



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes de Riobamba.

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Magister en
Psicoterapia Integrativa.**

Autor: Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo

Directora: Mgt. María Alexandra Córdova Vega

Cuenca - Ecuador

2015

DEDICATORIA

A Dios, mi hija, mi hijo y esposa
que son la razón de seguir enfrentado retos.

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a los estudiantes, profesores de los colegios y de la Universidad Nacional de Chimborazo quienes con dedicación y esfuerzo ayudaron a la recolección de datos para contar con estimaciones confiables y garantía en los resultados, a la Universidad del Azuay, de manera especial al Departamento de Postgrado y a la planta de docentes y a cada uno de los integrantes de la Psicoterapia Integrativa, a la SEAPSI quienes me han guiado en este nuevo paradigma de integrar la vida para el servicio de los demás. A la Dra. Alexandra Córdova, Tutora del trabajo de investigación que con su dirección y saberes garantizaron el éxito de la presente investigación.

A los adolescentes participantes en el estudio a quienes expreso mi reconocimiento ya que sin su participación no se habría llegado al propósito fundamental de aportar con un diseño de intervención psicoterapéutico integrativo para la conducta autolesiva y aportar en la generación de cambios a favor de la salud mental e integral de los mismos.

RESUMEN


Al ser la autolesión un trastorno psicológico, el objetivo de este trabajo fue identificar los rasgos de personalidad en adolescentes con autolesión para la realización del diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano a través de un estudio descriptivo transversal y un análisis de correlación tipo ANOVA. El diagnóstico se realizó con 1200 participantes, de 16 a 17 años de edad, usando la Cédula de Indicadores Parasuicidas o Indicadores de Autolesión. Se utilizó el "BFQ" y el Cuestionario "SEAPSI" para evaluar la personalidad de los adolescentes que presentaban dicha conducta autolesiva en una muestra de 120 estudiantes distribuidos en dos grupos: 60 que formaron el grupo de estudio y 60 para el grupo comparativo. Los resultados indican que del total de la población, el 23,7% adolescentes se han autolesionado sin intención suicida en alguna ocasión. Al analizar la autolesión con los rasgos de personalidad en el grupo de estudio y comparativo, se obtuvo una relación moderadamente significativa con la dimensión de Energía ($p < 0,043$) y Estabilidad Emocional ($p < 0,037$), y en la Afabilidad, Tesón, Apertura Mental no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05. Con estos resultados se dejó planteado un diseño de intervención para el tratamiento de esta patología de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad.

Palabras claves: Adolescencia, autolesión, rasgos de personalidad, modelo integrativo.

ABSTRACT

Self-Harm is considered a psychological disorder; therefore, this study aims at identifying personality traits in adolescents who suffer self-harm disorder, so that we can carry out an intervention design according to the Ecuadorian Integrative Model, through a transversal descriptive study and an ANOVA (Analysis of variance) correlation-type analysis. The diagnosis was conducted with 1200 participants between 16 to 17 years of age, using the Parasuicide Indicators Record (CIP) or Self-Harm indicators. The Big Five Questionnaire (BFQ) and the SEAPSI Personality Questionnaire were used to assess the personality of adolescents who suffer from self-injurious behavior in a sample of 120 students divided into two groups: 60 who make up the study group, and 60 who make up the comparison group. The results indicate that the total population, 23.7% adolescents, has occasionally harmed themselves without suicidal intentions. When analyzing self-injury with the personality traits in the study group, and in the comparison group, we obtained a moderately significant relationship with the dimension of Energy ($p < 0.043$) and Emotional Stability ($p < 0.037$). In the dimensions of Affability, Stamina, and Open-Mindedness, there were no significant differences with an alpha level of 0.05. Based on the results obtained, we were able to propose an intervention design for the treatment of this pathology according to the Ecuadorian Integrative Model focused on the personality.

Keywords: Adolescence, Self-Harm, Personality Traits, Integrative Model



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	lv
Abstract	v
Índice de contenido	vi
Índice de Tablas y Figuras	vii
Índice de Anexos	viii
Introducción	1
Capítulo 1: Materiales y métodos.	4
Capítulo 2: Resultados.	8
Capítulo 3: Discusión.	26
Conclusión.	31
Referencias bibliográficas.	33
Anexos	38

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1:	Distribución de los estudiantes de primero de bachillerato según el colegio.	7
Tabla 2:	Relación entre las dimensiones de personalidad y conducta autolesiva.	13
Tabla 3:	Correlación entre las dimensiones de personalidad y la conducta autolesiva.	14

FIGURAS

Figura 1:	Distribución de los estudiantes según sexo.	7
Figura 2:	Distribución de los estudiantes según presencia histórica de conducta de autolesión.	8
Figura 3:	Distribución de los adolescentes según frecuencia de conductas autolesivas.	8
Figura 4:	Distribución de los adolescentes según edad de inicio de las conductas autolesivas.	9
Figura 5:	Distribución de los adolescentes según edad de la última vez de autolesión.	9
Figura 6:	Distribución de los adolescentes según motivo de la última vez de autolesión.	10
Figura 7:	Distribución de los adolescentes según forma de la última vez de autolesión.	11
Figura 8:	Distribución de los adolescentes según asistencia recibida en la última vez de autolesión.	11
Figura 9:	Distribución de los adolescentes según búsqueda de ayuda en la última vez de autolesión.	12
Figura 10:	Distribución de los adolescentes según persona a la que acudió en la última vez de autolesión.	12
Figura 11:	Distribución de los adolescentes con conductas autolesivas que participaron en la investigación según el sexo.	13
Figura 12:	Correlación entre los tipos de personalidad "SEAPsI" y la conducta autolesiva.	15

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1:	Cédula de Indicadores Parasuicidas o Indicadores de Autolesión.	38
Anexo 2:	Cuestionario de Personalidad SEAPsl.	39
Anexo 3:	Cuestionario "Big Five" (BFQ).	42

Autor: Juan Pablo Mazón Naranjo

Trabajo de graduación.

Directora: María Alexandra Córdova Vega

Abril, 2015

Diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes de Riobamba.

INTRODUCCIÓN

Las conductas autolesivas son un fenómeno en aumento entre los adolescentes y con una incidencia importante (Hawton, 2000), dicha conducta se la define como la agresión hacia sí mismo sin la intención de acabar con su vida (Vásquez, 2011), quienes recurren a esta práctica dicen sentir alivio a sus problemas, convirtiéndose en una nueva forma de "adicción" que amenaza su integridad y su salud.

La automutilación es una entidad más frecuente dentro de las conductas autodestructivas de lo que se cree, se trata de un fenómeno extendido y oculto que lo llaman "epidemia silenciosa", desde la década de los 70s es de preocupación; algunos autores británicos sugieren que la autoagresión constituiría una entidad clínica independiente como un síndrome que requería una categorización diagnóstica propia, al cual Favazza denominó "Deliberate Self Harm Syndrome" (Nader, 2003).

Las manifestaciones comienzan en la pubertad (Carvajal, 1993), cuando descubren casi siempre por influencia externa que se sienten alivio cuando se autoagreden (Mosquera, 2008), situación que obliga a investigar su presencia en grupos vulnerables como son los adolescentes, cuyas características dentro de su desarrollo a saber son: la búsqueda de identidad, autoafirmación, autovaloración, pertenencia al grupo y rebeldía con su entorno de autoridad (Castillo, 2007), favorecen su práctica como una manifestación de control de su propio cuerpo evadiendo el dolor emocional que provoca el crecer (Klonsky, 2007), paradójicamente su meta es terminar con el sufrimiento interno, aunque eso signifique atacar su propio cuerpo y padecer dolor físico.

Dentro de los causantes de esta problemática están los factores de índole social como psicológicos, en el primer caso influyen las exigencias y las prácticas del círculo social en el que se desenvuelve, la mayoría de los pacientes provienen de hogares donde han recibido tanto maltrato físico, como emocional, es habitual encontrar antecedentes de alcoholismo en la familia; en lo psicológico la presencia de una muy baja autoestima con dificultades en la vinculación y poca capacidad para lograr intimidad así como una insaciable necesidad de aprobación y afecto, inmadurez emocional, falencia en el control de impulsos e hipersensibilidad a la opinión de otro (Castillo,2007), son factores influyentes en su aparición y que se mantienen a través de los rasgos de personalidad.

Quienes recurren a esta práctica aseguran sentir placer, lastimarse es una manera de manejar emociones intensas, es similar al llanto, ya que proporcionan alivio (Mosquera, 2008). Las personas que se autolesionan se sienten tan enfadadas y agresivas que no pueden controlar sus emociones, sin embargo, tienen miedo de llegar a lastimar a otras personas, así la agresión hacia sí mismos es una manifestación de liberarse de ellos, son actitudes que pueden mantenerse ocultas durante años que pueden comenzar como un modo repentino de dejar salir la ira y frustración y pueden llegar a convertirse en una manera importante de hacer frente al estrés que, al ser oculto, suele generar más estrés (García, 2011).

La intensidad con la que las personas viven su propia autolesión no está directamente relacionada con la crueldad de la lesión o la gravedad de sus dificultades, (Santos, 2011). El sujeto poco a poco soporta el dolor y cada vez aumenta su tolerancia al mismo, de tal manera que tiene que crearse una lesión más severa para obtener el mismo efecto de alivio, entonces, la autolesión se convierte en el fantasma de una “nueva adicción” que se cierne principalmente sobre los jóvenes (García, 2011). Aunque no se tienen datos fiables, la mayoría de terapeutas con consultorios con un número elevado de pacientes, creen que la autolesión se ha hecho mucho más común entre los adolescentes y jóvenes de 10 a 18 años, específicamente alrededor del momento en el que alcanzan la pubertad (Carvajal,1993), se manifiesta como una forma de hacer frente a las exigencias y demandas de dicho periodo, grupo que además, tiene acceso fácil y a su disposición los medios y condiciones para la práctica de este comportamiento.

Igual que con los trastornos de la alimentación, la autolesión ya no es un síntoma enteramente auto-inventado. A través de artículos de revistas, programas de televisión y libros de divulgación, este síntoma ha llegado al gran público. Seguro que la anorexia nerviosa que sufrió Isak Dinesson fue creada puramente de sus circunstancias psicológicas, sin embargo, hoy nuestros jóvenes aprenden sobre estas cosas en todas partes, la escuela incluida. Hay una diferencia entre los individuos para los que un síntoma es una ingenua creación propia y

aquellos que observan el síntoma y encuentran que les “atrae”, y en última instancia, la publicidad influye sobre la incidencia (Shelly, 2007).

Los estudios anglosajones han brindado algunas estadísticas, al realizar entrevistas a 500 estudiantes universitarios, se constató que el 12% se había autolesionado por lo menos una vez. 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; y en el otro señala que el 15% de los adolescentes lo hacen (Santos, 2011).

Sin embargo, los estudios sobre esta conducta patológica son relativamente escasos y la literatura existente sobre este tema es mínima y aún poco clara en la explicación de los factores que la desencadenan. A nivel del Ecuador según Ministerio de Salud Pública (2013), no existen estudios epidemiológicos de ningún tipo sobre este tema, a pesar de ser una problemática que está en franca expansión aunque no visibilizada como corresponde, ya que cuando se descubre dentro de la familia que un miembro se autolesiona mediante heridas, cortes o quemaduras repetidamente, el miedo, la vergüenza y la desesperanza se apoderan rápidamente de los familiares y esconden el problema (Santos, 2011).

La hipótesis que se plantea es si ¿Existen rasgos de personalidad que se relacionan en el desarrollo de conductas autolesivas en los adolescentes de primero de bachillerato?

