 2003 por la Asociación Americana de Psicólogos por su carrera profesional y la fundación Americana de Psicología, instituyó el Premio Theodore Millon para la investigación.

Millon, que ejerció una relevante influencia en la investigación y en la práctica clínica priorizando el estudio de la personalidad como paso previo al tratamiento de las enfermedades psíquicas, fue el autor de la teoría del aprendizaje biosocial de la personalidad (base de una serie de inventarios clínicos -"Millon Clinical Inventories"), Millon fue de los primeros psicólogos en reclamar un psicoterapia personalizada de acuerdo con las exigencias del paciente de forma que esta se ajustase a sus intereses individuales y sociales. Se ha mostrado siempre, además, crítico con el uso indiscriminado de los psicofármacos.

2.2.1 CONDUCTA AUTOLESIVA

2.2.1.1. DEFINICIÓN

La Autolesión es un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo, dejando una marca que dure al menos una hora. Se define como una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables; no es un intento de suicidio. (Santos, 2011)

2.2.1.2. TIPOS DE AUTOLESIONES

Cortes

Las personas que se autolesionan de esta manera utilizan algún objeto filoso para hacerse deliberadamente marcas, cortes o arañazos en el cuerpo, lo suficientemente profundos como para cortar la piel y causar sangrado. Generalmente se lesionan en las muñecas, los antebrazos, los muslos o el abdomen. Pueden usar una navaja, un cuchillo, una tijera, la lengüeta metálica de una lata de gaseosa, el extremo de un clip, una lima de uñas o un bolígrafo.

Quemaduras

Algunas personas se queman la piel con la colilla de un cigarrillo, con un fósforo encendido en partes del cuerpo que no son visibles para los demás, como en los antebrazos, abdomen y lengua.

Golpes

Los individuos con estos desórdenes tienden a lesionarse de modos particulares. Golpearse (en general la cabeza) darse bofetadas y morderse (sobre todo los labios) son métodos comunes de auto-agresión.

También las personas que presentan trastornos orgánicos como el retraso mental y el autismo tienden a golpearse.

2.2.1.3. CUANTOS Y QUIENES SE AUTOLESIONAN

En una muestra de 440 estudiantes de bachillerato se encontró que el 14% se autolesionó al menos una vez. Dos estudios muestran que los adolescentes están más en riesgo de autolesionarse: en uno de ellos se reportó que el 18% de los adolescentes y al menos el 4% de los adultos se autolesionan.

2.2.1.4. CAUSA

Para entender por qué una persona se autolesiona a continuación describiremos la siguiente causa:

IMPOSIBILIDAD DEL MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL

Para entender por qué una persona se autolesiona, tomemos como punto de partida que la autolesión se debe a una imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional.

El dolor emocional consiste en una experiencia sensorial y emocional desagradable, molesta, incómoda, de la que uno se quiere librar lo más rápido posible.

El manejo del dolor emocional tiene que ver con la consciencia, el control, y con la posibilidad y capacidad que tiene el individuo de ser el amo de sus sentimientos.

La acción conlleva alivio, mientras que verbalizar y compartir requiere un esfuerzo tremendo y un repertorio de habilidades de las que carece la persona, que recurre a la acción como forma de comunicación. (Mosquera, 2008)

La imposibilidad del manejo de dolor emocional puede deberse por 3 razones:

1.- La dificultad en el reconocimiento o identificación de emociones. Para poder manejarlas, es imperativo, primero, identificarlas. Al no lograrlo, el individuo se encuentra en una posición endeude de duda y confusión.

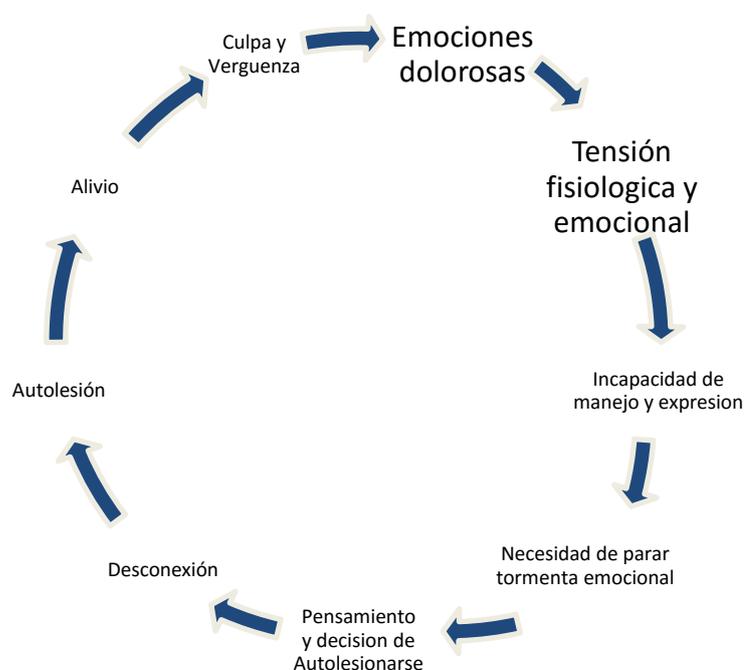
2.- La dificultad de la expresión de lo que se está sintiendo. Aún si no se tiene bien identificada la emoción, el poder expresarla de alguna forma (hablando, pensando, dibujando, etc.) ayuda para poder manejarla, elaborarla y desahogarse. Ante la imposibilidad de expresarlo, el dolor emocional que se va generando busca formas de expresión, casi siempre dañinas.

3.- La falta de control de las emociones y sentimientos. Cuando se parte del miedo, la angustia y la soledad, es difícil tener control sobre lo que uno siente, y se puede acabar actuando impulsivamente de forma destructiva.

2.2.1.5. DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

La Autolesión es una forma de hacer frente a emociones que no se saben identificar, ni expresar, ni controlar. Enmascara el dolor o la tensión emocional, permitiendo a la persona funcionar y relacionarse con los demás.

2.2.1.6. CICLO DE LA AUTOLESIÓN



- **Emociones Dolorosas e Insoportables**

Estas circunstancias o recuerdos que pueden generar sentimientos intensos como miedo, estrés, vergüenza, rabia, desamparo y la sensación de no tener control lo que nos rodea esto pueden resultar en estados de ánimo intolerables.

- **Comienza la tensión fisiológica y emocional**

Las emociones dolorosas tienen un efecto sobre los pensamientos, sobre las sensaciones y en el cuerpo. Esto empieza a provocar un grado de tensión fisiológica y sufrimiento mental.

- **Incapacidad de expresar y manejar el dolor emocional**

La persona que se autolesiona no sabe cómo expresar y transmitir lo que está sintiendo o, bien, lo hace de una manera impulsiva y destructiva.

- **Aumenta la tensión y el sufrimiento**

Una de las consecuencias de no comunicar el dolor emocional es que aumenta todavía más la tensión y el sufrimiento.

- **Aumenta el dolor emocional**

Como consecuencia del aumento de tensión y sufrimiento, aumenta el dolor emocional; eso aumenta la tensión y el sufrimiento que conlleva a aumentar más el dolor emocional.

- **Necesidad de parar “la tormenta emocional”**

La persona en estos momentos vive su dolor como una tormenta que lo arrastra provocando angustia, miedo y soledad incontenibles. Surge así la necesidad de poner fin a la tormenta para tener “calma” de enfrentar a la realidad.

- **Pensamientos y Decisión de Autolesionarse**

Autolesionarse es una forma de poner un alto inmediato a ese tumulto de emociones que no lo dejan “respirar”. Dado que es una conducta que le ha servido en el pasado para este fin, y que en ese momento no existe las condiciones para parar la tormenta de otra forma, decide que ese acto le ayudara a salir adelante.

- **Desconexión**

Dado que evitar el dolor es un instinto básico, la persona que necesita autolesionarse requiere de manera inconsciente, desconectarse unos segundos para hacerse daño.

- **Autolesión**

Llega el momento de autolesionarse y, de manera consciente, decide cómo y dónde va a cortar, quemar o golpear. Las heridas se hacen en lugares que sean fáciles de esconder, y la intensidad o profundidad de las mismas son controladas para poder cuidarlas en casa y evitar el riesgo de tener que acudir al hospital o a un miembro de la familia.

- **Alivio**

Comúnmente, después de producir la herida, la persona se siente liberada tanto de la tensión física como del dolor emocional.

Se acaba la tormenta emocional y viene una etapa de tranquilidad. Gracias a ello, la persona puede retomar y guardar la postura. La sensación de que ya está en control de su estado mental le permite seguir con su quehacer cotidiano sin que nadie se dé cuenta de lo que acaba de pasar.

- **Culpa y Vergüenza**

El secreto también es consecuencia de la muerte y la vergüenza que genera la conducta. El tener que recurrir a violentar su cuerpo obliga a la persona a enfrentar su vulnerabilidad y su incapacidad para hacer frente a situaciones difíciles y dolorosas. Los sentimientos de culpa y vergüenza se traducen en la convicción de que no merece ser querida ni respetada. La invade un miedo a que la rechacen debido a su conducta y que se empiece a “notar” que hay algo malo dentro de ella.

2.2.1.7. PREVALENCIA DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN ADOLESCENTES

La conducta autolesiva dista de ser un constructo psicopatológico homogéneo en su terminología y conceptualización, dificultando este aspecto la contratación de los datos epidemiológicos de las diferentes muestras analizadas. Por una parte, los grupos de investigación europeos abogan por una definición meramente conductual, independientemente de la motivación subyacente. Desde esta premisa, se utiliza el término “autolesión deliberada” (AD) (deliberate self-harm) para definir “todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño (p.e. cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.)” (Hawton K, Rodham K, Evans E y Weatherall R., 2002).

Esta conceptualización es, así mismo, aceptada por la WHO (World Health Organization), tal y como queda recogida dicha psicopatología en el capítulo V de la CIE-10 (1992). En contraposición a ello, los principales grupos de investigación norteamericanos sostienen una definición más restringida y propositiva de la conducta autolesiva, de tal modo que solo englobe aquellos “actos que impliquen un daño directo y deliberado contra uno mismo (cuerpo), en ausencia de intencionalidad suicida” (Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E y Prinstein MJ., 2006)

En cuanto a los métodos prevalentes, existe unanimidad a la hora de considerar los cortes, golpes y sobreingestas medicamentosas, como los fenotipos más frecuentes de autolesión (De Leo y Heller 2004), tendiendo más de la mitad de estos adolescentes a hacer uso de diversos procedimientos autolesivos a lo largo de este período vital (Muehlenkamp JJ y Gutiérrez PM , 2007).

Según su investigación en cuatrocientos cincuenta y seis estudiantes que se encuentran cursando uno de los tres últimos años de secundaria en dos colegios de Lima Metropolitana, reportó una prevalencias de hasta 27.4% de los

adolescentes alguna vez se ha autolesionado o lo hace en el momento en que se lleva adelante la investigación, mayormente lesionándose la piel y golpeándose. Se destacan como motivos de esta conducta, los sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad. (Rospigliosi, 2010).

En concreto, cuando se analiza su pertenencia a muestras comunitarias o clínicas, se hallan diferencias sustanciales en cuanto a su frecuencia relativa. Por lo que respecta a las primeras, los cortes en muñecas y antebrazos constituyen el método autolesivo prevalente (Nixon et al., 2008; Ystgaard et al., 2009), mientras que en servicios de urgencias y unidades de hospitalización psiquiátrica (muestras clínicas) predominan los casos de sobreingestas medicamentosas o envenenamiento (Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, 2005)

En relación a la reincidencia recoge que el 70-90% repiten la autolesión 3 o más veces. (Willkinson, 2011)

En varios estudios comunitarios prospectivos señalan que un 50-70 por cien de los adolescentes, con un antecedente de autolesión, tienden a repetir este acto. (Hankin y Abela, 2011; Wan et al, 2011)

La mayoría de las personas que se autolesionan comienzan a la edad de 13-15 años, siendo que una minoría puede comenzar antes. (Ross & Heath, 2002.)

Por otro lado, ya en la adolescencia tardía (17-19 años), suele producirse un leve declinar. (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelly, 2007; Wan et al., 2011,)

El autodaño se presenta cuando el individuo no es capaz de tolerar ciertas emociones, situación que desencadena "la búsqueda automática de un sustituto del dolor emocional por el dolor físico" (Rodríguez que Guerrero 2005,)

Los motivos prevalentes por los que los adolescentes peruanos de autolesionan son los sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad. (Rospigliosi, 2010,)

En conclusión, se carece de una definición consensuada en relación a la conducta autolesiva, siendo el principal foco de controversia la asunción o no de factores motivacionales entre sus criterios operativos.

A pesar de esta limitación metodológica, existe un relativo consenso a la hora de señalar que un 10 por cien de adolescentes comete algún tipo de autolesión en este período vital. En muestras clínicas, solo los adolescentes con autolesiones más graves reciben asistencia sanitaria.

