

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TESIS:**

**PSICOPATOLOGÍA DE LOS ADOLESCENTES CON AUTOLESIONES**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

**NANCY KARINA PANIAGUA NAVARRETE**

**ASESOR TEÓRICO:**

**DRA. MIRNA ESTHELA BRENES PRATTS**

---

**ASESOR METODOLÓGICO:**

**DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES**

---

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	PÁGINA 1
RESUMEN	PÁGINA 2
INTRODUCCIÓN	PÁGINA 2
MARCO TEÓRICO	PÁGINA 4
JUSTIFICACIÓN	PÁGINA 8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	PÁGINA 8
OBJETIVO GENERAL	PÁGINA 9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PÁGINA 9
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	PÁGINA 10
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	PÁGINA 10
RESULTADOS	PÁGINA 10
DISCUSIÓN	PÁGINA 15
CONCLUSIONES	PÁGINA 17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	PÁGINA 17

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS...**por demostrarme tantas veces su existencia y con ello fortalecer mi fe para salir adelante después de cada uno de mis tropiezos.

**A MIS PADRES Y HERMANO...**por su determinación, sacrificios, humildad, por creer ciegamente en mí, por sacarme adelante, por darme ejemplos dignos de superación y entrega, por que gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta una vez más, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por que el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo resistir y llegar hasta el final.

**A CLAUDIA...**por insistir día a día en no rendirme, por convencerme de confiar en mí, por tomar de mi mano y ayudarme a levantar y salir de tantos momentos difíciles, por reír y llorar a mi lado, por enseñarme a aceptar y reparar mis errores, y por ayudarme a evolucionar y a ser un mejor ser humano.

**A MI FAMILIA...**por darme de manera constante muestras y palabras de apoyo. Y a quienes directa o indirectamente dudaron que pudiera llegar hasta donde me encuentro, por hacerme redoblar mis esfuerzos y hacerme creer en mí.

**A MIS ASESORAS DE LA TESIS...**por enseñarme el amor por la investigación, por su ejemplo de profesionalidad, por sus aportes a la ciencia, por su guía, por su paciencia, dedicación y tiempo, y por ayudarme a hacer más perfecto mi trabajo.

**A MIS PROFESORES...**por todo su tiempo, experiencia y conocimiento compartidos, y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

**A LA UNAM Y AL H.P.I.J.N.N...**por ser parte y formadores de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

## RESUMEN

Las autolesiones son actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daño corporal de baja letalidad, sin embargo, son actos serios que pueden preceder al suicidio, lo cual ha originado que se le dé mayor importancia a este problema de salud pública. Para investigar la psicopatología de los adolescentes que se autolesionan, en este estudio se revisaron 24,900 expedientes clínicos del H.P.I.J.N.N., de los cuales 556 pertenecieron a adolescentes que presentaron lesiones autoinfligidas en el periodo de enero de 2005 al 30 de septiembre de 2011. Se realizó una base de datos (con diversas variables independientes) que fue respondida únicamente mediante la información de los expedientes clínicos, y sus características sociodemográficas y psicopatológicas se evaluaron mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas (por medio de la  $X^2$ ), y mediante promedios (a través de la t de Student) y desviaciones estándar para las variables continuas. El valor de significancia se estableció con  $p \leq 0.05$ . Encontrándose que las autolesiones son más frecuentes en adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta, en quienes también se observó una alta frecuencia de conducta suicida. Resultados que sugieren la existencia de dos grupos de pacientes, cada uno con un perfil clínico y demográfico diferentes: uno formado principalmente por mujeres con trastornos afectivos, autolesiones mediante cortes superficiales de larga evolución, con mayor riesgo suicida, y otro formado en su mayoría por hombres con trastornos de conducta, con lesiones autoinfligidas de menor duración y menor riesgo de suicidio.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones y la violencia son una amenaza para la salud en todo el mundo y representan el 9% de la mortalidad mundial, lo que equivale a más de cinco millones de muertes cada año. Ocho de las 15 principales causas de muerte de las personas entre 15 y 29 años están relacionadas con la violencia o las lesiones (12).

Se ha demostrado que las autolesiones, también llamadas lesiones autoinfligidas o autolesiones deliberadas, se han vuelto cada vez más frecuentes en los adolescentes, lo cual ha propiciado que incremente el interés por conocer sus características epidemiológicas (11). La adolescencia es una fase crucial en el desarrollo de las características físicas, cognitivas y de la personalidad (12).

Estudios recientes sobre la prevalencia de autolesiones sin fines suicidas, mostraron que aproximadamente 14% de los jóvenes reportaron haberlas presentado en algún momento de sus vidas (6). Las autolesiones deliberadas incluyen una amplia gama de conductas (por ejemplo cortes y quemaduras entre otras). Pese a que estas conductas son eventos serios que pueden preceder al suicidio, pocos pacientes que se autolesionan son referidos a instituciones especializadas (11).

Algunos indicadores comunes asociados con las lesiones autoinfligidas, incluyen a los trastornos de la personalidad, depresión, uso de alcohol y drogas, relaciones interpersonales conflictivas con compañeros y/o familiares, pobre rendimiento académico, psicopatología crónica y problemas conductuales. También se ha demostrado tanto en pacientes adultos como en adolescentes, una fuerte asociación entre las autolesiones y el diagnóstico de trastorno de la personalidad tipo límite (11).