El objetivo general de la presente investigación es diseñar una propuesta de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes de Riobamba.

Los objetivos específicos son: 1). Reconocer a los adolescentes que se autolesionan. 2) Identificar los rasgos de personalidad de los adolescentes que presentan conductas autolesivas. 3) Analizar la correlación entre rasgos de personalidad y la conducta autolesiva de los adolescentes. 4) Plantear una intervención psicoterapéutica integrativa basada en la personalidad para el abordaje de conductas autolesivas.

CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS:

Diseño: El diseño de esta investigación es cuasi experimental, dado que se han observado las variables de estudio en su contexto natural, sin manipularlas intencionalmente. Además, es de tipo descriptiva y transversal, dado que apunta a describir algunas características en una determinada población y explora la asociación entre dos variables, que en este caso serían la autolesión y los rasgos de personalidad, se realizó la medición de las variables en un punto único en el tiempo. Se utilizó ANOVA de una vía y la T de Pearson, y se manejó los datos estadísticos con SPSS 20.

Participantes: El muestreo que se utilizó en esta investigación fue no probabilístico incidental, debido a que la selección de los colegios no se hace de forma aleatoria y los participantes fueron los estudiantes que aceptaron participar. Las instituciones educativas son estatales, se cuenta con un universo de estudio de 1200 estudiantes de primero de Bachillerato, la edad osciló entre 16 a 17 años de edad, inscritos en el periodo lectivo 2014 según consta en el Distrito de Educación de Riobamba, es decir, la secundaria del Colegio Isabel de Godin, Amelia Gallegos, Riobamba, Fernando Daquilema, Corazón de la Patria, Mons. Leónidas Proaño del Cantón Riobamba.

Luego de una segmentación intencional en función de la presencia de la conducta autolesiva típica o moderada, es decir, aquella que se puede presentar en la población en general, se identificaron a 284 adolescentes con presencia de dichas conductas autolesivas. De ellos, participaron en la segunda y tercera fase 60 adolescentes que se autolesionan y que en la escala de distorsión del Test "BFQ" no puntuaron de manera positiva o negativa, y 60 adolescentes que no presentan dicha conducta que formaron el grupo comparativo para establecer una correlación entre ambos grupos en relación a los rasgos de personalidad.

Consideraciones éticas: Previa autorización de los directivos del colegio, se procedió a informar a los estudiantes acerca de los objetivos de la investigación, su participación fue voluntaria y consentida, y el acceso a los resultados restringido por parte de terceros ajenos a la investigación.

Instrumentos

Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas o indicadores de autolesión.

Para medir las autolesiones se utilizó la adaptación realizada por Vásquez (2009) de la Cédula de Indicadores Parasuicidas (Gonzales, 2003). Este es un cuestionario que incluye nueve 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). 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).

BFQ Cuestionario Big Five.

Este test mide 5 dimensiones y 10 subdimensiones de la personalidad y una escala de distorsión. Los autores son G.V. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni (2001), adaptación es de J. Bermúdez, Catedrático de Psicología, UNED, Madrid. La aplicación es individual y colectiva, adolescentes y adultos; tiempo: variable, entre 20 y 30 minutos. El modelo de los "Big Five" o Cinco Grandes Factores (Energía o Extraversión, Afabilidad o Agrado, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental o Apertura a la Experiencia) (John et al. 1988; John 1900, Digman 1990), se propone como un intento de mediación y unificación entre los distintos puntos de vistas existentes. A continuación se presentan las definiciones de los cinco factores: Energía (E): Las personas que alcanzan una puntuación alta en esta dimensión, tiende a describirse como; muy dinámica, activa, enérgica, dominante y locuaz. Por el contrario, la persona que obtiene puntuación baja tiende a describirse como; poco dinámica y activa, poco enérgica, sumisa y taciturna. Afabilidad (A): La persona que alcanza puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como; muy cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa y empática. Por el contrario, la persona que logra puntuación baja tiende a describirse como; poco cooperativa, poco cordial, poco altruista, poco amigable, poco generosa y poco empática. Tesón (T): La persona que presenta alta puntuación en esta dimensión tiende a describirse como; muy reflexiva, escrupulosa, ordenada, diligente y perseverante. Por el contrario, la persona que logra puntuación baja tiende a describirse como; poco reflexiva, poco escrupulosa, poco ordenada, poco diligente y poco perseverante. Estabilidad emocional (EE): La persona que obtiene puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como; poco ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable. Por el contrario, la persona que obtiene puntuación baja tiende a describirse como; muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable. Apertura mental (AM): La persona que obtiene puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como; muy culta, informada, interesada por las cosas y

experiencias nuevas, dispuesta al contacto con culturas y costumbres distintas. Por el contrario, la persona que obtiene puntuación baja tiende a describirse como; persona poco culta, poco informada, poco interesada por cosas y experiencias nuevas y refractarias al contacto con culturas y costumbres distintas.

La interpretación de cada variable se lo hace con la ayuda de varios adjetivos; el primero de estos adjetivos determina el grado en que el sujeto posee las cualidades especificadas con los adjetivos siguientes. El adjetivo de grado está relacionado con la posición de la puntuación empírica en una escala de cinco categorías, desde un grado "muy bajo" a un grado "muy alto". Los adjetivos de grado se dan atendiendo al siguiente esquema:

Grado	Adjetivo
5	Muy (mucho)
4	Bastante
3	Moderada
2	Poco
1	Muy poco

Cuestionario de Personalidad de la SEAPsi.

Elaborado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa – SEAPsi (Balarezo, 2014). El Cuestionario de Personalidad SEAPsi, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección. Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad. Tiene como objetivos: 1) Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad. 2) Generar un perfil de rasgos de personalidad. 3) Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos. 4) Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

Procedimiento: El trabajo de investigación se realizó en cuatro fases:

Fase 1: Se identificó las conductas autolesivas a través de la aplicación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas o Indicadores de Autolesión adaptada por González (2003) a todo el universo de estudio.

Fase 2: Se aplicó el BFQ Cuestionario Big Five y Cuestionario de la SEAPSI para evaluar la personalidad en los adolescentes que presentan conductas autolesivas y que aceptaron participar en el estudio,

Fase 3: Se evaluó y estableció la correlación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva de los adolescentes junto al grupo comparativo.

Fase 4: Se realizó el diseño del Plan de Intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva de los adolescentes.

CAPÍTULO 2: RESULTADOS

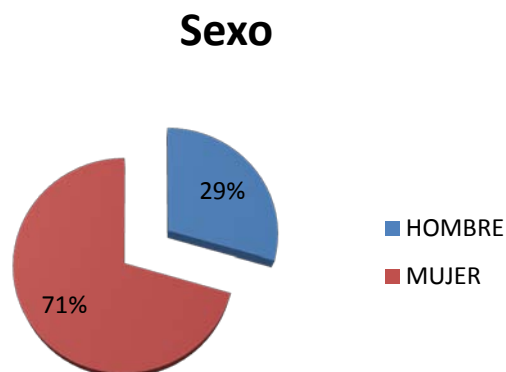
A. Descripción de la población estudiada: El 100% de estudiantes pertenecen a Primero de Bachillerato que comprende adolescentes de 16 a 17 años de edad, el 24% de estudiantes que asisten al colegio son del sector rural (Mons. Leónidas Proaño, Corazón de la Patria y Fernando Daquilema) y el 76% al urbano (Amelia Gallegos, Isabel de Godín y Riobamba), (ver Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de los estudiantes de Primero de Bachillerato según el colegio.

PRIMERO DE BACHILLERATO	ADOLESCENTES	
	N	%
U.E Mons. Leónidas Proaño	15	1,2
U.E Corazón de la Patria	84	7
U.E Fernando Daquilema	189	15,8
RURAL	288	24
U.E Amelia Gallegos	185	15,4
U.E Isabel de Godín	280	23,3
U.E Riobamba	447	37,3
URBANO	912	76
TOTAL	N= 1200	100

Descripción de los estudiantes según sexo: Se presenta una considerable diferencia entre hombres (29.5%) y mujeres (70.5%), en el caso de las mujeres la distribución porcentual está relacionada con los colegios que eran netamente femeninos y que desde las nuevas reformas académicas años atrás comenzó a ser mixto (ver Figura 1).

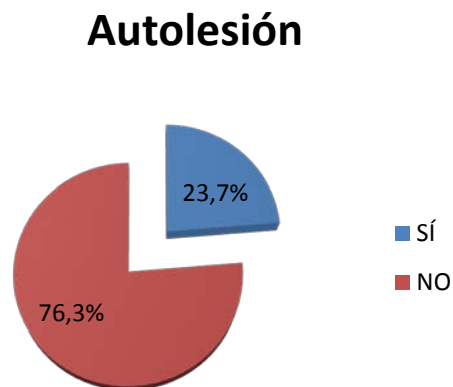
Figura 1: Distribución de los estudiantes según sexo.



B. PRIMERA FASE: Identificación de indicadores de conductas autolesivas en los adolescentes.

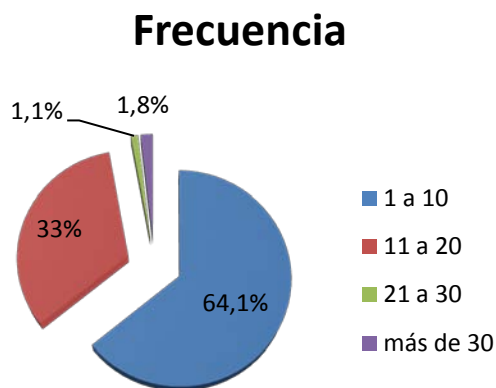
Presencia histórica de conducta de autolesión: Del 100% de estudiantes, el 23% refiere haberse autolesionado en alguna ocasión, es decir 284 adolescentes de bachillerato con este tipo de conducta (ver Figura 2).

Figura 2: Distribución de los estudiantes según presencia histórica de conducta de autolesión.



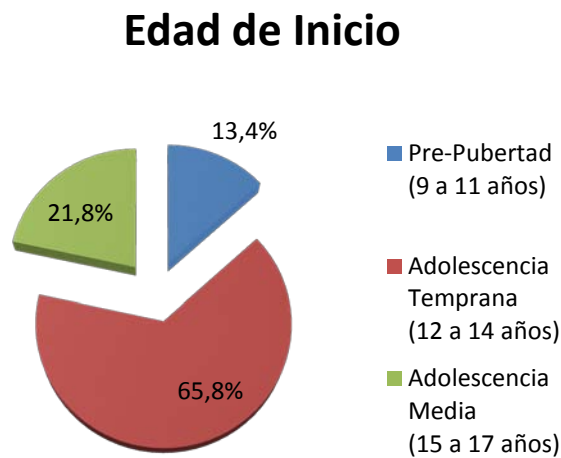
Frecuencia de conductas autolesivas: El mayor porcentaje de adolescentes se autolesionaron de 1 a 10 veces que representa al 64,1%, seguido por el 33% que lo hizo de 11 a 20 veces (ver Figura 3).

Figura 3: Distribución de los adolescentes según frecuencia de conductas autolesivas.



