

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia



PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA EN PACIENTES REFERIDOS AL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL HNCASE, PERIODO AGOSTO- OCTUBRE 2019

Tesis presentada por la Bachiller:

Núñez Calderón, Diana Elizabeth

Para optar el grado académico de:

**Maestro en Salud Mental del Niño,
del Adolescente y de la Familia**

Asesor:

Mtra. Núñez Ocola, Anika María

Arequipa – Perú

2021

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 19 de Julio del 2021

Dictamen: 000086-C-EPG-2021

Visto el borrador del expediente 000086, presentado por:

2017006752 - NUÑEZ CALDERON DIANA ELIZABETH

Titulado:

**PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA EN PACIENTES REFERIDOS
AL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL HNCASE, PERIODO AGOSTO- OCTUBRE 2019**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0190 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**6552 - NUÑEZ OCOLA ANIKA MARIA
DICTAMINADOR**





Dedicatoria

A mis padres, hermanos y a todos los que creen y siguen creyendo en mí; apoyándome en el desarrollo de esta noble profesión que es la Psicología.



Agradecimientos

Un especial agradecimiento a todo el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa por su colaboración en el desarrollo de la presente investigación.

RESUMEN

La presente investigación titulada “PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA EN PACIENTES DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO DE AREQUIPA” tiene como objetivos describir las características de las conductas autolesivas, identificar los rasgos de personalidad prevalentes y relacionar los rasgos de personalidad prevalentes con la presencia de conductas autolesivas. El diseño aplicado en esta investigación es relacional para lo cual se utilizó los cuestionarios Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas e Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Los resultados indicaron que existe una relación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad y presencia de comportamientos autolesivos: Depresivo con un P valor de 0.004 y Masoquista con un P valor de 0.014, que los rasgos de personalidad que prevalecen en las personas que han presentado comportamientos autolesivos con un indicador elevado son: Depresivo, Masoquista y Esquizoide, así como patología severa: Trastorno Límite.

Palabras clave: Estilo de personalidad, autoagresión, autolesión

ABSTRACT

The objective of this research entitled "PERSONALITY AND DELIBERATE SELF-AGGRESSION BEHAVIORS IN PATIENTS FROM THE PSYCHOLOGY AREA OF THE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO DE AREQUIPA NATIONAL HOSPITAL" is to relate the prevalent personality traits with the presence of self-injurious behaviors. The design applied in this research is descriptive - related, for which the questionnaires Adaptation of the Parasuicide Indicators Certificate and the Millon III Clinical Multiaxial Inventory, MCMI III, were used. The results indicated that there is a statistically significant relationship between personality traits and the presence of self-injurious behaviors: Depressive with a P value of 0.004 and Masochistic with a P value of 0.014, than the personality traits that prevail in people who have exhibited behaviors Self-injurious with a high indicator are: Depressive, Masochistic and Schizoid, as well as severe pathology: Borderline Disorder.

Keywords: Personality style, self-injury, self-injury

INTRODUCCIÓN

La personalidad es un sistema de procesamiento de información en el que influyen variables biológicas y ambientales, cada persona posee una diversidad de características psicológicas interiorizadas y absolutas, estas mismas se mantienen y aparecen para enfrentar una situación.

Las conductas autoagresivas se han presentado desde hace muchos años, usualmente se relacionaba a una ideación suicida o eran una forma de manipulación, motivo por el cual nadie se detuvo a entender o investigar este tipo de prácticas, como un diagnóstico diferente. Cuando nos encontramos ante una persona que se auto agrede, nos preguntamos cuál es el motivo por el que lo hace y existen variedad de desencadenantes, lesionarse disminuye temporalmente el malestar, convirtiéndose luego en una estrategia de regulación emocional; por ello, para explicar por qué se dan estas conductas o si existe una asociación de estas conductas con rasgos de personalidad atípicos es que se realiza esta investigación.

El documento se compone de tres capítulos:

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO: Se desarrolla de forma ordenada y clara las fundamentaciones y bases teóricas de cada variable y la justificación de esta investigación.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA: En este capítulo se describe las técnicas e instrumentos utilizados en la investigación para medir las variables, campo de verificación donde se indica la ubicación espacial y temporal y unidades de estudio, manejo metodológico, es decir, las características de la población y estrategia de recolección de datos donde se menciona la organización, recursos, validación de instrumentos y procesamiento de datos.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Contiene los datos generales de las unidades de estudio, los resultados de las variables evaluadas, así como su análisis e interpretación. A través de tablas se organizó la información hallada. Además, en la discusión se engloba los resultados obtenidos de la investigación, se determina las respectivas conclusiones, recomendaciones y discusiones; respondiendo al objetivo general y los objetivos específicos.

Para finalizar, dentro de la investigación se adjuntaron la bibliografía y los anexos respectivos.

HIPOTESIS

Dado que la personalidad comprende todas las características de la persona y como se desarrollan los fenómenos psicológicos al interior de ella:

Es probable que exista una relación entre ciertos rasgos de personalidad con la presencia de conductas autolesivas en pacientes referidos al área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de Arequipa.

OBJETIVOS

- Describir las características de las conductas autolesivas que presentan los pacientes del área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de Arequipa. (HNCASE)
- Identificar los rasgos de personalidad que prevalecen en los pacientes del área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de Arequipa. (HNCASE)
- Relacionar los rasgos de personalidad prevalentes con la presencia de conductas autolesivas de los pacientes del área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de Arequipa. (HNCASE)

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| RESUMEN | iii |
| ABSTRACT | iv |
| INTRODUCCIÓN | v |
| HIPÓTESIS | vi |
| OBJETIVOS | vi |
| CAPITULO I. MARCO TEÓRICO | 01 |
| 1. Conductas Autoagresivas deliberadas | 02 |
| 1.1. Concepto | 02 |
| 1.2. Etiología y epidemiología | 02 |
| 1.3. Factores de riesgo | 03 |
| 1.4. Clínica y diagnóstico | 04 |
| 1.5. Modos de autoagresión | 05 |
| 1.6. Métodos usados para auto agredirse | 07 |
| 1.7. Motivos y circunstancias de autoagresión | 08 |
| 2. Personalidad | 10 |
| 2.1. Concepto | 10 |
| 2.2. Componentes y principios de la teoría de Millon | 10 |
| 3. Relación entre conductas autoagresivas con otros trastornos mentales | 12 |
| 3.1. Intentos de Suicidio | 12 |
| 3.2. Trastorno de personalidad límite | 12 |
| 3.3. Consumo de Sustancias Psicoactivas | 12 |
| 3.4. Relación de conductas Autoagresivas con Trastornos de Personalidad | 14 |
| CAPITULO II. METODOLOGÍA | 17 |
| 1. Técnica, instrumentos y material de verificación | 18 |
| 2. Campo de verificación | 22 |
| 3. Manejo metodológico | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Estrategia de recolección de datos | 24 |
| CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 25 |
| 1. Datos generales de las unidades de estudio | 26 |
| 2. Resultados de conductas autolesivas | 29 |
| 3. Resultados sobre rasgos de personalidad | 36 |
| 3.1.Patrones clínicos de personalidad | 36 |
| 3.2.Patología severa de personalidad | 47 |
| 4. Relación entre rasgos de personalidad y conductas autolesivas | 50 |
| 4.1.Patrones clínicos de personalidad | 50 |
| 4.2.Patología severa de personalidad | 51 |
| 5. Discusión | 53 |
| CONCLUSIONES | 55 |
| RECOMENDACIONES | 56 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 57 |
| ANEXOS | 60 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla Nro. 1 Sexo | 26 |
| Tabla Nro. 2 Edades | 27 |
| Tabla Nro. 3 Número de veces que se ha autolesionado | 28 |
| Tabla Nro.4 Edad que tenía la primera vez que se autolesionó | 29 |
| Tabla Nro. 5 Edad que tenía la última vez que se autolesionó | 30 |
| Tabla Nro. 6 Por qué se autolesionó la primera vez | 31 |
| Tabla Nro. 7 Por qué se autolesionó la última vez | 32 |
| Tabla Nro. 8 Qué aconteció tras la última vez que se autolesionó | 33 |
| Tabla Nro. 9 Buscó ayuda la última vez que se autolesionó | 34 |
| Tabla Nro. 10 De quién busca ayuda cuando se autolesiona | 35 |
| Tabla Nro. 11 Esquizoide | 36 |
| Tabla Nro. 12 Evitativo | 37 |
| Tabla Nro. 13 Depresivo | 38 |
| Tabla Nro. 14 Dependiente | 39 |
| Tabla Nro. 15 Histriónico | 40 |
| Tabla Nro. 16 Narcisista | 41 |
| Tabla Nro. 17 Antisocial | 42 |
| Tabla Nro. 18 Sadista | 43 |
| Tabla Nro. 19 Compulsivo | 44 |
| Tabla Nro. 20 Negativista | 45 |
| Tabla Nro. 21 Masoquista | 46 |

| | |
|---|----|
| Tabla Nro. 22 Trastorno Esquizoide | 47 |
| Tabla Nro. 23 Trastorno Límite | 48 |
| Tabla Nro. 24 Trastorno Paranoide | 49 |
| Tabla Nro. 25 Patrones Clínicos De Personalidad | 50 |
| Tabla Nro. 26 Patología Severa De Personalidad | 51 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura Nro. 1. Sexo | 26 |
| Figura Nro. 2 Edades | 27 |
| Figura Nro. 3 Número de veces que se ha autolesionado | 28 |
| Figura Nro. 4 Edad que tenía la primera vez que se autolesionó | 29 |
| Figura Nro. 5 Edad que tenía la última vez que se autolesionó | 30 |
| Figura Nro. 6 Por qué se autolesionó la primera vez | 31 |
| Figura Nro. 7 Por qué se autolesionó la última vez | 32 |
| Figura Nro. 8 Qué aconteció tras la última vez que se autolesionó | 33 |
| Figura Nro. 9 Buscó ayuda la última vez que se autolesionó | 34 |
| Figura Nro. 10 De quién busca ayuda cuando se autolesiona | 35 |
| Figura Nro. 11. Esquizoide | 36 |
| Figura Nro. 12. Evitativo | 37 |
| Figura Nro. 13. Depresivo | 38 |
| Figura Nro. 14. Dependiente | 39 |
| Figura Nro. 15. Histriónico | 40 |
| Figura Nro. 16. Narcisista | 41 |
| Figura Nro. 17. Antisocial | 42 |
| Figura Nro. 18. Sadista | 43 |
| Figura Nro. 19. Compulsivo | 44 |
| Figura Nro. 20. Negativista | 45 |
| Figura Nro. 21. Masoquista | 46 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Figura Nro. 22. Trastorno Esquizoide | 47 |
| Figura Nro. 23. Trastorno Límite | 48 |
| Figura Nro. 24. Trastorno Paranoide | 49 |





CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEORICO

MARCO TEORICO

1. Conductas Autoagresivas deliberadas

1.1. Concepto:

Las conductas auto lesivas usualmente están asociadas a episodios depresivos, la sociedad cree comúnmente que una persona que se hace daño de forma voluntaria tiene intención o ideación suicida. Sin embargo, la realidad es otra, el DSM V (1) las denomina “Conductas autolesivas no suicidas” y las describe como un comportamiento voluntario en el cual la persona se autoinflige daño o dolor en el cuerpo por medio de cortes, que maduras, rasguños y otros, sin una intención de provocar su muerte. Se suele creer que estos comportamientos son simplemente una demanda de atención, pero su intención está relacionada a la reducción de sentimientos de angustia o autocastigo.

Aunque por su implicación psicológica y consecuencias físicas existan estudios que consideren que las autolesiones puedan establecerse como un trastorno clínico (2), es importante resaltar que aún no son consideradas como un trastorno mental propiamente dicho sino como síntomas, rasgos o indicadores de otros (3).

1.2. Etiología y epidemiología

Existen pocas investigaciones sobre la prevalencia de la autoagresión deliberada en la población adolescente, y se debe considerar que dentro de las investigaciones realizadas la población evaluada fueron solo sujetos que solicitaron de apoyo, lo cual concierne una mínima población de quienes realizaron en estos comportamientos, por lo que no se puede calcular la prevalencia de la misma.

Considerando lo anterior, en un estudio realizado a adolescentes en México se halló que la prevalencia de autolesiones era de un 17.1% (4). Por otro lado, en el Perú, se halló un 27.4% de prevalencia en adolescentes de colegios estatales (5), lo cual indica que este comportamiento afecta a un significativo número de adolescentes.

En cuanto a la etiología de estos trastornos no existe evidencia científica que sustente una teoría válida, Klonsky (6) atribuye estas patologías a una “Acumulación abrumadora de emociones negativas como frustración, ansiedad o soledad, los cuales son liberados casi de forma instantánea después de la autolesión”. Cuando nos encontramos en consulta con pacientes que sufren de estas conductas, al preguntarles la motivación de sus actos, la mayoría manifiesta la no intención de hacerse daño, sino la canalización de aquellas emociones que les son intolerables nos habla de un dolor del alma que solo puede ser aplacado por un dolor físico, dicho efecto se puede atribuir a la liberación de endorfinas las cuales dan la sensación de ausencia de dolor o malestar emocional.

1.3. Factores de riesgo

- Características sociodemográficas:

En cuanto a la edad y la frecuencia de conductas autolesivas, investigaciones (7) realizadas señalan que esta sigue una distribución de “U invertida”, de manera que se observa la mayor prevalencia, entre un 12 y 16 % en la adolescencia media, seguida de un incremento gradual desde la adolescencia temprana con una prevalencia entre 4 y 6 %. Respecto al género se observa que no existe una coincidencia en la tasa de frecuencia de varones versus mujeres, pero si concluyen en que la población femenina adolescente es la que presenta mayor riesgo en proporciones que van desde 5:1 a 2:1.

- Características personales:

En una investigación cualitativa de narrativas de pacientes con conductas autoagresivas (8) se concluyó que éstas se encuentran asociadas a vivencias traumáticas, de culpa, castigo o vergüenza, además de la ausencia de un autoconcepto, o la presencia de uno negativo, que le hace sentir desprecio por sí mismo, el cual lo lleva a la necesidad de castigarse. Así mismo se encuentra que la mayoría de los pacientes con estas conductas tienen incapacidad para expresar emociones, las que reprimen y las llevan a un estado de alta frustración que solo se alivia a través de la agresión del propio cuerpo. También se hayan asociados a dificultades de aprendizaje y fracaso escolar o Bullying persistente.

- Características psicopatológicas:

Las investigaciones coinciden en que el trastorno más asociado a este tipo de prácticas es el trastorno de conducta, debido a la dificultad del control de los impulsos, así como los TCA, trastorno distímico, rasgos de personalidad limite. Además de ser víctimas de violencia familiar, y violencia sexual recurrente.

- Características Familiares:

Abufhele (9) en su artículo sobre autoagresión de adolescente encontró como características las familias disfuncionales, o desintegradas que viven solo con uno de los padres, absentismo de los padres, (abandono moral) presencia de alcoholismo por parte de algún miembro de la familia, violencia familiar, antecedentes familiares de trastornos mentales: distimia, trastornos de conducta o consumos de sustancias.