A nivel mundial, las morgues se llenan con víctimas de lesiones y violencia y las camas de los hospitales y salas de espera están saturadas de sobrevivientes. Pero, la enorme cantidad de sufrimiento, tiempo y gasto que nuestras sociedades soportan como resultado de ello, podría evitarse. Lo cual ha generado que en algunos países esté aumentando la conciencia sobre esta problemática, así como el desarrollo de políticas y programas de prevención. Actualmente la violencia y las autolesiones son consideradas como problemas prevenibles (12).

Pese a las diversas definiciones existentes de suicidio (*“cualquier acto mortal de autolesión con intención autodestructiva más o menos consciente, aunque ésta sea vaga o ambigua”* (17), *“conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida, pudiendo señalarse varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado”*) (25), existe sin embargo, una serie de conductas sin desenlace mortal en las que existe un grado variable de intencionalidad suicida.

En un primer momento, los intentos de suicidio se consideraban meramente como intentos fallidos, sin embargo, muchas veces dichos “intentos” no estaban dirigidos a quitarse la vida. Por este motivo, se introdujeron los términos de autolesión y parasuicidio para referirse a aquellas conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal. Obviamente se trata de un concepto amplio que abarca desde conductas autolesivas de baja intencionalidad suicida, hasta conductas de alta letalidad que por cualquier motivo no han tenido un desenlace fatal (suicidio frustrado) (17).

Tanto el suicidio como las conductas suicidas no fatales, están considerados como problemas de salud pública entre la gente joven, y mientras que su prevalencia sigue siendo relativamente baja antes de la pubertad, el suicidio es una de las principales causas de muerte en el grupo de los adolescentes. De acuerdo a los hallazgos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el incremento del suicidio en las personas entre 15 y 24 años de edad está en relación con el incremento de las conductas suicidas (15).

Los motivos principales para estudiar las conductas suicidas, radican en que no sólo están asociadas a psicopatología, sino que también pueden tener consecuencias físicas de gran magnitud y lo más importante, que también son un antecedente de suicidio consumado. Por lo tanto, si logramos comprender y evitar las autolesiones y los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados (14).

## MARCO TEÓRICO

**ANTECEDENTES Y DEFINICIONES DE LAS AUTOLESIONES:** Desde mediados de 1990, el lenguaje utilizado para referirse a conductas tales como la realización de cortes autoinfligidos, el rascarse, quemarse, golpearse y realizarse escoriaciones en las heridas, fue cambiado. Previamente se utilizaba el término de “automutilación” y actualmente el término “autolesión” (1).

Se define a las autolesiones como *“un acto intencional y autodirigido, que ocasiona daño corporal de baja letalidad, que es de una naturaleza socialmente inaceptable, y que es realizado para disminuir el estrés psicosocial”* (1). En esta definición, la frase “realizadas para disminuir el estrés psicosocial”, se refiere a que las autolesiones son realizadas por su habilidad para modificar y disminuir las molestias psicológicas. Su efecto es usualmente inmediato y sustancialmente efectivo, y por lo tanto, estas conductas son constantemente repetidas (1).

Otra definición de autolesión se refiere a *“aquel acto que no tiene un desenlace fatal, realizado deliberadamente por un individuo, y que puede consistir en una autoagresión, en la ingesta de alguna sustancia en cantidades tóxicas, o en la ingesta de algún objeto o cuerpo extraño”* (2).

El término autolesiones incluye a las conductas parasuicidas, que son autoagresiones sin intencionalidad suicida y a los intentos suicidas, que se caracterizan por la intencionalidad suicida como tal (3).

Las lesiones autoinfligidas son eventos clínicos severos que pudieran ser un factor de riesgo para el suicidio, ya que al parecer, lo anteceden en la mayor parte de los casos. La edad aproximada de mayor prevalencia para las autolesiones es entre los 15 a 19 años, teniendo un riesgo más elevado de autoagredirse aquellos adolescentes que presentan trastornos mentales (4).

Un estudio realizado en Estados Unidos reportó que 76% de los sujetos de entre 9 y 17 años de edad que tenían antecedente de algún intento suicida, cumplía criterios para uno o más trastornos mentales y recomendó que aquellos adolescentes que fueron examinados después de realizar alguna autolesión, debían ser referidos a servicios especializados en salud mental para su correcta evaluación (4).

**EPIDEMIOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES:** Las lesiones autoinfligidas han incrementado en todo el mundo en los últimos 20 años, aunque su prevalencia e incidencia reales no se han establecido aun, debido por un lado, a una definición confusa de autolesión en distintos países, lo cual dificulta la comparación de diversos trabajos

científicos, y por otro, el que esta conducta está subdiagnosticada ya que muchos pacientes no acuden a centros especializados para su tratamiento (16).

En encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de secundaria y bachillerato, se identificó que la prevalencia de las autolesiones en 1997 fue de 8.3%, la cual aumentó a 9.5% en 2000 y a 11.1% en 2003 (26).

**NEUROBIOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES:** Si bien, se sabe poco sobre las bases neuroquímicas de las autolesiones, algunos estudios han encontrado disregulación dopaminérgica, serotoninérgica y GABAérgica asociadas a estos eventos (20).

Además, se ha observado que estas conductas parecen estar asociadas con una disminución de los niveles de opioides en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y con un mayor número de receptores  $\mu$ -opioides (19).