2.2.1.8. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN ADOLESCENTES

La etiopatogenia de la conducta autolesiva constituye el campo de estudio en donde se han llevado a cabo más investigaciones, especialmente, con vistas a establecer unas bases empíricas sobre las que sustentar su tratamiento. Su análisis tampoco está exento de taras metodológicas, sobre todo por el uso excesivo de investigaciones retrospectivas (versus prospectivas) y por la falta de consistencia en relación al constructo psicopatológico evaluado (AD versus ANS). Partiendo de ello, a continuación se resumen los hallazgos obtenidos en los principales factores de riesgo:

- Sociodemográficas (edad y sexo)
- Caracteriales (rasgos de personalidad, problemas emocionales y autoestima)
- Psicopatológicas (uso de drogas, sintomatología depresiva y psicopatología alimentaria)
- Psicosociales (conflictos interpersonales, conflictos familiares, modelado y abuso sexual). (Wedig y Nock, 2007; O`Connor et al., 2009; Guerry y Prinstein, 2010).

2.2.1.9. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Respecto a la edad de los adolescentes con autolesiones, los estudios transversales con muestras comunitarias señalan que se produce un fenómeno de “u” invertida,

observándose un pico en su prevalencia (12-16 por cien) en torno a la adolescencia media, el cual es precedido de un aumento gradual desde la adolescencia temprana (11-13 años), momento en que se sitúa inicialmente en un 4-6 por cien (Kvernmo y Rosenvinge 2009; O'Connor et al., 2009; Kirchner et al., 2011).

Cabe reseñar que este incremento progresivo hasta la adolescencia media sólo se observa en mujeres, mientras que en los hombres la prevalencia de conductas autolesivas se mantiene relativamente estable (Sourander et al., 2006; Shin et al., 2009; Sho et al., 2009).

Por otro lado, ya en la adolescencia tardía (17-19 años), suele producirse un leve declinar (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelly, 2007; Wan et al., 2011).

En cuanto al sexo de los adolescentes que se autolesionan, existe un relativo consenso entre muestras clínicas y comunitarias a la hora de considerar que las conductas autolesivas son más frecuentes en mujeres que hombres, estableciéndose habitualmente una razón de probabilidad de 2,0- 3,0 (Hawton et al., 2002; Patton et al., 2007; Morey et al., 2008; O'Connor et al., 2009; Shin et., 2009; Landstedt y Gillander, 2011).

2.2.2 LA PERSONALIDAD

2.2.2.1. LA PERSONALIDAD SEGÚN THEODORE MILLON

2.2.2.1.1. DEFINICIÓN

Para Millon la personalidad es un sistema de desarrollo (maneras de procesar la información) influido por variables biológicas y ambientales, que condicionan de forma individual la manera en que la persona se enfrenta al entorno.

Para este autor, la personalidad se puede comprender mejor como un sistema adaptativo con ámbitos estructurales y funcionales; la estructura se articula en torno a metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales, constituidos por diferentes dimensiones bipolares.

2.2.2.1.2. FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA DE MILLON:

La teoría de Millon se fundamenta en dos teorías: modelo biosocial (1) y modelo evolutivo (2).

1) Modelo biosocial: explica los estilos de relaciones interpersonales a partir de los factores biológicos (innatos) y sociales (experiencias).

Desde esta perspectiva, se distinguen dos dimensiones principales para el aprendizaje de estrategias de afrontamiento de dificultades (conducta operante) y el logro de refuerzos:

Patrón de conducta operante

- Los individuos que buscan activamente el refuerzo son individuos tendentes a la acción, buscando objetivos y refuerzos concretos (activo).
- Los individuos pasivos son básicamente reactivos, esperando que el entorno les proporcione el refuerzo (pasivo).

Fuentes de refuerzo:

- Los que buscan el refuerzo de manera independiente confían en sí mismos y buscan el refuerzo en sus propias metas personales (independiente).
- Los que buscan el refuerzo de manera dependiente confían en que los demás le proporcionen el refuerzo (dependiente).
- Los que buscan el refuerzo de manera ambivalente no están seguras de buscar el refuerzo en sí mismas o en los otros (ambivalente).
- Los que buscan el refuerzo de manera desvinculada, en realidad no buscan refuerzo alguno, solo apartarse de los otros y carecen de aspiraciones personales (desvinculado).

2) Modelo evolutivo: desde la perspectiva de este modelo se considera que la personalidad está definida por el estilo de funcionamiento adaptativo al

entorno. Se considera anormal aquella personalidad que tiene dificultades de adaptación.

2.2.2.2. RASGOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos son las características distintivas de cada persona que orientan la conducta y que no sólo surgen en respuestas a estímulo; los cuales se encuentran interrelacionados entre sí. Los rasgos se miden en un continuo de manera empírica y están sujetos a las influencias sociales, ambientales y culturales, variando según la situación en la que se encuentre el individuo. (Allport, 1970).

Gordon Allport considera que todas las funciones del *ego* o de la persona (el sentido de la identidad, el sentido del cuerpo, el sentido del amor propio, el pensamiento racional y la autoimagen) deben considerarse como funciones de la personalidad.

Para dar cuenta de la conducta de un individuo, plantea que "el modo en que se comporta una persona es resultado de, por lo menos, cuatro condiciones:

- a) Las características persistentes de la personalidad
- b) las defensas y los modos de disimulación usados por el individuo, el grado en que se manifiestan
- c) El modo en que percibe la situación presente y la relación de esta situación con él
- d).Las dos primeras condiciones son producto de la personalidad; las dos últimas, producto de la situación. Para comprender el comportamiento, es necesario conocer ambas series de determinantes". (Allport, 1970),

2.2.2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS RAGOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos de Personalidad son:

RASGOS CARDINALES

Se considera la característica más importante debido a que dirige la mayor parte de las actividades y aspectos de la vida de una persona (conducta). Pero no todas las personas son capaces de desarrollar este tipo de rasgos, sino que poseen varios rasgos centrales que dirigen su conducta.

RASGOS CENTRALES

Son los rasgos principales del individuo, que caracterizan su personalidad y además son las más evidentes en su comportamiento, las cuales van desde 5 a 10 características por persona.

RASGOS SECUNDARIOS

Son las características menos importantes. La persona puede mostrarlos, pero de manera poco frecuente, a diferencia de los anteriores; y afectan al comportamiento en determinadas situaciones.

2.2.2.2. PROPIEDADES DE LOS RASGOS

1. Escalable: el rasgo entendido como un continuo de donde derivan las diferencias entre las personas, dependiendo del punto en que cada cual se sitúe.
2. Unipolares o bipolares: Los unipolares se extienden desde un punto cero (ausencia de rasgo) hasta una cierta cantidad. Bipolares van de un polo al opuesto pasando por cero (el cero sería un punto de equilibrio entre los polos)
3. Grado de universalidad: desde los que sólo son aplicables a un sujeto concreto hasta los que se pueden aplicar a toda la población.
4. Generalidad: de un rasgo es proporcional al nº de indicadores de rasgo que se le pueden aplicar
5. Organización: mayor cuanto más fuerte sea el grado de coherencia y estabilidad existente entre los distintos indicadores que le definen.

6. Independencia/Correlación: cada rasgo se define por la relación que guarda con los otros rasgos que configuran la personalidad de un sujeto.
7. Consistencia y estabilidad: se refiere al grado de estabilidad temporal y la consistencia transituacional respectivamente, que presentan los rasgos.

2.2.2.2.3. TIPOS DE PERSONALIDAD

Descripción de las características de los diez patrones básicos de personalidad, que en sus formas rígidas o extremas son descritas como trastornos de personalidad. (Millon, 1992a; Millon y Everly, 1994; Millon y Escovar, 1995a, 1995b)

Los tipos de Personalidad son:

Personalidad Antisocial.- (Patrón activo-independiente). Sobre un patrón común con el narcisista, varía en que su orientación polar activa le lleva a procurarse por todos los medios satisfacción, ignorando a los demás y las normas sociales. Exhiben una pauta de conducta irresponsable y antisocial. Muestran incapacidad para mantener una conducta laboral consistente y fracasan en adaptarse a las normas sociales y en comportarse con respeto a las leyes. Irritables, agresivos y vengativos, suelen exhibir comportamientos hostiles, y no dejan de efectuar ataques físicos a los demás para lograr sus fines.

Personalidad Evasiva.- (Patrón activo-retraído). Bajo un esquema similar al anterior, estos sujetos muestran una capacidad disminuida de experiencia placer, pero tienen una sensibilidad extraordinaria ante las experiencias dolorosas. Los sujetos que se ajustan al prototipo se caracterizan por su disforia afectiva, provocada por sentimientos constantes de tensión y tristeza; vacilan entre el deseo de obtener afecto y el miedo al contacto social. Constantemente suspicaces, sobreinterpretan, buscan amenazas potenciales y actúan para evitar el rechazo social, anticipándose a él. Su autoimagen está alienada, percibiéndose a sí mismos como rechazados. El sí mismo está devaluado, y se confronta frecuentemente con sentimientos de vacío y despersonalización.

Personalidad Límite.- Variante grave de los patrones básicos dependiente y ambivalente. Sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos recurrentes de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. Nivel de energía inconexo, ciclo sueño/vigilia irregular, describe períodos de tiempo en que su equilibrio afectivo está en constante peligro. Conciencia condenatoria, pensamientos suicidas o automutilantes y de autodenigración. Reacciona intensamente a la separación, miedo obsesivo a la pérdida o el aislamiento. Ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

Personalidad Dependiente.- (Patrón pasivo-dependiente). Aquí, como ocurre en las siguientes personalidades, la polaridad Si mismo-Otros está claramente sesgada y connotada. Se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, y se obtiene exclusivamente a través de la relación. Dóciles, no competitivos, evitan los conflictos interpersonales. Necesitan de una figura fuerte y protectora cercana, ya que se perciben a sí mismos como débiles y poco competentes, Con escasas iniciativas, evitan la autonomía y no exhiben actitudes y conductas de autoafirmación.

Personalidad Histriónica.- (Patrón activo-dependiente). También "vuelto hacia los otros" como estrategia interpersonal fundamental, mantienen sin embargo una polaridad activa. Son sujetos de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales. Muestran exhibicionismo infantil y conductas de seducción, manipulando -o intentando manipular- a los otros para obtener su atención y sus alabanzas, se autoperciben como sociables y encantadores. Se conducen irreflexivamente, en base a pensamientos ocasionales, sin tener en cuenta en el contexto o a los otros, erráticos y fugaces en sus emociones, actitudes y conductas.

Personalidad Narcisista.- (Patrón pasivo-independiente). Prototipo del patrón de personalidad independiente, exhiben sin embargo incapacidad de oscilar en su estrategia de verificación a través del contacto con el entorno interpersonal. Han aprendido que logran éxitos repetidos, máximo placer y mínimo dolor

volviéndose sobre sí mismos y sus propios recursos. De autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades recíprocas. Abandonados a fantasías inmaduras, interpretan muy libremente los hechos para realimentar sus fantasías narcisistas y evitar el nuevo conocimiento que contraría sus expectativas. Aparentemente imperturbables, se burlan de las convenciones sociales y no suelen ser respetuosos con los derechos ajenos.

Personalidad Obsesivo/Compulsiva.- (Patrón pasivo-ambivalente), Prototipo de ajuste social, especialmente determinados por su ajuste a la disciplina y restricciones impuestas por los padres, pueden sin embargo mostrar comportamientos disfuncionales fuera de los entornos normativos a los que están acostumbrados. Su afectividad está restringida y mantienen un estricto control de su expresión emocional. Valoran la autodisciplina, la prudencia y la lealtad, y prefieren el trabajo estructurado, metódico y meticuloso. Su inusual adherencia a sus propias convenciones y a las normas sociales esconde un conflicto entre su hostilidad latente hacia los otros y el miedo al rechazo y desaprobación social. La posibilidad de que surjan sentimientos de cólera y actitudes agresivas dependen de la eficacia de los controles de la orientación pasiva en la polaridad activo-pasivo.

Personalidad Paranoica.- Se asocia más a menudo con los tipos de personalidad independiente (narcisista y antisocial) y en menor grado con los patrones compulsivo y pasivo-agresivo. Es suspicaz y defensivo ante la crítica y el rechazo que anticipa. Su comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia y se resiste a las fuentes de influencia externas. Distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional, a veces para alimentar su imagen grandiosa, otras para confirmar sus ideas autorreferenciales.

Personalidad Esquizoide.- (Patrón pasivo-retraído). Los sujetos que se ajustan al prototipo se caracterizan por su incapacidad para experimentar placer o entusiasmo, tienen necesidades mínimas en el plano interpersonal y experimentan muy pocos sentimientos; su pensamiento está empobrecido, su interés por el contacto con otros seres humanos es mínimo, exhiben deficientes habilidades de

comunicación social, son apáticos y tienen una conciencia de sí mismos muy restringida. Se trata de personas que muestran deficiencias en ambos sistemas de polaridad.