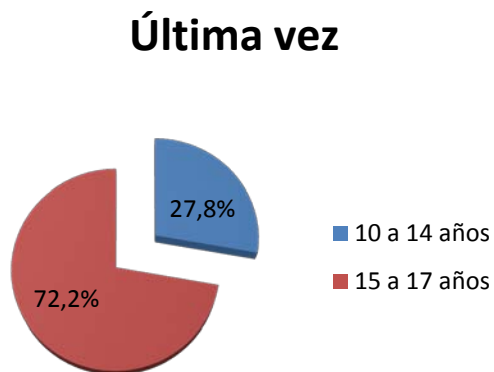
Edad de inicio de las conductas autolesivas: Los resultados demuestran que una conducta como la autolesión tiene su presencia en la pre-pubertad (9 a 11 años de edad) y un predominio en el grupo de 12 a 17 años de edad, de la adolescencia temprana y media (ver Figura 4).

Figura 4: Distribución de los adolescentes según edad de inicio de las conductas autolesivas.



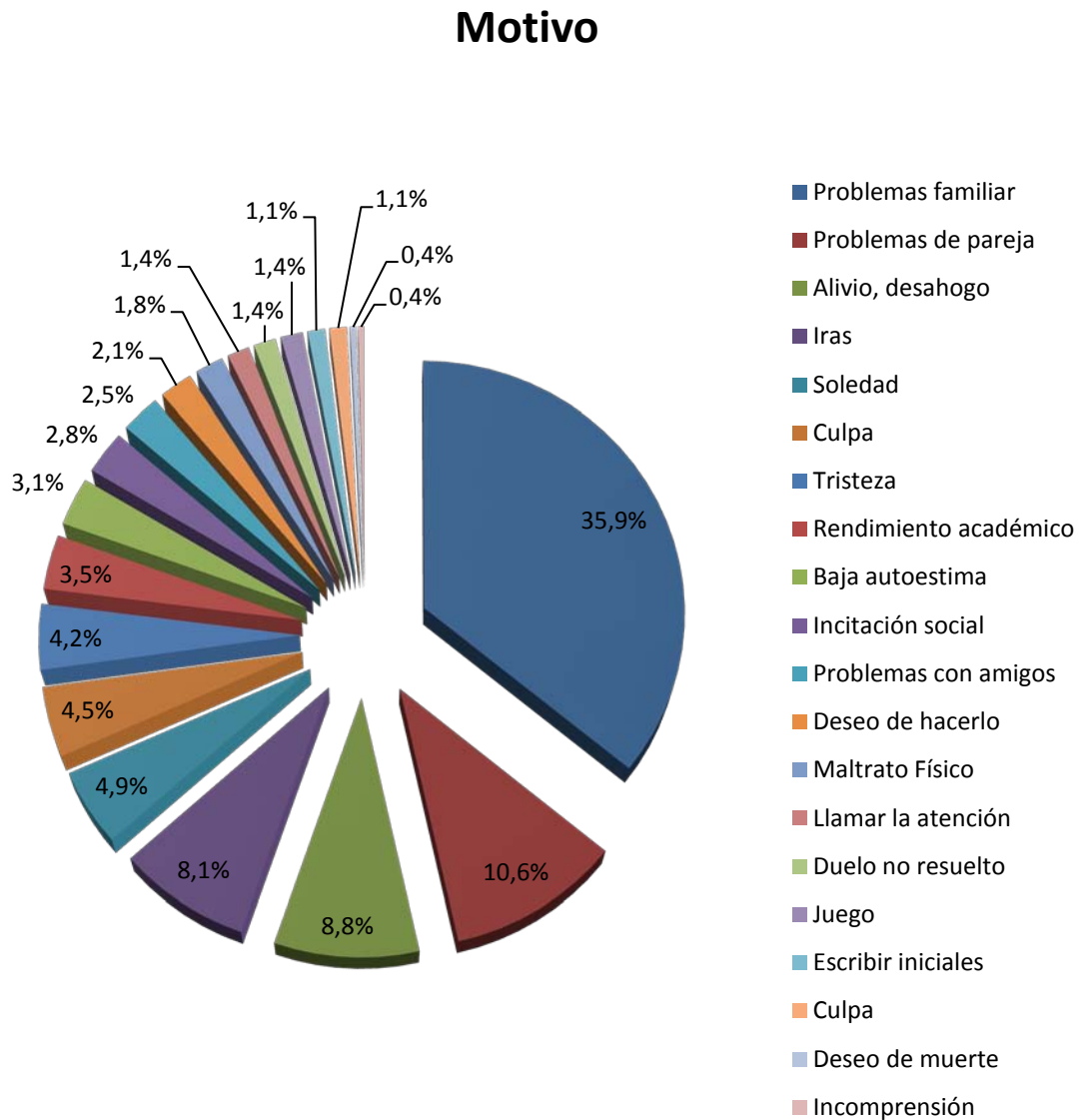
Edad de la última vez de autolesión: Los resultados demuestran que existe un inicio temprano de la conducta autolesiva del 27,8% en edades menores a 14 años y se puede observar porcentajes ascendentes en función de la edad a partir de los 15 años en forma acumulativa dichas conductas en un 72,2% (ver Figura 5).

Figura 5: Distribución de los adolescentes según edad de la última vez de autolesión.



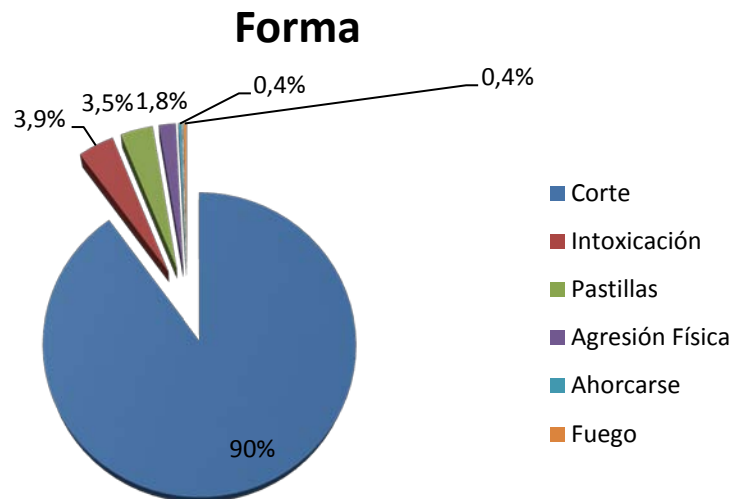
Motivo de la última vez de autolesión: La conflictiva familiar que corresponde al 35,9% es la causa más incidente de problemas de autolesión, lo que a su vez puede ser una causa básica o subyacente de las otras manifestaciones como problemas de pareja, desahogo, iras que son las siguientes en proporcionalidad (10,6%, 8,8% y 8,1 respectivamente), de igual manera, la presencia de criterios como "para llamar la atención " e "incitación social" son mecanismos utilizados para visibilizarse tanto a nivel familiar como en su entorno social (ver Figura 6).

Figura 6: Distribución de los adolescentes según motivo de la última vez de autolesión.



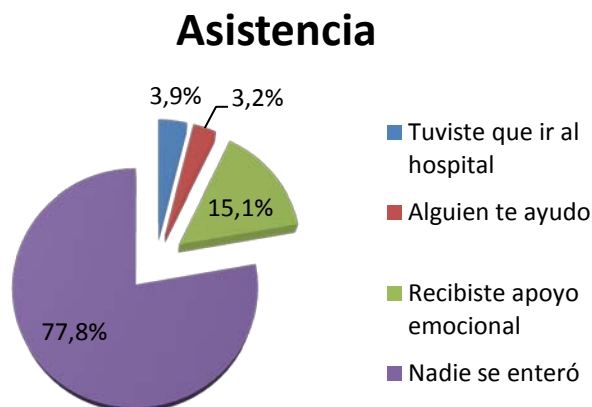
Forma de la última vez de autolesión: El "cortarse" es la conducta más frecuente con un 90% de alumnos que la refieren, así como la agresión física (1,8%) y fuego (0,4%), posiblemente por ser comportamientos que no se ven fácilmente y que pueden confundirse con accidentes domésticos; llama la atención porcentajes aparentemente pequeños de "intoxicación" (3,9%), pastilla (3,5%), y "ahorcarse"(0,4%) pero que por su frecuencia son de cuidado por ser un riesgo para la vida (ver Figura 7).

Figura 7: Distribución de los adolescentes según forma de la última vez de autolesión.



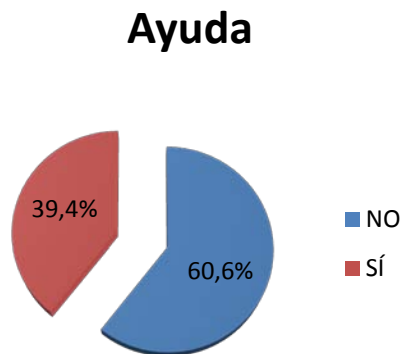
Asistencia recibida en la última vez de autolesión: La asistencia recibida en la última autolesión es una forma de valorar el manejo de las consecuencias por parte de los adolescentes, en el estudio se determina que el mayor porcentaje 77,8%, refiere que nadie se enteró de lo que pasó, siendo más alto este porcentaje en estudiantes de bachillerato; el 15,1% describen haber recibido apoyo emocional, sin embargo el mismo esta generalmente dado por personas no calificadas como son su pares que no cuentan con criterios formados o pueden ser un real apoyo; además, se encuentran testimonios en pequeños porcentajes de aquellos adolescentes que acudieron a ayuda pero no fueron al hospital como los que recibieron atención hospitalaria (ver Figura 8).

Figura 8: Distribución de adolescentes según asistencia recibida la última vez de autolesión.



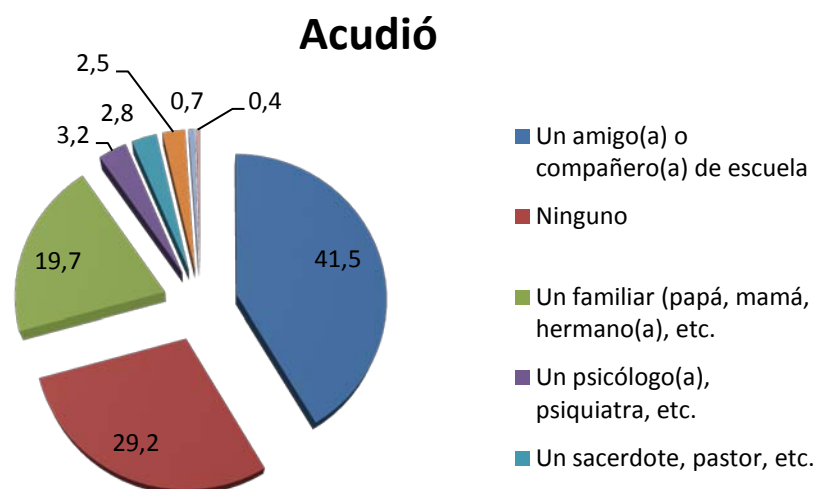
Búsqueda de ayuda en la última vez de autolesión: La frecuente práctica de comportamientos autolesivos en muchos de los casos no es percibida como problema por parte de las personas que las sufren, pasando los episodios inadvertidos, esto hace que no hayan buscado ayuda como lo manifiestan el 60,6% de estudiantes, sin embargo los resultados también demuestran porcentajes altos de aquellos que lo buscan (ver Figura 9).

Figura 9: Distribución de adolescentes según búsqueda de ayuda en la última vez de autolesión.



Persona a la que acudió en la última vez de autolesión: La respuesta más frecuente es "amigos o compañeros" con un promedio del 41,5%, posiblemente por ser personas con las que comparten vivencias e intereses, son con las que más se identifican y con quienes pueden conversar sin sentir rechazo, en porcentajes inferiores están los familiares, en los dos casos, son personas que no necesariamente pueden tener un criterio acertado y ser guía en casos de autolesión, se nota también la presencia de respuesta como psicólogo - psiquiatra en una porción del 3,2%, que serían las personas idóneas para otorgar ayuda (ver Figura 10).