En algunas investigaciones realizadas en macacos criados en ambientes con privación social, se ha observado que estos son susceptibles de desarrollar conductas autolesivas, cuya intensidad se correlaciona con la duración y edad en que los sometieron al aislamiento, así mismo, se observó que se favorecía la manifestación de las autolesiones tras la administración de D-anfetamina con un consiguiente incremento dosis-dependiente de noradrenalina en el LCR (21). Al igual que en los humanos, las conductas autolesivas en los macacos estuvieron asociadas con disfunciones de dopamina y serotonina a nivel central.

Estudios en roedores han reportado que el uso de 6-hidroxidopamina ocasiona denervación dopaminérgica durante su etapa neonatal, y que además les genera conductas autolesivas, respuesta que parece estar mediada por hipersensibilidad del receptor D1 de dopamina (21).

En ratas adultas se han observado autolesiones tras la administración de dosis altas de cafeína y de psicoestimulantes como la pemolina o anfetaminas, estas últimas actúan como agonistas indirectos al bloquear la recaptura de dopamina, incrementando así su concentración extracelular. Los antagonistas D1 y los precursores de serotonina disminuyen la conducta autolesiva, sin embargo, su extinción total se observa solamente con antagonistas de N-metil-D-aspartato (NMDA) (21).

Así, se puede concluir que las autolesiones podrían originarse por una disfunción del sistema dopaminérgico, tanto a nivel del transportador de dopamina como de la expresión del receptor D1 dopaminérgico (21).

Sandman y cols. encontraron una disfunción del sistema opioide en una de sus investigaciones en pacientes con discapacidad intelectual, planteando que el daño tisular ocasionado por repetidas conductas autolesivas produce liberación de betaendorfinas, las

cuales, originan un estado de relativa analgesia y de ánimo placentero que condiciona la realización necesaria de autolesiones para mantener una liberación crónica de opioides endógenos (22).

De igual manera, Gardner encontró en su estudio de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) más intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas, niveles menores de concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (catabolito de la serotonina) en el LCR en comparación con pacientes con TLP sin autolesiones y con controles sanos (23).

**FACTORES DE RIESGO:** Los principales factores de riesgo individuales incluyen el ser mujer, el antecedente de autolesiones previas y la presencia de trastornos afectivos, sobre todo si además existe agitación. Los factores de riesgo en el contexto social incluyen al aislamiento, la pobre calidad de apoyo, el maltrato de sus cuidadores y la victimización por parte de sus compañeros (6).

Otros factores de riesgo bien conocidos que están asociados con conductas autolesivas incluyen: disfunción académica, dificultades en la relación con los padres, eventos estresantes y traumáticos de la vida (6), y bajo nivel socioeconómico (7).

En una investigación realizada por Boxer en 476 pacientes hospitalizados de entre 10 y 17 años de edad que presentaban lesiones autoinfligidas, se observó que el potencial que tienen las víctimas de maltrato para habituarse al dolor es un factor de riesgo para esta conducta (6).

En la tabla 1 se describen los principales factores de riesgo para autolesiones.

**TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PARA AUTOLESIONES**

<b>FACTORES INDIVIDUALES</b>	<b>FACTORES AMBIENTALES</b>
- Género femenino (6). - Antecedente de autolesiones previas (6).	- Aislamiento (6). - Pobre calidad de apoyo (6).
- Agitación (6).	- Maltrato de sus cuidadores o dificultades en la relación con los padres (6).
- Eventos estresantes y traumáticos de la vida (6).	- Victimización por parte de sus compañeros (6).
- Psicopatología: trastornos afectivos, trastornos de conducta, trastornos somáticos, trastornos de la alimentación (7).	- Disfunción académica (6).
	- Bajo nivel socioeconómico (6).

Se ha descrito que las enfermedades mentales son unos de los predictores más importantes para la aparición tanto de autolesiones como de conducta suicida (15).

- **Autolesiones y suicidio:** Se ha observado que el riesgo suicida incrementa después de episodios repetidos de autoagresiones, las cuales, generalmente van aumentando tanto en frecuencia como en intensidad. Aproximadamente 5% de los pacientes que presentan un episodio de autoagresión, cometerá suicidio en los siguientes 9 años después del inicio de las autolesiones (5).

Por otro lado, se ha documentado que el riesgo de suicidio en adolescentes que se autolesionan, varía entre 0.1 y 0.5% a los 10 años de iniciadas estas conductas, además, hay estudios retrospectivos que reportan tasas de repetición del 36% en sujetos entre los 10 y 12 años de edad, así como tasas de mortalidad a lo largo de la vida del 4 al 11% (18).

En un estudio longitudinal que evaluó la transición de la infancia a la adolescencia de pacientes con autolesiones, Shin encontró que los factores de riesgo para estas conductas son muy similares a los factores de riesgo de la conducta suicida, entre los cuales se incluyen: mayor agresividad, pobre control de impulsos, conducta delictiva, bajo nivel socioeconómico y presencia de psicopatología (depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y abuso de alcohol y drogas) (7).

En otra investigación realizada por Swogger en 810 pacientes psiquiátricos, en quienes examinó tanto el antecedente de intentos de suicidio como de lesiones autoinfligidas, se detectó que el género femenino estuvo mayormente asociado con ambas conductas (8).

Se ha observado que los adolescentes que acostumbran lesionarse de manera profunda en los antebrazos, tienen mayor riesgo de cometer actos suicidas que aquellos que sólo se cortan de manera superficial con el propósito de disminuir su ansiedad, y que los niños que sufren abuso sexual tienen mayor riesgo de desarrollar eventos de autoagresiones asociadas con ideación suicida (5). Además, los síntomas depresivos han sido frecuentemente encontrados como un antecedente de conducta suicida en adolescentes (7).