Personalidad Esquizotípica.- Representa un deterioro relacionado con uno de los patrones básicos, relacionados con la dimensión independencia: el esquizoide o el evitativo. Se caracteriza por preferir una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos. Es excéntrico y percibido por los otros como extraño. Pensamiento autístico, ensimismado y perdido en sueños que en ocasiones confunde con la realidad. Hipersensible, desconfiado y aprensivo, su apariencia emocional es monótona, falta de activación y afecto.

Personalidad Agresivo/Sádico.- (Patrón activo-discordante). De igual modo que en la Personalidad Masoquista, la inversión o conflicto en la polaridad dolor-placer se observa en sujetos que no solo buscan o crean sucesos objetivamente "dolorosos", sino que los experimentan como deseables y gratificantes. Estas personas consideran que el modo preferente de relacionarse con los demás gira en torno a sucesos que resultarán dolorosos (p.e. tensión, miedo, crueldad), asumiendo con los demás un rol activo de control, dominación y abuso. Se viven subjetivamente como gratificantes actos en que humillan, desprecian e incluso tratan brutalmente a los demás. Tanto esta Personalidad Sádica como la Masoquista representan la variante discordante de la polaridad Dolor-Placer, precisamente por invertir su finalidad e introducir conflictividad en las relaciones interpersonales.

Personalidad Pasivo/Agresiva (Patrón activo-ambivalente). Poseyendo tanto la orientación dependiente como la independiente, que no está sesgada ni hacia sí mismo ni hacia los otros, puede tratarse tanto de sujetos normales que exhiben una confortable situación intermedia como de sujetos que experimentan un intenso y agudo conflicto entre ambas. En este caso los sujetos se vuelven malhumorados, discutidores o irritables cuando se les pide que hagan algo de lo que no están convencidos. Parecen trabajar de un modo deliberadamente lento o hacen mal las tareas que realmente no quieren hacer. Protestan sin justificación de que los demás

le piden cosas irrazonables. Evitan obligaciones pretendiendo que las ha olvidado. Creen que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan y tienden a criticar o burlarse de manera irracional de las personas que detentan posiciones de autoridad.

2.2.3 PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ESTUDIANTES CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS Y RASGOS DE PERSONALIDAD.

El Plan de Intervención para Conductas Autolesivas y Rasgos de Personalidad se basa en los resultados obtenidos de la investigación, está estructurado para su aplicación individual en el lapso de 4 meses, una vez por semana y la duración de cada sesión es de 45 minutos, debe ser manejado por un Psicólogo Clínico.

Antes de iniciar el proceso terapéutico es imperante establecer adecuadamente la Alianza Terapéutica que involucra el Rapport y la Empatía, estimulando en el adolescente seguridad, comprensión y confianza ya que estas personas que se autolesionan tienen dificultades para confiar en los demás

Este Plan de Intervención está enfocado en La terapia Cognitiva-Conductual que se centra en la idea que los pensamientos son los que dan lugar a los sentimientos y a las acciones.

Las estrategias cognitivas-conductuales propuestas en el plan de intervención psicológica son:

Las estrategias cognitivas-conductuales propuestas en el plan de intervención psicológica son:

RAPPORT Y EMPATÍA

Whilford Delgadillo define el rapport como la creación del ambiente propicio para estimular el proceso terapéutico, garantizando una relación con el paciente dentro de los marcos de la confiabilidad; dar respuestas de honestidad y que el

paciente así lo sienta; tratarlo como un ser humana al cual debe respetarse; darle la importancia que el paciente le confiere a los hechos consultados.

Dymond define la empatía como la "transposición imaginaria del propio individuo, al pensamiento, sentimiento y actuación de otro .facilitando el contacto terapéutico, estimulan en el paciente sentimientos de seguridad, comprensión y podrá referir con mayor confianza su problemática.

Es necesario crear adecuadamente la empatía y rapport, especialmente en los adolescentes que se autolesionan con el objetivo de que pueda hablar precisamente de lo que no puede compartir con los demás ya que muchos de ellos tienen dificultad para confiar en otros.

- **PSICOEDUCACIÓN**

La Psicoeducación es un proceso planificado de comunicación, educación, y aprendizaje terapéutico, proporciona a pacientes, familiares y sociedad información específica acerca de las enfermedades (psicológicas-médicas) y el tratamiento multidisciplinario necesario para su restablecimiento.

OBJETIVO

Lograr que entiendan, asuman y enfrenten el problema, motivándolos a que continúen con el tratamiento para que tengan la capacidad de eliminar los prejuicios, mejorar el cumplimiento del tratamiento, aliviar la carga emocional y así disminuir la intensidad de las emociones negativas que los conduce a autolesionarse.

- **TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Según D' Zurilla y Golfried la solución de problemas es una técnica de afrontamiento que nos permite abordar problemas sociales y se la define como "Un proceso cognitivo-afectivo-comportamental mediante el cual en individuo o

grupo identifica o descubre los medios efectivos para sobrellevar y sobrellevar los problemas que surgen en la vida cotidiana"

Este proceso abarca tres niveles que explican el comportamiento humano: El pensamiento o cognición, emociones o sentimientos y la conducta

Las Fases de la técnica de solución de problemas es:

- Orientación del problema
- Formulación del problema y definición del problema
- Elaboración de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Puesta en práctica de la solución y verificación

OBJETIVO

Lograr que los adolescentes acepten el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de su vida diaria e instaurar alternativas de solución y que puedan enfrentar de una manera eficaz los problemas emocionales.

- **TÉCNICA DE DISTRACCIÓN**

Consisten en desviar la atención de una emoción negativa, a una actividad placentera.

Cinco son las técnicas básicas de distracción:

- Externalización
- Repetición
- Antimonotonía
- Concentración
- Conversación

OBJETIVO

Es factible que estos adolescentes encuentren nuevas formas de hacer frente a las circunstancias, recuerdos o situaciones que les provoca sentimientos negativos y por ende les conduce a la conducta autolesiva.

- **TÉCNICA DE RELAJACIÓN**

Dentro de la práctica clínica actual sigue utilizándose la relajación de una forma bastante amplia; bien como un tratamiento en sí misma, bien como tratamiento coadyuvante con otras técnicas

OBJETIVO

Es importante enseñar a los adolescentes estrategias de relajación con el propósito de liberar dichas tensiones físicas como emocionales.

- **INCLUIR A LOS PADRES DEL ADOLESCENTE, EN EL PROCESO TERAPÉUTICO:**

OBJETIVO

Uno de los objetivos de incluir a los padres en la terapia es para la recolección de datos.

Es importante psicoeducar a los padres sobre autolesiones con el objetivo de: entender de qué se trata dichas conductas, como ellos influyen en el comportamiento de sus hijos y como abordar el tema de manera adecuada con el adolescente.

Partiendo de que los padres influyen en el comportamiento de los adolescentes en necesario incluirlos en el proceso terapéutico con el objetivo de redefinir nuevas formas de comportamiento de la familia en caso de ser necesario

2.3 HIPÓTESIS

Influye el rasgo de personalidad prevalente en las conductas autolesivas de los estudiantes de la Unidad Educativa Isabel de Godín, Riobamba, período Febrero - Agosto 2015.

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Rasgos de Personalidad.

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Conductas Autolesivas.

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

La presente definición de términos básicos fue basada en el Diccionario

Actitud. En general es tomado como una disposición para la acción basado en opciones afectivas y cognitivas. Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

Adolescencia. Periodo que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo corporal y Psíquico del organismo.

Afectividad.- Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive

Agresividad.- Comportamiento que se basan de manera exclusiva en el uso de la violencia física o verbal hacia otros.

Alivio.Sensación placentera que experimenta una persona cuando una cosa alivia o disminuye un dolor, una molestia o una pena que sentía.

Analizar.- Acción eminentemente intelectual característica de los seres humanos y que implica la realización de un análisis sobre determinada materia o asunto de interés.

Angustia.- Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

Ansiedad.- Respuesta psicológica y/o biológica al estrés. Los sentimientos de ansiedad envuelven aprehensión o preocupación que se pueden presentar junto con dificultades cognitivas, hipersensibilidad, mareos, debilidad muscular, dificultades en la respiración, latidos irregulares del corazón, sudor y sensaciones de miedo.

Conducta.- Es el conjunto de las acciones fisiológicas, mentales, verbales y motrices por medio de las cuales un individuo en conflicto con su ambiente trata de resolver las tensiones que lo motivan, y de realizar sus posibilidades. Su carácter esencial es tener una significación.

Conducta agresiva.- Se produce cuando un organismo ataca con hostilidad, física o verbalmente, a otro organismo u objeto.

Conducta pasiva.- Ceden constantemente a sugerencias o acciones de otros.

Cultura.- Conjunto de conocimientos y habilidades que se consiguen mediante las facultades intelectuales. Modos de vida, costumbres, saberes, etc., que caracterizan a un grupo o a una época histórica.

Depresión. Estado psíquico que se caracteriza por una gran tristeza sin motivo aparente, decaimiento anímico y pérdida de interés por todo.

Dolor.- Es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central.

Empatía. Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo.

Expresión.- Manifestación de un pensamiento, un sentimiento o un deseo por medio de palabras, gestos, etc.

Influencia.- Efecto, consecuencia o cambio que produce una cosa en otra.

Intensidad.- Fuerza o vehemencia con que se manifiestan los sentimientos.

Introversión.- Característica de la personalidad o de la conducta de un sujeto mediante la cual tiende a cerrarse sobre sí mismo, evitando el contacto con los demás

Pensamiento.- Es la actividad y creación de la mente; dicese de todo aquello que es traído a existencia mediante la actividad del intelecto.

Prevalencia.- Herramienta de medición que se utiliza en las estadísticas médicas. Proporciona información sobre el número de personas afectadas por una enfermedad o cualquier otro evento como accidentes, suicidios,... dentro de una población en un momento dado

Psicopatología.- Área de salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y que se los conoce como trastornos psicológicos.

Rasgo.- Definió a un rasgo como la dimensión perdurable de características de la personalidad; gracias a esa dimensión se distinguen las personas entre sí.

Sentimientos.- Se refiere a un estado de ánimo como a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo.

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Sufrimiento.-

Dolor o padecimiento físico o psíquico que experimenta una persona.

Temor. Sentimiento de inquietud y angustia que mueve a rechazar o a tratar de evitar las cosas que se consideran peligrosas, arriesgadas o capaces de hacer daño

Tensión Emocional.- es la que padece un individuo, cuando sus problemas lo angustian, y genera una situación conocida como stress.

Trastorno de la personalidad.- Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, pero en cambio los demás a menudo la consideran perturbadora o molesta.

Tribus urbanas.- Grupos sociales compuestos por individuos que comparten un origen en común, tradiciones y hábitos.

CAPÍTULO III

**MARCO
METODOLÓGICO**

3.1 MARCO METODOLÓGICO

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No Experimental: Consiste en aplicar los métodos, mecanismos como estrategias o procedimientos a seguir en la investigación.

Debido a que no vamos a manipular las variables.

3.3 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

De Campo: Porque se realizará en el lugar donde se encuentra el objeto de estudio, en la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, que permite al investigador conocer más a fondo del fenómeno.

Descriptiva: Puesto que el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia, describir lo que se investiga.

Transversal: Debido a que se desarrolló en un período de tiempo determinado febrero – agosto 2015

3.4 DEL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Diagnóstica: Encontrar el rasgo prevalente y posteriormente realizar el plan de intervención psicológica.

Exploratoria: Se va a explorar el rasgo de personalidad prevalente en las conductas autolesivas.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 POBLACIÓN

Esta investigación se efectuará en la Unidad Educativa Isabel de Godín, con una población de 220 estudiantes del Bachillerato que se autolesionan.

3.5.2 MUESTRA

Muestra no Probabilística.- Es un procedimiento de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra.

Se ha considerado como muestra a 164 estudiantes de la Unidad Educativa Isabel de Godín, en los que se identificó la presencia de conductas autolesivas aplicado el reactivo psicológico (Cédula de Autolesiones), y también se obtuvo el rasgo de personalidad prevalente utilizando el Inventario Multifacético Clínico de Millon.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Se incluyó a los adolescentes que se autolesionan, evidenciados a través de la Cédula de Indicadores Parasuicidas.
- Se incluye a los adolescentes que se autolesionan que cumplen con las escalas de validez del Inventario Multiaxial Clínico de Millon.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyó a los estudiantes que no cumplen con los parámetros de la Cédula de Indicadores Parasuicidas.
- Se excluye a los adolescentes que no cumplen con las escalas de validez del Inventario Multiaxial Clínico de Millon.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DATOS

Recopilamos los datos para la investigación primero con el apoyo del Departamento de Consejería Estudiantil y posteriormente con la aplicación de los instrumentos psicológicos en el lapso de 3 meses febrero a mayo aplicados a los estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa Isabel de Godín.