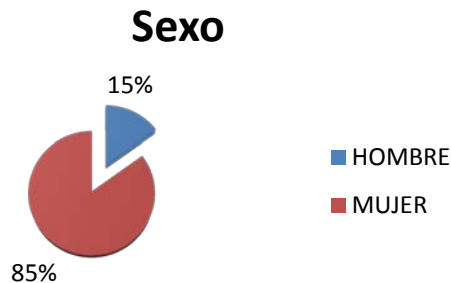
Figura 10: Distribución porcentual de los adolescentes según persona a la que acudió en la última vez de autolesión.



C. SEGUNDA FASE: Evaluación de la Personalidad en los adolescentes que presentan conductas autolesivas.

Conductas autolesivas con relación al sexo: Se encontró que el 85% (9) de los adolescentes que se autolesionan son de sexo femenino frente a un 15% (51) que corresponde al masculino (ver Figura 11).

Figura 11: Distribución de los adolescentes con conductas autolesivas que participaron en la investigación según el sexo.



1. TEST DE PERSONALIDAD "BIG FIVE"

Dimensiones de personalidad vs. Conductas autolesivas: Tomando la Media de los resultados con el adjetivo de grado que está relacionado con la posición de la puntuación empírica en una escala de cinco categorías, desde un grado "muy bajo" a un grado "muy alto" se identificó que el adolescente que se autolesiona presenta las siguientes dimensiones de personalidad: En Energía la persona es poco dinámica, y activa, sumisa y taciturna; en Afabilidad es muy poco cooperativa y cordial; en Tesón es poco reflexiva, ordenada y diligente; en Estabilidad Emocional muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable y en Apertura Mental es poco culta e informada (ver tabla 13).

En relación con el sexo de los adolescentes se determina que no existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas de Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental, dado que el nivel de significancia bilateral de la T de Pearson es mayor a 0,05 (ver tabla 13).

Tabla 2. Relación entre las dimensiones de personalidad y Conductas autolesivas.

Dimensiones de personalidad	Sexo	N	Media	D.S	Error tip. de la media	T de Pearson Sig. (bilateral)
Energía	Hombres	9	2,22	,972	,324	,614
	Mujeres	51	2,41	1,043	,146	
Afabilidad	Hombres	9	1,56	,882	,294	,416
	Mujeres	51	1,37	,564	,079	
Tesón	Hombres	9	1,78	,833	,278	,531
	Mujeres	51	2,06	1,287	,180	
Estabilidad Emocional	Hombres	9	1,56	,527	,176	,069
	Mujeres	51	2,04	,747	,105	
Apertura Mental	Hombres	9	2,00	,866	,289	,708
	Mujeres	51	1,88	,864	,121	

D. TERCERA FASE: Correlación de los rasgos de personalidad y la conducta autolesiva entre el grupo de estudio y el de comparativo.

Dimensiones de personalidad BFQ vs. Conducta autolesiva: Se identificó que la conducta autolesiva presenta diferencias moderadamente significativas con relación a la Energía ($p < 0,043$), Estabilidad Emocional ($p < 0,037$).

En esta fase de la investigación se observó que:

a.- En la Energía y Estabilidad Emocional existen diferencias significativas con la conducta autolesiva. Esto se aprecia en los valores de significación bilateral (0,043 y 0,037) de la T de Pearson (ver Tabla 14).

b.- Si se toma la Media de Energía (2,38) con el adjetivo de grado que está relacionado con la posición de la puntuación empírica en una escala de cinco categorías, desde un grado "muy bajo" a un grado "muy alto", se describirse a la persona como poco dinámica y activa, poco enérgica, sumisa y taciturna., así también con la Media de Estabilidad Emocional (1,97) se describe a la persona como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable según la interpretación del BFQ.

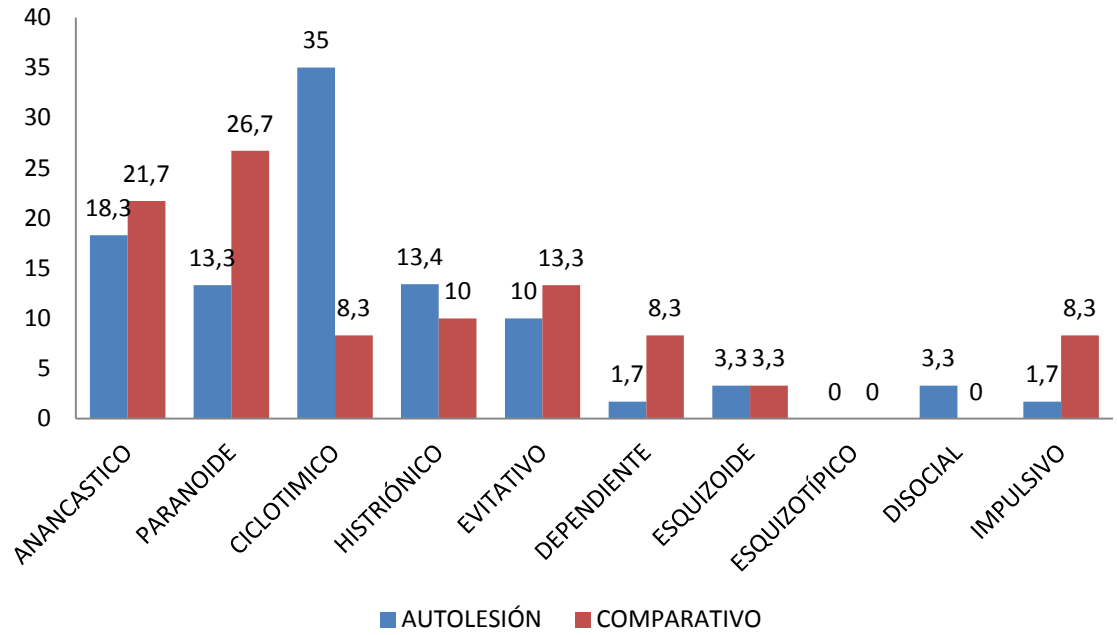
c.- En la afabilidad, tesón, apertura mental no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05%.

Tabla 3: Correlación entre las dimensiones de personalidad y la conducta autolesiva:

Dimensiones de personalidad	Conducta autolesiva	N	Media	D.S	Error tip. de la media	T de Pearson Sig. (bilateral)
Energía	Sí	60	2,38	1,027	,133	,043
	No	60	2,73	,841	,109	
Afabilidad	Sí	60	1,40	,616	,080	,288
	No	60	1,53	,747	,096	
Tesón	Sí	60	2,02	1,228	,159	,284
	No	60	2,23	,963	,124	
Estabilidad Emocional	Sí	60	1,97	,736	,095	,037
	No	60	2,28	,904	,117	
Apertura Mental	Sí	60	1,90	,858	,111	,607
	No	60	1,98	,911	,118	

Tipos de personalidad "SEAPSI" vs. Conducta autolesiva: Se identificó que la conducta autolesiva se presenta con 35% en relación a la personalidad de tipo afectivo: Ciclotímico a diferencia de los que no presentan dicha conducta con 26,7% en la personalidad de tipo cognitiva: Paranoide (ver Figura 13).

Figura 12: Correlación entre los tipos personalidad "SEAPSI" y la conducta autolesiva.



E. CUARTA FASE: Diseño de intervención de acuerdo al modelo Integrativo Ecuatoriano en base a la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes.

Diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano.

Para Balarezo (2003) el abordaje en riesgos de agresión se adopta de la definición más general del "acting out" como la conducta manifiesta e intencional determinada por componentes afectivo-emocionales del pasado, y que se mantienen en el presente, se pueden agrupar diferentes manifestaciones patológicas que pueden manejarse con similares procedimientos. Dado que en estos casos el sujeto expresa sus sentimientos o pensamientos en acciones, antes que por la verbalización, consideremos los siguientes puntos: Trato para un aplazamiento, relacionar la actuación actual con la experiencia pasada, analizar los antecedentes personales y familiares del problema y/o trastorno, investigar y sensibilizarle sobre señales de alerta, reforzar la conciencia moral, ponerse a disposición del cliente, contradecir la concepción unilateral, buscar ayuda de personas significativas y de recursos de la comunidad.

Santos (2011), señala que las estrategias que sirven a la larga son las que hacen hincapié en la expresión verbal de las emociones, en su contención, tolerancia y aceptación del malestar. La madurez y la salud psicológica implican aprender a modular e integrar las emociones de la vida diaria, en lugar de deshacerse de ellas en una manera explosiva.

En cuanto a la duración Fernández-Álvarez (2011) se refiere a que cuando una persona padece un trastorno emocional, se puede beneficiar con un tratamiento psicoterapéutico focalizado, de duración breve, es decir, la extensión del mismo será de 3 a 6 meses. El objetivo según este autor del proceso terapéutico focalizado es producir cambios en la sintomatología, tanto ansiosa como depresiva, o sea, cambios que modifiquen una situación disfuncional de la conducta. La psicoterapia busca desactivar el ciclo disfuncional mediante el cual los trastornos emocionales se instalan. En el caso de la autolesión es romper la incapacidad de manejo y expresión emocional del ciclo que describe Santos (2011), logrando que la persona identifique, exprese y controle lo que está sintiendo cuando surgen emociones dolorosas producidas por situaciones o recuerdos que causan tensión y sufrimiento, y encuentre alternativas en el manejo de dicho dolor emocional.

Fases de la intervención.

La autolesión es una estrategia de afrontamiento disfuncional frente al dolor emocional por lo que se tiene que entrenar en habilidades intrapersonales (regulación emocional) y en habilidades interpersonales para afrontar y gestionar mejor el dolor emocional que experimentan los adolescentes.

El proceso psicoterapéutico se llevará a cabo en una sesión por semana con un dispositivo individual. La duración se establecerá dentro de un período de ocho meses, debido a que se está trabajando con dimensiones de personalidad y que en la presente investigación según los resultados son: Poca energía (tiende a describirse como poco dinámica y activa, poco enérgica, sumisa y taciturna), y muy poca estabilidad emocional (tiende a describirse como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable), por lo que se requiere de tiempo para lograr cumplir los objetivos y técnicas planteadas; se describen cinco fases para su abordaje tomando como base al Modelo Integrativo Ecuatoriano y al concluir la quinta fase, las siguientes sesiones terapéuticas serán de seguimiento, se citará al paciente a consulta una vez cada 15 días, posteriormente una vez al mes, luego cada 3 meses y por último una vez cada 6 meses. A continuación se describen las fases con sus objetivos y técnicas:

FASE CERO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Objetivo: Establecer el dispositivo de la alianza terapéutica

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Encuadre psicoterapéutico.
- Micro-técnicas de comunicación

PRIMERA FASE CON RELACIÓN AL PROBLEMA Y/O CONFLICTO.

Objetivo 1: Resolver conflictos intrapersonales.

Técnicas:

- Validación emocional y aceptación del conflicto.
- Debate cognitivo de exigencias.
- Diario personal para comprobar los significados subjetivos.

Objetivo 2: Resolver conflictos interpersonales.

Técnica:

- Terapia de solución de problemas.

Objetivo 3: Entrenar en habilidades sociales para generar un estilo de afrontamiento saludable

Técnica:

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

SEGUNDA FASE CON RELACIÓN A LA SINTOMATOLOGÍA.

Objetivo 1: Suprimir síntomas de ansiedad presentes.