- **Autolesiones y trastornos de la conducta:** Dentro del campo de la externalización, la psicopatía puede ser un constructo importante para el entendimiento del por qué, estos individuos tienen un riesgo particularmente mayor para presentar intentos de suicidio y autolesiones sin fines suicidas. La psicopatía es un constructo externalizado que se caracteriza por insensibilidad, disminución de la capacidad para tener remordimiento, conducta impulsiva y un atractivo superficial (8).

Se han descrito episodios de autolesiones frecuentes en jóvenes reclusos con diagnósticos de trastornos de personalidad, principalmente disociales. Mohíno realizó un estudio en el que comparó a jóvenes reclusos de Barcelona que se autolesionaban con otros reclusos sin autolesiones del mismo sistema penitenciario, observando que aquellos que se realizaban lesiones autoinfligidas contaban con mayor prevalencia de maltrato infantil y mayor prevalencia de faltas disciplinarias, resultado que pudiera ser entendido como un indicador de agresividad latente o extrapunitiva o como un indicador que refleja impulsividad y escaso ajuste al medio penitenciario (24).

**CARACTERÍSTICAS DE LAS AUTOLESIONES:** En general, los actos de daño autoinfligido sin intencionalidad suicida consisten en comportamientos automutilatorios, entre los cuales se observan:

- Cortes superficiales de la piel, especialmente en antebrazos, piernas, abdomen, plantas de los pies, dedos, etc.,
- Pinchaduras o arañazos,
- Quemaduras con cera, cigarrillos, plásticos calientes, etc.,
- Golpes en la cabeza u otras partes del cuerpo, realizadas con las manos o contra cualquier superficie, y
- Pellizcos compulsivos de la piel hasta sangrar o sentir dolor (9).
- Autoenvenenamiento (10).

Se ha observado que la realización de cortes superficiales es por ahora, el método más común para realizarse daño. Los métodos menos comunes incluyen quemaduras, ahorcamientos, puñaladas, ingesta de objetos, encajamiento de objetos, disparos y saltos de alturas o frente a vehículos (10).

## **JUSTIFICACIÓN**

Las autolesiones son conductas observadas cada vez con mayor frecuencia en los adolescentes. La presencia de psicopatología se ha descrito como un factor de riesgo para las autolesiones, en particular trastornos afectivos, trastornos de conducta e intentos suicidas. Sin embargo, hasta el momento no se han realizados estudios en nuestro medio que determinen el patrón de comorbilidad entre la psicopatología y este fenómeno.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la psicopatología asociada con mayor frecuencia a las lesiones autoinfligidas en adolescentes de entre 12 y 17 años 11 meses de edad que acudieron al HPIJNN en el período de enero de 2005 al 30 de septiembre de 2011?

## OBJETIVO GENERAL

Describir la psicopatología de los adolescentes del HPIJNN que se autolesionan

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Describir las características sociodemográficas de la muestra
- 2.-Describir las patologías más frecuentes en adolescentes con lesiones autoinfligidas
- 3.-Describir el patrón más frecuente de autolesiones en estos pacientes
- 4.-Describir la relación entre la conducta suicida y las autolesiones deliberadas
- 5.-Describir la relación entre trastornos de conducta y autolesiones

## UNIVERSO DE TRABAJO

Adolescentes entre 12 y 17 años 11 meses de edad tratados en el HPIJNN en el período de enero de 2005 al 30 de septiembre de 2011.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de ambos géneros con autolesiones

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Información incompleta en los expedientes.

## TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y comparativo.

## VARIABLES

- **VARIABLE DEPENDIENTE: lesiones autoinfligidas:** *“actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daño corporal de baja letalidad, que son de una naturaleza socialmente inaceptable y que son realizadas para disminuir el estrés psicosocial”.*
- **VARIABLE INDEPENDIENTE:**
  - **Demográficas:** edad, género, religión, nivel socioeconómico.
  - **Familiares:** psicopatología en familiares.

- **Psicopatología comórbida:** trastornos afectivos, trastornos de conducta, intentos de suicidio, abuso y dependencia de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad.

## RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Revisión de los expedientes de adolescentes con autolesiones del HPIJNN del período de enero de 2005 al 30 de septiembre de 2011.
- Se buscaron las siguientes variables: número de expediente, género, ocupación, escolaridad, religión, nivel socioeconómico, quien lo refiere, motivo de consulta, causa, características, frecuencia e inicio de las autolesiones, antecedente de conducta suicida, diagnóstico principal, preferencia sexual, antecedente de abuso sexual, violencia intrafamiliar, familiares con psicopatología, diagnóstico principal en familiares, familiares con intento de suicidio y suicidio consumado, composición de la familia, disfunción familiar, disfunción académica y la presencia o no de la clasificación de autolesiones.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. La evaluación de las características sociodemográficas y de la psicopatología se realizó mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y mediante promedios y desviaciones estándar para las variables continuas. Las frecuencias y porcentajes se midieron mediante la  $X^2$  y las medias a través de la t de Student, mientras que el valor de significancia se estableció con  $p \leq 0.05$ .

## RESULTADOS

Este estudio se realizó mediante la búsqueda de expedientes de enero de 2005 al 30 de septiembre de 2011, tiempo en el que se abrieron 24,900 expedientes, de los cuales 5,618 correspondían a adolescentes y de estos 556 presentaron autolesiones.