TÉCNICA

- **Reactivo Psicológico:** Un test psicológico o prueba psicológica es un instrumento experimental que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos, se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provoca puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto. La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

INSTRUMENTOS

- **Cédula de Indicadores Parasuicidas:** Para medir las autolesiones se adaptó la Cédula de Indicadores Parasuicidas hecha por González et al (2003). Este es un cuestionario que incluye trece preguntas, algunas son para marcar, así como otras son abiertas. Dicha cédula ha sido utilizada en distintas investigaciones con adolescentes en México (González et al., 2003). González et al (1998) la usaron con estudiantes adolescentes de la ciudad de Pachuca en México. Villatoro et al. (2004, citados en González et al., 2003), por otro lado, aplicaron dicha cédula a estudiantes adolescentes de la ciudad de México. Este cuestionario, además de indicar si es que el individuo se ha autolesionado alguna vez en su vida, indica el número de veces que lo ha hecho, la edad de la

última vez que lo hizo, los motivos por los que se autolesiona o se autolesionó, los métodos utilizados, el propósito por el que se lesionó, si es que fue ayudado o buscó ayuda luego de autolesionarse, de quién buscó ayuda y si es que la autolesión fue realizada con deseos suicidas (González et al., 2003). El cuestionario cuenta con trece preguntas, tanto de respuestas abiertas como cerradas.

Para la adaptación –en la que se incluyó una revisión lingüística se eliminaron algunos ítems. Por ejemplo, el ítem número 5 que decía “Esa última o única vez que te hiciste daño, ¿qué querías?” fue eliminado debido a que existía otro ítem similar, el cual fue conservado, que decía: “La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo?”. Otros ítems fueron modificados, como por ejemplo el ítem 1 “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?” que fue modificado por “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?”. También el ítem 9 “Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿pensaste que tu muerte era:”, fue variado por “La última vez que te hiciste daño ¿pensaste que:”. Así como la pregunta de este ítem fue cambiada, la respuesta de opciones para marcar también fue modificada en las frases.

La adaptación quedó con 9 preguntas entre las abiertas y cerradas (Vásquez, 2009) (ANEXO 2)

- **Inventario Multiaxial Clínico (MCMI-III):** Para la evaluación de la personalidad, Millon propone el Inventario Multiaxial Clínico (MCMI-III); este instrumento en algunos aspectos sigue la tradición del MMPI en vista de que fue diseñado con el propósito de enfrentar las críticas al mismo. Las escalas del MCMI- III están construidas de acuerdo con el marco de referencia del DSM-IV. Contiene 175 reactivos a los que el examinado debe responder con cierto o falso; el perfil de calificación incluye 24 escalas clínicas que se agrupan en 4 categorías: 1) patrones clínicos de personalidad; 2) personalidad patológica grave; 3) síndromes clínicos, y 4) síndromes graves. La calificación del MCMI puede hacerse tanto de manera manual como computarizada,

aunque resulta más práctica la segunda debido a lo complicado de la transformación de las puntuaciones si se utiliza la primera (Anastasi & Urbina, 1998) (ANEXO 3)

3.7 TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO, E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La información obtenida a través de la aplicación del Cuestionario MMPI para identificar Patologías y la Cédula para identificar Conductas Autolesivas a los estudiantes de la Unidad Isabel de Godín se realizó por medio de la estadística básica con el programa Microsoft Excel. Los resultados obtenidos se representaron mediante cuadros y gráficos estadísticos para poder emitir las respectivas conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

3.8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

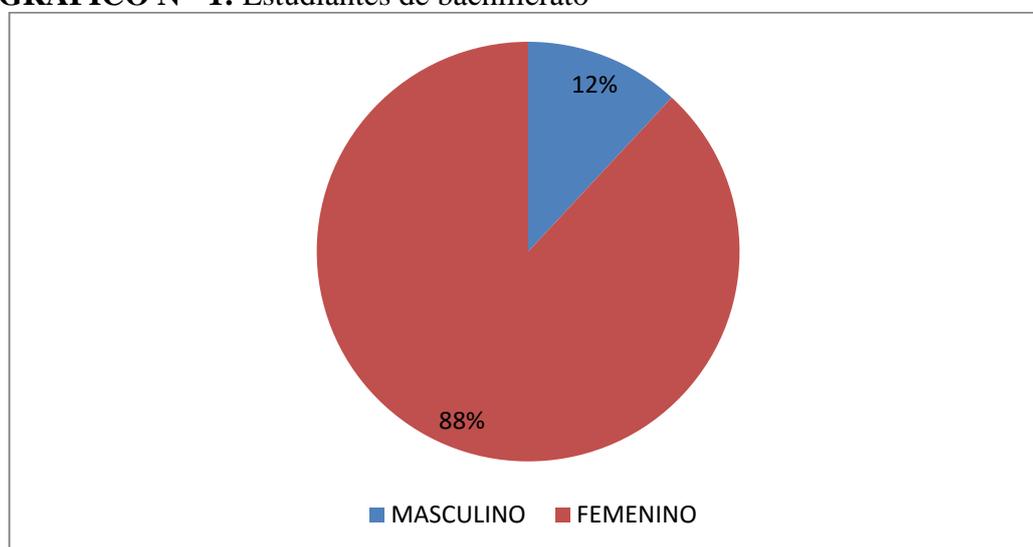
TABLA N° 1: Estudiantes de bachillerato

| POBLACIÓN | | |
|--------------|------------|-------------|
| ESTUDIANTES | CANTIDAD | PORCENTAJE |
| HOMBRES | 115 | 12% |
| MUJERES | 853 | 88% |
| TOTAL | 968 | 100% |

Fuente: Consejería Estudiantil de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 1: Estudiantes de bachillerato



Fuente: Consejería Estudiantil de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

La población total de estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” a los que se aplicó la Cédula de Autolesión es un número de 968 estudiantes, correspondiendo estos al 100% de la población, de los cuales 115 pertenecen al sexo masculino, representando al 12% de la población, en tanto que 853 estudiantes pertenecen al sexo femenino, representando al 88% de la población.

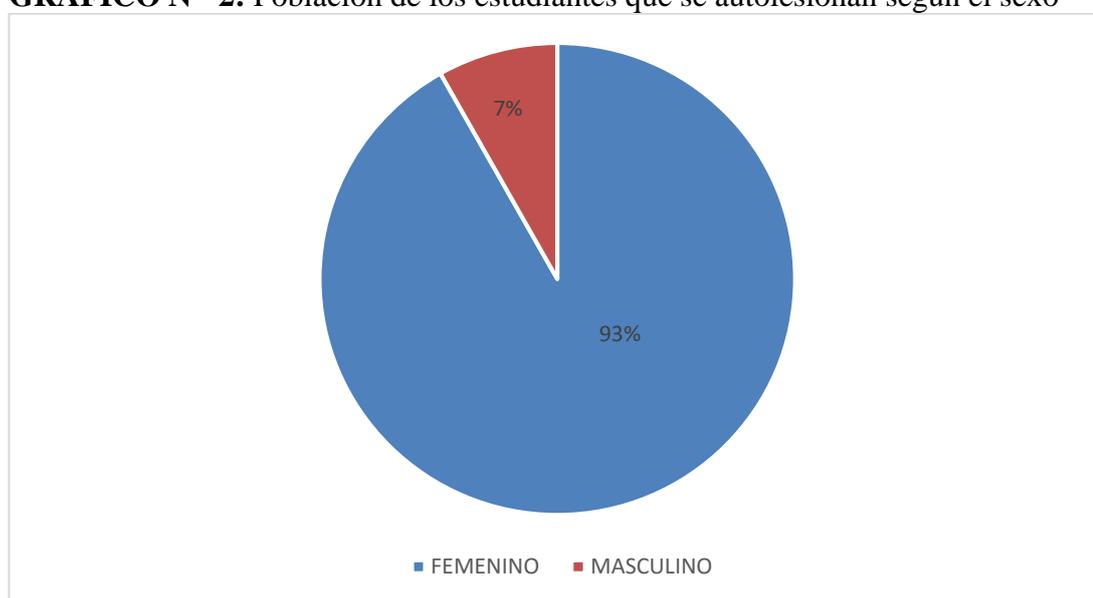
TABLA N° 2: Población de los estudiantes que se autolesionan según el sexo

| ESTUDIANTES | SEXO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|-------------|
| SEXO | Masculino | 18 | 7% |
| | Femenino | 202 | 93% |
| TOTAL | | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 2: Población de los estudiantes que se autolesionan según el sexo



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

La muestra de estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” a los que se aplicó la Cédula de Autolesión es un número de 220 estudiantes, correspondiendo estos al 100%, de los cuales 202 estudiantes, representando el 93% pertenecen al sexo femenino, en tanto que 18 estudiantes, representando el 7% pertenecen al sexo masculino.

INTERPRETACIÓN

Estos resultados corroboran que el comportamiento autolesivo se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino, como lo sostienen (Hawton et al., 2002; Patton et al., 2007; Morey et al., 2008; O'Connor et al., 2009; Shin et., 2009; Landstedt y Gillander, 2011).

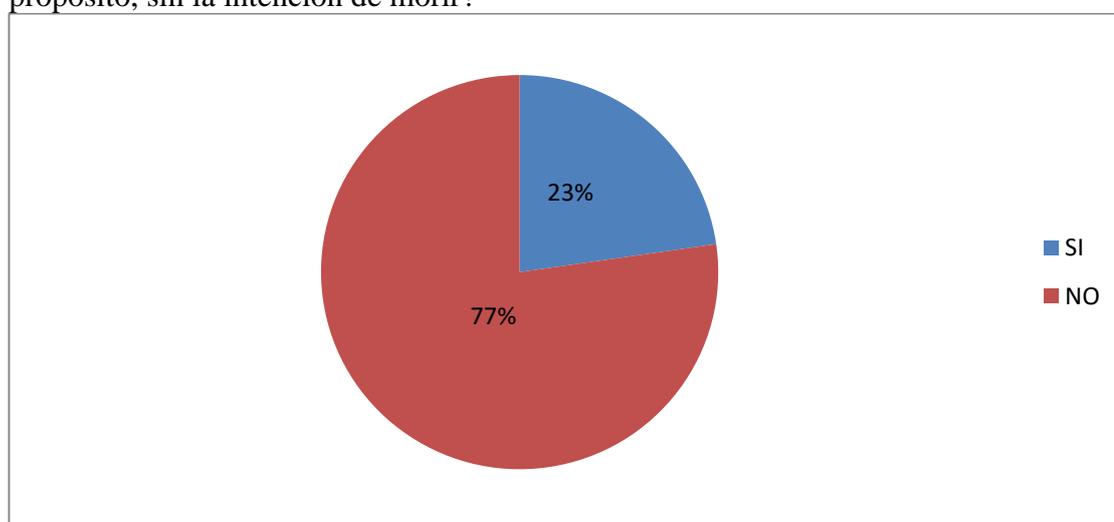
TABLA N° 3: ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, sin la intención de morir?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| SI | 220 | 23% |
| NO | 748 | 77% |
| TOTAL | 968 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 3: ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, sin la intención de morir?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 968 estudiantes que corresponde al 100% 220 de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, los 220 estudiantes corresponden al 23% que se autolesionan y los 748 corresponden al 77% que no lo han hecho.

INTERPRETACIÓN

Rospigliosi, 2010, reportó una prevalencias de hasta 27.4% de los adolescentes alguna vez se ha auto lesionado, se puede observar que este porcentaje se aproxima a los resultados que arroja la investigación.