Técnica:

- Entrenamiento Autógeno de Schultz.
- Relajamiento muscular con visualización creativa.

Objetivo 2: Identificar, expresar y gestionar el dolor emocional para manejarlo de manera positiva.

Técnica:

- Focalización
- La Silla Vacía

Objetivo 3: Reestructurar cognitivamente ideas disfuncionales que generan malestar y conducen a la conductas autolesivas.

Técnica:

- Auto-instrucciones

Objetivo 4: Potencializar actividades recreativas y saludables, prepararse para vivir sin autolesión.

Técnica:

- Programación de asignación de tareas graduales placenteras

TERCERA FASE CON RELACIÓN AL CONOCIMIENTO DE SU PERSONALIDAD Y GENERACIÓN DE CAMBIOS

Objetivo 1: Adquirir insight y proceso de awareness.

Técnica:

- Psicoeducación.
- Listados de secretos.

Objetivo 2: Modular rasgos de personalidad que influyen en las conductas autolesivas.

Técnica:

- La Moviola.

Objetivo 3: Reestructurar cognitivamente las experiencias pasadas para darle una resignificación.

Técnica:

- La Autobiografía.
- La Metáfora.
- Rol fijo

CUARTA FASE CON RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Objetivo 1: Prevenir las recaídas que conducen a las conductas autolesivas.

Técnica:

- Mindfulness o conciencia plena

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS:

De acuerdo a las fases, objetivos y técnicas se detallan las siguientes sesiones terapéuticas, tomado en cuenta que podrían variar de acuerdo a la necesidad del paciente y terapeuta durante el proceso:

Fase Cero de la alianza terapéutica.

Sesión 1:

Esta fase se ha implementado debido a las características propias de la población estudiada cuyo objetivo es de preparación y establecimiento del dispositivo de la alianza terapéutica donde las actitudes del psicoterapeuta para el abordaje con adolescentes desde una perspectiva humanista según Rogers (2000) son empatía, congruencia, aceptación incondicional positiva. Pero además se espera del terapeuta que adopte un papel activo en el proceso porque como afirma Polster (1973) "el terapeuta es su propio instrumento".

En las dos o tres primeras entrevistas se realiza psicoeducación, se trabaja con las expectativas que el paciente tiene sobre el tratamiento estudiándose si son o no alcanzables, se establece objetivos terapéuticos junto al paciente y el compromiso de trabajar juntos, esclarecimiento de dudas sobre el proceso. Además, se exponen las bases del tratamiento, describiéndolo como una psicoterapia integrativa, que pone énfasis en los rasgos de personalidad del sujeto.

Durante toda la conducción del proceso terapéutico en la comunicación del terapeuta al paciente se aplicará micro-técnicas con el objetivo de mantener y fortalecer la alianza y la aplicación de técnicas psicoterapéuticas.

Primera fase con relación al problema y/o conflicto.

De la sesión 2 a la 5:

Con el objetivo de resolver los conflictos intrapersonales que le llevan a autolesionarse se trabaja en la validación emocional que se centra en la aceptación de la situación presente del paciente y con la técnica de debate cognitivo de exigencias para tratar los significados

personales que pueden adoptar la forma de actitudes inflexibles, exigentes e impulsivas, que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas personales. Según Ellis (1990) en su T.R.E.C propone identificar esas exigencias, calibrar sus consecuencias, diferenciarlas de las preferencias personales y reducir su influencia mediante el uso de su cuestionamiento filosófico (método socrático) y empírico (búsqueda de evidencias). Los diarios personales para comprobar los significados subjetivos pueden ayudar a la búsqueda de evidencias para ello el terapeuta puede diseñar una hoja, donde en su encabezado está escrito el significado disfuncional como "Soy una tonta, todo me sale mal parece que otra vez me voy a cortar, es inevitable" y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente como su familia, trabajo, amigos, ocio, etc., donde el paciente debe de recoger datos que desconfirмен ese significado. De esta manera el sujeto puede por sí mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana. En esta fase se potencia con otras tareas emocionales como el diálogo de las dos sillas; una con la actitud de exigencia y la otra con la preferencia para integrar polos opuestos con el objetivo que el paciente abandone su pensamiento polarizado y maneje sus contradicciones internas.

De la sesión 6 a la 9:

En estas sesiones se trabajará con el paciente con el objetivo de resolver conflictos interpersonales que causan que se autolesione, el trabajo se realiza a través del proceso de solución de problemas de D'Zurilla y Golfried variante de Nezu (2010) que hace que el paciente que tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas, en este caso autolesionarse, lo afronte de manera alternativa y saludable; en un primer momento el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen al mismo, en un segundo momento el paciente genera soluciones al problema identificado mediante lluvia de ideas y variedad, luego el terapeuta apoya al paciente en decidir cuál es la mejor solución desde un punto de vista cognitivo y conductual, después de la aplicación se realiza la verificación de los resultados mediante autoregistros, si no se dio la solución se revisa el proceso, y si tuvo éxito el sujeto procede al autoreforzamiento.

De la sesión 10 a la 13:

El objetivo es entrenar en habilidades sociales (Caballo, 2009) para generar un estilo de afrontamiento saludable, se hace un ensayo que puede ser imaginario (ensayo cognitivo) centrado en el afrontamiento de escenas futuras posibles, o haciendo que este ejecute ciertas conductas en vivo en la sesión (ensayo conductual) al simular una situación representada. Las técnicas psicodramáticas pueden combinarse perfectamente con el ensayo, modelado y rol playing.

El terapeuta hace que el paciente repita la habilidad a cultivarse, instruyéndole en sus pasos, propone acercamientos progresivos a la misma desde pasos más fáciles a difíciles, anima y refuerza los progresos, y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo, especialmente en los entornos invalidantes donde el paciente generó el conflicto presente como en la familia, pareja, amigos, profesores entre otros.

La Segunda fase con relación a la sintomatología: Se trabajará simultáneamente con las sesiones de la Primera fase con el fin de potenciar los resultados en el paciente.

En la segunda sesión a la cuarta, tienen como objetivo suprimir síntomas de ansiedad presentes a través del Entrenamiento Autógeno de Schultz, con el que se puede conseguir estados de tranquilidad y ensimismamiento, sin la participación de la voluntad consciente que se caracteriza por ser tensa y activa, sino a través de una "entrega interior" a determinadas representaciones preestablecidas. Se efectúa a través de la relación concentrativa de seis zonas diferentes, los músculos, vasos sanguíneos, corazón, órganos de la respiración, órganos abdominales, cabeza a través de ejercicios de peso, calor, entre otros, donde la fórmula utilizada para la inducción de este ejercicio es: "estoy completamente tranquilo" se dice una vez, "el brazo derecho esta pesado" se dice seis veces, luego de 30 a 60 segundos se efectúa el retroceso mover el brazo, respirar profundamente y abrir los ojos. Seguir el mismo procedimiento para las demás partes del cuerpo con sus respectivas consignas (Vásquez, 2001)

Se puede combinar con relajamiento muscular con visualización creativa, para la introducción de imágenes vividas que ayudan a conseguir objetivos, la visualización da forma al pensamiento y/o imagen que se desea materializar, se produce un desbloqueo de niveles inconscientes, barreras internas o resistencias (Balarezo, 2012) .

En la quinta sesión, el objetivo es identificar, expresar y gestionar el dolor emocional para manejarlo de manera positiva, se trabajará con la técnica de la Focalización para simbolizar significados de experiencias emocionales que parecen poco claras. Cuando el sujeto presenta un estado de ánimo o situación donde presenta un malestar indeterminado o difícil de definir por él mismo, puede ser invitado a focalizar su experiencia interna. Primero se induce un estado de relajación y tranquilidad, y se invita al sujeto a recorrer sus experiencias internas poniéndose poco a poco en contacto con ellas, sin ponerle nombre. Una vez sumergido y en contacto con estas experiencias, buscará un nombre o adjetivo para las mismas. Tratará de comparar la simbolización por ese nombre-adjetivo con su misma experiencia, hasta que encaje bien para él. Una vez en este punto y habiendo emergido nuevos significados se puede hacer preguntas sobre los mismos como "¿Qué indica esto sobre mi vida?, ¿Qué podría hacer ante esto?, entre

otras. El enfoque fue creado por Gendlin dentro de la tradición experiencial de la psicoterapia. Greenberg y cols. (1996) lo han desarrollado en combinación al uso de imágenes para generar nuevos significados ante experiencias vividas de manera confusa o poco clara.

Una vez que se ha focalizado y simbolizado los significados se puede emplear una técnica gestáltica expresiva e integrativa como es la Silla Vacía, en la que se pide al sujeto que se sienta en una silla y frente a él, está otra vacía, que puede representar a una persona significativa de su vida o también un aspecto distinto de él mismo. Se trata de establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto entre los polos contrapuestos del sujeto, desbloquear la expresión de deseos ante autoexigencias personales o elaborar asuntos irresueltos y no terminados del pasado como un duelo no resuelto, etc. El terapeuta puede ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce (Carabelli, 2012).

En la sexta sesión el objetivo es reestructurar cognitivamente ideas disfuncionales que generan malestar y conducen a las conductas autolesivas. Con la técnica de autoinstrucciones (Meichenbaum, 1987), se facilita guiar el diálogo interno del paciente, facilitando a través de esto cambiar las emociones perjudiciales. Generalmente estamos hablando con nosotros mismos, por lo tanto, cuando tengamos que afrontar una situación que nos produzca emociones negativas, utilizaremos autoinstrucciones para guiar nuestra conducta con mensajes positivos durante el proceso de afrontamiento. "todo irá bien" "cálmate".

En la séptima sesión perseguirá potencializar actividades recreativas y saludables, prepararse para vivir sin autolesión. Se trabaja con una programación de asignación de tareas graduales placenteras, se utiliza un horario parecido a una agenda, donde se ponen los días de la semana a lo largo de la hoja y las horas del día en una columna en el lado izquierdo. Programamos junto al paciente las varias actividades agradables que se deben realizar a lo largo de la semana. La idea es aumentar los refuerzos que obtienen en su vida cotidiana.

Tercera fase con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.

De la sesión 14 a la 16:

El objetivo es adquirir insight y proceso de awareness, se realiza a través de la psicoeducación al paciente para el conocimiento y reconocimiento de los rasgos de personalidad y como éstos han influido en su vida, a través de bibliografía, videos, música, etc. Se puede emplear la técnica de listados de secretos donde se le pide al paciente que haga una lista de hechos que le afectan, de los que se arrepiente o se avergüenza de que haya sucedido; aquellos que le

provocan pesadilla... Se coloca los hechos de acuerdo a tres columnas: 1) situaciones que es capaz de comentar, 2) situaciones que no será capaz de comentar, 3) situaciones que quizá nunca las comentará para trabajarlas en el transcurso de la terapia.

De la sesión 17 a la 22.

Aquí el objetivo es modular rasgos de personalidad que influyen en las conductas autolesivas. Se realizará la reelaboración de experiencias pasadas a través de la técnica de la Moviola es necesario empezar por un acontecimiento o serie de acontecimientos que se pueden analizar detalladamente (que ocasionaron y mantienen el problema). Se utiliza un lenguaje cinematográfico, donde el terapeuta reconstruye con el paciente la sucesión de escenas del acontecimiento. Se trabaja la escena de atrás hacia delante en cámara lenta. Se hace zoom a la escena para centrarse en algo concreto, y nos alejamos con el zoom para seguir la secuencia y avanzar a otras escenas. Zoom de acercamiento = perspectiva privada, Zoom de alejamiento = perspectiva social. Al final se debe evaluar con el paciente sus expectativas y lo que se necesita cambiar (Guidano, 2002)

De la sesión 23 a la 28.