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Las características sociodemográficas se detallan en la tabla 1.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA**

<b>GÉNERO FEMENINO</b>	n=424, 76.3%
<b>EDAD PROMEDIO</b>	14.46 +/- 1.52 años
<b>ESCOLARIDAD PROMEDIO (AÑOS)</b>	7.48 +/- 1.65 años

<b>OCUPACIÓN</b>	- Ninguna: 19.2% - Estudiante: 77.2% - Trabaja: 3.4%
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	- Bajo: n=396, 61.2% - Medio: n=96, 17.2% - Alto: n=45, 8.1%
<b>RELIGIÓN</b>	- Ateos: n=57, 10.3% - Católica: n=445, 80.0% - Cristiana: n=38, 6.8% - Testigos de Jehová: n=10, 1.8%

Respecto a los motivos de consulta, se encontró que 27.9% (n=155) fue traído por presentar problemas de conducta (baja tolerancia a la frustración y conductas manipulatorias), 23.9% (n=133) por presentar conducta suicida (ingesta de fármacos, intentos de ahorcamiento, inhalación de gas, cortes profundos, etc.), 22.5% (n=125) por presentar autolesiones (golpes, cortes superficiales, rasguños, ingesta de fármacos, etc.), 12.4% (n=69) por la presencia de tristeza, ideas de minusvalía y llanto fácil (síntomas afectivos), 7.7% (n=43) por presentar ansiedad, taquicardia y palpitaciones entre otros síntomas de ansiedad, y 5.2% (n=29) por consumo de sustancias como alcohol y cannabis principalmente.

En relación a los diagnósticos, los detectados principalmente fueron trastornos afectivos en 67.1% (n=373), seguidos por trastornos de conducta 23.0% (n=128), abuso de sustancias 21.8% (n=121), trastornos de ansiedad 13.1% (n=73), trastornos de la personalidad 9.2% (n=51), trastornos de la alimentación 6.7% (n=37), discapacidad intelectual 5.8% (n=32), esquizofrenia 3.1% (n=17), epilepsia 2.5% (n=14), trastornos de la eliminación 1.8% (n=10) y finalmente tricotilomanía 1.3% (n=7). El antecedente de intentos de suicidio se encontró en 45.5% (n=253) de la muestra.

Los tipos de autolesiones se describen en la tabla 2.

**TABLA 2. TIPOS DE AUTOLESIONES DE LA MUESTRA**

<b>TIPO DE AUTOLESIONES</b>	<b>(n)</b>	<b>%</b>
<b>CORTES SUPERFICIALES</b>	384	69.1
<b>GOLPES</b>	122	21.9
<b>RASGUÑOS</b>	86	15.5
<b>JALONES DE CABELLO</b>	48	8.6

<b>MORDEDURAS</b>	38	6.8
<b>PELLIZCOS</b>	37	6.7
<b>INGESTA DE FÁRMACOS</b>	36	6.5
<b>CAÍDAS DE SU ALTURA</b>	29	5.2
<b>QUEMADURAS</b>	18	3.2

Las principales causas que estuvieron asociadas a las autolesiones fueron: baja tolerancia a la frustración y conductas manipulatorias 42.1% (n=234), síntomas afectivos 30.6% (n=170) y síntomas de ansiedad 19.1% (n=106), seguidas por síntomas psicóticos (alucinaciones auditivas de comando en la mayoría de los casos) 4.5% (n=25), imitación de sus compañeros 1.6% (n=9) y por último, para pertenecer a un grupo social 1.4% (n=8).

De toda la muestra, 43.3% (n=241) se realizó lesiones autoinfligidas frecuentemente (4 o más veces por mes) y 39.0% (n=217) se autolesionó ocasionalmente (menos de 3 veces por mes). 29.7% (n=165) había sido abusado sexualmente y 49.5% (n=275) sufría de violencia familiar.

El 50.4% (n=280) contaba con uno o dos familiares directos (hermanos y/o padre, madre) portadores de alguna psicopatología. En estos, los diagnósticos principales fueron consumo de sustancias 20.0% (n=111) y trastornos afectivos 15.1% (n=84). 5.9% (n=33) de estos familiares tenía antecedente de intentos de suicidio.

## **DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SUICIDAS Y NO SUICIDAS**

Al dividir la población entre pacientes suicidas y no suicidas, se encontró una mayor proporción de mujeres en el grupo de los suicidas (85.4% vs. 68.3%,  $X^2=21.9$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ).

En cuanto al motivo de consulta, se encontró que los pacientes con conducta suicida acudían con mayor frecuencia por presentar conducta suicida (48.6% vs. 3.4%,  $X^2=153.0$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ) y con menor frecuencia por presentar problemas de conducta y síntomas depresivos (14.6% vs. 38.9%,  $X^2=40.2$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$  y 9.1% vs. 15.1%,  $X^2=4.5$ ,  $gl=1$ ,  $p=.033$  respectivamente).

Los pacientes suicidas presentaron diferencias en su distribución diagnóstica: encontrándose trastornos afectivos en 80.2% de los suicidas vs. 55.7% de los no suicidas ( $X^2=37.4$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ). Además, se encontró una diferencia significativa en el porcentaje de los trastornos de conducta entre los pacientes suicidas y los no suicidas (17.4% vs. 28.0%  $X^2=8.6$ ,  $gl=1$ ,  $p=.003$  respectivamente).

También se encontraron diferencias en los tipos de autolesiones en estos dos grupos, las cuales se describen en la tabla 3.