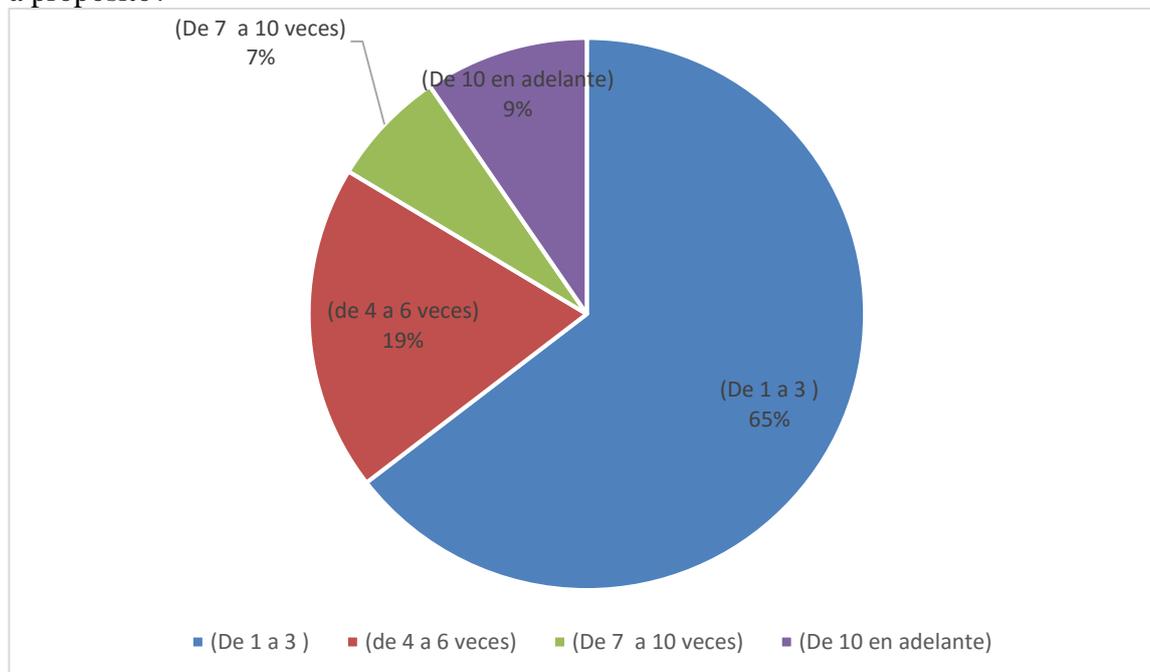
TABLA N° 4: ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|-------------|
| De 1 a 3 | 142 | 65% |
| De 4 a 6 veces | 42 | 19% |
| De 7 a 10 veces | 15 | 7% |
| De 10 en adelante | 21 | 9% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 4: ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 142 estudiantes, correspondiendo estos al 65%, se han herido,

cortado, intoxicado o hecho daño a propósito de 1 a 3 veces; 42 estudiantes, correspondiendo estos al 19%, se han herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito de 4 a 6 veces; 15 estudiantes, correspondiendo estos al 7%, se han herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito de 7 a 10 veces; y 21 estudiantes, correspondiendo estos al 9%, se han herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito más de 10 veces.

INTERPRETACIÓN

Willkinson, 2011, en relación a la reincidencia recoge que el 70-90% repiten la autolesión 3 o más veces. Se evidencia que el número de veces de autolesiones está dentro del rango que prevalece en la presente investigación.

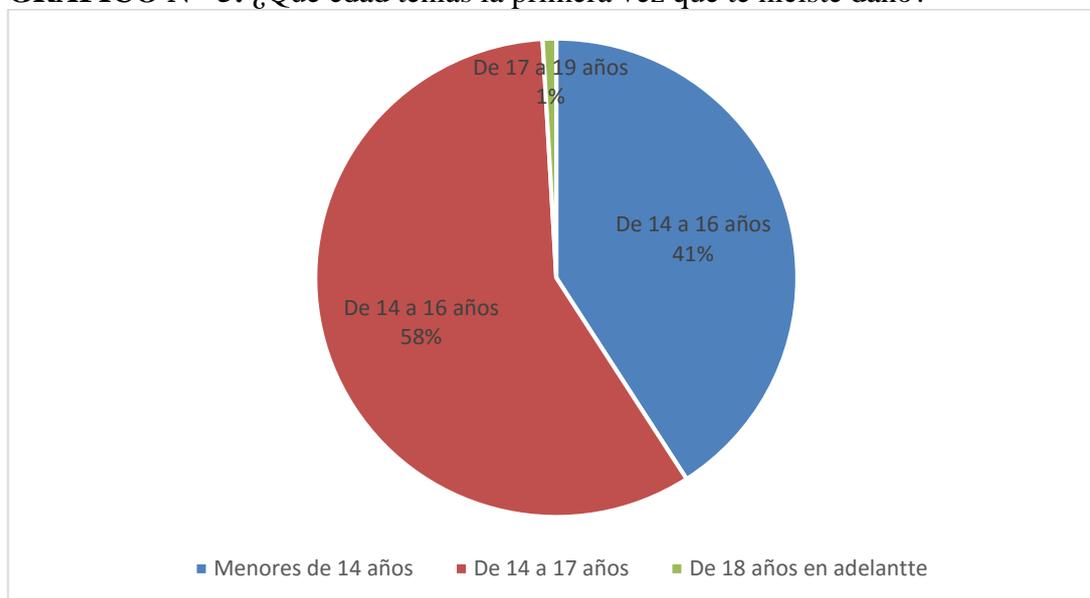
TABLA N° 5: ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|-------------|
| Edad temprana 11 a 13 años | 90 | 41% |
| Edad media 14 a 16 años | 128 | 58% |
| Edad tardía 17 a 19 años | 2 | 1% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 5: ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesión para determinar la presencia de conductas autolesivas, 90 estudiantes, correspondiendo estos al 41%, se encuentran en la edad temprana (11 a 13 años); 128 estudiantes, correspondiendo estos al 58%, tenían entre 14 a 17 años que corresponde a la edad media y 2 estudiantes, correspondiendo estos al 1%, estaban en el rango de la edad tardía (17 a 19 años) la primera vez que se hicieron daño.

INTERPRETACIÓN

Ross & Heath, 2002, la mayoría de las personas que se autolesionan comienzan a la edad de 13-15 años, como se puede observar los resultados de la presente investigación coinciden con este rango edad

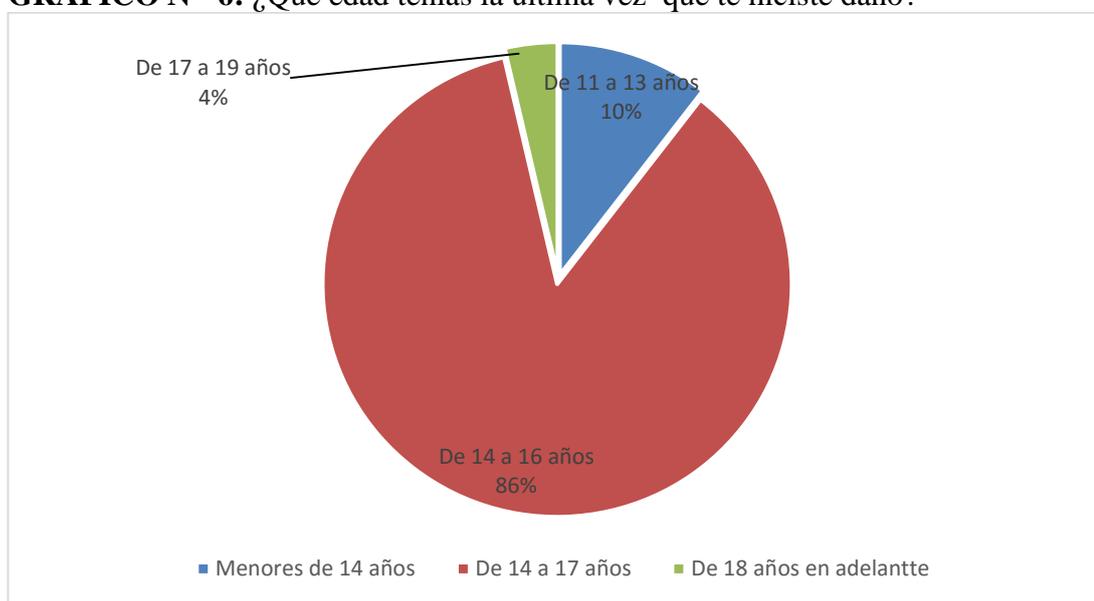
TABLA N° 6: ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Edad temprana de 11 a 13 años | 23 | 10% |
| Edad media 14 a 16 años | 189 | 86% |
| Edad tardía 17 a 19 años | 8 | 4% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 6: ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 23 estudiantes, correspondiendo estos al 10%, estaban en la edad temprana de (11 a 13 años), 189 estudiantes, correspondiendo estos al 86%, se encontraban en la edad media (14 a 16 años) y 8 estudiantes, correspondiendo estos al 4%, en la edad tardía (17 a 19 años) la última vez que se hicieron daño.

INTERPRETACIÓN

Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelly, 2007; Wan et al., 2011, ya en la adolescencia tardía (17-19 años), suele producirse un leve declinar. Según los resultados de la presente investigación, no coinciden con el rango que algunos autores.

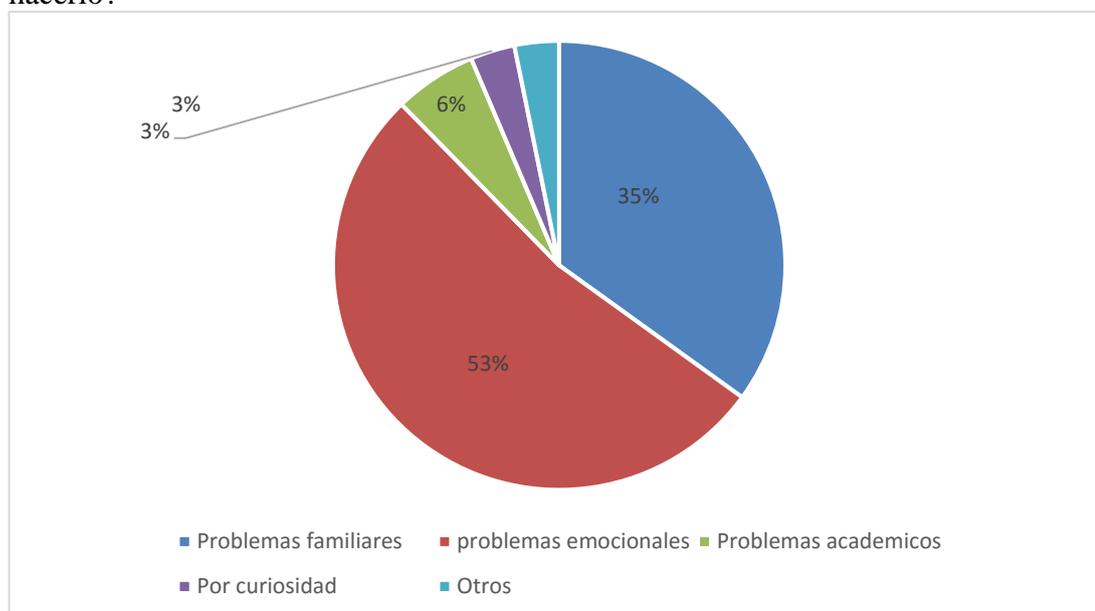
TABLA N° 7: ¿La última vez que te hiciste daño cual fue el motivo para hacerlo?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|-------------|
| Problemas familiares | 77 | 35% |
| Problemas emocionales | 116 | 53% |
| Problemas académicos | 13 | 6% |
| Por curiosidad | 7 | 3% |
| Otros | 7 | 3% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 7: ¿La última vez que te hiciste daño cual fue el motivo para hacerlo?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 77 estudiantes, correspondiendo estos al 35%, la última vez que se hicieron daño el motivo para hacerlo fueron problemas familiares; 116

estudiantes, correspondiendo estos al 53%, la última vez que se hicieron daño el motivo para hacerlo fueron problemas emocionales; 13 estudiantes, correspondiendo estos al 6%, la última vez que se hicieron daño el motivo para hacerlo fueron problemas académicos; 7 estudiantes, correspondiendo estos al 3%, la última vez que se hicieron daño el motivo para hacerlo fue por curiosidad; y 7 estudiantes, correspondiendo estos al 3%, la última vez que se hicieron daño los motivos para hacerlo fueron otros.

INTERPRETACIÓN

Rodríguez y Guerrero 2005, añaden que el autodaño se presenta cuando el individuo no es capaz de tolerar ciertas emociones, situación que desencadena "la búsqueda automática de un sustituto del dolor emocional por el dolor físico", lo que reafirma el resultado prevalente obtenido.

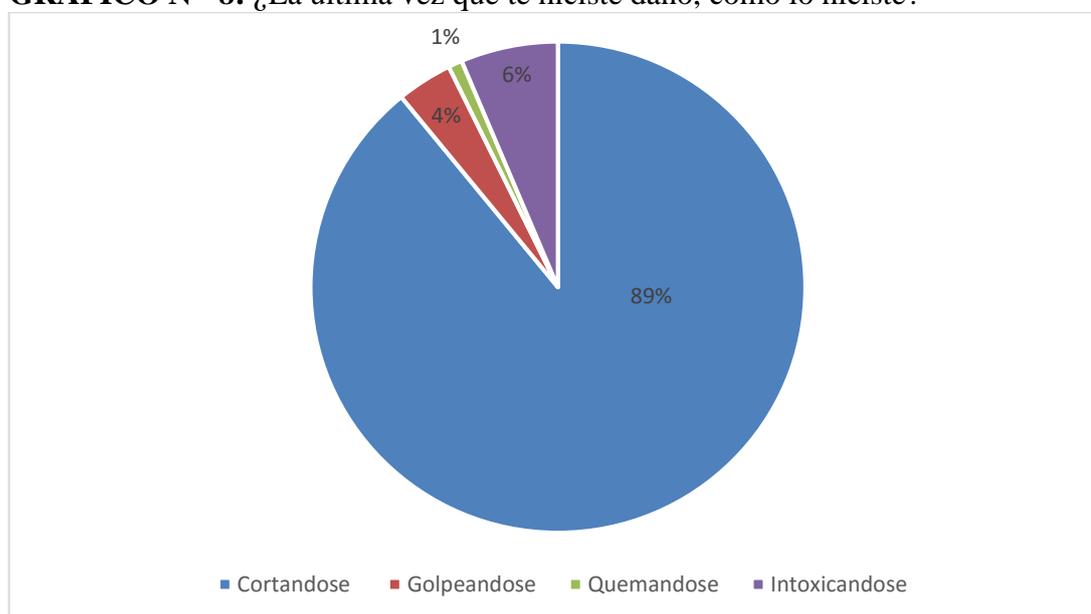
TABLA N° 8: ¿La última vez que te hiciste daño, como lo hiciste?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------|------------|-------------|
| Cortándose | 196 | 89% |
| Golpeándose | 8 | 4% |
| Quemándose | 2 | 1% |
| Intoxicándose | 14 | 6% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 8: ¿La última vez que te hiciste daño, como lo hiciste?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 196 estudiantes, correspondiendo estos al 89%, se hicieron daño cortándose; 8 estudiantes, correspondiendo estos al 4%, se hicieron daño golpeándose; 2 estudiantes, correspondiendo estos al 1%, se hicieron daño quemándose y 14 estudiantes, correspondiendo estos al 6%, se hicieron daño intoxicándose.