El objetivo de estas sesiones es reestructurar cognitivamente las experiencias pasadas para darle una resignificación. Se realiza a través del análisis de rasgos de personalidad por medio de la narrativa utilizando la Autobiografía que genera autoconocimiento y la Metáfora que es una técnica para hablar sobre un tema para referirse a otro, se emplea para mostrar una nueva visión al paciente sobre su problemática.

Se aplica la técnica de Rol Fijo de G. Kelly que consiste en crearle al paciente un nuevo rol, un personaje ficticio que enfrenta desafíos semejantes en su vida, pero los aborda desde una perspectiva diferente, el paciente representa este personaje por algún tiempo para probar como construye el mundo de manera diferente y luego evaluar los resultados conjuntamente entre paciente y terapeuta (Cloninger, 2011).

Cuarta fase con relación a la prevención de recaídas.

De la sesión 29 a la 32:

En esta fase el objetivo es prevenir las recaídas que conducen a las conductas autolesivas. Las últimas semanas se reforzará con las técnicas de Mindfulness o conciencia plena (Kabat-Zinn, 1994), con la modificación que hiciera Segal, Willians y Teasdele (2002) con la Terapia Cognitiva que enseña a los individuos que han sufrido problemas emocionales habilidades que ayuden a prevenir una recaída, a ser cada vez más consciente y aceptar las sensaciones

corporales, pensamientos y sentimientos para poder desarrollar un vínculo diferente de las rutinas automáticas que perpetúan las dificultades, ayudar a los pacientes a escoger la respuesta más hábil ante los pensamientos, sentimientos o sensaciones que se experimentan.

Los contenidos que se manejan en cuatro sesiones con estrategias como: El abandonando del piloto automático, ayuda a los pacientes a que reconozcan este modo de actuar y después a salir intencionalmente de él. Para ello se utilizan ejercicios como el de comer disfrutando una uva pasa y la expresión corporal, puesto que según los autores aprenden a tener una mayor consciencia del cuerpo que será útil para aprender a manejar mejor la emoción.

Las estrategias: Enfrentando los obstáculos, Consciencia plena de la respiración, Permaneciendo presente, Permitir dejar ser, Los pensamientos no son hechos, Cuidando mejor de uno mismo, Empleando lo aprendido para los futuros estados de ánimo., forman parte de la elaboración y aplicación de un plan de acción para afrontar la amenaza de una recaída.

Y, finalmente, durante y al término de todo el proceso psicoterapéutico se le motiva a incluirse en grupos de desarrollo personal, de teatro, danza, club deportivos u otros donde exista interacción con sus pares, esto ayuda a que se mantenga y fortalezca las habilidades y enseñanzas aprendidas durante la terapia e incrementa la red de apoyo social (Santos, 2011).

CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

El objeto de este estudio es la relación entre rasgos de personalidad y conducta autolesiva en adolescentes para realizar un diseño de intervención de acuerdo al modelo Integrativo Ecuatoriano. Luego del diagnóstico efectuado se obtuvo que del total de la población, el 23,7% adolescentes refirieron haberse autolesionado en alguna ocasión, dato que sobrepasa las cifras de otros estudios similares (Santos, 2011) y que hace ver que la autolesión se le tiene que abordar ya no como un síntoma sino como un problema emocional y un problema de salud pública.

Por otro lado, se ha notado que las personas que se autolesionan suelen presentar algunas dificultades en la expresión y sobre todo en la simbolización de las experiencias emocionales. Es por ello que ante algún conflicto emocional tienden a actuarlo más que a simbolizarlo (Gratz, 2007; Lambert & De Man, 2007; McLane, 1996). Hay quienes postulan que las autolesiones sin intenciones suicidas justamente se dan para contrarrestar ideaciones suicidas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007) y que apuntan más bien a buscar la vida más que la muerte (Faust, 2005).

El 64,1% de adolescentes se autolesionaron de 1 a 10 veces, el 33% se autolesionaron de 11 a 20 veces; de esta manera se evidencia también la tendencia a la conducta ya que se vuelve un hábito frente al dolor emocional obteniendo como resultado tranquilidad y autocuidado. Bessel Van der Kolk (1997) propuso la hipótesis de que la autolesión "trata" tal angustia porque descarga opioides endógenos. El incremento de opioides endógenos en el cerebro produce "calma" y "lucidez", una experiencia característica descrita por muchas personas después de cortarse. Él sugirió que puede crearse un ciclo tipo adicción en que la disminución natural de opioides endógenos durante un tiempo después de cortarse lleva a que algunos de los que se autocortan busquen un estado de calma en cortarse de nuevo en un intento, consciente o no, de conseguir la descarga de opioides. La implicación es, evidentemente, que existen potentes mecanismos neurobioquímicos que refuerzan la conducta de autolesión y contribuyen a su constancia. Sugiere que estimular la piel o cortarla en diferentes sitios y de diferentes maneras debe producir unos efectos calmantes inmediatos.

Los resultados de la investigación demuestran que la conducta autolesiva tiene su edad de inicio, en el 65,8% de la población en la Adolescencia temprana (de 12 a 14 años), edad en la que psicológicamente se presentan inquietudes de existencialismo e inconformidad o de definición de la personalidad; sin embargo existe predominio en el grupo de 15 a 17 años, edad en la que dejan de ser personas necesitadas de protección para convertirse en sujetos autónomos, el tema de las responsabilidades sociales, lo miran como asuntos muy complejos que desean evadirlos, siendo para ellos la conducta autolesiva una forma de evasión.

Un dato importante para entender las conductas autolesivas es que estas suelen aparecer con el comienzo de la adolescencia, durante la pubertad, y suelen ser los adolescentes y los adultos jóvenes quienes están en mayor riesgo de lesionarse a sí mismos. La adolescencia es una etapa de mayor mirada a los cambios que se dan en uno mismo. Esto trae consigo emociones intensas con respecto a sí mismo, nuevas formas de relacionarse y una posterior explicación del mundo a partir de lo que uno conoce de sí mismo. Así, se trata de una etapa de emociones fluctuantes, principalmente dirigidas hacia sí mismo (Carvajal, 1993).

El sí mismo tiene como base de su construcción al cuerpo y es por ello que tal vez en el replanteamiento de la identidad que se da en la adolescencia, podría despertarse una agresión hacia éste o también una necesidad de delimitarse a sí mismo de una manera concreta, marcando, mediante una lesión, el cuerpo (Klonsky, 2005).

Referente a la edad de la última vez de autolesión, 79(27,8%) adolescentes indicaron que fue de 10 a 14 años y 205 (72,2%) adolescentes indicaron que fue de 15 a 17 años. Erikson (1968), caracterizó a la adolescencia como una etapa de crisis en la que el individuo debe establecer un sentido de identidad personal. Este autor propuso además que el adolescente necesita un tiempo para experimentar las distintas funciones en la sociedad, de modo que pueda encontrar un rol más estable en ella. A este fenómeno lo denominó moratoria psicosocial.

Castillo (2007) propone que, además, suelen aparecer ciertas necesidades no satisfechas que se detallarán a continuación. Surge una necesidad de identidad; una necesidad de afecto; una necesidad de realización personal; una necesidad de independencia y una necesidad de relación social.

González et al. (2003) encontraron que en una muestra de escolares adolescentes mexicanos, de la ciudad de Pachuca el 3.1% de hombres y el 10.7% de mujeres habían cometido aunque sea alguna vez una autolesión. Otro hallazgo de esta investigación fue que para ambos sexos, la edad de la primera autolesión fue 13 años.

Dentro de los motivos de la última vez de autolesión se encontraron que los más frecuentes son, los problemas familiares (35,9%), problemas de pareja (10,6%), alivio y desahogo (8,8%) e iras (8,1%). Linehan (1993) propone que las personas que cometen autolesiones, lo hacen debido a que han aprendido de sus ambientes a castigarse o invalidarse a sí mismos. También plantea que aquellos individuos que se autolesionan podrían haber crecido en ambientes tempranamente invalidantes que podrían haberles enseñado estrategias pobres para afrontar el malestar emocional. Es por ello que dichos individuos, al ser menos capaces de lidiar con dicho

malestar, tienen una mayor predisposición a autolesionarse como una estrategia de regulación emocional mal adaptativa.

Klonsky (2005) menciona que a partir de la revisión de las explicaciones teóricas de las autolesiones, realizada por Suyemoto (1998), se pueden hallar siete modelos que explican su función. Un primer modelo sería el de la influencia interpersonal. Esta explicación manifiesta que las personas que se autolesionan lo hacen para manipular o influenciar a individuos de su ambiente. Siguiendo este modelo, la autolesión sería un "grito de ayuda, un medio para evitar el abandono o un intento por ser tomado más en serio. Un segundo modelo sería el del auto castigo. Según este modelo, las autolesiones se utilizarían como una expresión de rabia hacia uno mismo. Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) mencionan que después de haber cometido la autolesión, la rabia, la depresión, la soledad y la frustración disminuían y emociones valoradas como "positivas como el alivio, aumentaban. Emociones como la culpa, la vergüenza y el disgusto también solían incrementarse luego de la autolesión.

Las formas más frecuentes de la última autolesión fueron, corte (90%), intoxicación (3,9%) y uso de pastillas (3,5%). La asistencia que recibieron los adolescentes en la última vez de autolesión fue: en el 77% nadie se enteró, en el 15,1% recibieron apoyo emocional, en el 3,2% alguien les ayudó y en el 3,9% tuvieron que ir al hospital. En la última vez de autolesión, el 60,6% de adolescentes no buscó ayuda y el 39,4% sí lo hizo. Santos (2006) existe una relación que refiere que en los países hispanohablantes la forma más común para autolesionarse es cortarse. Faust (2005) propone que esto podría deberse a la sensación de soledad que experimenta el hombre en la actualidad al desapegarse de los vínculos con los demás seres humanos así como de las distintas instituciones como la familia y la iglesia.

La ayuda más frecuente buscada por los adolescentes fue: el 41,5% a un amigo o compañero de escuela, el 19,7% a un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.), el 3,2% a un psicólogo, psiquiatra, etc., el 2,8% a un sacerdote, pastor, etc. y el 2,5% a un maestro(a), orientadora, etc.

De los 60 adolescentes con conductas autolesivas que participaron en la investigación, compuesta por: 9 varones (15%) y 51 mujeres (85%). Lo que hace ver que desde hace muchos años se considera un fenómeno predominantemente femenino (Graff and Mallin 1967; Phillips and Alkan 1961; Simpson 1975) y la mayoría de estudios sugieren que hasta un 95% de las personas con estas conductas son féminas. Mientras algunos autores cuestionan esta conclusión (Di Clemente et. al., 1991; Briere & Gil 1998), para los chicos y hombres, auto-cortarse es un fenómeno secundario; los varones tienden a recurrir a esta conducta en circunstancias especiales, cuando sus modos habituales de regular la frustración y la tensión están bloqueados. Se suele observar esta conducta en varones en centros de detención juvenil

y cárceles, encuadres que restringen los habituales modos masculinos de gestión de tensión, tales como el alcohol y las peleas.

En el Test de Personalidad "Big Five" aplicado a los 60 adolescentes que presentan autolesiones, según el sexo se determina que no existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas de energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional, apertura a la experiencia y su relación con el sexo de los adolescentes, dado que el nivel de significancia bilateral de la T de Pearson es mayor a 0,05. Sin embargo si se considera la media de Estabilidad Emocional (1,78 y 2,06) que describe a la persona como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable según la interpretación del BFQ, existe correlación con otros estudios para los hombres (Gratz, 2007), el principal factor que influye en la frecuencia sería la desregulación emocional y para las mujeres (Gratz & Chapman, 2006) la inexpresividad emocional. Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) encontraron que las autolesiones en adolescentes escolares canadienses servían para regular las emociones.