**TABLA 3. TIPOS DE AUTOLESIONES EN PACIENTES SUICIDAS Y NO SUICIDAS**

<b>TIPO DE AUTOLESIONES</b>	<b>% DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE INTENTOS SUICIDAS (n=253)</b>	<b>% DE PACIENTES SIN ANTECEDENTE DE INTENTOS SUICIDAS (n=300)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>GRADOS DE LIBERTAD</b>	<b>P</b>
<b>CORTES SUPERFICIALES</b>	84.2	56.0	50.8	1	.000
<b>GOLPES</b>	13.8	29.0	18.3	1	.000
<b>RASGUÑOS</b>	13.0	17.7	2.2	1	NS
<b>JALONES DE CABELLO</b>	2.8	13.7	20.5	1	.000
<b>MORDEDURAS</b>	5.1	8.3	1.7	1	NS
<b>PELLIZCOS</b>	4.8	8.4	2.8	1	NS
<b>INGESTA DE FÁRMACOS</b>	13.0	1.0	32.7	1	.000
<b>CAIDAS DE SU ALTURA</b>	3.2	7.0	4.0	1	NS
<b>QUEMADURAS</b>	2.0	4.0	1.8	1	NS

En cuanto a las razones para autolesionarse, se encontró que los pacientes suicidas presentaban esta conducta debido a síntomas afectivos con mayor frecuencia (40.8% vs. 22.4%,  $X^2=21.6$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ) y por pobre tolerancia a la frustración o conductas manipulatorias en menor frecuencia (36.4% vs. 47.2%,  $X^2=6.4$ ,  $gl=1$ ,  $p=.011$ ). Se documentó una mayor duración de la conducta autolesiva en los pacientes suicidas (20.51 +/- 18.22 meses vs. 16.71 +/- 15.34 meses,  $t=2.5$ ,  $gl=459.7$ ,  $p=.012$ ).

### **DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON Y SIN TRASTORNOS DE CONDUCTA**

Al separar la población entre pacientes con y sin trastornos de conducta, se detectó una mayor proporción de hombres en el primer grupo (46.9% vs. 16.8%,  $X^2=49.1$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ).

Respecto a los motivos de consulta, se encontró que los pacientes con trastornos de conducta fueron traídos principalmente por presentar problemas de conducta (50.8% vs. 21.1%,  $X^2=42.9$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ) y en menor frecuencia que los pacientes sin trastornos de conducta por presentar síntomas depresivos y conducta suicida (.8% vs. 16.0%,  $X^2=20.8$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$  y 14.8% vs. 26.8%,  $X^2=7.6$ ,  $gl=1$ ,  $p=.006$  respectivamente).

La frecuencia de los tipos de autolesiones de pacientes con y sin trastornos de conducta se describe en la tabla 4.

**TABLA 4. TIPOS DE AUTOLESIONES EN PACIENTES CON Y SIN TRASTORNOS DE CONDUCTA**

<b>TIPO DE AUTOLESIONES</b>	<b>% DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA (n=128)</b>	<b>% DE PACIENTES SIN TRASTORNOS DE CONDUCTA (n=428)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>GRADOS DE LIBERTAD</b>	<b>P</b>
<b>CORTES SUPERFICIALES</b>	61.7	71.3	4.2	1	.040
<b>GOLPES</b>	30.5	19.4	7.0	1	.008
<b>RASGUÑOS</b>	13.0	17.7	2.2	1	NS
<b>JALONES DE CABELLO</b>	8.6	8.6	.0	1	NS
<b>MORDEDURAS</b>	3.9	7.7	2.2	1	NS
<b>PELLIZCOS</b>	6.3	6.8	.049	1	NS
<b>INGESTA DE FÁRMACOS</b>	13.0	1.0	32.7	1	.000
<b>CAÍDAS DE SU ALTURA</b>	7.8	4.4	2.2	1	NS
<b>QUEMADURAS</b>	6.3	2.3	4.8	1	.028

La evaluación de los diagnósticos comórbidos también mostró diferencias entre los pacientes con y sin trastornos de conducta, encontrándose en estos últimos menor frecuencia de trastornos afectivos (35.2% vs. 76.6%,  $X^2=76.7$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ) y mayor frecuencia de abuso de sustancias (32.8% vs. 18.5%,  $X^2=11.9$ ,  $gl=1$ ,  $p=.001$ ).

Referente a los motivos de las lesiones autoinfligidas, se documentó que los pacientes con trastornos de conducta se autolesionaban con mayor frecuencia por pobre tolerancia a la frustración y conductas manipulativas (78.1% vs. 31.6%,  $X^2=87.1$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ) y con menor frecuencia por síntomas afectivos (7.8% vs. 37.7%,  $X^2=41.3$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000$ ).

En cuanto a los intentos de suicidio entre ambos grupos, se detectó que los pacientes con trastornos de conducta presentaron menor conducta suicida (34.4% vs. 49.2%,  $X^2=8.6$ ,  $gl=1$ ,  $p=.003$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar las características demográficas y la psicopatología asociada a la conducta autolesiva en una muestra clínica de adolescentes; la observación de una mayor incidencia de autolesiones en las mujeres de este estudio, coincide con lo reportado por Boxer (6), en relación a que pertenecer al género femenino es un factor de riesgo individual para presentar estas conductas. El mayor porcentaje pertenecía a la clase baja, situación que es considerada como otro factor de riesgo (7).