- Características Socio- Culturales:

Población adolescente expuesta a información inapropiada de casos de suicidios, violencia que no cuentan con una orientación preventiva – orientadora adecuada, solamente persiguiendo un fin sensacionalista.

1.4. Clínica y diagnóstico

Para realizar la evaluación debemos tener en cuenta, si el paciente viene por urgencia, debido a una conducta autoagresiva reciente de gravedad o viene por consulta externa, ya sea traída por los padres o solicitando ayuda. Después de ello se considera:

- Exploración Médica

En cuanto al diagnóstico, se debe contar con la presencia de un médico psiquiatra para que nos ayude a valorar el tipo de autoagresiones, la gravedad o letalidad de ellas y la cronicidad. Si las lesiones requieren de atención médica, esta será la prioridad.

- Exploración Psicológica

Después de ello es necesario realizar la elaboración correcta de la historia clínica psicológica con las siguientes consideraciones:

- Consignar nombres y apellidos, edad, año de instrucción, institución educativa donde estudia, dirección, teléfono de emergencia
- En cuanto a la historia de enfermedad es importante describir:
 - Eventos desencadenantes.
 - Presencia de ideación suicida.
 - Gravedad de lesiones.
 - Fracaso en resistir impulso con resultado de daño tisular.
 - Aumento de tensión previo al acto.
 - Gratificación o alivio al terminar conducta.
 - Falta de control sobre la conducta.
 - Tipos de lesiones.
 - Cronicidad o antigüedad de lesiones.
- Antecedentes familiares: Considerar la estructura familiar, y la funcionalidad de ella, si existe disfunción familiar, abuso de alcohol o abandono moral. Familiares con trastornos mentales
- Comorbilidad: Si el adolescente presenta consumo de alcohol, consumo de drogas, distimia, problemas de conducta, trastorno de conducta alimentaria.
- Exploración de personalidad: Estado de ánimo, bajo nivel de autoestima, dificultades en habilidades sociales.

1.5.Modos de autoagresión

Simeón y Favazza ((10), propusieron una clasificación de las autolesiones que ha sido utilizado en la práctica clínica y describe concretamente la clasificación y los grados de conducta autolesiva:

- Conductas Autolesivas Mayores

Comportamientos que usualmente ocurren durante episodios psicóticos, son poco frecuentes y producen un daño grave e irreversible, por ejemplo, la amputación de extremidades, la castración, la enucleación ocular o cualquier práctica de mutilación mayor.

- Conductas autolesivas estereotipadas.

Estos comportamientos suelen observarse en pacientes con TEA, retraso mental severo y patologías neurológicas, donde realizan conductas cuya severidad es leve y altamente repetitiva, como: golpearse en la cara y en la cabeza, morderse partes de la lengua y las manos, rasguñarse la piel y tirarse del cuello.

- Conductas autolesivas compulsivas.

Son conductas repetitivas, por lo general leves o moderadas que obedecen a un patrón compulsivo, pueden llegar a ser experimentado en ocasiones como actos automáticos y generalmente están vinculados a niveles elevados de ansiedad. Se incluye comportamientos tales como rascarse la piel de forma insistente hasta llegar a producir heridas, morderse las uñas o tirarse el cabello.

- Conductas autolesivas impulsivas.

Suele observarse en trastornos como trastorno límite de la personalidad, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria y trastornos del estado de ánimo. Se incluye los cortes y quemaduras en la piel, de severidad leve o moderada. Estas conductas a su vez se subdividen en:

- Autolesiones impulsivas episódicas.

Se caracteriza porque la persona tiene un miedo constante a hacerse daño, pero generalmente fracasa en su no-intento. Antes de la ejecución de la lesión suelen sentir tensión y luego sienten alivio y vergüenza.

- Autolesiones impulsivas repetitivas

Se caracteriza por cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta se realiza sin que sea necesaria la ocurrencia de un evento desencadenante y se produce con una frecuencia diaria y puede mantenerse por mucho tiempo e incluso durante toda la vida

1.6.Métodos usados para auto agredirse

Se identifica entre los más frecuentes (11):

- Cortes:

Con objeto filosos hasta lograr cortar la piel y causar sangrado. Basantes (12) en su investigación realizada en Ecuador las áreas en las que más se registran cortes son en las muñecas, antebrazos, muslos o abdomen. Siendo los instrumentos más usados navajas, hojas de afeitar, cuchillos, tijeras, extremo de un clip, lima de uñas, bolígrafos, etc. (13)

- Golpes:

Las personas con estas conductas suelen golpear con los puños objetos, hasta lastimarse, golpearse la cabeza, o darse bofetadas.

- Quemaduras:

Se suelen utilizar colillas de cigarrillo, fósforos, las áreas más afectadas son lengua, antebrazo y abdomen.

Dentro de otros métodos no tan comunes están (14):

- Hacerse marcas en la piel
- Hurgar en las heridas
- Insertar objetos bajo las uñas o piel
- Piñizcares zonas del cuerpo hasta sangrar
- Jalarse o arrancarse el pelo.
- Arañarse

- Frotarse la piel hasta el punto de sangrar

Otros:

- Rascarse con uñas u objetos puntiagudos hasta producirse laceraciones.
- Morderse los labios o las uñas.
- No dejar sanar las heridas.
- Apretarse los granitos, espinillas e imperfecciones de la piel hasta hacerse llagas o sangrar.
- Frotarse los ojos hasta causar irritación o lastimarse la piel.
- Lastimarse los órganos genitales.
- Morderse la cara interna de las mejillas o la lengua.
- Abrirse la lengua en dos (lengua bífida).
- Lastimarse las encías.
- Morderse los nudillos.
- Clavarse las uñas hasta causa laceraciones.
- Realizarse tatuajes en una amplia superficie corporal o varios en distintas zonas del cuerpo.
- Aplicarse piercing (aros y tornillos) en cejas, nariz, lengua, ojos, orejas, abdomen, órganos genitales.
- Comerse las uñas hasta hacerse sangrar.

1.7.Motivos y circunstancias de autoagresión

Aunque se han encontrado diversas razones relacionadas al comportamiento de autolesiones, se debe afirmar que ninguna teoría es causa exacta, sin embargo, existen diferentes estudios (15) donde se identifica factores que pueden influir en las mismas, y se pueden clasificar en:

- Factores biológicos

Se afirma que el 99.01% de los casos estudiados presentaban algún trastorno psicológico (depresión, síndrome de estrés postraumático, trastornos de personalidad,

entre otros) lo que confirma que existía un desequilibrio químico en el organismo. Ello conllevó a diferentes estudios donde se afirma que los neurotransmisores relacionados a la regulación de emociones y percepción de dolor se encontraban alterados, hallaron una relación en la disminución de serotonina, aumento de opioides y endorfinas lo que conlleva a una auto adicción, entre otros.

- Factores psicológicos

En una investigación para hallar las razones o motivos por lo cual los jóvenes se autolesionaban encontraron que mayoría no podía expresar sus emociones verbalmente por lo que lloraban y se autolesionaban, además presentaban un bloqueo emocional y al realizar la conducta los hacía conscientes de la realidad, consideraban su ira incontrolable y dañina para los demás, baja autoestima, también tenían algún trastorno de conducta alimentaría donde a partir de las autolesiones querían desaparecer sus cuerpos, otros presentaban alguna trauma emocional (conflictos familiares, abuso físico y/o sexual, entre otros) y algunos indicaban una relación entre tranquilidad luego de una autolesión.

Obando (16) informa que dentro de las funciones que se da a las conductas autolesivas son: calmarse, reducir emociones negativas, expresar rabia, sentir una emoción fuerte, signo de amistad, buscar atención familiar u de otros, castigo, venganza o lastimar a alguien.

- Factores sociales:

El contexto donde se encuentran los adolescentes es un factor significativo para el desarrollo de conductas autolesivas, los sujetos que se encuentran aislados presentan dificultad para expresar sus emociones y relacionarse con sus pares. Usualmente se suele observar que los hombres expresan sus molestias mediante destrucción de objetos, golpes y otros, por otro lado, las expresiones emocionales de las mujeres suelen ser más interiorizadas y calladas. Socialmente se observa una diferencia ante la correcta comprensión y expresión de emociones en ambos sexos, varios estudios afirman que las mujeres presentan un alto porcentaje de conductas autolesivas

comparado con varones, sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en casos masculino. (17)

2. Personalidad

5.1. Definición

Millon (18) define la personalidad como un “patrón de características que configura la constelación completa de la persona”, es decir, que cada persona consta de características psicológicas interiorizadas y absolutas que tienden a mantenerse y aparecen instintivamente en distintos contextos. A partir de la misma, desarrolla una teoría de aprendizaje biosocial con el único propósito de simplificar las múltiples teorías que surgieron con la intención de explicar el funcionamiento de la personalidad (19). Dicho en términos más simples la personalidad es un sistema de procesamiento de información en el que influyen variables biológicas y ambientales, las mismas que determinarán la forma en que cada persona se enfrenta a su entorno.

5.2. Componentes y Principios de la Teoría Millon

Dentro de los aspectos fundamentales de la teoría de la personalidad de Millon se puede mencionar los siguientes (20)

- La utilización de una perspectiva teórica integradora. La integración es una característica básica en la teoría de Millon donde valora las tradiciones teóricas anteriores. Él da coherencia a la relación entre la estructura y dinámica de la personalidad, teoría de evolución y personalidad e integra diferentes modelos de intervención.
- Su insistencia en el continuo “normalidad/patología”. Millon considera ambos conceptos correlacionados, afirma que en ambas personalidades comparten un mismo desarrollo. Hallando solo diferencia en las conductas adaptativas.

| PERSONALIDAD NORMAL | PERSONALIDAD CON TRASTORNOS |
|---|---|
| Capacidad para relacionarse de forma flexible y adaptativa. | Afronte para relacionarse, presenta conductas inflexibles y desadaptativas. |
| Percepciones sobre sí mismos y el resto son constructivas. | Percepciones sobre sí mismos y el resto son frustrantes. |
| Conducta promotora de salud. | Conducta perjudicial sobre la salud. |

- La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución. Millon testifica que la dificultad en adaptarse a las exigencias del entorno son el aproximado biológico de los estilos de la personalidad.
- La teoría de la estructura de la personalidad que propone se asienta sobre dos modelos:
 - Modelo biosocial:

Este modelo surgió en 1969 al mostrar sus primeras definiciones sobre los trastornos de personalidad, donde se valora las diferencias individuales, se contextualiza el conjunto de síntomas y existe una comprensión global (20). Además, trata de explicar cómo se dan las relaciones interpersonales a partir de factores innatos y sociales. Consideran que para que se dé el aprendizaje se requiere la conducta operante y la fuente de refuerzo.

- Patrón de conducta operante:

| | |
|-----------|---|
| Activos | Buscan el refuerzo, y conseguir los objetivos |
| Reactivos | Esperan que el entorno les de refuerzo |

- Fuentes de refuerzo:

| | |
|---------------|---|
| Independiente | Confían en sí mismo y buscan el refuerzo como algo personal |
| Dependiente | Confían en que los demás les proporcionen el refuerzo |
| Ambivalente | No saben si buscar o esperar el refuerzo |

| | |
|--------------|--|
| Desvinculado | No buscan refuerzo, se apartan de otros y carecen de motivación alguna |
|--------------|--|

- Modelo evolutivo:

Este modelo surge en 1990, Millon completa su segunda propuesta con la teoría de la evolución y no solo se enfoca en los principios conductuales (refuerzo y condicionamiento). Él parte de la concepción de que todas las especies buscamos lo mismo; alimentarnos, sobrevivir y reproducirnos; pero no todos lo hacemos de la misma manera, cada especie tendrá pues su forma de adaptarse; y es la personalidad el estilo de adaptación que distingue a una de otra persona. Para explicarlo nos indica que la personalidad está conformada por constructos bipolares (placer-dolor, pasivo-activo, otro-sí mismo) que provienen de cuatro esferas que explican los principios de evolución:

- Existencia: Se refiere a los procesos de evolución que tienen como objetivo mejorar y preservar la vida. Se relaciona con la bipolaridad placer/displacer.
- Adaptación: Se relaciona los mecanismos empleados para modificar los ambientes. Se relaciona con la bipolaridad actividad/pasividad.
- Replicación: Se refiere a las estrategias y métodos que tienden a maximizar el individualismo y la protección de la especie. Se relaciona con la bipolaridad yo/otros.
- Abstracción: Actividades de planificación anticipada y toma de decisiones.

Desde esta perspectiva se define a la personalidad según el estilo de funcionamiento adaptativo al entorno; en tanto será normal aquella persona que logre adaptarse al ambiente y no aquella que fracase en el intento o simplemente deje de intentar.

3. Relación de conductas Autoagresivas con otros Trastornos Mentales

3.5. Intentos de Suicidio

Sabemos que una de las características de estas conductas es ausencia de intención suicida; sin embargo, Asarnow (10) encontró en su investigación que los pacientes con conductas autolesivas tienen más probabilidades de tener un IDS, existen evidencias de que antecedentes autolesivos pueden ser predictores de un suicidio consumado, Hawton (21) calcula que, durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor.

3.6. Trastorno de personalidad límite

Actualmente las conductas de autoagresión deliberada se encuentran dentro del DSMV como uno de los criterios de diagnóstico del TLP; además son consideradas como conductas mal adaptativas de controlar una emoción (Morales) 22. Se describe que alrededor de un 70 % de pacientes con TLP realizan este tipo de conductas de forma repetitiva, lo cual deviene en un pronóstico desfavorable, debido a las complicaciones físicas por la repetición de lesiones, así como futuros IDS con mayor grado de letalidad.

3.7. Consumo de Sustancias Psicoactivas

En la investigación realizada por Agüero (23) en pacientes clínicos que presentaban conductas de autoagresión deliberada encontró que el 85% de los adolescentes había consumido alguna sustancia psicoactiva, legal o ilegal.

A nivel internacional, Kirchner y colaboradores (24) realizaron una investigación en el año 2010 titulada “Conducta Autolesiva e Ideación Suicida en Estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de Género y Relación con Estrategias de Afrontamiento” con el objetivo de identificar la prevalencia de género en las conductas autolesivas e ideación suicida y fortalecer su capacidad de afrontamiento; llegando a la conclusión de que la asociación entre pensamiento autolítico, conducta autolesiva y el uso de estrategias de afrontamiento puede tener importante valor preventivo y coadyuvar a la implementación de tratamientos más efectivos.

3.8. Relación de conductas Autoagresivas con Trastornos de Personalidad

En una revisión de temas sobre la automutilación y considera también como trastornos asociados a (2):

- Trastornos de Conducta Alimentaria:
Ambos trastornos se asocian, debido a que tienen el mismo principio, la autoagresión hacia el propio, buscan el dolor físico provocado por la auto agresión, el hambre y la purgación para lograr recuperar el control de sí mismos.
- Trastorno Histriónico de la Personalidad:
Manipulación del entorno con las conductas de autoagresión, estas se realizan para exhibirlas y obtener ganancias.
- Trastornos de Personalidad Antisocial:
Las heridas propias de la autoagresión tienen como propósito la exhibición con el fin de inspirar miedo, autoridad o evitar sanciones sociales.