INTERPRETACIÓN

El resultado de la presente investigación coincide con los resultados del estudio de Nixon et al., 2008; Ystgaard et al., 2009, por lo que respecta a las primeras, los cortes en muñecas y antebrazos constituyen el método autolesivo,

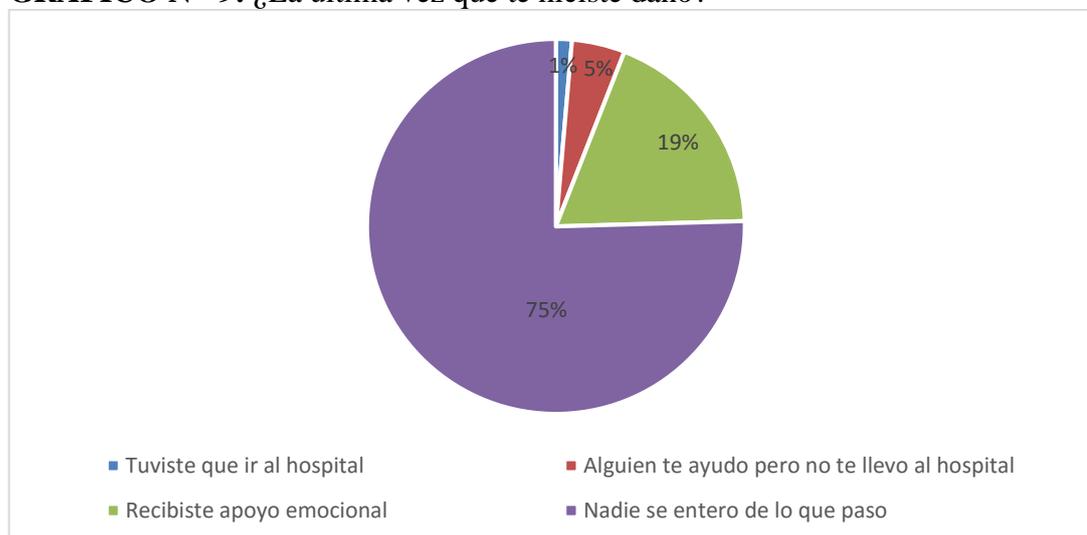
TABLA N° 9: ¿La última vez que te hiciste daño?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---|------------|-------------|
| Tuviste que ir al hospital | 3 | 1% |
| Alguien te ayudo pero no te llevo al hospital | 10 | 5% |
| Recibiste apoyo emocional | 41 | 19% |
| Nadie se enteró de lo que paso | 166 | 75% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 9: ¿La última vez que te hiciste daño?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 3 estudiantes, correspondiendo estos al 1%, la última vez que se hicieron daño tuvieron que ir al hospital; 10 estudiantes, correspondiendo estos al 5%, la última vez que se hicieron daño alguien les ayudo, pero no les llevaron al hospital; 41 estudiantes, correspondiendo estos al 19%, la última vez que se hicieron daño recibieron apoyo emocional y 166 estudiantes, correspondiendo estos al 75%, la última vez que se hicieron daño nadie se enteró de lo que paso.

INTERPRETACIÓN

(Dra. Santos Bernard, 2011), las heridas se hacen en lugares que sean fáciles de esconder, y la intensidad o profundidad de las mismas son controladas para poder cuidarlas en casa y evitar el riesgo de tener que acudir al hospital o a un miembro de la familia, lo que corrobora con el resultado de este estudio ya que las personas que se autolesionan lo mantienen en secreto.

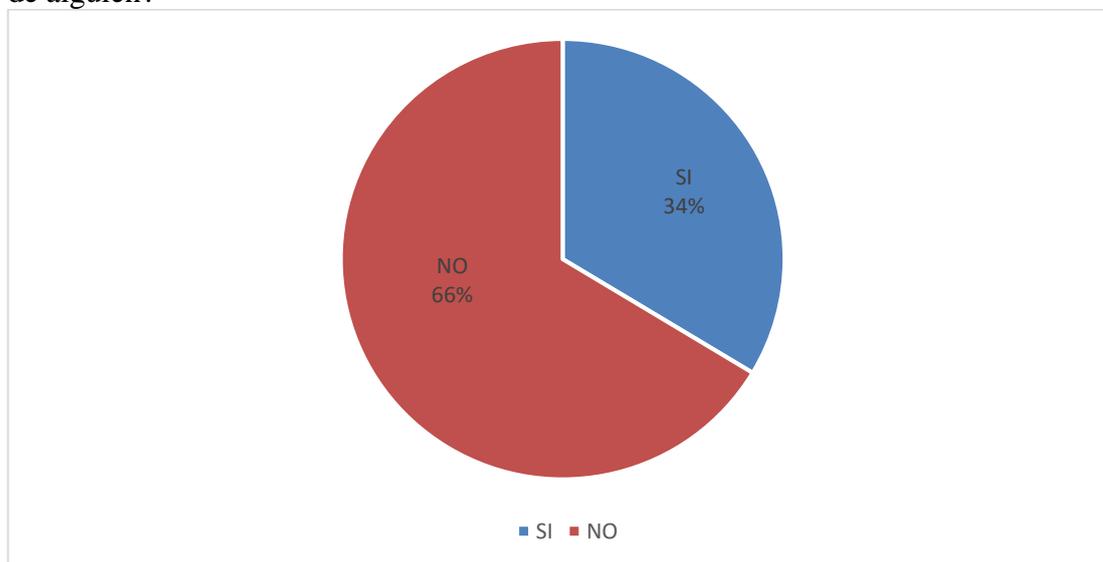
TABLA N° 10: ¿La última vez que te hiciste daño, buscaste ayuda o consejo de alguien?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| SI | 74 | 34% |
| NO | 146 | 66% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 10: ¿La última vez que te hiciste daño, buscaste ayuda o consejo de alguien?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 74 estudiantes, correspondiendo estos al 34%, la última vez que se hicieron daño buscaron consejo de alguien, en tanto que 146 estudiantes, correspondiendo estos al 66%, la última vez que se hicieron daño, no buscaron consejo de alguien. Psic. Dolores Mosquera, 2008, al no haber adquirido habilidades adaptativas para calmarse y controlar sus emociones, el autolesivo recurre a la acción pues es más fácil que intentar comprender y expresar lo que se

siente (difícilmente podrá expresarlo cuando él mismo no sabe que ocurre en su interior ni por qué siente con semejante intensidad)

INTERPRETACIÓN

Dra. Santos Bernard, 2011, cuando no hay manera de pedir ayuda, existe la fantasía de que alguien descubra sus heridas para que, dicha persona, se dé cuenta del inmenso dolor emocional que se está viviendo y le brinde ayuda, como se puede evidencia que estos resultados están dentro del porcentaje obtenido en nuestro estudio.

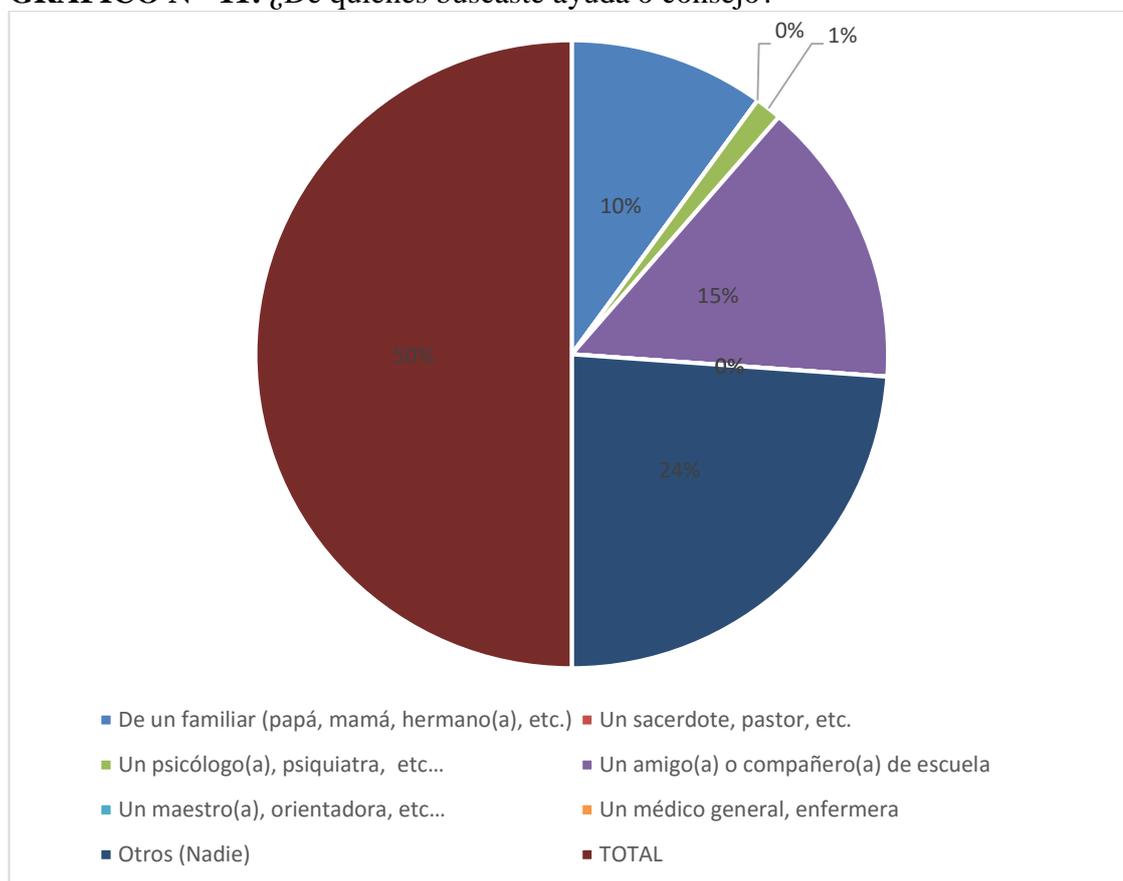
TABLA N° 11: ¿De quienes buscaste ayuda o consejo?

| RESPUESTA | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---|------------|-------------|
| De un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.) | 44 | 19% |
| Un sacerdote, pastor, etc. | 0 | 0% |
| Un psicólogo(a), psiquiatra, etc... | 6 | 3% |
| Un amigo(a) o compañero(a) de escuela | 65 | 31% |
| Un maestro(a), orientadora, etc... | 0 | 0% |
| Un médico general, enfermera | 0 | 0% |
| Otros (Nadie) | 105 | 47% |
| TOTAL | 220 | 100% |

Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la "Unidad Educativa Isabel de Godín" de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 11: ¿De quienes buscaste ayuda o consejo?



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la "Unidad Educativa Isabel de Godín" de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 220 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó la Cédula de Autolesiones para determinar la presencia de conductas autolesivas, 44 estudiantes, correspondiendo estos al 19% buscaron ayuda de un familiar, 6 estudiantes correspondiendo al 3% busco ayuda de un psicólogo o psiquiatra, 65 estudiantes correspondiendo al 31% busco ayuda de un amigo o compañero de escuela y 105 estudiantes correspondiendo al 47% no buscó ayuda de nadie.

INTERPRETACIÓN

Psic. Dolores Mosquera, 2008, la acción conlleva alivio, mientras que verbalizar y compartir requiere un esfuerzo tremendo y un repertorio de habilidades de las que carece la persona, que recurre a la acción como forma de comunicación.

Dra. Santos Bernard, 2011, aún si no se tiene bien identificada la emoción, el poder expresarla de alguna forma (hablando, pensando, dibujando, etc.) ayuda para poder manejarla, elaborarla y desahogarse. Ante la imposibilidad de expresarlo, el dolor emocional que se va generando busca formas de expresión, casi siempre dañinas, lo que reafirma el resultado obtenido.