Por otro lado, se ha notado que las personas que se autolesionan suelen presentar algunas dificultades en la expresión y sobre todo en la simbolización de las experiencias emocionales. Es por ello que ante algún conflicto emocional tienden a actuarlo más que a simbolizarlo (Gratz, 2007; Lambert & De Man, 2007).

En la correlación de dimensiones de personalidad y conducta autolesiva entre el grupo de estudio y de control se identificó que la conducta autolesiva presenta diferencias moderadamente significativas con relación a la energía ($p < 0,043$), estabilidad emocional ($p < 0,037$) y en la afabilidad, tesón, apertura mental no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05%.

Tomando la media de Energía (2,38) se describirse a la persona como poco dinámica y activa, poco energética, sumisa y taciturna., así también con la media de Estabilidad Emocional (1,97) se describe a la persona como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable según la interpretación del BFQ.

En relación a los tipos de personalidad "SEAPSI" y las conductas autolesivas se identificó que la conducta autolesiva se presenta con 35% en relación a la personalidad de tipo afectivo: Ciclotímico, caracterizada por inestabilidad emocional, típica montaña rusa emotiva, escasa tolerancia a la frustración, inseguros, dependientes de la seguridad de otros, baja constancia en lo que emprenden, susceptibles, bruscos cambios de criterio y pensamiento, grandes y súbitas oscilaciones en la autoestima, comportamiento imprevisible, apariencia externa de felicidad que esconde su dolor, dificultad en establecer lazos emocionales sólidos, comportamientos

destructivos sin advertir el peligro. Lo que podría indicar como lo afirman estudios que la autolesión está relacionada con cuadros clínicos del trastorno bipolar (Nader, 2003).

Estos resultados nos permiten comprender de mejor manera los rasgos de personalidad que estaría asociado a patologías de acción como las autolesiones, específicamente notamos que la pobre capacidad para captar las propias experiencias afectivas estaría asociada a manifestaciones impulsivas como las autolesiones, rasgos que nos permitieron elaborar un tratamiento psicoterapéutico integrativo acorde a la población de estudio.

CONCLUSIÓN

Luego de haber efectuado la investigación se concluyó que:

El 23,7% adolescentes se han autolesionado en alguna ocasión, por lo que se tiene que abordar ya no como un síntoma sino como un problema emocional y social por lo que la aplicación del diseño propuesto en la presente investigación contribuye a su abordaje y resolución del problema.

El 64,1% de adolescentes se autolesionaron de 1 a 10 veces por lo que se vuelve un hábito frente al dolor emocional obteniendo como resultado tranquilidad y autocuidado, volviéndose un estilo de afrontamiento desadaptativo que afecta a su salud mental.

La edad de inicio, en el 65,8% de la población, es en la Adolescencia Temprana (de 12 a 14 años), edad en la que psicológicamente se presentan inquietudes de existencialismo e inconformidad o de definición de la personalidad, por lo que encuentran vulnerables a los cambios internos y externos.

Dentro de los motivos de la última vez de autolesión se encontraron que los más frecuentes son: los problemas familiares (35,9%), problemas de pareja (10,6%), alivio y desahogo (8,8%) e iras (8,1%). Las formas más frecuentes de la última autolesión fueron: corte (90%) e intoxicación (3,9%). El 77% no recibieron la asistencia especializada. En la última vez de autolesión, el 60,6% de adolescentes no buscó ayuda. La ayuda más frecuente buscada por los adolescentes fue el 41, 5% a un amigo o compañero de colegio.

El 85% de los adolescentes que se autolesionan son mujeres. En el análisis del Test de Personalidad "Big Five" con relación al sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas de energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional, apertura a la experiencia por lo que el tratamiento planteado sirve para ambos sexos y que se debería buscar para próximas investigaciones factores psicosociales y culturales que influyen en las mujeres para optar dicha conducta.

En la correlación de las dimensiones de personalidad y la conducta autolesiva se identificó que la autolesión presenta diferencias moderadamente significativas con relación a la Energía (p 0,043), Estabilidad Emocional (p 0,037) y en la Afabilidad, Tesón, Apertura Mental; no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05%. Tomando la media de Energía (2,38) se describirse a la persona como poco dinámica y activa, poco enérgica, sumisa y

taciturna; así también con la media de Estabilidad Emocional (1,97) se describe a la persona como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable según la interpretación del BFQ;

Y finalmente, los resultados en los que se basa la presente investigación dieron forma al diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad con objetivos, técnicas y sesiones que responden al tratamiento de los rasgos de personalidad de las personas que se autolesionan como son la introversión e inestabilidad emocional garantizando un abordaje integral para la resolución de su conflictiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUILAR, Á. (1990). Adaptación y estudio Psicométrico del EPQ-R. *Anuario de Psicología Universidad de Barcelona*, 101-118.

ALAN, R. (2011). *Automutilación. Psychiatry, revista electrónica*. Recuperado el 20 de marzo de 2014.

BALAREZO, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad*. Quito: EdiSEAPsI.

BALAREZO, L. (2012). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito: EdiPUCE.

BALAREZO, L. (2013). *Psicoterapia*. Quito: EdiPUCE

BALAREZO, L. (2014, Marzo 22). *Cuestionario de Personalidad SEAPsI*. En L. Balarezo (Catedrático), Jornada de Autoconocimiento. Jornada efectuada en la Maestría de Psicoterapia Integrativa IV Cohorte ofertada por la Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

BALCAZAR, P., Gonzales, N. I., López, A., Gurrulo, G. M., & Chimal, A. M. (2005). *Investigación Cualitativa*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

BRIERE, J., and Gil, E.(1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 68: 609-620.

CARABELLI, E. (2012). *Entrenamiento en Gestalt*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.

CABALLO, V. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores SA.

CAPRARA, G., BARBARANELLI, C., & BORGOGNI, L. (2001). BFQ Cuestionario " Big Five". Madrid: TEA Ediciones

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

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

CLONINGER, S. (2011). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson

CONCEP. (2011). *Adolescentes Infractores, territorialidad y libertad*. Quito: Triada Comunicaciones.

D'ZURILLA y NEZU, A.M. (2010). Problem-solving therapy. En K.S. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive - behavioral therapies* (3rd ed). NY: Springer Publishing Co.

ELLIS, A. y BERNARD, M.E. (1990). *Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

ELLIOT, B. (2000). *Abuso Infantil*. Universidad de Valencia. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Valencia.

DI CLIMENTE, R., PONTON, L. and HARTLEY, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for SIV transmission. *J. of the Am. Acad. of Ch. and Adol. Psychiatry*, 30: 735-739.

DUBOURDIEU, M. (2014). *Psicoterapia Integrativa PNIE*. Montevideo: Waslala

ERIKSON, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. London: Faber and Faber.

FAUST, K. (2005). Carving an image of society: A sociological approach to self mutilation. *The Edwardsville Journal of Sociology*, 5. Extraído el 8 de octubre, 2014 de <http://www.siue.edu/SOCIOLOGY/journal/faust.htm>

FERNANDEZ, H. (2011). *Paisajes de la Psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Argentina: Polemos.

GARCIA, J. (2011). *Guía Autolesión. Para entender la autolesión*. Recuperado el 20 de marzo de 2015, <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-entender-la-autolesion.htm>

GONZALES, C. (2003). *Prevalence of deliberate self-harm. Social Behavior and Personality*, 8 (33), 777-792.

GONZÁLEZ, C., ÁLVAREZ, M., SALDAÑA, A. & CARREÑO, S. (2003). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior and Personality*, 8(33), 777-792.

GONZÁLES- FORTEZA, Á. M. (2005). *Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato*. México: Social Behavior and Personality.

GRATZ, K. (2007). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(76), 238-250.

GRAFF, H. and MALLIN, E. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *Am. J. of Psychiatry*, 124: 36-42.

GRATZ, K. & CHAPMAN, A. (2006). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(8), 1-14.

GREENBERG, L., RICE, L y ELLIOT, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.

GUIDANO, V. (2002). *El modelo cognitivo postracionalista*. Bilbao: Desclée De Brouwer

HAWTON, J., FAGG, J., SIMKIN, S., Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescent in Oxford, 1985-1995. *J Adolescent* 2000; 23:47-55

HERNANDEZ, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc.Graw 5ta Edición.

KLONSKY, E. (2005). The functions of deliberate self-harm in college students. (Disertación doctoral, University of Virginia, 2006). *Pro Quest information and Learning Company*.

KLONSKY, E. & MUEHLENKAMP, J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 11(63), 1045-1056.

LAMBERT, A. & DE MAN, A. (2007). Alexithymia, Depression, and Self-Mutilation in Adolescent Girls. *North American Journal of Psychology*3(9), 555.

LAYE-GINDHU, A. & SCHONERT-REICHL, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the „whats“ and „whys“ of self -harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 5(34), 447-457.

LINEHAN, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.

MEICHENBAUM, D. (1987). *Manual de Inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

MENENDEZ, I. (2011). Adolescencia: La crisis necesaria. *Crisis de Adolescencia*. Recuperado el 20 de marzo de 2014, <http://www.isabelmenendez.com/escuela/adolescencia.pdf>

MENÉNDEZ, I. (s.f.). Bullying: acoso escolar. *Psicólogo Infantil. com*. Recuperado el 20 de marzo de 2014. <http://www.psicologoinfantil.com/articuloacosoescolar.htm>

MILLON, T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson S.A.

MINISTERIO DE SALÚD PÚBLICA. Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Ecuador: MSP; 2013.

MOSQUERA, D. (2008). *La Autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid: Pleyades.

MUEHLENKAMP, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2 (75), 324-333.

NADER, A. (2003, Abril). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia Año 2014, No 1*. Recuperado el 19 de marzo del 2015. http://grupoati.cl/wp-content/uploads/2010/08/automutilacion_sintoma_o_sindrome.pdf

OCHOA, C. (2013). *Depresión grave en adolescentes. Una terapia grupal desde el Modelo Integrativo*. Cuenca: UDA.

PHILLIPS, R. and ALKAN, M. (1961). Some aspects of self-mutilation in the general population of a large psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, 35: 421-423.

POLSTER, E. (1973). *Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.

ROGERS, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. (17a. ed.). Barcelona: Paidós.

RUSSEK, S. (2007). El dolor y el sufrimiento. *Crecimiento y Bienestar Emocional*. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/dolor-emocional.html>

SANTOS, D. (2006). *Testimonios vía Internet donde se describe la conducta de autolesión en países hispanohablantes*. México: Documento Interno de Alía.

SANTOS, D. (2007). *Características de personas que se autolesionan*. VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático. Guerrero, México: Sociedad Argentina de Psicotrauma.

SANTOS, D. (2008). *Reporte del Proyecto: Quiénes se Autolesionan en México: Estudio Exploratorio*. México: Documento Interno, Alía.

SANTOS, D. (2011). *Autolesión Qué es y cómo ayudar*. México: OFFSET Santiago, SA de CV.

SHELLY, D. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas, No 27*, Recuperado el 17 de Abril 2013 de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000060&a=Avances-en-la-comprension-y-tratamiento-de-la-autolesion-en-la-adolescencia>.

UNDA, R. (2010). *Jóvenes y Juventudes*. Quito: Abya-Yala.