La investigación realizada por Basantes (12) en Riobaba – Ecuador “Personalidad y conductas autolesivas en adolescentes de la Unidad Educativa Isabel de Godín” para analizar los rasgos de personalidad prevalentes en las adolescentes con conductas autolesivas , llegando a las siguientes conclusiones; el motivo que lleva a los estudiantes a autolesionarse es la presencia de problemas emocionales que corresponde el 53%, la manera más frecuente de autolesión es cortándose representando al 89%; el rasgo de personalidad prevalente es el Pasivo Agresivo con el 18%.

La Dra. Dora Santos Bernard (25), publico su 1ª edición del libro Autolesión: Qué es y cómo ayudar en Junio de 2011 publicado por la editorial Ficticia, este libro sintetiza el trabajo que realizo durante 7 años, donde define que “La autolesión se realiza para hacer frente a un dolor emocional que no se ha podido manejar de otra forma”, en dicho libro se explica la conducta desde diferentes perspectivas, a la comunidad en general para conocimiento, a los profesionales de la salud mental y física, a la persona que se autolesiona para que logre entender el motivo de hacerlo

así como las formas de controlarlo, y a los familiares y amigos de la persona que se autolesiona.

A nivel nacional, Contreras en el 2009 (26) realiza su investigación “Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana en escolares de cuarto y quinto de secundaria del distrito de Tahuantinsuyo” ubicado en Lima, Perú. Concluyendo con respecto a los actos autolesivos que más de un 20% las había cometido, aunque sea una vez en su vida, que las que lo habían hecho eran en su mayoría mujeres y que dos desencadenantes de dichos actos eran los problemas familiares y el estado de ánimo depresivo.

La investigación en Lima – Perú “Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida” por Malca (27) donde la muestra estuvo conformada por 49 pacientes con antecedentes de intento suicida, con edades entre 17 y 25 años, se hallaron que los estilos de personalidad de mayor prevalencia eran aquellos que combinan rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes, y rasgos límites o una combinación de rasgos límites y esquizotípicos.

En el 2018 se realizó la investigación “Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa” (28) donde el objetivo fue determinar la relación entre los estilos de personalidad y las autolesiones, los resultados indicaron que la muestra presentaba una prevalencia de 34.9% en relación a pensamientos autolesivos, mientras que un 27.9% se había autolesionado. Los principales desencadenantes son estados de ánimo negativos (48.2%) y los problemas familiares (39.9%). Así mismo, hallamos que los estilos de personalidad sensible ($r = .293$; $p < .001$), inhibido ($r = .203$; $p < .001$), violento ($r = .149$; $p < .001$) son los que más se asocian con las conductas autolesivas.

4. Justificación

Considero que la presente investigación tiene relevancia social, práctica y científica. Social: porque que en nuestra sociedad las conductas autolesivas son percibidas de manera prejuiciosa, juzgando a quienes las padecen y obligando a las familias a esconderlas por vergüenza o temor, por lo que la presente investigación nos ayudará al brindando una base científica que permita orientar a nuestros profesionales de la salud, familias y comunidad en general. Practica: Porque a través del material teórico recopilado nos permitirá desarrollar un programa terapéutico más objetivo que no solo brinde la intervención frente a las conductas autolesivas sino un abordaje integral que tenga como prioridad conocer como el paciente percibe la realidad para poder enseñarle estrategias que le permitan hacerle frente a la vida generando cambios en su conducta en sus actitudes y pensamientos; de igual manera nos permitirá identificar indicadores de riesgo sobre los cuales se puedan desarrollar programas de prevención y promoción. Es relevante científicamente, porque el desarrollo de la investigación nos permitirá conocer la naturaleza de las conductas autolesivas deliberadas, su etiología, epidemiología, analizaremos los factores de riesgo, revisaremos los modos de agresión, los motivos y circunstancias por las que se dan.



CAPITULO II METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

1. Técnica, instrumento y material de verificación

1.1. Para la variable: Conductas Autoagresivas

- Técnica: Cuestionario
- Instrumento: Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas

Se utilizó la Cédula de Indicadores Parasuicidas hecha por González y colaboradores en el 2003. Este es un cuestionario que incluye trece preguntas, algunas son para marcar, así como otras son abiertas. Dicha cédula ha sido utilizada en distintas investigaciones con adolescentes en México. 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. El cuestionario cuenta con trece preguntas, tanto de respuestas abiertas como cerradas.

La adaptación fue realizada por Contreras (25) en la que se incluyó una revisión lingüística se eliminaron algunos ítems. Por ejemplo, el ítem número 5 que decía “Esa última o única vez que te hiciste daño, ¿qué querías?” fue eliminado debido a que existía otro ítem similar, el cual fue conservado, que decía: “La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo?”. Otros ítems fueron modificados, como por ejemplo el ítem 1 “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?” que fue modificado por “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?”. También el ítem 9 “Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿pensaste que tu muerte era:”, fue variado por “La última vez que te hiciste daño ¿pensaste que:”. Así como la pregunta de este ítem fue cambiada, la respuesta de opciones para marcar también fue modificada en las frases. La adaptación quedó con 9 preguntas entre las abiertas y cerradas.

1.2. Para la variable: Personalidad

- Instrumento: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, MCMI III

El MCMI II da información a los profesionales de la salud para propósitos de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. El uso de este instrumento se reserva para muestras clínicas o personas con síntomas psicológicos y psiquiátricos evidentes.

El instrumento está compuesto por escalas:

- Patrones clínicos de personalidad, Eje I, 10 en total: (1) Esquizoide, (2) Evitativa, (3) Dependiente, (4) Histriónica, (5) Narcisista, (6A) Antisocial, (6B) Agresivo/sádica, (7) Compulsiva, (8A) Pasivo/agresiva y (8B) Autodestructiva.
- Patología severa de personalidad, 3 en total: (S) Esquizotípica, (C) Límite y (P) Paranoide.
- Síndromes clínicos, Eje II, 6 en total: (A) Ansiedad, (H) Histeriforme, (N) Hipomanía, (D) Distimia, (B) Abuso de alcohol y (T) Abuso de drogas.
- Síndromes Clínicos severo, 3 en total: (SS) Pensamiento psicótico, (CC) Depresión mayor y (PP) Trastorno delirante

Todas las escalas del cuestionario reflejan los rasgos y los estados del individuo. Cada una de sus escalas manifiesta predisposiciones y atributos permanentes del funcionamiento del paciente. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas adoptando un modo de vida destructivo y desadaptativo.

El inventario consta de 175 afirmaciones a las que se debe contestar con verdadero o falso; el tiempo de aplicación es alrededor de 30 minutos. El tipo de estructura es el de ítems poli téticos, un mismo ítem puede otorgar puntajes a diferentes escalas. El ámbito de aplicación es personas de 17 años en adelante o en su defecto con un nivel de escolarización de cuarto de secundaria.

El inventario Clínico Multiaxial de Millon II cuenta con 3 tipos de validez:

- Validez de contenido: evaluar si los ítems representan adecuadamente un dominio de desempeño.
- Validez de criterio: pueden ser usado para predecir otra variable que no ha sido medida.
- Validez de construcción por análisis factorial: grado en que la prueba evalúa una característica psicológica.

Este inventario tiene además 4 escalas de validez que incluyen: validez, sinceridad, deseabilidad social, y auto descalificación. En cuanto a la confiabilidad de consistencia interna tiene índices que van desde .67 hasta .94.

Para la corrección del instrumento se deben omitir los protocolos con más de 11 ítems no contestados; de igual manera, si la puntuación directa en la escala de Validez es mayor a 1, la prueba no sería válida si el puntaje es igual a 1 se puede continuar corrigiendo, aunque la validez sería cuestionable; lo ideal es contar con protocolos con puntajes igual a 0 en la escala de validez. Las puntuaciones directas de las demás escalas del MCMI – II se transforman en puntuaciones de tasa base (TB). Las TB nos permiten clasificar los diagnósticos de los pacientes evaluados en:

- Leves: $< \text{o igual a } 74$
- Moderados: $>75 < 84$
- Severos: > 85

La adaptación al castellano fue realizada por Jiménez y Ávila en el Laboratorio de Psicología Clínica y Psicodiagnóstico de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Salamanca en el año 1998 con una población española.

En cuanto el nivel confiabilidad del Inventario en Perú, es Garibay, en el año 2002, quien realiza un análisis exploratorio psicométrico del inventario de cada una de las escalas del MCMI II, donde encuentra una homogeneidad consistente (alfa de Cronbach entre 0.42 y 0.91) siendo las escalas con mayores niveles de

confiabilidad: auto descalificación, borderline, depresión mayor, auto derrotista, ansiedad y distimia (28).

| VARIABLES | INDICADORES Y SUBINDICADORES | ÍTEMS DEL INSTRUMENTO |
|--------------------------------|---|---|
| Conductas Autoagresivas | Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas | |
| | • Presencia histórica de Conducta Autolesiva | Ítem 1 |
| | • Frecuencia de Conducta Autolesiva | Ítem 2 |
| | • Edad de inicio de Conducta Autolesiva | Ítem 3 |
| | • Edad de ultima Conducta Autolesiva | Ítem 4 |
| | • Motivo de Conducta Autolesiva | Ítem 5 |
| | • Forma de la Última Conducta Autolesiva | Ítem 6 |
| | • Tipo de Asistencia recibida en ultima Conducta Autolesiva | Ítem 7 |
| | • Búsqueda de ayuda en la última vez de Conducta Autolesiva | Ítem 8 |
| | • Persona a la que acudió en la última Conducta Autolesiva | Ítem 9 |
| Personalidad | Patrones Clínicos de Personalidad | |
| | • Esquizoide | Verdadero: 2(3), 10(2), 13(3), 16(1), 19(3), 22(1), 25(1), 33(2), 34(3), 46(1), 47(2), 53(1), 81(3), 83(2), 85(1), 106(2), 108(1), 124(2), 141(1), 142(1), 143(3), 150(2), 159(1), 160(1), 161(3) Falso: 14(1), 20(2), 28(1), 48(2), 60(1), 78(1), 95(1), 103(1), 111(1), 125(1) |
| | • Evitativa | Verdadero: 2(1), 3(3), 8(3), 19(2), 23(2), 25(2), 27(2), 32(2), 34(1), 45(1), 47(2), 49(3), 56(2), 57(2), 63(3), 77(3), 81(1), 83(2), 85(1), 102(2), 106(1), 109(1), 110(2), 113(1), 115(2), 118(2), 120(3), 133(1), 139(1), 141(3), 147(1), 150(2), 155(2), 158(3), 160(1), 171(2) Falso: 14(1), 21(1), 28(1), 125(1), 163(1) |
| | • Dependiente | Verdadero: 10(3), 31(3), 34(2), 42(3), 49(1), 54(1), 57(2), 60(2), 75(1), 77(2), 78(3), 81(2), 97(2), 106(3), 110(1), 125(1), 133(3), 145(3), 149(1), 159(3), 168(1), 173(3) Falso: 4(2), 7(1), 12(1), 21(1), 28(1), 40(1), 41(1), 43(1), 74(1), 91(1), 92(1), 101(1), 147(1), 162(1), 163(1) |
| • Histriónica | Verdadero: 7(1), 9(2), 14(3), 20(3), 28(3), 37(1), 40(1), 41(1), 42(2), 43(2), 48(3), 56(1), 60(3), 66(2), 86(3), 89(1), 91(1), 95(1), 103(2), 111(3), 125(3), 128(1), 130(1), 133(2), 137(3), 142(1), 162(1), 166(2), 170(3), 171(1), 172(1), 173(1) Falso: 3(1), 19(1), 39(1), 51(1), 61(2), 77(1), 126(1), 158(2) | |

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial

La ubicación espacial corresponde al ámbito del área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación será desarrollada desde agosto a octubre del año 2019

2.3. Unidades de estudio

- Universo: Pacientes referidos al área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa
- Muestra: 60 unidades de estudio.
- Muestreo: Intencional no Probabilístico

3. Manejo metodológico

3.1. Población característica

Pacientes que presentes conductas autolesivas.

3.2. Población accesible

- Población cualitativa
 - Criterios de inclusión:
Presentar conductas autolesivas
Mayor de edad
 - Criterios de exclusión
No presentar conductas autolesivas
- Población cuantitativa
 - Población finita pero no conocida.
 - Muestra: 60 pacientes

4. Estrategia de recolección de datos

4.1. Organización

Se solicitará la autorización al Comité de Investigación del HNCASE para tener el permiso para ejecutar la investigación, una vez aprobada la investigación se coordinará con el Departamento de Psicología para tener acceso a los pacientes internados en el Área de Psiquiatría que presenten conductas Parasuicidas; así mismo se coordinará para realizar la observación documental de los pacientes que han sido atendidos por consulta externa en el periodo agosto- octubre 2019 para detectar aquellos que presentan conductas autolesivas.

4.2. Recursos

Humanos

| | |
|---|----|
| Investigador | 01 |
| Asesor de Investigación | 01 |
| Asesor de Investigación en HNCASE | 01 |
| Colaboradores adiestrados para recolección de información | 02 |

Materiales

| | |
|---|----|
| Hojas de Respuestas de la Escala de conductas Parasuicidas | 50 |
| Hojas de Respuestas del inventario Clínico multiaxial de Millon | 50 |
| Lapiceros | 50 |
| Software para corrección de Instrumentos Psicológicos | 50 |
| Computadora Portátil para procesamiento de Datos | 01 |

Institucionales

Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo
Universidad Católica Santa María

4.3. Validación de los instrumentos

- Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas: Se hará la revisión de las investigaciones anteriores en donde se ha utilizado el instrumento en nuestra ciudad, de no existir antecedentes de validará el instrumento por juicio de expertos.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III: El presente instrumento está debidamente adaptado, validado para usarse en nuestra delimitación geográfica, para lo cual se expondrán algunas investigaciones en donde ha sido utilizado.

4.4. Preparación de unidades de estudio

Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, se les brindará la información acerca de la investigación, así como se realizará previamente una ficha de consentimiento informado para que sea firmado por cada paciente.

4.5. Recolección

Una vez se cumpla con los procedimientos anteriores se procede a la aplicación de los instrumentos psicológicos que se requieren en la presente investigación

4.6. Procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos se procederá a vaciar la información, en las matrices de datos, determinando las características de cada variable, para luego utilizar el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS versión 24).

Una vez realizado los análisis estadísticos, estos serán representados en cuadros comparativos y gráficos, para su posterior interpretación.



CAPITULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Datos generales de las unidades de estudio

Tabla Nro. 1. Distribución de la muestra según sexo.

| Sexo | Frecuencia | % |
|-----------|------------|-------|
| Femenino | 50 | 83,3 |
| Masculino | 10 | 16,7 |
| Total | 60 | 100,0 |

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

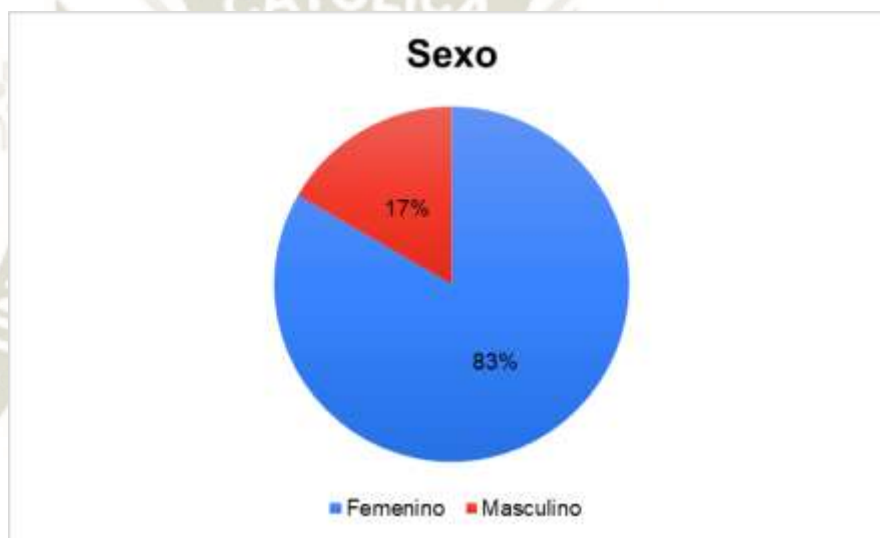


Figura Nro. 1 Distribución de la muestra según sexo

Como se puede apreciar, el grueso de la muestra corresponde a personas de género femenino. Se podría inferir entonces que son las mujeres que han tenido conductas autolesivas quienes recurren con mayor frecuencia al área de Psicología del HNCASE en busca de ayuda o soporte.

Tabla Nro. 2. Distribución de la muestra según rangos de edad.

| Rango de edad | Frecuencia | % |
|---------------|------------|-------|
| <25 | 18 | 30,0 |
| 25 - 30 | 18 | 30,0 |
| 30 - 35 | 16 | 26,7 |
| >35 | 8 | 13,3 |
| Total | 60 | 100,0 |

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

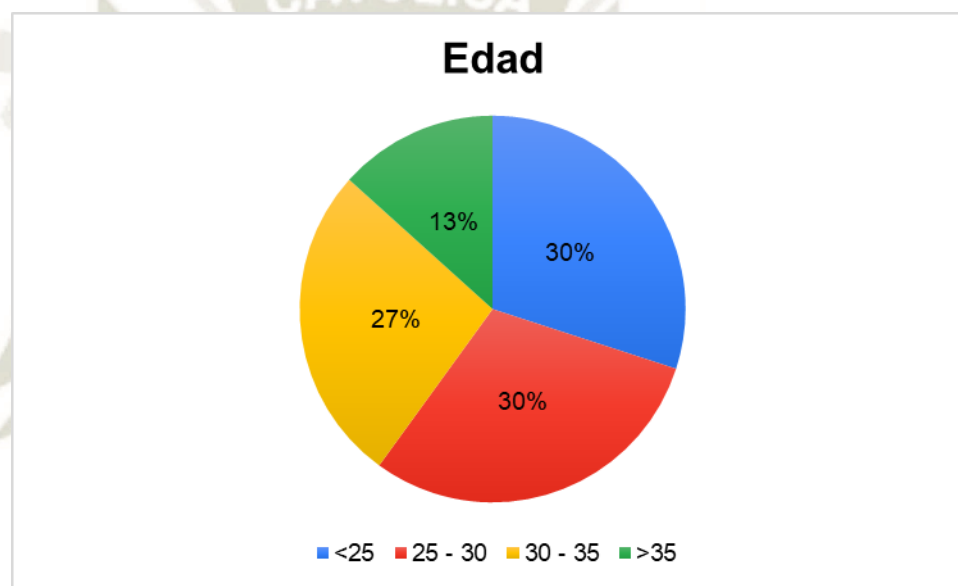


Figura Nro. 2. Distribución de la muestra según rangos de edad.

En función de la edad podemos apreciar que las personas menores de 25 años y quienes se encuentran en el rango de edad entre 25 y 30 años son quienes han presentado mayoritariamente conductas autolesivas y han acudido al área de Psicología del HNCASE, ambas categorías con una frecuencia relativa del 30%, mientras que los mayores de 35 años con una frecuencia relativa del 13.3% son los que menos conforman la muestra. Se podría inferir que hay mayor incidencia de conductas autolesivas en los adultos jóvenes.

2. Resultados de conductas autolesivas

¿Cuántas veces te has herido, intoxicado, cortado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?

Se observó que un 86% de la muestra se había autolesionado tres o más veces en su vida sin intención de morir. Esto evidencia que el grueso de los entrevistados ha tenido tres o más eventos de autolesión.

Tabla Nro. 3. Número de veces que se ha autolesionado

| Número de autolesiones | Frecuencia | % |
|------------------------|------------|-------|
| Una vez | 4 | 7.1 |
| Dos veces | 4 | 7.1 |
| Tres o más veces | 52 | 85.7 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora



Figura Nro. 3. Número de veces que se ha autolesionado

¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño?

El 57% de la muestra afirma haberse autolesionado por primera vez entre los 11 y 15 años mientras que el 22% indica haberlo hecho entre los 6 y 10 años. Lo que podría sugerir que estos comportamientos comienzan en la pubertad.

Tabla Nro. 4. Edad en la que se lesionó por primera vez

| Rango de edad | Frecuencia | % |
|---------------|------------|-------|
| 6-10 | 13 | 21.4 |
| 11-15 | 34 | 57.1 |
| 16-20 | 9 | 14.3 |
| 21-25 | 4 | 7.1 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora



Figura Nro. 4. Edad en la que se lesionó por primera vez

¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño?

El 50% de los entrevistados declaró haber tenido entre 18 y 26 años la última vez que se autolesionó. El 29% indicó haber tenido entre 27 y 35 años la última vez que se autolesionó. Se puede evidenciar que el grueso de entrevistados se lastimó por última vez en la juventud.

Tabla Nro. 5 Edad que tenía la última vez que se autolesionó

| Rango de edad | Frecuencia | % |
|---------------|------------|-------|
| 18-26 | 30 | 50.0 |
| 27-35 | 17 | 28.6 |
| 36-44 | 4 | 7.1 |
| 45-53 | 4 | 7.1 |
| 54-62 | 4 | 7.1 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora



Figura Nro. 5 Edad en la que se lesionó la última vez.

La primera vez que te hiciste daño ¿Por qué lo hiciste?

Ante la interrogante sobre la causa de la primera vez que se autolesionaron, el 36% de los entrevistados manifestó haberlo hecho por enojo, ira o impulso mientras que el 29% señalaron que las dificultades en el contexto familiar fueron la causa y el 28% indicó que los sentimientos de tristeza o desesperanza los llevaron a autolesionarse por primera vez.

Tabla Nro. 6 ¿Por qué se autolesiono la primera vez?

| Respuesta | Frecuencia | % |
|---|------------|-------|
| Sentimientos de tristeza o desesperanza | 17 | 28.6 |
| Dificultades en el contexto familiar | 17 | 28.6 |
| Enojo, ira o impulso | 21 | 35.7 |
| Acoso escolar | 5 | 7.1 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

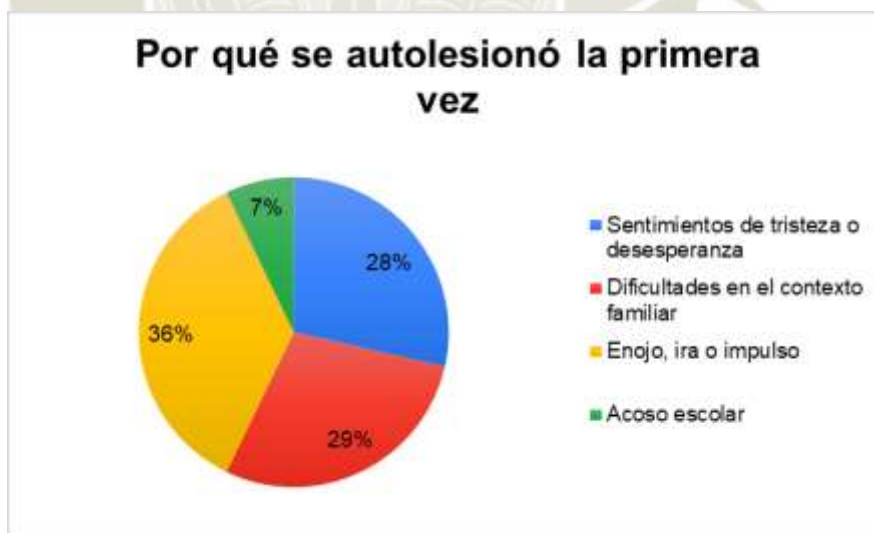


Figura Nro. 6 razones que motivaron la autolesión la primera vez.

La última vez que te hiciste daño ¿Por qué lo hiciste?

El 36% de la muestra indicó que la última vez que se lesionó fue a causa de enojo, ira o impulso. El 21% lo hizo para disipar pensamientos suicidas y el 21% lo realizó a causa de presentar sentimientos de tristeza o desesperanza.

Tabla Nro. 7 Por qué se autolesionó la última vez

| Respuesta | Frecuencia | % |
|---|------------|-------|
| Enojo, ira o impulso | 22 | 35.7 |
| Disipar pensamientos suicidas | 13 | 21.4 |
| Sentimientos de tristeza o desesperanza | 13 | 21.4 |
| Placer | 4 | 7.1 |
| Influencia de alcohol o drogas | 4 | 7.1 |
| No precisa | 4 | 7.1 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.



Figura Nro. 7 Razones que motivaron la autolesión la última vez.

¿Qué aconteció tras la última vez que se autolesionó?

Un mayoritario 72% de los entrevistados relató que tras la última vez que se autolesionaron nadie se enteró de lo que pasó. Lo que podría sugerirnos que las personas que se autolesionan guardan silencio y no comparten estas experiencias con nadie.

Tabla Nro. 8 Qué aconteció tras la última vez que se autolesionó

| Respuesta | Frecuencia | % |
|---|------------|-------|
| Nadie se enteró de lo que pasó | 44 | 71.4 |
| Alguien le ayudó, pero no fue al hospital | 4 | 7.1 |
| Tuvo que ir al hospital | 4 | 7.1 |
| Recibió apoyo emocional | 4 | 7.1 |
| No precisa | 4 | 7.1 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.



Figura Nro. 8 Que aconteció tras la última autolesión.

La última vez que te hiciste daño ¿Buscaste ayuda?

El 79% de la muestra manifestó que no buscó ayuda tras la última vez que se autolesionó. Esto concuerda con lo evidenciado en el punto anterior, el grueso de los entrevistados no busca ayuda tras autolesionarse.

Tabla Nro. 9 Buscó ayuda la última vez que se autolesionó

| Respuesta | Frecuencia | % |
|-----------|------------|-------|
| Sí | 13 | 21.4 |
| No | 47 | 78.6 |
| Total | 60 | 100,0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

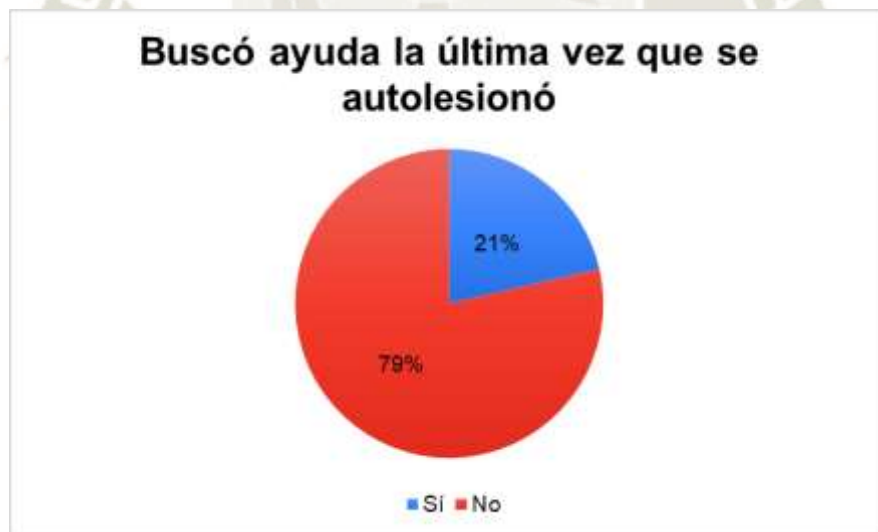


Figura Nro. 9 Búsqueda de ayuda tras autolesión.

¿De quién busca ayuda cuando se autolesiona?

El 57% de los entrevistados indicó que nunca busca ayuda tras autolesionarse mientras que un 22% recurre a un profesional de la salud.

Tabla Nro. 10 De quién busca ayuda cuando se autolesiona

| Respuesta | Frecuencia | % |
|-------------------------|------------|-------|
| Nunca busca ayuda | 34 | 57.1 |
| Familia | 9 | 14.3 |
| Amigos | 4 | 7.1 |
| Profesional de la salud | 13 | 21.4 |
| Total | 60 | 100.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.



Figura Nro. 10 Búsqueda de ayuda tras autolesión.

3. Resultados sobre rasgos de personalidad

3.1. Patrones clínicos de personalidad

Esquizoide

Respecto al rasgo de personalidad Esquizoide se puede observar una media de 76.4 en la puntuación de aquellos que manifestaron haber tenido conductas autolesivas, valor correspondiente a un nivel moderado, mientras que una media de 56.6 en la puntuación de los que indicaron no haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 11 Personalidad esquizoide en pacientes con conductas autolesivas

| Estadístico | Esquizoide Autolesivo | Esquizoide No Autolesivo |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Media | 76.4 | 56.6 |
| Mediana | 85.0 | 63.5 |
| Moda | 85.0 | 24.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Sin embargo, en un análisis de frecuencias del rasgo Esquizoide se observa que predomina entre quienes han tenido conductas autolesivas el nivel elevado con un 71%, mientras que entre los que no han presentado conductas autolesivas es predominantemente el nivel sugestivo con un 50%.



Figura Nro. 11 Personalidad esquizoide en pacientes con conductas autolesivas

Evitativo

Respecto al rasgo de personalidad Evitativo se observa una media 77.1 en la puntuación de aquellos que manifestaron haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel moderado y una media de 48.1 en la puntuación de los que indicaron no haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 12 Personalidad evitativa en pacientes con conductas autolesivas

| Estadístico | Evitativo Autolesivo | Evitativo No Autolesivo |
|-------------|----------------------|-------------------------|
| Media | 77.1 | 48.1 |
| Mediana | 86.0 | 56.5 |
| Moda | 93.0 | 0.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Sin embargo, en un análisis de frecuencias del rasgo Evitativo se aprecia que predomina entre los que han tenido conductas autolesivas el nivel elevado con un 57% mientras que entre quienes no han tenido conductas autolesivas es predominante el nivel nulo con un 38%.



Figura Nro. 12 Personalidad evitativa en pacientes con conductas autolesivas.

Depresivo

En cuanto al rasgo de personalidad Depresivo se observa una media de 90.5 en la puntuación de los que indicaron haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel elevado y una media de 47.1 en los que manifestaron no haber tenido estas conductas correspondientes a un nivel bajo.