TABLA N° 12: Rasgos de Personalidad de los adolescentes que se autolesionan

| TEST DE MILLON | | |
|-----------------------|------------|-------------|
| RASGO DE PERSONALIDAD | CANTIDAD | PORCENTAJE |
| PASIVO - AGRESIVO | 39 | 23 |
| EVITATIVO | 28 | 17 |
| NARCISISTA | 24 | 15 |
| COMPULSIVO | 21 | 13 |
| HISTRIÓNICO | 19 | 12 |
| DEPENDIENTE | 13 | 8 |
| ANTISOCIAL | 8 | 5 |
| AUTODERRTISTA | 5 | 3 |
| ESQUIZOIDE | 4 | 2 |
| AGRESIVO – SÁDICO | 3 | 2 |
| TOTAL | 164 | 100% |

Fuente: Inventario Multifasético Clínico de Millon.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

GRÁFICO N° 12: Rasgos de Personalidad de los adolescentes que se autolesionan



Fuente: Cédula de Autolesión aplicada a los estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín” de la ciudad de Riobamba.

Elaborado por: Johanna Basantes – Wendy Porras.

ANÁLISIS

De los 164 estudiantes de la “Unidad Educativa Isabel de Godín”, a quienes se les aplicó el reactivo psicológico (Test de Millon) para determinar los rasgos de personalidad presentes en los estudiantes, 164 reactivos psicológicos, correspondiendo al 75%, resultaron ser válidos, en tanto que 56 reactivos psicológicos, correspondiendo al 25%, resultaron inválidos; de los reactivos válidos, en 39 estudiantes, representando al 18%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Pasivo - Agresivo; en 28 estudiantes, representando al 13%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Evitativo; en 24 estudiantes, representando al 10%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Narcisista; en 21 estudiantes, representando al 10%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Compulsivo; en 19 estudiantes, representando al 8%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Histriónico; en 13 estudiantes, representando al 6%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Dependiente; en 8 estudiantes, representando al 4%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Antisocial; en 5 estudiantes, representando al 2%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Autoderrotista; en 4 estudiantes, representando al 2%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Esquizoide; en 3 estudiantes, representando al 1%, se determinó que el rasgo de personalidad presente en ellos corresponde a Agresivo - Sádico.

INTERPRETACIÓN

El rasgo que prevalecen los adolescentes que se autolesionan es el rasgo Pasivo Agresivo, que se caracteriza por presentar impulsividad al expresar sus emociones, son personas impacientes y presentan baja tolerancia a la frustración, viven constantemente en un estado de intranquilidad y un estado de agitación

interior, son personas pesimistas provocando que su irritabilidad y agresividad se alteren con bajones de estado de ánimo dentro de contextos de tensión e inestabilidad emocional, tienen reacciones de cólera a causa de su agresividad. La mayor parte de pasivos agresivos se sienten muy solos.

Es por esto que estas características del rasgo Pasivo Agresivo se relaciona con las Conductas Autolesivas.

CAPÍTULO IV

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

4.1 CONCLUSIONES

Una vez terminada la presente investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Después de la aplicación de la Cedula de Indicadores Parasuicidas se obtuvo la población de 220 adolescentes que corresponde el 23% que se autolesiona, y la muestra constituye 164 estudiantes que cumplen con las escalas de validez del Inventario Multiaxial Clínico de Millon.

Al aplicar el test de Millon se identificó que el rasgo de personalidad prevalente es el Pasivo Agresivo con el 18%, posteriormente el Evitativo con el 13%, Narcisista con el 11% en los adolescentes que presentan conductas autolesivas.

Se evidenció una relación entre la Conducta Autolesiva y el rasgo de personalidad Pasivo Agresivo dado que este tipo de personas presentan ciertas características como: inestabilidad emocional, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para expresar sus emociones de una manera adecuada que son típicas de las conductas autolesivas.

Se realizó un diseño de intervención de tipo Cognitivo Conductual en base a las conductas autolesivas y rasgos de personalidad en el cual está basado con las siguientes técnicas: Psicoeducación, Técnica de Distracción, Retroalimentación, Técnicas de Relajación, Solución de Problemas.

4.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda a las Instituciones Educativas y al Ministerio de Salud Pública poner más énfasis en la problemática de conductas autolesivas ya que si existe la presencia de las mismas y sin embargo en nuestro país no existen gran cantidad de estudios.

Trabajar en prevención con respecto al manejo de emociones tomando en cuenta que estos adolescentes presentan dificultades en la esfera emocional.

Psicoeducar a los padres de familia sobre la problemática para que tomen conciencia de la influencia que tienen en el comportamiento de los adolescentes

Se recomienda se haga un estudio de la aplicación del Protocolo de Intervención para verificar su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, G. (1970 a). La personalidad. Barcelona: Herder.
- Allport, G. (1970 b). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- De Leo D y Hel l er TS. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. Medical Journal of Australia, 181: 140-144.
- Doctors, S. (2007). Avances de la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. Aperturas Psicoanalíticas, 27. Recuperado el 10 de enero de 2008 de <http://www.aperturas.org/27doctors,Hotmail>.
- Hanki n BL y Abel a JR. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2° year longitudinal study. Psy - chiatry Research, 186: 65-70.
- Hawton J, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. J Adolesc 2000;23:47-55.
- Hawton K, Rodham K, Evans E y Weatherall R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self- report survey in schools in England. Bri - tish Medical Journal, 325: 1207-1211.
- . Kv ernmo S y Ro s env i ng e JH. (2009). Selfmutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates. International Journal of Circumpolar Health, 68: 235-248.
- Ll o y d-Ri chards o n EE, Perri ne N, Di erker L y Kelley ML. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychological Medicine, 37: 1183-1192.
- Millon, T. (1992a). Sobre el renacimiento de la teoría y la Evaluación de la Personalidad (On the renaissance of personality assessment and personality theory). En A. Avila spade, y C. Rodriguez Sutil (Eds.), Psicodiagnóstico Clínico, 2° edición revisada (pp. 118-124). Madrid; Eudema (Reimpresión de Journal of Personality Assesment, 1984, 48, pp. 450-466)
- Muehlenkamp JJ y Gutiérrez PM. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who en - gage in non-suicidal self-injury. Archives of Suicide Research, 11: 69-82.
- Ni x o n MK, Cl o uti er PF y Jans s o n SM. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. Canadian Medical Associa - tion Journal, 178: 306-312.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richards o n E y Pri ns tei n MJ. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Research, 144: 65-72.

- Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T y Shaffer D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1328–1335.
- Rodríguez M y Guerrero S. (2005) Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinflingidas en mujeres colombianas con trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de psiquiatría*.
- Rodríguez M., Geupeler J., Pérez V. Solano, S., Meluk, A., Guerrero E. y Liemann, E. (2007), Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de las narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(2), 237-254.
- Rospigliosi, S. (2010). Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Ross, S., Heath, N. (2002). A study of frequency of self mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.
- Safer D. Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents. *Ann Clin Psychiatry* 1997;9(4):263-9
- Santos D. Bernard (Marzo 2011) Autolesión, Información y Apoyo.
- Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93: 87-96.
- Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, et al. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32: 875-891.

- Recuperado fecha 26-05-2015 y disponible en:

<http://adolescenciaantisocial.blogspot.com/2012/01/conducta-autolesiva-e-ideacion-suicida.html>

- Recuperado fecha 27-05-2015 y disponible en:

[https://www.google.com.ec/#q=Garc%C3%A9s+Ortiz+Danilo+Javier+\(2012\)+en+la+Universidad+Técnica+de+Ambato](https://www.google.com.ec/#q=Garc%C3%A9s+Ortiz+Danilo+Javier+(2012)+en+la+Universidad+Técnica+de+Ambato)

- Recuperado fecha 10-09-2015 y disponible en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/411/VASQUEZ_CONTRERAS_CARLOS_ALEXITIMIA_ESCOLARES.pdf?sequence=1

**A
N
N
E
X
O
S**

(ANEXO 1)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M. **TIEMPO DE TRATAMIENTO:** 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|----------------|---|---|--------------------------------------|-----------------|
| Primera sesión | Recolección de datos. Rapport y Empatía. | 1. Presentación. 2. Establecimiento de una relación terapéutica positiva. 3. Generar empatía. 4. Generar curiosidad. 5. Escuchar desde la propia subjetividad. | Entrevista. Escucha empática. | 45 minutos |
| Segunda Sesión | Introducción a la Terapia Cognitiva | 1. Explicación de los conceptos cognitivo conductuales. 2. Explicación de la asociación entre emoción y pensamiento. 3. Explicar cómo un cambio en el pensamiento produce un cambio en la emoción y la conducta. 4. Recapitulación de todo lo aprendido durante la sesión. | Proporción de la información | 45 minutos |

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|----------------|----------------|--|-------------------------------|------------|
| Tercera sesión | Psicoeducación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Información sobre emociones y autolesión 2. Dar a conocer la relación que existe entre emociones y autolesión 3. Formas asertivas y eficaces de responder a las autolesiones. 4. Educar acerca de lo que es el malestar emocional y las estrategias desadaptativas más comunes (Distracción- Relajación). 5. Generar consciencia sobre la necesidad de cambio. | Proporción de la información. | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|---------------|--|---|---|-----------------|
| Cuarta sesión | Incluir a los padres del paciente al proceso terapéutico dado la influencia que tienen sobre la conducta del adolescente. Recolección de datos. Rapport y Empatía. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de una relación terapéutica positiva con los padres. 2. Educar acerca del significado de las autolesiones en general. 3. Mejorar los estilos de comunicación. 4. Detección y eliminación de las pautas disfuncionales en el estilo de interacción familiar. 5. Ayudar al adolescente a identificar los desencadenantes de las autolesiones y fortalecer el uso de las técnicas que el adolescente adquirirá en el proceso terapéutico. | Proporción de la información. Entrevista. Escucha empática. | 45 minutos |
| Quinta sesión | Psicoeducación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dar a conocer sobre la Personalidad en general. 2. Involucramiento en el tratamiento. | Proporción de la información. | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|---------------|-------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------|
| Sexta sesión | Técnica para Solución de Problemas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Justificación razonada de la técnica S.P. 2. Explicar el uso de la técnica de S.P. como estrategia útil para las autolesiones. 3. Entrenamiento de habilidades específicas. 4. Identificación de los problemas cuando ocurren. 5. Posponer la respuesta inmediata. 6. Generación de alternativas. 7. Toma de decisiones. 8. Practicar con ejemplos reales. 9. Tarea próxima sesión: (Poner en práctica lo aprendido en terapia en situaciones de la vida diaria) | Técnica de Solución de Problemas | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|----------------|---|---|------------------------|-----------------|
| Séptima sesión | Entrenamiento en estrategias para la regulación de emociones. | <ol style="list-style-type: none">1. Justificación razonada de la técnica de distracción para regular las emociones.2. Explicar el uso de la técnica de distracción como estrategia útil para las autolesiones.3. Lista de actividades alternativas frente a la autolesión.4. Lista de actividades placenteras frente a la autolesión.5. Lista de actividades de distracción del pensamiento frente a la autolesión.6. Tarea próxima sesión: (Poner en práctica lo aprendido en terapia en situaciones de la vida diaria). | Técnica de Distracción | 45 minutos |

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|---------------|--|---|---|-----------------|
| Octava sesión | <p>Recapitulación de la Técnica de Distracción.</p> <p>Psicoeducación sobre el concepto de relajación.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento de la Técnica adquirida en el tratamiento 2. Despejar dudas e interrogantes sobre lo aprendido en el proceso terapéutico. <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar el concepto de relajación y su importancia. 2. Justificación razonada de la técnica de relajación para regular las emociones. 3. Ejemplos comunes de estados de relajación. | <p>Retroalimentación</p> <p>Proporción de la información.</p> | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|---------------|---|--|------------------------|-----------------|
| Novena sesión | Entrenamiento en estrategias para la regulación de emociones. | <ol style="list-style-type: none"> Enseñar estrategias de relajación: <p>Detección de niveles de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Focalizar la atención. Identificar las señales. Medir la ansiedad. <p>Estrategias de relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> Respiración tranquilizadora. Respiración diafragmática. imagería guiada. Tarea próxima sesión: (Poner en práctica lo aprendido en terapia en situaciones de la vida diaria). | Técnica de Relajación. | 45 minutos |
| Décima sesión | Recapitulación de la Técnica de Relajación. | <ol style="list-style-type: none"> Reforzamiento de las Técnica adquirida en el tratamiento. Despejar dudas e interrogantes sobre lo aprendido en el proceso terapéutico. | Retroalimentación | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|----------------|--|---|-----------------------------------|-----------------|
| Onceava sesión | Entrenamiento en habilidades para la solución de problemas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Justificación razonada de la técnica S.P. 2. Explicar el uso de la técnica de S.P. como estrategia útil para las autolesiones. 3. Entrenamiento de habilidades específicas. 4. Identificación de los problemas cuando ocurren. 5. Posponer la respuesta inmediata. 6. Generación de alternativas. 7. Toma de decisiones. 8. Practicar con ejemplos reales. 9. Tarea próxima sesión: (Poner en práctica lo aprendido en terapia en situaciones de la vida diaria) | Técnica de Solución de Problemas. | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|-----------------|--|---|------------------------------|-----------------|
| Doceava sesión | Recapitulación de la Técnica de Solución de Problemas. | <ol style="list-style-type: none">1. Reforzamiento de la Técnicas adquirida en el tratamiento.2. Despejar dudas e interrogantes sobre lo aprendido en el proceso terapéutico. | Retroalimentación | 45 minutos |
| Treceava sesión | Planificación del futuro | <ol style="list-style-type: none">1. Prevenir recaídas anticipando los problemas que puede enfrentar el paciente.2. Prevenir recaídas clarificando los “puntos débiles del paciente.”3. Anticipar y normalizar posibles recaídas futuras. | Proporción de la información | 45 minutos |

PLAN DE INTERVENCION PARA CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES

RESPONSABLES: Johanna Basantes I. - Wendy Porras M.