Si bien, todos los participantes de esta investigación presentaban autolesiones, únicamente 22.5% de toda la muestra fue traído por estas conductas, esto podría sugerir que los padres de los adolescentes que se autolesionan, tienen poca advertencia de la frecuencia y de las implicaciones de estas conductas en la salud de sus hijos, posiblemente debido a que por cuestiones sociales o por temor, los adolescentes se autolesionan de manera discreta, además de que tales conductas no les generan disfunción e incluso por que pueden pasar desapercibidas al no ser tan aparentes como otros síntomas.

Los diagnósticos mayormente observados fueron trastornos afectivos y trastornos de conducta, siendo estos los diagnósticos principalmente relacionados a las autolesiones en la literatura acerca de este tema (6,7,15,18). En esta investigación, las autolesiones estuvieron asociadas principalmente a trastornos afectivos y trastornos de conducta, lo cual concuerda con lo reportado por Mena, Correa y Nader (25), quienes enfatizaron que los individuos que presentan comportamientos autolesivos son particularmente jóvenes con conductas impulsivas, agresivas o con ánimo inestable.

Al momento de ser evaluados, la mayoría de los adolescentes llevaba en promedio 20 meses autolesionándose, principalmente mediante cortes superficiales en los antebrazos. Los problemas de conducta y los síntomas afectivos fueron las causas principalmente asociadas a las autolesiones en los adolescentes de este estudio, en semejanza al reporte de Shin (7).

Asimismo, se observó que 29.7% de la muestra había sufrido abuso sexual y que 49.5% sufría de violencia familiar, características que también están consideradas como importantes factores de riesgo para la presencia de autolesiones (5,6,7). La mitad de todos los pacientes contaba con un familiar directo portador de psicopatología, siendo el consumo de sustancias la más frecuente, situación que según Shin (7) es otro factor de riesgo para la presencia de autolesiones.

En esta investigación se encontró un alto porcentaje (45.5%) que contaba con antecedente de intentos de suicidio, porcentaje muy similar al del estudio de Shin (7) quien encontró que 32.8% de mujeres y 17.50% de hombres adolescentes contaban con ideación suicida más autolesiones, datos que pudieran ser explicados según lo reportado por Brunner (11), acerca de que las autolesiones frecuentemente anteceden a la conducta suicida.

Al comparar a los pacientes suicidas vs los no suicidas, se observó que los primeros estaban conformados en su mayoría por mujeres, situación que concuerda con lo observado por Swogger (8) en su investigación, al encontrar que el género femenino estuvo mayormente asociado con la realización de lesiones autoinfligidas más intentos de suicidio.

De acuerdo a los resultados de este estudio se pueden integrar dos grandes grupos, el primero conformado por pacientes suicidas, siendo mujeres en su mayoría, traídas por sus padres a consulta principalmente por presentar conducta suicida caracterizada por cortes profundos en antebrazos, ingesta de múltiples fármacos, intentos de lanzarse de lugares altos, etc. De igual manera, estas adolescentes también se autolesionaron sin fines suicidas debido a la presencia de tristeza, ideas de minusvalía y otros síntomas depresivos, siendo su método principal la realización de cortes superficiales en antebrazos y con una duración mayor de estas conductas en relación a las autolesiones de los pacientes no suicidas.

Además, los diagnósticos principalmente encontrados en estas pacientes fueron trastornos afectivos, todo esto pudiera ser explicado por lo que comentó Taboada (16) en su publicación, en relación a que esta conducta es un intento de manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio y el sufrimiento emocional intenso, además, de que es un intento del individuo de comunicarle a los demás que lo han decepcionado, abandonado o abusado de él, y que se debe entender que estos actos son una búsqueda de afecto y no simples conductas manipulatorias.

Y por otro lado, el grupo de los pacientes con trastornos de conducta, conformado en su mayoría por hombres, generalmente traídos por sus padres por presentar problemas de conducta y quienes se autolesionaban por pobre tolerancia a la frustración o para obtener beneficios. Las autolesiones más frecuentemente registradas en este grupo fueron cortes superficiales en antebrazos y golpes en la cara; tales conductas autolesivas conllevan a un menor riesgo de muerte y concuerda con lo descrito por Nader y Boehme (16), en relación a que también es frecuente que los adolescentes se autolesionen únicamente ante su necesidad de manipular a terceros, deseando exhibir su comportamiento para obtener ganancias. Ante tal situación, se podría plantear que los adolescentes con estas características presentan menor riesgo suicida y por consiguiente se podrían implementar diferentes estrategias terapéuticas a las utilizadas para tratar a los pacientes con diferente psicopatología que tengan este riesgo.

Debido a que esta investigación se realizó mediante la revisión de los expedientes, no se pudo determinar si las autolesiones formaban parte de los cuadros clínicos o son precursoras de los mismos, por lo tanto, se debe realizar un estudio longitudinal de los pacientes que se autolesionan, y una vez obtenida esta información, determinar el tipo de medidas terapéuticas específicas dependiendo si la autolesión es parte de la sintomatología del cuadro psiquiátrico o lo antecede.

Los resultados de este estudio orientan a distinguir a las autolesiones como un fenómeno asociado a múltiples factores adversos, entre los que se encuentran: psicopatología, familias disfuncionales, violencia y psicopatología en familiares, e indican que los pacientes con estas características deben mantenerse bajo supervisión debido a su riesgo suicida.