Tabla Nro. 13 Personalidad depresiva en pacientes con conductas autolesivas

| Estadístico | Depresivo Autolesivo | Depresivo No Autolesivo |
|-------------|----------------------|-------------------------|
| Media | 90.5 | 47.1 |
| Mediana | 104.5 | 46.5 |
| Moda | 115.0 | 0.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

En un análisis de frecuencias del rasgo de personalidad Depresivo se observa que el nivel elevado es el que predomina entre los que indican haber tenido actos autolesivos con un 79%. Respecto a quienes declararon no haber tenido actos autolesivos este rasgo es predominantemente de nivel nulo con un 50%.

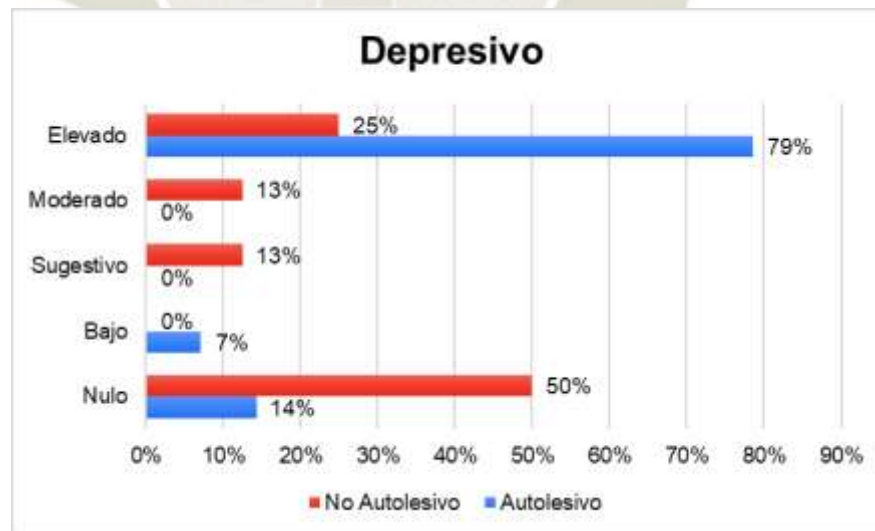


Figura Nro. 13 Personalidad depresiva en pacientes con conductas autolesivas.

Dependiente

En lo referente al rasgo de personalidad Dependiente se aprecia una media de 71.1 en la puntuación de los que indicaron haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel sugestivo y una media de 46.1 en los que manifestaron no haber tenido estas conductas correspondientes a un nivel bajo.

Tabla Nro. 14 Personalidad dependiente en pacientes con conductas autolesivas

| Estadístico | Dependiente Autolesivo | Dependiente No Autolesivo |
|-------------|------------------------|---------------------------|
| Media | 71.1 | 46.1 |
| Mediana | 81.0 | 53.5 |
| Moda | 88.0 | 79.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

En un análisis de frecuencias del rasgo de personalidad Dependiente se aprecia que el nivel elevado es el que predomina entre quienes han tenido conductas autolesivas con un 43%, mientras que en entre los que reportan no haber tenido conductas autolesivas es predominantemente de nivel nulo con un 44%.

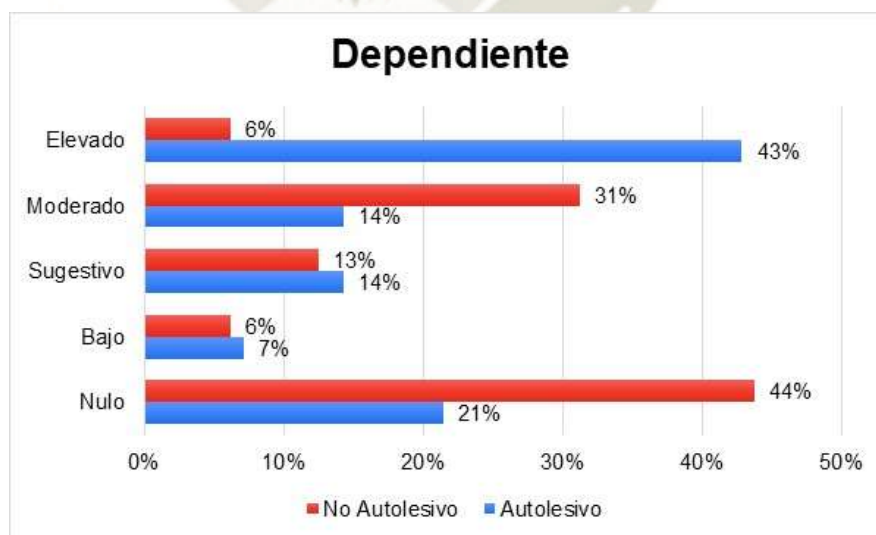


Figura Nro. 14 Personalidad dependiente en pacientes con conductas autolesivas.

Histriónico

Respecto al rasgo de personalidad Histriónico se observa una media de 38.2 en la puntuación de los que manifestaron haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel bajo mientras que entre los que indicaron no haber tenido estas conductas la media es de 59 correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 15 Personalidad histriónica en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Histriónico Autolesivo | Histriónico No Autolesivo |
|-------------|------------------------|---------------------------|
| Media | 38.2 | 59.0 |
| Mediana | 32.5 | 61.0 |
| Moda | 18.0 | 37.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se observa que el rasgo de personalidad Histriónico es principalmente de nivel nulo entre quienes han presentado conductas autolesivas con un 50% mientras que entre los que no han presentado estas conductas es predominantemente de nivel bajo con un 44%.

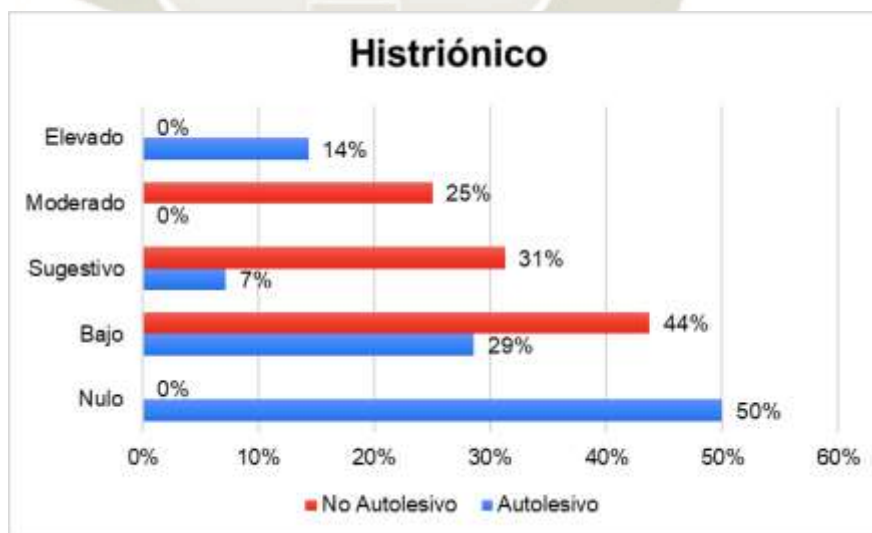


Figura Nro. 15 Personalidad histriónica en pacientes con conductas autolesivas.

Narcisista

En lo referente al rasgo de personalidad Narcisista se aprecia una media de 55.9 en la puntuación de los que han tenido conductas autolesivas correspondientes a un nivel bajo mientras que entre los que indicaron no haber tenido estas conductas la media es de 68.9 correspondientes a un nivel sugestivo.

Tabla Nro. 16 Personalidad narcisista en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Narcisista Autolesivo | Narcisista No Autolesivo |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Media | 55.9 | 68.9 |
| Mediana | 60.0 | 64.0 |
| Moda | 68.0 | 49.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se puede apreciar que el rasgo de personalidad Narcisista es principalmente de nivel sugestivo entre los que presentaron conductas autolesivas con un 43% mientras que en los que no han presentado conductas autolesivas es de nivel bajo con un 38%.

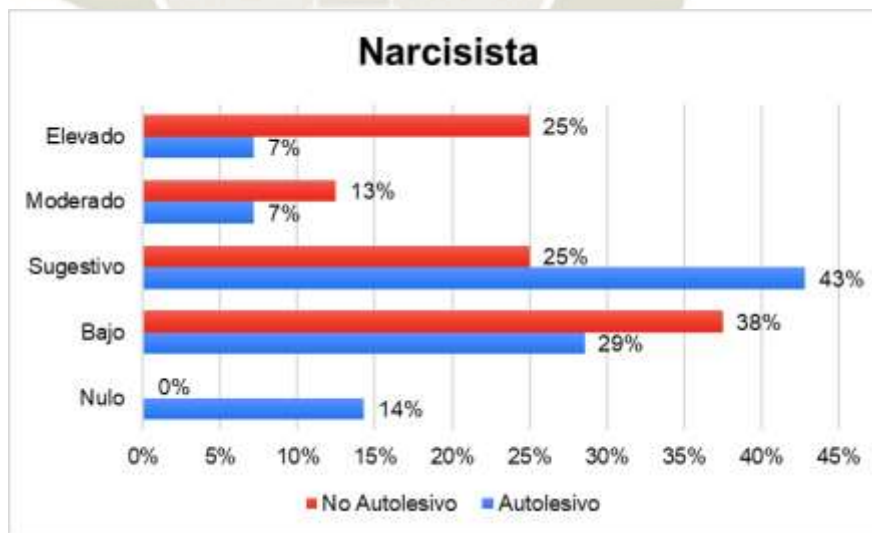


Figura Nro. 16 Personalidad narcisista en pacientes con conductas autolesivas.

Antisocial

Respecto al rasgo de personalidad Antisocial se observa una media de 70.9 en la puntuación de las personas que manifestaron haber tenido alguna conducta autolesiva correspondiente a un nivel sugestivo mientras que entre los que declararon no haber tenido estas conductas la media es de 55.4 correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 17 Personalidad antisocial en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Antisocial Autolesivo | Antisocial No Autolesivo |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Media | 70.9 | 55.4 |
| Mediana | 78.0 | 61.0 |
| Moda | 79.0 | 36.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se aprecia que el rasgo de personalidad Antisocial es de nivel moderado entre quienes indicaron haber tenido algún comportamiento autolesivo con un 36% mientras que entre los que declararon no haber tenido comportamientos autolesivos es básicamente de nivel sugestivo con un 50%.

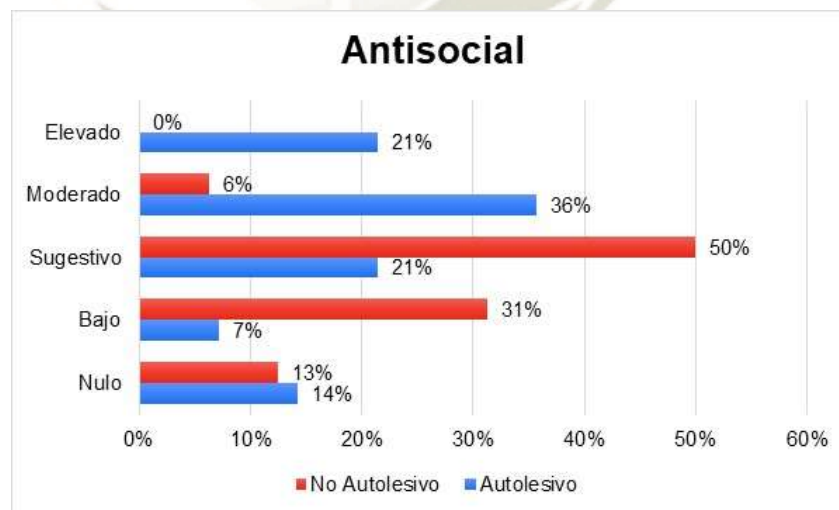


Figura Nro. 17 Personalidad antisocial en pacientes con conductas autolesivas.

Sadista

En lo referente al rasgo de personalidad Sadista se puede observar una media de 72.6 en la puntuación obtenida por quienes declararon haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel sugestivo mientras entre los que manifestaron no haberlas tenido la media es de 51.2 correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 18 Personalidad sadista en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Sadista Autolesivo | Sadista No Autolesivo |
|-------------|--------------------|-----------------------|
| Media | 72.6 | 51.2 |
| Mediana | 73.5 | 56.0 |
| Moda | 61.0 | 12.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se observa que el rasgo de personalidad Sadista es de nivel sugestivo entre quienes indicaron haber tenido alguna conducta autolesiva con un 36% mientras que en quienes no tuvieron alguna conducta autolesiva se observa que este rasgo es de nivel sugestivo con un 38%.

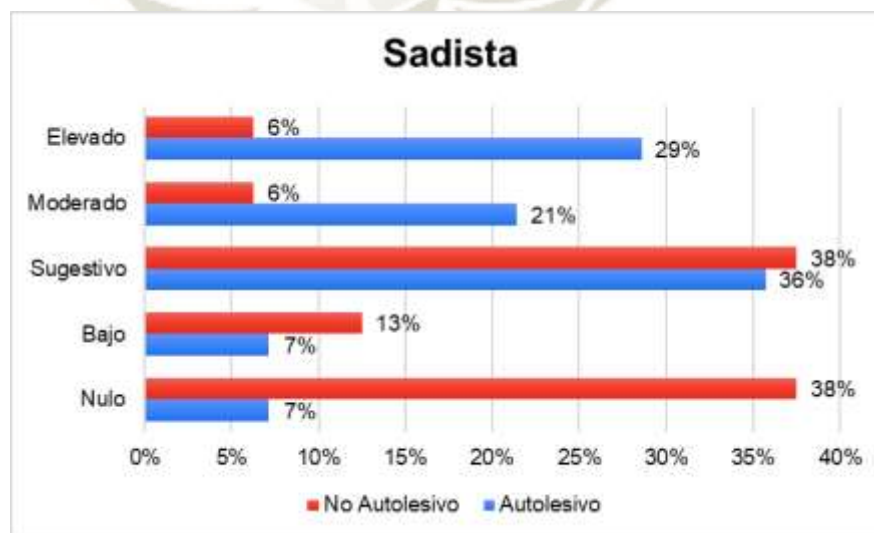


Figura Nro. 18 Personalidad sadista en pacientes con conductas autolesivas.

Compulsivo

En cuanto al rasgo de personalidad Compulsivo se observa una media de 47.1 en la puntuación de las personas que indicaron haber tenido algún comportamiento autolesivo correspondiente a un nivel bajo mientras que entre los que no la media es de 53.7 correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 19 Personalidad sadista en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Compulsivo Autolesivo | Compulsivo No Autolesivo |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Media | 47.1 | 53.7 |
| Mediana | 47.0 | 52.0 |
| Moda | 36.0 | 52.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se aprecia que el rasgo de personalidad Compulsivo es de nivel bajo entre los que declararon haber tenido conductas autolesivas con un 50% mientras que entre los que indicaron no haberlas tenido es de nivel bajo con un 63%.