VAN DER KOLK, B. (1997). The psychobiology of post traumatic stress disorder, *J. of Clinical Psychiatry*, 58: 16-24.

VÁSQUEZ, V. (2011, Agosto 6). Autoagresión Definición y Tipos. *Blog Mente-cuerpo* Recuperado el 15 de marzo de 2014, de: <http://menttecuerpo.blogspot.com/2011/08/autoagresion-definicion-y-tipos.html>

VÁSQUEZ, C. (2009). *Alexitimia y Autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

VÁZQUEZ, M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.

WINCHEL, R. M. (1991). Self - Injurious behavior: A rievow of the behavior and biology of self-mutilation.

ANEXOS:

ANEXO 1: ADAPTACIÓN DE LA CÉDULA DE INDICADORES PARASUICIDAS O INDICADORES DE AUTOLESIÓN.

Ahora vas a encontrar una serie de preguntas sobre ti. 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)

.....
 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 amigo(a) o compañero(a) de escuela
- ___ Un sacerdote, pastor, etc. ___ Un maestro(a), orientadora, etc.
- ___ Un psicólogo(a), psiquiatra, etc. ___ Un médico general, enfermera
- Otros.....

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique.

A	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
P	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
C	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
H	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	
Ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	

	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
D	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
E	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
Ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro		
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás		
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza		
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales		
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones		
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás		
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas		
	Temo que los demás quieran hacerme daño		
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real		
Ds	Reniego de las normas sociales y legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas		
	En la niñez solía causar daños a los animales		
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro		
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas		
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias		
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas		
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas		
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás		

I	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
APRECIACIÓN			

ANEXO 3: BFQ CUESTIONARIO BIG FIVE**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léalas atentamente y marque la respuesta que MEJOR describa cuál es su forma HABITUAL de pensar, sentir o actuar. Para contestar utilice la hoja de respuestas y rellene uno de los cuadraditos del espacio de respuesta. Las columnas indican el grado de acuerdo con la respuesta (de 5 a 1). Las filas se corresponden con el número de preguntas (de 1 a 132). El grado de acuerdo con la afirmación propuesta se ajusta a las siguientes alternativas de respuesta:

- 5 – Completamente VERDADERO para mí
- 4 – Bastante VERDADERO para mí
- 3 – Ni verdadero ni falso para mí
- 2 – Bastante FALSO para mí
- 1 – Completamente FALSO para mí

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Procure contestar a todas las frases. Recuerde que debe ser su propia opinión acerca de usted. Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y conteste con rapidez y espontaneidad, sin pensarlo demasiado. Sus respuestas serán tratadas confidencialmente y sólo se utilizarán de modo global transformadas en puntuaciones.

ESPERE A QUE SE DE LA SEÑAL PARA COMENZAR:

1. Creo que soy una persona activa y vigorosa.
2. No me gusta hacer las cosas razonando demasiado sobre ellas.
3. Tiendo a involucrarme demasiado cuando alguien me cuenta sus problemas.
4. No me preocupan especialmente las consecuencias que mis actos puedan tener sobre los demás.
5. Estoy siempre informado sobre lo que sucede en el mundo.
6. Nunca he dicho una mentira.
7. No me gustan las actividades que exigen empeñarse y esforzarse hasta el agotamiento.
8. Tiendo hacer muy reflexivo
9. No suelo sentirme tenso.
10. Noto fácilmente cuando las personas necesitan mi ayuda.
11. No recuerdo fácilmente los números de teléfono.
12. Siempre he estado completamente de acuerdo con los demás.
13. Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas, más que ser complacientes con ellas.
14. Ante los obstáculos grandes, no conviene empeñarse en conseguir los objetivos propios.
15. Soy más bien susceptible.
16. No es necesario comportarse cordialmente con todas las personas.
17. No me siento muy atraído por las situaciones nuevas e inesperadas.
18. Siempre he resuelto de inmediato todos los problemas que he encontrado.
19. No me gustan los ambientes de trabajo en las que hay mucha competitividad.
20. Llevo a cabo las decisiones que he tomado.
21. No es fácil que algo o alguien me haga perder la paciencia.
22. Me gusta mezclarme con la gente.
23. Toda novedad me entusiasma.
24. Nunca me he asustado ante un peligro, aunque fuera grave.
25. Tiendo a decidir rápidamente.
26. Antes de tomar cualquier iniciativa, me tomo tiempo para valorar las posibles consecuencias.
27. No creo ser una persona ansiosa.
28. No suelo saber cómo actuar ante las desgracias de mis amigos.
29. Tengo muy buena memoria.
30. Siempre he estado absolutamente seguro de todas mis acciones.
31. En mi trabajo no le doy especial importancia a rendir mejor que los demás.

32. No me gusta vivir de manera demasiado metódica y ordenada.
33. Me siento vulnerable a las críticas de los demás.
34. Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un desconocido.
35. No me atrae las situaciones en constante cambio.
36. Nunca he desobedecido las órdenes recibidas, ni siquiera siendo niño.
37. No me gustan aquellas actividades en las que es preciso ir de un sitio a otro y moverse continuamente.
38. No creo que sea preciso esforzarse más allá del límite de las propias fuerzas, incluso aunque haya que cumplir algún plazo.
39. Estoy dispuesto a esforzarme al máximo con tal de destacar.
40. Si tengo que criticar a los demás, lo hago, sobre todo cuando se lo merecen.
41. Creo que no hay valores y costumbres totalmente válidos y eternos.
42. Para enfrentarse a un problema no es efectivo tener presentes muchos puntos de vista diferentes.
43. En general no me irrito, ni siquiera en situaciones en las que tendría motivos suficientes para ello.
44. Si me equivoco, siempre me resulta fácil admitirlo.
45. Cuando me enfado manifiesto mi malhumor.
46. Llevo a cabo lo que he decidido, aunque me suponga un esfuerzo no previsto.
47. No pierdo tiempo en aprender cosas que no estén estrictamente relacionadas con mi campo de interés.
48. Casi siempre sé cómo ajustarme a las exigencias de los demás.
49. Llevo adelante las tareas emprendidas, aunque los resultados iniciales parezcan negativos.
50. No suelo sentirme solo y triste.
51. No me gusta hacer varias cosas al mismo tiempo.
52. Habitualmente muestro una actitud cordial, incluso con las personas que me provocan una cierta antipatía.
53. A menudo estoy completamente absorbido por mis compromisos y actividades.
54. Cuando algo entorpece mis proyectos, no insisto en conseguirlos e intento otros.
55. No me interesan los programas de televisión que me exigen esfuerzo o compromiso.
56. Soy una persona que siempre busca nuevas experiencias.
57. Me molesta mucho el desorden
58. No suelo reaccionar de modo impulsivo
59. Siempre encuentro buenos argumentos para sostener mis propuestas y converse ralos demás de su validez.
60. Me gusta estar bien informado, incluso sobre temas alejados de mi ámbito de competencia.
61. No doy mucha importancia a demostrar mis capacidades.
62. Mi humor pasa por altibajos frecuentes.
63. A veces me enfado por cosas de poca importancia.
64. No hago fácilmente un préstamo, ni siquiera a personas que conozco bien.
65. No me gusta estar en grupos numerosos.
66. No suelo planificar mi vida hasta en los más pequeños detalles.
67. Nunca me han interesado la vida y costumbres de otros pueblos.
68. No dudo en decir lo que pienso.
69. A menudo me noto inquieto.
70. En general no es conveniente mostrarse sensible a los problemas de los demás.
71. En las reuniones no me preocupo especialmente por llamar la atención.
72. Creo que todo problema puede ser resuelto de varias maneras.
73. Si creo que tengo razón, intento convencer a los demás aunque me cueste tiempo y energía.
74. Normalmente tiendo a no fiarme mucho de mi prójimo.
75. Dificilmente desisto de una actividad que he comenzado.
76. No suelo perder la calma.
77. No dedico mucho tiempo a la lectura.
78. Normalmente no entablo conversación con compañeros ocasionales de viaje.
79. A veces soy tan escrupuloso que puedo resultar pesado.

80. Siempre me he comportado de modo totalmente desinteresado.
81. No tengo dificultad para controlar mis sentimientos.
82. Nunca he sido un perfeccionista.
83. En diversas circunstancias me he comportado impulsivamente.
84. Nunca he discutido o peleado con otra personas.
85. Es inútil empeñarse totalmente en algo, porque la perfección no se alcanza nunca.
86. Tengo en gran consideración el punto de vista de mis compañeros.
87. Siempre me han apasionado las ciencias.
88. Me resulta fácil hacer confidencias a los demás.
89. Normalmente no reacciono de modo exagerado, ni siquiera ante las emociones fuertes.
90. No creo que conocer la historia sirva de mucho.
91. No suelo reaccionar a las provocaciones.
92. Nada de lo que he hecho podría haberlo hecho mejor.
93. Creo que todas las personas tienen algo de bueno.
94. Me resulta fácil hablar con personas que no conozco.
95. No creo que haya posibilidad de convencer a otro cuando no piensa como nosotros.
96. Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo.
97. Siempre me han fascinado las culturas muy diferentes a la mía.
98. A menudo me siento nervioso.
99. No soy una persona habladora.
100. No merece mucho la pena ajustarse a las exigencias de los compañeros, cuando ello supone una disminución del propio ritmo de trabajo.
101. Siempre he comprometido de inmediato todo lo que he leído.
102. Siempre estoy seguro de mi mismo.
103. No comprendo que empuja a las personas a comportarse de modo diferente a la norma.
104. Me molesta mucho que me interrumpen mientras estoy haciendo algo que me interesa.
105. Me gusta mucho ver programas de información cultural o científica.
106. Antes de entregar un trabajo, dedico mucho tiempo a revisarlo.
107. Si algo no se desarrolla tan pronto como deseaba, no insisto demasiado.
108. Si es preciso, no dudo en decir a las demás que se metan en sus asuntos.
109. Si alguna acción mía puede llegar a desagradar a alguien, seguramente dejo de hacerla.
110. Cuando una trabajo está terminado, no me pongo a repasarlo en sus mínimos detalles.
111. Estoy convencido de que se obtienen mejores resultados cooperando con los demás, que compitiendo.
112. Prefiero leer a practicar alguna actividad deportiva.
113. Nunca he criticado a otra persona.
114. Afronto todas mis actividades y experiencias con gran entusiasmo.
115. Solo quedo satisfecho cuando veo los resultados de lo que había programado.
116. Cuando me critican, no puedo evitar exigir explicaciones
117. No se obtiene nada en la vida sin ser competitivo.
118. Siempre intento ver las cosas desde distintos enfoques.
119. Incluso en situaciones muy difíciles, no pierdo el control.
120. A veces incluso pequeñas dificultades pueden llegar a preocuparme.
121. Generalmente no me comporto de manera abierta con los extraños.
122. No suelo cambiar de humor bruscamente.
123. No me gustan las actividades que implican riesgo.
124. Nunca he tenido mucho interés por los temas científicos o filosóficos.
125. Cuando empiezo a hacer algo, nunca sé si lo terminare.
126. Generalmente confió en los demás y en sus intenciones.
127. Siempre he mostrado simpatía por todas las personas que he conocido.
128. Con ciertas personas no es necesario ser demasiado tolerante.
129. Suelo cuidar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
130. No es trabajando en grupo como se pueden desarrollar mejor las propias capacidades.
131. No suelo buscar soluciones nuevas a problemas para los que ya existe una solución.
132. No creo que sea útil perder tiempo repasando varias veces el trabajo hecho.