## **CONCLUSIONES**

1. Las autolesiones se presentan con mayor frecuencia en adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta.
2. Existe una alta frecuencia de conducta suicida en estos pacientes, siendo esta y las dos referidas en el rubro anterior, las principales causas de búsqueda de atención.
3. El perfil clínico y demográfico sugiere la distinción de dos grupos de pacientes: el de los suicidas, conformado principalmente por mujeres con trastornos afectivos y lesiones autoinfligidas de larga evolución, quienes se autolesionan mediante cortes superficiales; y el de aquellos con trastornos de conducta, hombres en su mayoría, con menor duración de sus autolesiones y menor riesgo suicida.
4. Este estudio cuenta con ciertas limitantes, entre las que se encuentran tanto la falta de algoritmos diagnósticos como la falta de instrumentos que midan la suicidalidad y las autolesiones.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1.- Walsh Barent W. Treating Self-Injury: A Practical Guide. November 3<sup>rd</sup>, 2005: 3, 4.
- 2.- Hawton Keith, R. K., Evans Emma, Weatherall Rosamund. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. British Medical Journal, 2002; 325 (23): 1207-1211.
- 3.- Guerreiro Diogo F, et al. Clinical Features of Adolescents With Deliberate Self-harm: A Case Control Study in Lisbon, Portugal. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2009; 5: 611-617.
- 4.- Olfson Mark, G. M., Marcus Steven C, Greenberg Ted, Shaffer David. Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. Archives of General Psychiatry, 2005; 62: 1122-1128.
- 5.- Greydanus Donald E. Deliberate Self-harm and Suicide in Adolescents. Keio Journal of Medicine. February, 2009; 58 (3): 144-151.

- 6.- Boxer Paul. Variations in Risk and Treatment Factors Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm in an Inpatient Sample. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2010; 39 (4): 470-480.
- 7.- Shin Yun Mi, et al. Childhood Predictors of Deliberate Self-Harm Behavior and Suicide Ideation in Korean Adolescents: A Prospective Population-Based Follow-Up Study. *J. Korean Med Sci*, 2009; 24:215-22.
- 8.- Swogger Marc T., et al. Dimensions of Psychopathy in Relation to Suicidal and Self-Injurious Behavior. *J Pers Disord*. 2009 April; 23 (2): 201-210.
- 9.- Rodríguez G. Maritza, Stella Guerrero. Frecuencia y Fenomenología de Lesiones Autoinfligidas en Mujeres Colombianas con Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Revista Colombiana de psiquiatría*, julio-Septiembre, año/vol. XXXIV, No. 003; 343-354.
- 10.- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. 2004;19-21.
- 11.- Brunner Romuald et al. Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161 (7): 641-649.
- 12.- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de Lesiones y Violencia. Guía para los Ministerios de Salud, 2007; 4,5.
- 13.- Pérez Amezcua Berenice, et al. Prevalencia y Factores Asociados a la Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de Educación Media Superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, Vol. 52, No.4, Julio-Agosto 2010; 325.
- 14.- Borges Guilherme, et. al. Suicidio y Conductas Suicidas en México: Retrospectiva y Situación Actual. *Salud Pública de México*, Vol. 52, No.4, Julio-Agosto 2010; 292, 293.
- 15.- Kaess Michael, et al. Explaining Gender Differences in non-fatal Suicidal Behaviour Among Adolescents: a Population-based Study. *BMC Public Health* 2011, 11:597; 1.
- 16.- Taboada Eduardo. Autolesiones (primera parte). *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, Año 13, Vol. 5, No. 3, Marzo 2007; 7.
- 17.- Lozano Serrano Carolina, et al. Descriptive Analysis of Parasuicide in the Psychiatric Emergencies. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2004; 12.
- 18.- Green J. M., et al. Group Therapy for Adolescents With Repeated Self Harm: Randomised Controlled Trial With Economic Evaluation. *BMJ* 2011; 1.
- 19.- Brent D. Nonsuicidal Self-Injury as a Predictor of Suicidal Behavior in Depressed Adolescents. *Am J Psychiatry* 2011; 168:5; 452.

- 20.- Muehlmann Amber, et al. Pemoline (2-Amino-5-phenyl-1,3-oxazol-4-one)-Induced Self-Injurious Behavior: a Rodent Model of Pharmacotherapeutic Efficacy. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 2008, Vol. 324, No. 1; 214.
- 21.- Mendoza Yazmín, Pellicer Francisco. Percepción del Dolor en el Síndrome de Comportamiento Autolesivo. *Salud Mental* 2002, Vol. 25, No. 004; 12.
- 22.- Sandman CA, Hebrick WP. Opiate Mechanisms in Self-Injury. *Ment Ret Develop Dis Res Rev*, 1995. 1:130-136.
- 23.- Gardner DL, et al. CSF metabolites in Borderline Personality Disorder Compared With Normal Controls. *Biol Psychiatry*, 1990; 28:247-254.
- 24.- Mohíno S, et al. Diferencias Clínicas y Psicosociales entre Jóvenes Reclusos con Episodios de Autolesiones. *Rev Esp Sanid Penit* 2002; 4:78-83.
- 25.- De la Torre Ixchel M., et al. Ideación Suicida en Población Escolarizada Infantil: Factores Psicológicos Asociados. *Salud Mental* 2009; 32:495-502.
- 26.- González Forteza Catalina, et al. Problemática Suicida en Adolescentes y el Contexto Escolar: Vinculación Autogestiva con los Servicios de Salud Mental. *Salud Mental* 2008; 31:23-27.