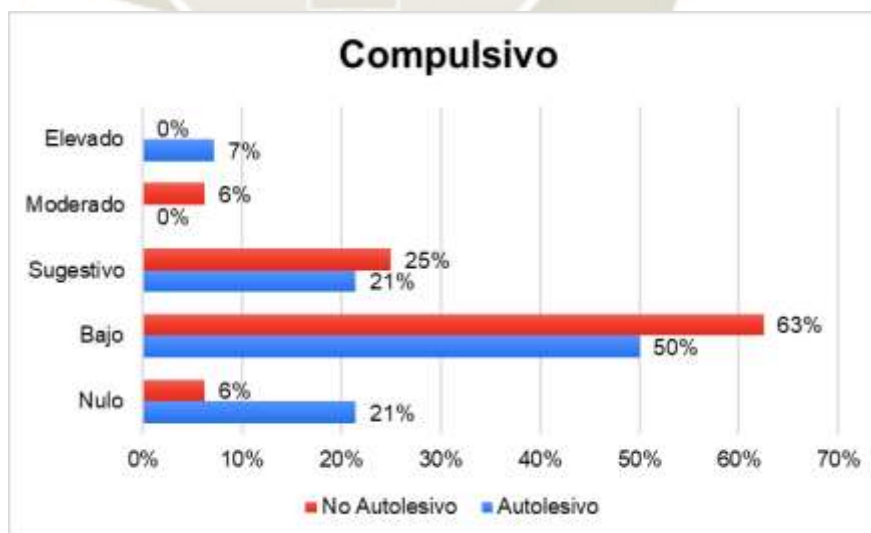


Figura Nro. 19 Personalidad compulsiva en pacientes con conductas autolesivas.

Negativista

Se observa que en lo referente al rasgo de personalidad Negativista la media de la población de quienes manifestaron haber tenido alguna conducta autolesiva es de 69.6 correspondiente a un nivel sugestivo mientras que entre los que no la media es de 46.8 correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 20 Personalidad sadista en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Negativista Autolesivo | Negativista No Autolesivo |
|-------------|------------------------|---------------------------|
| Media | 69.6 | 46.8 |
| Mediana | 80.0 | 45.5 |
| Moda | 79.0 | 83.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se aprecia que el rasgo de personalidad Negativista es de nivel elevado entre los que declararon haber tenido algún acto autolesivo con un 36%, entre los que no tuvieron algún acto autolesivo es de nivel nulo con un 38%.

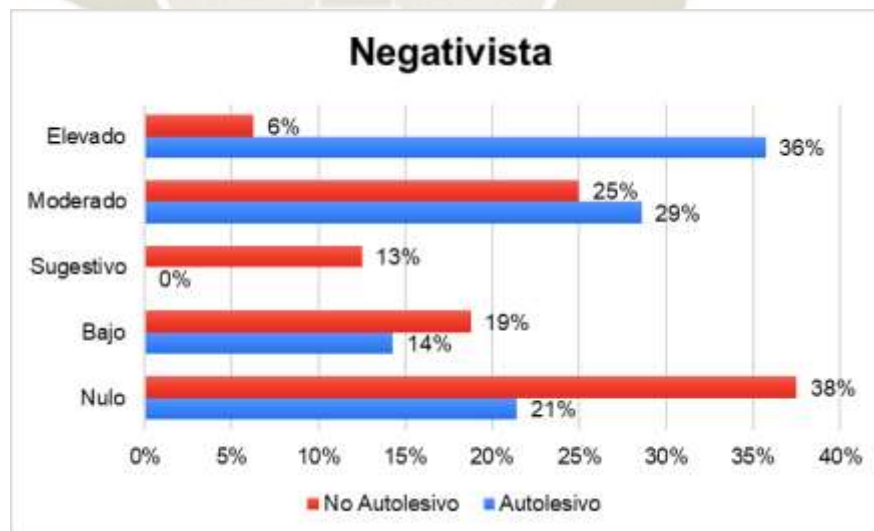


Figura Nro. 20 Personalidad negativista en pacientes con conductas autolesivas.

Masoquista

En lo referente al rasgo de personalidad Masoquista se observa una media de 84.7 en la puntuación de las personas que indicaron haber realizado algún acto autolesivo correspondiente a un nivel moderado mientras que entre los que indicaron no haber realizado algún acto autolesivo la media es de 49.5 correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 21 Personalidad masoquista en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Masoquista Autolesivo | Masoquista No Autolesivo |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Media | 84.7 | 49.5 |
| Mediana | 96.5 | 58.0 |
| Moda | 104.0 | 0.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se observa que el rasgo de personalidad Masoquista es de nivel elevado entre los que declararon haber tenido conductas autolesivas con un 64%, entre los que indican no haber tenido conductas autolesivas este rasgo es de nivel nulo con un 38%.

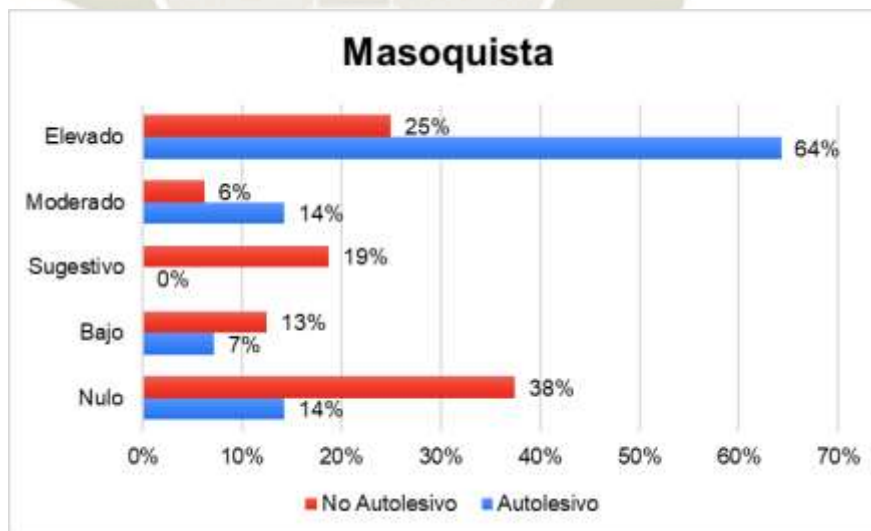


Figura Nro. 21 Personalidad masoquista en pacientes con conductas autolesivas

Patología severa de personalidad

Trastorno Esquizoide

Respecto a la patología severa de personalidad Trastorno Esquizoide se aprecia una media de 69.4 en la puntuación de los que declaran haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel sugestivo y una media de 45.4 en la puntuación de los que indicaron no haber realizado algún acto autolesivo correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 22 Trastorno Esquizoide en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Trastorno Esquizoide Autolesivo | Trastorno Esquizoide No Autolesivo |
|-------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Media | 69.4 | 45.4 |
| Mediana | 80.0 | 63.5 |
| Moda | 0.0 | 0.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Sin embargo, en un análisis de frecuencias de la patología severa de personalidad Trastorno Esquizoide se observa que predomina entre quienes han tenido conductas autolesivas el nivel elevado con un 50%, mientras que entre quienes indicaron no haber tenido estas conductas la patología es de nivel sugestivo con un 56%.

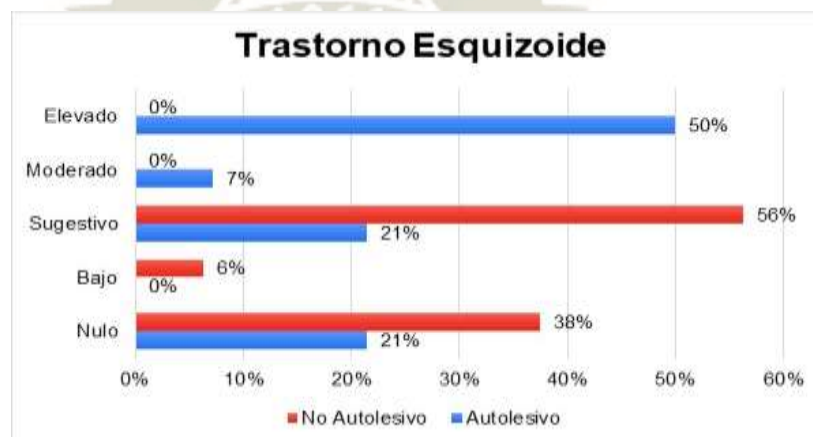


Figura Nro. 22 Trastorno Esquizoide en pacientes con conductas autolesivas.

Trastorno Límite

En lo referente a la patología severa de personalidad Trastorno Límite se obtuvo una media de 81.6 en la puntuación de las personas que indicaron haber tenido conductas autolesivas correspondiente a un nivel moderado y una media de 45.2 en los que no correspondiente a un nivel bajo.

Tabla Nro. 23 Trastorno Límite en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Trastorno Límite Autolesivo | Trastorno Límite No Autolesivo |
|-------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Media | 81.6 | 45.2 |
| Mediana | 91.5 | 40.0 |
| Moda | 115.0 | 0.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Sin embargo, en un análisis de frecuencias de la patología severa de personalidad Trastorno Límite se observa que predomina entre quienes han tenido conductas autolesivas el nivel elevado con un 57% mientras que es de nivel nulo entre los que no han tenido conductas autolesivas con un 50%.

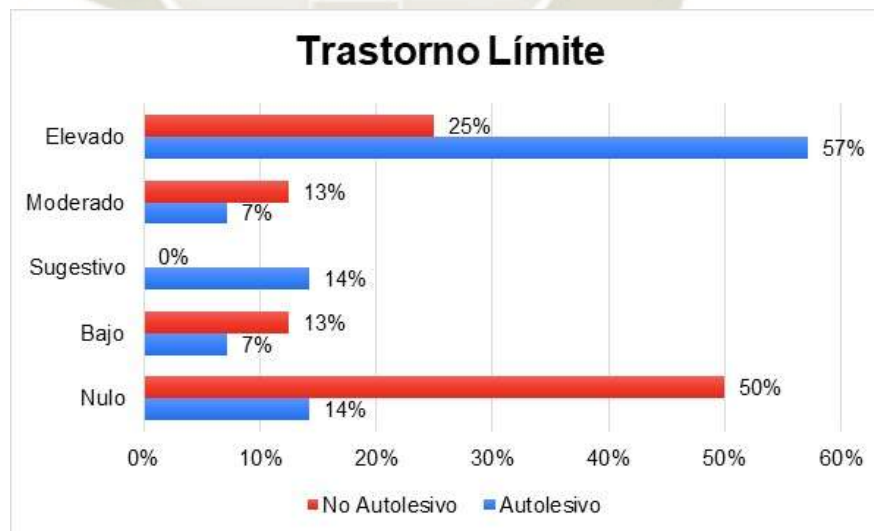


Figura Nro. 23 Trastorno Límite en pacientes con conductas autolesivas.

Trastorno Paranoide

Respecto a la patología severa de personalidad Trastorno Paranoide se observa una media de 63.9 en la puntuación de las personas que tuvieron alguna conducta autolesiva y una media de 43.3 en quienes no tuvieron estas conductas.

Tabla Nro. 24 Trastorno Paranoide en pacientes con conductas autolesivas.

| Estadístico | Trastorno Paranoide Autolesivo | Trastorno Paranoide No Autolesivo |
|-------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Media | 63.9 | 43.3 |
| Mediana | 78.0 | 33.0 |
| Moda | 0.0 | 0.0 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se observa que el rasgo de personalidad Trastorno Paranoide es mayoritariamente de nivel moderado en quienes relataron haber tenido conductas autolesivas con un 29% y de nivel nulo en quienes declararon no haber tenido estas conductas con un 50%.

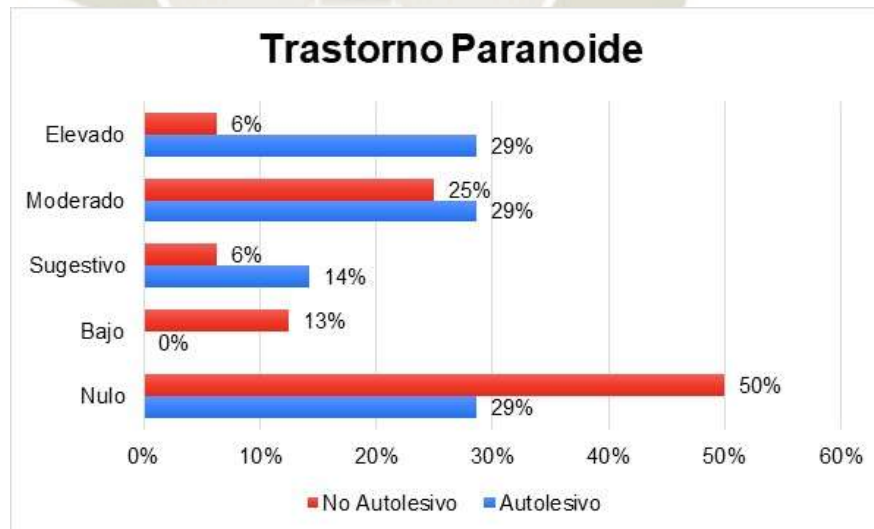


Figura Nro. 24 Trastorno Paranoide en pacientes con conductas autolesivas.

4. Relación entre rasgos de personalidad y conductas autolesivas

4.1. Patrones clínicos de personalidad

Se realizó el análisis estadístico Prueba Levene de igualdad de varianzas entre los rasgos de personalidad y las conductas autolesivas validándose la igualdad de las varianzas en todos los rasgos.

Tras ello se realizó el análisis estadístico Prueba t para igualdad de media entre los rasgos de personalidad y las conductas autolesivas encontrando el P valor para cada uno de los rasgos evaluados obteniendo los siguientes resultados:

Tabla Nro. 25 Patrones clínicos de personalidad

| Prueba de muestras independientes | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|
| Rasgo de personalidad | Prueba de Levene | | Prueba t para la igualdad de medias | | | |
| | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| <i>Esquizoide</i> | .467 | 2.190 | 28 | .037 | 19.795 | 9.038 |
| <i>Evitativo</i> | .581 | 2.158 | 28 | .040 | 29.018 | 13.445 |
| <i>Depresivo</i> | .080 | 3.158 | 28 | .004 | 43.375 | 13.734 |
| Dependiente | .400 | 1.945 | 28 | .062 | 24.946 | 12.829 |
| <i>Histriónico</i> | .182 | -2.551 | 28 | .016 | -20.786 | 8.148 |
| Narcisista | .916 | -1.765 | 28 | .089 | -12.946 | 7.337 |
| Antisocial | .327 | 1.919 | 28 | .065 | 15.491 | 8.074 |
| Sadista | .312 | 1.979 | 28 | .058 | 21.384 | 10.804 |
| Compulsivo | .257 | -1.170 | 28 | .252 | -6.545 | 5.594 |
| Negativista | .644 | 1.928 | 28 | .064 | 22.759 | 11.803 |
| <i>Masoquista</i> | .195 | 2.629 | 28 | .014 | 35.214 | 13.397 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se ha logrado comprobar una relación estadísticamente significativa mediante un P valor < 0.05 para los siguientes rasgos de personalidad:

- Depresivo, con un P valor de 0.004 es el rasgo de personalidad con la mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas

- Masoquista, con un P valor de 0.014 es el segundo rasgo de personalidad con mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas.
- Histriónico, con un P valor de 0.016 es el tercer rasgo de personalidad con mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas.
- Esquizoide, con un P valor de 0.037 es el cuarto rasgo de personalidad con mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas.
- Evitativo, con un P valor de 0.040 es el quinto rasgo de personalidad con mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas.
- Podemos apreciar que el principal rasgo de personalidad relacionado a las conductas autolesivas es el Depresivo.