TIEMPO DE TRATAMIENTO: 4 meses (1 sesión semanal)

| SESIÓN | OBJETIVO | ACTIVIDAD REALIZADA | TÉCNICA | DURACIÓN |
|-------------------|---|--|-----------------------------------|-----------------|
| Catorceava sesión | Cierre del proceso terapéutico con el paciente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer un recuento del proceso. 2. Brindar retroalimentación mutua. 3. Consolidar habilidades. <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que las fortalezas del adolescente sean clarificadas y reforzadas. • Retroalimentar respecto a las áreas que aun requieren esfuerzo hacia el cambio. 4. Despedida formal. | Técnica de Solución de Problemas. | 45 minutos |
| Quinceava sesión | Cierre del proceso terapéutico con los padres del paciente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Agradecimiento a los padres por su compromiso al proceso de cambio. 2. Brindar un resumen del proceso a los padres. 3. Anticipar y normalizar posibles recaídas futuras. 4. Fortalecer la relación con los padres a manera de referencia para futuros problemas. 5. Despedida formal y disposición para futuros encuentros. | Técnica de Solución de Problemas. | 45 minutos |

ANEXO (2)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Cédula de Indicadores Parasuicidas

Ahora vas a encontrar una serie de preguntas sobre ti. Nuevamente te pedimos que las respondas con la mayor sinceridad posible.

1) ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)? Si Nunca

2) ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?
 veces Nunca lo he hecho

3) ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño?
 años Nunca lo he hecho

4) ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño?
 años Nunca lo he hecho

5) La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)

.....
.....
.....
.....

Nunca lo he hecho

6) La última vez que te hiciste daño ¿cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)

.....
.....
.....

Nunca lo he hecho

7) La última vez que te hiciste daño:

- Tuviste que ir al hospital
- Alguien te ayudó, pero no te llevó al hospital
- Recibiste apoyo emocional
- Nadie se enteró de lo que pasó
- Nunca lo he hecho

8) La última vez que te hiciste daño ¿buscaste ayuda o consejo de alguien?

Si No

¿Por qué?

.....
.....
.....

.....

Nunca lo he hecho

9) ¿De quiénes buscaste ayuda o consejo?

- Un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.
- Un sacerdote, pastor, etc.
- Un amigo(a) o compañero(a) de escuela
- Un maestro(a) , orientadora, etc.
- Un curandero, acupunturista, etc.
-

Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.

Un médico general, enfermera

Otros

.....

| Pregunta | | V | F |
|----------|--|---|---|
| 1 | Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mi | | |
| 2 | Siempre he encontrado más comodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros | | |
| 3 | Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mi | | |
| 4 | Creo que hay que ser dedicado y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago | | |
| 5 | En las ultimas semanas me pongo a llorar apenas la minima de las cosas sale mal | | |
| 6 | Alguna gente me considera engreido(a) y egoísta | | |
| 7 | De adolescente me metia en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar | | |
| 8 | Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo | | |
| 9 | Frecuentemente critico a la gente si esta mal | | |
| 10 | Me conformo con seguir a los demás | | |
| 11 | Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir que hacer primero | | |
| 12 | A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia | | |
| 13 | Me interesa muy poco hacer amigos | | |
| 14 | Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida | | |
| 15 | Creo que soy una persona superior, por lo tanto, no me importa lo que la gente piensa | | |
| 16 | La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado | | |
| 17 | Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar | | |
| 18 | Ultimamente siento como una angustia en el estomago y me pongo a sudar frio | | |
| 19 | No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales | | |
| 20 | Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas | | |
| 21 | Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien | | |
| 22 | Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren | | |
| 23 | Frecuentemente siento que deberia ser castigado(a) por lo que he hecho | | |
| 24 | La gente se burla de mi a mis espaldas, hablando de como actuo o de mi aspecto | | |
| 25 | Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren | | |
| 26 | Tiendo a rompper en llanto y tener ataques de colera sin saber porque | | |
| 27 | Empece a sentirme solo(a) y vacio(a) hace un año o dos | | |
| 28 | Tengo talento para ser dramatico | | |
| 29 | Me resulata difícil mantener el equilibrio cuando camino | | |
| 30 | Disfruto de la competencia intensa | | |
| 31 | Cuando entro en crisis, rapidamente busco a alguien para que me ayude | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 32 | Me protejo a mi mismo(a) de problemas no dejando que la gente sepa mucho de mi | | |
| 33 | La mayor parte del tiempo me siento debil y cansado (a) | | |
| 34 | Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo | | |
| 35 | Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado | | |
| 36 | Ultimamente me encuentro llorando sin ninguna razón | | |
| 37 | Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros | | |
| 38 | Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda | | |
| 39 | Una manera segura de hacer un mundo pacifico es mejorando la moral de la gente | | |
| 40 | En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho | | |
| 41 | Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras | | |
| 42 | Soy una persona sumisa y fácil | | |
| 43 | Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas | | |
| 44 | No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera | | |
| 45 | En los últimos años incluso cosas mínimas parecen deprimirme | | |
| 46 | Frecuentemente, mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo | | |
| 47 | Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe siquiera que existo | | |
| 48 | Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto | | |
| 49 | Soy una persona tranquila y miedosa | | |
| 50 | Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo | | |
| 51 | Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día | | |
| 52 | Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo | | |
| 53 | Ultimamente parecería que las furzas se me escapan, incluso en las mañanas | | |
| 54 | Empece a sentirme un fracasado(a) hace unos años | | |
| 55 | No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo | | |
| 56 | Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho | | |
| 57 | Daría la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mi | | |
| 58 | Últimamente siento ganas de romper cosas. | | |
| 59 | Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida. | | |
| 60 | Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva. | | |
| 61 | Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado (a) en caso de necesidad. | | |
| 62 | Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado. | | |
| 63 | Le gusto a poca gente. | | |
| 64 | Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría algunos de sus errores. | | |
| 65 | Algunas personas dicen que me gusta sufrir. | | |
| 66 | Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable. | | |
| 67 | Últimamente me siento nervioso (a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué. | | |
| 68 | Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo. | | |
| 69 | Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida. | | |
| 70 | Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba. | | |
| 71 | Me siento cansado (a) todo el tiempo. | | |
| 72 | No puedo dormir bien, y me levanto tan cansado (a) como cuando me acosté. | | |
| 73 | He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas. | | |
| 74 | Nunca perdono un insulto. , ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar. | | |
| 75 | Deberíamos respetar las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos. | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 76 | Ahora me siento terriblemente deprimido (a) y triste gran parte del tiempo. | | |
| 77 | Soy el tipo de personas del que otros se aprovechan. | | |
| 78 | Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan. | | |
| 79 | He tenido serios pensamientos suicidas por varios años. | | |
| 80 | Rápidamente me doy cuenta cómo la gente está intentando causarme problemas. | | |
| 81 | Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente. | | |
| 82 | No puedo entenderlo, pero parecería que disfruto hiriendo a las personas que quiero. | | |
| 83 | Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente. | | |
| 84 | Estoy dispuesto (a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación. | | |
| 85 | Desde que era niño (a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme. | | |
| 86 | Cuando las cosa se ponen aburridas, me gusta despertar situaciones emocionantes. | | |
| 87 | Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mi y a mi familia. | | |
| 88 | Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, deberían pedírmelo a mí. | | |
| 89 | Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las personas que conozco. | | |
| 90 | Hace diez años que no veo un carro. | | |
| 91 | No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero. | | |
| 92 | El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería. | | |
| 93 | Hay muchas veces que sin razón alguna, me siento muy contento (a) y muy emocionado (a). | | |
| 94 | Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez. | | |
| 95 | Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento. | | |
| 96 | En las últimas semanas me siento agotado sin ninguna razón. | | |
| 97 | De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien. | | |
| 98 | Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van. | | |
| 99 | De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado (a) y triste acerca de la vida. | | |
| 100 | Mucha gente lleva años espiando mi vida privada. | | |
| 101 | No sé por qué pero a veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros. | | |
| 102 | Odio y temo a la mayoría de la gente. | | |
| 103 | Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen. | | |
| 104 | Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito. | | |
| 105 | Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado. | | |
| 106 | Siempre estoy dispuesto (a) a ceder con los demás para evitar problemas. | | |
| 107 | Frecuentemente estoy molesto (a) y renegón (a). | | |
| 108 | Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme. | | |
| 109 | Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosa una y otra vez | | |
| 110 | Frecuentemente pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden. | | |
| 111 | Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás. | | |
| 112 | Frecuentemente cuando estoy solo (a), siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mi. | | |
| 113 | Me siento muy desorientado (a) y no sé adónde voy en la vida. | | |
| 114 | Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso. | | |
| 115 | A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mi o a otra persona. | | |
| 116 | He sido injustamente castigado (a) por la ley por crímenes que no he cometido. | | |
| 117 | Me he vuelto muy nervioso (a) en las últimas semanas. | | |
| 118 | Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme. | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 119 | Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso. | | |
| 120 | Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada. | | |
| 121 | Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo. | | |
| 122 | A través de los años, he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo. | | |
| 123 | Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuánto se puede confiar en ellas. | | |
| 124 | Incluso despierto (a) parece que no percibo a la gente que está junto. | | |
| 125 | Me resulta muy fácil hacer muchos amigos. | | |
| 126 | Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado. | | |
| 127 | Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta. | | |
| 128 | Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro. | | |
| 129 | No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite. | | |
| 130 | Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años. | | |
| 131 | Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo. | | |
| 132 | De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico (a) y no puedo salirme de eso. | | |
| 133 | Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga. | | |
| 134 | Con frecuencia me enoja con la gente que hace las cosas lentamente. | | |
| 135 | Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer. | | |
| 136 | En los últimos años, me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mi mismo (a) | | |
| 137 | Nunca paso desapercibido (a) cuando estoy en una fiesta. | | |
| 138 | La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral. | | |
| 139 | A veces me siento confundido y perturbado (a) cuando la gente es amable conmigo. | | |
| 140 | Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia. | | |
| 141 | Me siento incómodo (a) con los miembros del sexo opuesto. | | |
| 142 | Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mi mismo. | | |
| 143 | No me importa que la gente no esté interesada en mí. | | |
| 144 | Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas. | | |
| 145 | La gente puede fácilmente cambiar mis ideas incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada. | | |
| 146 | Los otros han tratado de engañarme, pero tengo fuerza de voluntad para superarlos. | | |
| 147 | Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno (a) para nada. | | |
| 148 | Con frecuencia, la gente se enfada conmigo porque los mandoneo. | | |
| 149 | Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están encima mío. | | |
| 150 | Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas. | | |
| 151 | En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas. | | |
| 152 | Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año. | | |
| 153 | Yo creo en el dicho "Quien madruga Dios lo ayuda". | | |
| 154 | Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida. | | |
| 155 | Mis sentimientos hacía la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacía ellos. | | |
| 156 | Mis padres nunca estaban de acuerdo. | | |
| 157 | En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme. | | |
| 158 | En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro (a) y tenso (a). | | |
| 159 | Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir. | | |
| 160 | Desde que era niño he ido perdiendo contacto con el mundo real. | | |
| 161 | Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo. | | |
| 162 | Era muy inquieto (a) viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de dónde iría a parar. | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 163 | No puedo tolerar la gente que llega tarde a las citas. | | |
| 164 | Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado. | | |
| 165 | Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía. | | |
| 166 | Tengo la habilidad de ser exitoso (a) en casi cualquier cosa que haga. | | |
| 167 | Últimamente me derrumbo. | | |
| 168 | Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera. | | |
| 169 | Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo. | | |
| 170 | Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención. | | |
| 171 | Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente. | | |
| 172 | Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo (a) verbalmente. | | |
| 173 | Prefiero estar con gente que vaya a protegerme. | | |
| 174 | Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo. | | |
| 175 | He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol. | | |