4.2. Patología severa de personalidad

Se realizó el análisis estadístico Prueba Levene de igualdad de varianzas entre las patologías severas de personalidad y las conductas autolesivas validándose la igualdad de las varianzas en todas las patologías.

Tras ello se realizó el análisis estadístico Prueba t para igualdad de media entre las patologías severas de personalidad y las conductas autolesivas encontrando el P valor para cada uno de los rasgos evaluados obteniendo los siguientes resultados:

Tabla Nro. 26 Patología severa de personalidad

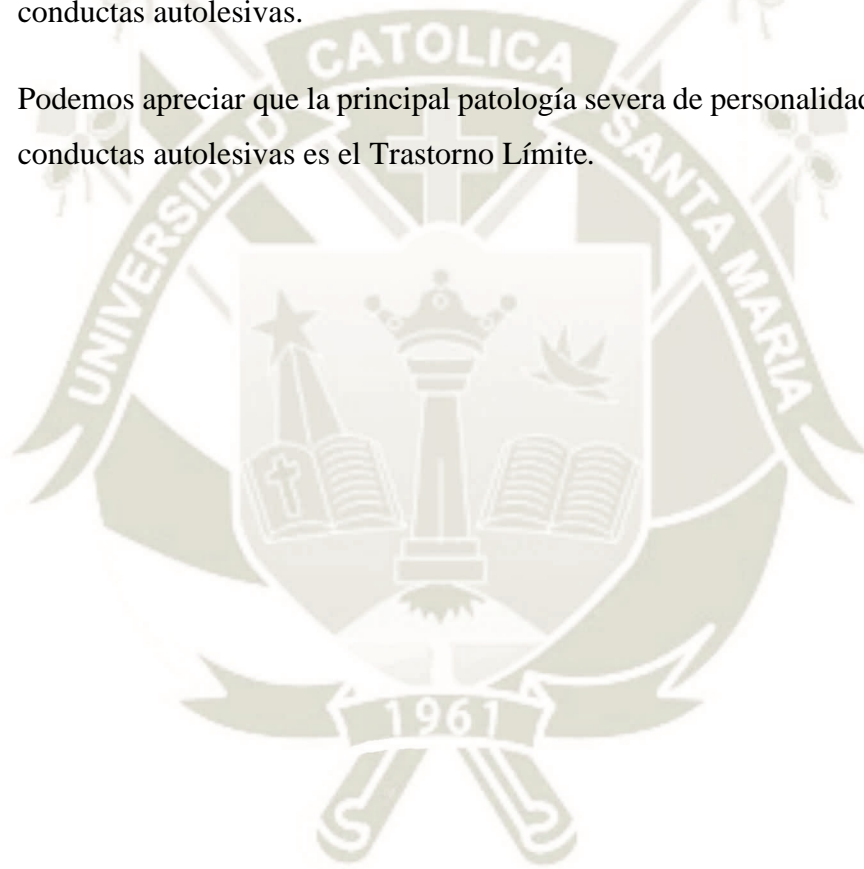
| Patología severa de personalidad | Prueba de muestras independientes | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------|------------------|----------------------|------------------------------|
| | Prueba de Levene | Prueba t para la igualdad de medias | | | | |
| | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| T. Esquizoide | .418 | 1.864 | 28 | .073 | 23.982 | 12.863 |
| T. Limite | .598 | 2.703 | 28 | .012 | 36.455 | 13.485 |
| T. Paranoide | .726 | 1.616 | 28 | .117 | 20.545 | 12.714 |

Fuente: instrumento aplicado por la investigadora.

Se ha logrado comprobar una relación estadísticamente significativa mediante un P valor < 0.05 para las siguientes patologías severas de personalidad:

- Trastorno Límite, con un P valor de 0.012 es la patología severa de personalidad con la mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas
- Trastorno Esquizoide, con un P valor de 0.073 es la segunda patología severa de personalidad con mayor relación estadísticamente significativa respecto a las conductas autolesivas.

Podemos apreciar que la principal patología severa de personalidad relacionado a conductas autolesivas es el Trastorno Límite.



5. Discusión

En cuanto a la hipótesis de esta investigación podemos afirmar que sí existe una relación estadísticamente significativa entre los patrones de personalidad y la presencia de conductas autolesivas en los pacientes referidos al área de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa. Específicamente en los rasgos de personalidad Depresivo y Masoquista además de la patología severa de la personalidad Trastorno Límite.

Basantes (12) realizó la investigación “Personalidad y conductas autolesivas en adolescentes de la Unidad Educativa Isabel de Godín” en Riobaba – Ecuador donde analizó los rasgos de personalidad prevalentes en los alumnos con conductas autolesivas concluyendo que tanto el Masoquista como el Sadista fueron los más prevalentes en la muestra estudiada. Solo podemos coincidir con esta investigación en el patrón Masoquista mas no en el patrón Sadista, para nuestra muestra este último patrón resulto no tener una relación estadísticamente significativa con las conductas autolesivas dado que el P valor de la prueba t para este patrón fue de 0.058.

Contreras (24) realiza su investigación “Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana en escolares de cuarto y quinto de secundaria del distrito de Tahuantinsuyo ubicado en Lima, Perú”. Concluyendo con respecto a los actos autolesivos que más de un 20% las había cometido, aunque sea una vez en su vida, que quienes lo habían hecho eran en su mayoría mujeres y que dos desencadenantes de dichos actos eran los problemas familiares y el estado de ánimo depresivo. En nuestra investigación el 86% de la muestra se había autolesionado tres o más veces atribuyendo al enojo, ira o impulso como los desencadenantes de estos actos. Coincidimos con esta investigación en que son las mujeres quienes en mayoría han tenido conductas autolesivas.

Malca (25) realizó una investigación en Lima – Perú titulada “Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida” la muestra estuvo conformada por 49 pacientes con antecedentes de intento suicida, con edades entre 17 y 25 años. En los resultados se hallaron que los estilos de

personalidad de mayor prevalencia eran aquellos que combinan rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes, y rasgos límites o una combinación de rasgos límites y esquizotípicos. En nuestro caso los rasgos de personalidad que prevalecen en las personas que han presentado comportamientos autolesivos con un indicador elevado son depresivos, masoquista y esquizoide mientras que la patología severa de personalidad más significativa es el Trastorno Límite.



CONCLUSIONES

- Primero. Se ha observado que el grueso de la muestra ha presentado tres o más eventos de autolesión en su vida. Estos en su mayoría comenzaron a autolesionarse entre los 11 y 15 años. Mayoritariamente los entrevistados indicaron que la primera vez que se hicieron daño fue por enojo, ira o impulso. El grueso de entrevistados indicó que la última vez que se lesionaron nadie se enteró de lo que pasó y que no buscaron ayuda. En el caso de los que si buscaron ayuda tras un evento de autolesión se observó que no recurrieron al auxilio de algún profesional de la salud.
- Segundo. Se identificó que los rasgos de personalidad que prevalecen en las personas que han presentado comportamientos autolesivos con un indicador elevado son: Depresivo con una media de 90.5 puntos y una frecuencia relativa de 79%, Masoquista con una media 87.7 puntos y una frecuencia relativa de 64%; finalmente Esquizoide con una media de 76.4 puntos y una frecuencia relativa de 71%.
- Tercero. Se identificó que la patología severa de personalidad que prevalece en las personas que han presentado comportamientos autolesivos con un indicador elevado es el Trastorno Límite con una media 81.6 puntos y una frecuencia relativa de 57%. Además, existe una relación estadísticamente significativa entre Depresivo con un P valor de 0.004 y Masoquista con un P valor de 0.014 y la presencia de comportamientos autolesivos.

RECOMENDACIONES

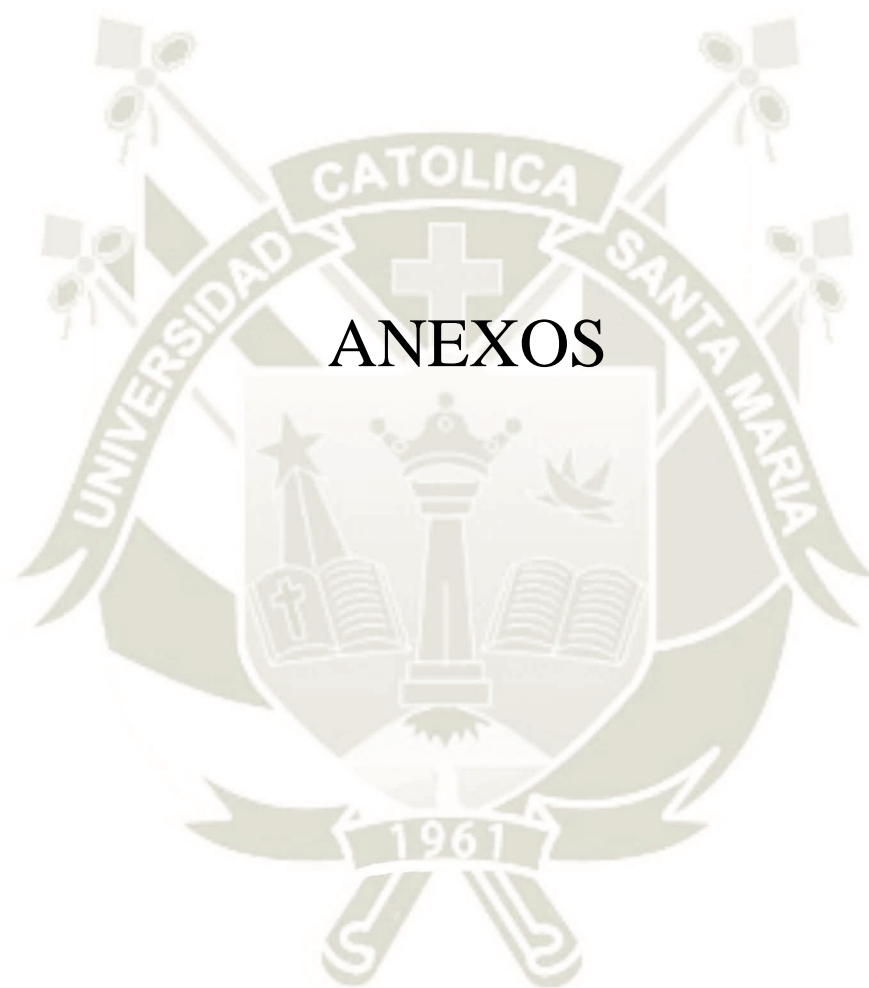
- Primero. En un marco preventivo se sugiere al departamento de psicología del HNCASE desarrollar un programa de talleres preventivos y escuelas de padres, dado que la mayoría de conductas autolesivas inician en la adolescencia, por lo que el objetivo del programa es la psicoeducación respecto a estas conductas y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre padres e hijos. Este programa debe complementarse con la psicoeducación a docentes para lograr identificar conductas de riesgo sobre la presencia de prácticas autolesivas en los estudiantes.
- Segundo. Se sugiere realizar la sensibilización a la familia acerca de la importancia de validar y mostrar empatía con los sentimientos del paciente. En base a las características de personalidad que predominan en las personas que presentan conductas autolesivas se sugiere el acompañamiento psicológico inmediato que integre la sintomatología con los rasgos propios de la personalidad, ya sea depresiva o masoquista con técnicas y estrategias orientadas al control de la ira, expresión asertiva de emociones.
- Tercero. Se sugiere que dentro de la atención psiquiátrica – psicológica del HNCASE, en cuanto a las características de patología severa de la personalidad (personalidad limite y disocial) una intervención integrada donde las conductas autolesivas no se asuman como parte del diagnóstico, sino que sean tratadas como síntomas independientes que pueden ser controlados con apoyo de la psicoterapia orientados a las ideas de desesperanza, manejo de impulsividad, autocuidado y estrategias de afrontamiento que le permitan resolver conflictos cotidianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Audiolearn Medical Content Team. DSM V audio crash course: Complete review of the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5). Independently Published; 2019.
2. Nader A, Boehme DV. Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?, Boletín sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia, (1), 32-37.
3. Del Rosario Flores-Soto M, Cancino-Marentes ME, Figueroa Varela M del R. Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. Rev Cub Salud Publica. 2018;44(4):200–16.
4. Méndez-Santos JL, Luna AX-G. Autolesiones sin intención suicida en [Internet]. Gov.br. [citado el 11 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/Mexico.pdf>
5. Rospigliosi Tudela SF. Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011.
6. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12(1):307–30.
7. Ibáñez ÁF, Costa MV, del Real Peña A, del Castillo CS. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. Cuad med psicosom psiquiatr enlace (Internet). 2012;(103):5.
8. Rodríguez G M, Gempeler R J, Pérez R V, Solano S S, Meluk A, Guerrero E, et al. Between internal suffering and silenced words: Analysis of narratives of women with eating disorders, trauma and self-mutilation. Rev Colomb Psiquiatr. 2007;36(2):237–254.
9. Abufhele M, Correa A. "Manejo de autoagresiones y conducta suicida en adolescentes." Contacto Científico.2016;(6).6
10. Villarroel G J, Jerez C S, Montenegro M MA, Montes A C, Igor M M, Silva I H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Rev chil neuro-psiquiatr. 2013;51(1):38–45.
11. Sánchez Sánchez T. Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. rdp. 2018;29(110):185–209.

12. Basantes Insuasti JP, Porrás Medina WC. Personalidad y conductas autolesivas en adolescentes de la unidad educativa “Isabel De Godín” Riobamba, período febrero-agosto 2015. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2015.; 2015.
13. Cordero Zambrano T. Evaluación psicológica de la personalidad asociado al cutting y baja autoestima en adolescentes. *Psico UNEMI* 2019;3(5):18–25.
14. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007;19(3):309–17.
15. Flores Soto MDEL R, Cancino Marentes ME, Figueroa Varela MADELR. Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev Cub Salud Publica [Internet]*. 2017 [citado el 10 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/2004>
16. Obando D, Trujillo Á, Prada M. Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Rev psicopatol psicol clín.* 2019;23(3):18
17. Programa de Intervención Psicológica en Adolescentes con Conducta Autolesiva. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA [Internet]. 145.154. [citado el 10 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://190.119.145.154/bitstream/handle/20.500.12773/11555/PSchmejc%26copaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Millon T, Davis R. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson; 2006.
19. Millon T. Trastornos de personalidad, más allá del DSM IV. Barcelona, España: Editorial Masson; 1998
20. Millon T. Manual del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon. 2001
21. Hawton K, Harriss L. How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *Suicide Life Threat Behav.* 2008;38(6):650–60.
22. Morales N. Autolesiones (cortes en la piel) en adolescentes y su relación con los rasgos de personalidad y sucesos vitales. En: IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación

- XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2017.
23. Agüero G. Adolescentes con Autoagresiones: Serie de Casos Clínicos. *Intra Med Journal*. 2014;6(2).
 24. Kirchner T, Ferrer L, Forns M, Zanini D. Conducta Autolesiva e Ideación Suicida en Estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de Género y Relación con Estrategias de Afrontamiento *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(4):226–35.
 25. Santos D. Autolesión: Qué es y cómo ayudar. México EFMD, editor. 2011.
 26. Contreras C. Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana en escolares de cuarto y quinto de secundaria del distrito de Tahuantinsuyo. Lima, Perú; 2009.
 27. Malca J. Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida. Lima, Perú; 2007.
 28. Gallegos-Santos M, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú, Casapia Guzman Y, Rivera R, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú. Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones Rev Av Psicol*. 2018;4(2):143–51.
 29. Garibay Salazar CS. Análisis exploratorio psicométrico del inventario clínico multiaxial de millón II en estudiantes de psicología. Tesis de grado Universidad Nacional Federico Villarreal. 2002;oai:172. 16:0 151 943.



ANEXO 1

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

| VARIABLES | INDICADORES | SUBINDICADORES | ÍTEMS DEL INSTRUMENTO |
|-------------------------|---|---|---|
| Conductas Autoagresivas | Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas | Presencia histórica de Conducta Autolesiva | Ítem 1 |
| | | Frecuencia de Conducta Autolesiva | Ítem 2 |
| | | Edad de inicio de Conducta Autolesiva | Ítem 3 |
| | | Edad de última Conducta Autolesiva | Ítem 4 |
| | | Motivo de Conducta Autolesiva | Ítem 5 |
| | | Forma de la Última Conducta Autolesiva | Ítem 6 |
| | | Tipo de Asistencia recibida en última Conducta Autolesiva | Ítem 7 |
| | | Búsqueda de ayuda en la última vez de Conducta Autolesiva | Ítem 8 |
| | | Persona a la que acudió en la última Conducta Autolesiva | Ítem 9 |
| Personalidad | Patrones Clínicos de Personalidad | Esquizoide | Verdadero: 2(3), 10(2), 13(3), 16(1), 19(3), 22(1), 25(1), 33(2), 34(3), 46(1), 47(2), 53(1), 81(3), 83(2), 85(1), 106(2), 108(1), 124(2), 141(1), 142(1), 143(3), 150(2), 159(1), 160(1), 161(3) |
| | | | Falso: 14(1), 20(2), 28(1), 48(2), 60(1), 78(1), 95(1), 103(1), 111(1), 125(1) |
| | | Evitativa | Verdadero: 2(1), 3(3), 8(3), 19(2), 23(2), 25(2), 27(2), 32(2), 34(1), 45(1), 47(2), 49(3), 56(2), 57(2), 63(3), 77(3), 81(1), 83(2), 85(1), 102(2), 106(1), 109(1), 110(2), 113(1), 115(2), 118(2), 120(3), 133(1), 139(1), 141(3), 147(1), 150(2), 155(2), 158(3), 160(1), 171(2) |
| | | | Falso: 14(1), 21(1), 28(1), 125(1), 163(1) |
| | | Dependiente | Verdadero: 10(3), 31(3), 34(2), 42(3), 49(1), 54(1), 57(2), 60(2), 75(1), 77(2), 78(3), 81(2), 97(2), 106(3), 110(1), 125(1), 133(3), 145(3), 149(1), 159(3), 168(1), 173(3) |
| | | | Falso: 4(2), 7(1), 12(1), 21(1), 28(1), 40(1), 41(1), 43(1), 74(1), 91(1), 92(1), 101(1), 147(1), 162(1), 163(1) |

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| | | Histriónica | Verdadero: 7(1), 9(2), 14(3), 20(3), 28(3), 37(1), 40(1), 41(1), 42(2), 43(2), 48(3), 56(1), 60(3),66(2), 86(3), 89(1), 91(1), 95(1), 103(2), 111(3), 125(3), 128(1), 130(1), 133(2), 137(3), 142(1), 162(1), 166(2), 170(3), 171(1), 172(1), 173(1) Falso: 3(1), 19(1), 39(1), 51(1), 61(2), 77(1), 126(1), 158(2) |
| | | Narcisista | Verdadero: 1(3), 2(1), 4(2), 6(3), 12(1), 14(2), 15(3), 16(2), 22(1), 28(1), 32(1), 37(3), 41(2),43(1), 55(1), 60(1), 80(1), 85(1), 86(2), 89(3), 91(3), 103(2), 111(2), 125(2), 126(1), 129(3),130(1), 131(3), 134(1), 135(1), 137(2), 142(3), 143(1), 146(1), 163(1), 165(2), 166(3), 170(2),171(2), 172(2) Falso: 81(1), 31(1), 42(2), 45(1), 51(1), 78(1), 106(1), 149(2), 158(2) |
| | | Antisocial | Verdadero: 1(2), 7(3), 12(2), 15(1), 20(2), 22(2), 32(1), 38(2), 40(3), 43(2), 44(1), 48(1), 55(2),64(1), 73(2), 74(2), 80(2), 85(1), 86(2), 87(2), 91(2), 92(3), 94(3), 101(1), 103(3), 104(1), 111(1), 113(1), 116(3), 129(2), 130(3), 140(1), 142(2), 144(2), 147(3), 157(1), 162(3), 165(2), 171(1),172(3) Falso: 34(1), 42(2), 77(1), 78(2), 81(2) |
| | | Agresivo/sádica | Verdadero: 1(2), 4(3), 7(1), 9(3), 12(3), 21(2), 30(3), 32(1), 38(1), 40(1), 41(3), 43(1), 44(3),58(1), 64(2), 66(1), 74(2), 80(1), 82(2), 84(2), 86(1), 91(2), 95(1), 101(3), 107(2), 115(2), 121(2),129(2), 134(3), 135(1), 142(1), 146(1), 147(1), 148(3), 155(2), 163(3), 165(1), 166(2) Falso: 31(1), 42(2), 71(1), 77(2), 78(2), 106(1), 145(1) |
| | | Compulsiva | Verdadero: 4(1), 21(3), 32(1), 39(3), 46(3), 61(3), 64(2), 74(1), 75(3), 78(1), 81(1), 88(3), 126(3),134(2), 138(3), 148(2), 149(3), 153(3), 159(2), 161(2), 163(2) Falso: 7(1), 20(2), 40(1), 43(1), 48(2), 50(1), 60(1), 66(1), 77(1), 86(2), 92(1), 95(1), 103(1),111(1), 128(1), 145(2), 155(1) |
| | | Pasivo/agresiva | Verdadero: 1(1), 4(1), 9(2), 12(1), 16(2), 21(1), 22(3), 23(1), 25(1), 28(2), 43(2), 50(3), 51(1),55(3), 58(1), 64(2), 66(3), 73(2), 74(2), 77(2), 82(2), 86(2), 95(3), 101(2), 104(3), 107(3), 110(1),115(2), 120(1), 123(2), 128(2), 129(1), 135(3), 139(1), 155(2), 156(3), 165(3), 171(1) Falso: 6(1), 149(2), 159(2) |
| | | Autodestructiva | Verdadero: 8(1), 10(2), 16(2), 18(1), 23(3), 25(1), 28(2), 31(1), 42(2), 45(2), 51(2), 54(2), 56(2),57(3), |

| | | | |
|----------------------------------|---------------|--|--|
| Patología severa de personalidad | | | 63(1), 65(3), 71(1), 73(1), 77(2), 81(1), 82(1), 99(1), 106(2), 110(3), 115(2), 120(2), 121(3), 128(1), 132(2), 133(1), 139(3), 141(1), 145(2), 154(3), 155(2), 167(1), 168(3), 171(1), 173(1) |
| | | | Falso: 74(1) |
| | Esquizotípica | | Verdadero: 2(2), 3(2), 8(2), 10(1), 13(1), 19(1), 23(1), 24(3), 25(1), 31(2), 38(2), 47(3), 49(2), 53(1), 63(2), 69(3), 77(2), 83(3), 85(2), 100(2), 102(3), 108(1), 112(3), 113(2), 118(3), 120(2), 123(2), 124(2), 130(1), 133(2), 136(1), 141(2), 147(1), 150(3), 158(2), 160(1), 161(1), 162(1), 164(2), 165(1) |
| | | | Falso: 14(1), 48(1), 60(1), 166(2) |
| | Límite | | Verdadero: 5(2), 7(1), 22(2), 23(2), 25(3), 26(2), 27(2), 35(2), 36(1), 40(1), 43(3), 44(1), 50(2), 51(1), 53(1), 54(1), 56(3), 57(1), 58(3), 59(2), 65(1), 66(2), 67(1), 72(1), 73(3), 74(1), 77(1), 78(1), 79(2), 82(3), 91(2), 94(1), 95(2), 97(2), 99(1), 101(2), 103(1), 104(1), 108(1), 110(1), 113(3), 115(3), 128(3), 129(2), 130(1), 132(1), 135(1), 136(2), 139(1), 140(2), 142(2), 144(1), 147(1), 154(1), 155(3), 156(2), 162(1), 165(1), 167(1), 168(1), 171(3), 173(1) |
| | | | Falso: Ninguno |
| | Paranoide. | | Verdadero: 6(1), 12(1), 15(2), 16(3), 21(1), 22(1), 24(2), 30(1), 32(3), 37(2), 38(3), 39(1), 41(1), 43(1), 44(1), 46(2), 55(1), 61(1), 63(1), 64(3), 68(1), 74(3), 75(1), 80(2), 84(3), 85(3), 89(2), 98(1), 100(2), 103(2), 123(2), 126(2), 127(1), 129(2), 131(2), 135(1), 138(1), 143(1), 146(3), 163(1), 164(3), 165(1), 171(1), 172(1) |
| | | | Falso: Ninguno |

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA EN PACIENTES REFERIDOS AL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO DE AREQUIPA 2019 es realizada por la Bachiller Diana Elizabeth Núñez Calderón. El objetivo de la presente es contribuir a la comunidad científica relacionando los rasgos de personalidad prevalentes con la presencia de conductas autolesivas.

Por lo que solicitamos su consentimiento para aplicar los cuestionarios Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas e Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, para así lograr los objetivos planteados. En caso de participar se garantiza que la información se utilizará de manera confidencial y con fines estrictamente académicos; y en retribución se enviará un informe psicológico de los resultados obtenidos de su evaluación.

Si usted brinda su consentimiento, complete los siguientes datos:

Correo electrónico:

Número de celular:

Finalmente, para constancia del presente consentimiento, firmar al pie de la presente voluntariamente.

Arequipa, ... de del 2021

.....

Firma

ANEXO 3

Cédula de Indicadores Parasuicidas

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

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

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

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

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

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

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

Nunca lo he hecho

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

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

Nunca lo he hecho

7) La última vez que te hiciste daño:

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

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

Si No

¿Por qué?

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

.....

Nunca lo he hecho

9) ¿De quiénes buscaste ayuda o consejo?

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

Otros

.....

ANEXO 4

Inventario Multiaxial Clínico de Millon

INSTRUCCIONES

Las siguientes páginas contienen una lista de frases que la gente usa para describirse a sí mismos. Están impresas en este cuadernillo para ayudarte a describir tus sentimientos y tus actitudes.

- Trata de ser lo más honesto(a) y serio(a) que puedas en marcar las frases.
- No te preocupes si alguna de estas frases parece poco común para ti, están incluidas para describir personas con diferentes tipos de problemas.
- Cuando estés de acuerdo con una frase o decidas que esa frase te describe, rellena con V en la hoja de respuestas separada que se te ha dado para indicar que es verdadero.
- Cuando estés en desacuerdo con la frase o decidas que esa frase no te describe, rellena con F para marcar falso.
- Trata de marcar cada frase, incluso si no estás seguro(a) de tu elección. Si has hecho lo mejor posible y todavía no puedes decidirte, marca F por falso.
- No hay tiempo límite para completar el inventario, pero es mejor trabajar con rapidez.
- Usa lápiz y rellena los círculos. Si cometes un error o cambias de decisión, borra completamente la marca y rellena el círculo correcto.
- No hagas marcas ni escribas en el cuadernillo.

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

33. La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado(a).
34. Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo.
35. Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón.
37. Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros.
38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una manera segura de hacer un mundo pacífico es mejorando la moral de la gente.
40. En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.
41. Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras.
42. Soy una persona muy sumisa y fácil.
43. Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas.
44. No me importa mangonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera.
45. En los últimos años, incluso cosas mínimas, parecen deprimirme.
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo.
47. Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe si quiera que existo.
48. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
49. Soy una persona tranquila y miedosa.
50. Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo.
51. Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo.
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.
54. Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años.
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo.
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho.
57. Daría la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mí.
58. Últimamente siento ganas de romper cosas.
59. Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.
60. Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado(a) en caso de necesidad.
62. Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.
63. Le gusto a poca gente.

Activar Win
Ve a Configurac

64. Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría alguno de sus errores.
65. Algunas personas dicen que me gusta sufrir.
66. Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.
67. Últimamente me siento nervioso(a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.
68. Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.
70. Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.
71. Me siento cansado(a) todo el tiempo.
72. No puedo dormir bien y me levanto tan cansado(a) como cuando me acosté.
73. He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.
74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.
75. Deberíamos respetar a las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.
76. Ahora me siento terriblemente deprimido(a) y triste gran parte del tiempo.
77. Soy el tipo de persona del que los otros se aprovechan.
78. Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.
79. He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.
80. Rápidamente me doy cuenta como la gente está intentando causarme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No puedo entenderlo, pero pareciera que disfruto hiriendo a las personas que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto(a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.
85. Desde que era niño(a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.
86. Cuando las cosas se ponen aburridas me gusta despertar situaciones emocionantes.
87. Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.
88. Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, debería pedírmelo a mí.
89. Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las que conozco.

90. Hace diez años que no veo un carro.
91. No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.
92. El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.
93. Hay muchas veces que sin razón alguna me siento muy contento(a) y muy emocionado(a).
94. Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.
95. Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.
96. En las últimas semanas me siento agotado(a) sin ninguna razón.
97. De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.
98. Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.
99. De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado(a) y triste acerca de la vida.
100. Mucha gente lleva años espiando mi vida privada.
101. No sé por qué, pero muchas veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.
102. Odio y temo a la mayoría de la gente.
103. Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.
105. Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.
106. Siempre estoy dispuesto(a) a ceder con los demás para evitar problemas.
107. Frecuentemente estoy molesto(a) y renegón(a).
108. Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.
109. Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosas una y otra vez.
110. Frecuentemente pienso que no merezco las buenas cosas que me suceden.
111. Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.
112. Frecuentemente cuando estoy solo(a) siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.
113. Me siento muy desorientado(a) y no sé adónde voy en la vida.
114. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
115. A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.
116. He sido injustamente castigado(a) por la ley por crímenes que no he cometido.
117. Me he vuelto muy nervioso(a) en las últimas semanas.

Activar Wi
Ve a Configurar

118. Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.
119. Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.
121. Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.
122. A través de los años he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.
123. Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuanto se puede confiar en ellas.
124. Incluso despierto(a) parece que no percibo a la gente que está junto a mí.
125. Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.
126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.
127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
132. De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico(a) y no puedo salirme de eso.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo(a).
137. Nunca pasó desapercibido(a) cuando estoy en una fiesta.
138. La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
139. A veces me siento confundido(a) y perturbado(a) cuando la gente es amable conmigo.
140. Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.
141. Me siento incómodo(a) con los miembros del sexo opuesto.
142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo(a).
143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.
144. Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.
145. La gente puede fácilmente cambiar mis ideas, incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.
146. Los otros han tratado de engañarme, pero tengo la fuerza de voluntad para superarlos.
147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mangoneó.