

**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:

**EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MUJERES ADOLESCENTES
QUE PRESENTAN AUTOAGRESIÓN.**

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

Berenice Rangel Barrera

ASESORES:

TEÓRICO: Dra. Mirna Esthela Brenes Pratts

METODOLÓGICO: Dr. Juan Antonio Díaz Pichardo

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.

Tabla de Contenidos

RESUMEN	- 3 -
----------------	--------------

MARCO DE REFERENCIA.

ANTECEDENTES.	- 4 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
JUSTIFICACIÓN.	- 11 -
HIPÓTESIS .	- 12 -
OBJETIVOS.	- 12 -

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO.	- 12 -
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	- 13 -
GRUPO CLÍNICO	- 13 -
GRUPO CONTROL	- 13 -
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.	- 14 -
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.	- 15 -

RESULTADOS.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.	- 17 -
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	- 29 -

DISCUSIÓN.	- 31 -
-------------------	---------------

CONCLUSIONES.	- 36-
----------------------	--------------

REFERENCIAS.	- 31 -
---------------------	---------------

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Resumen.

ANTECEDENTES. La conducta autolesiva se refiere a una amplia variedad de actos en los cuales el individuo se provoca de forma directa y deliberada algún tipo de daño, siendo los métodos más frecuentes los cortes y quemaduras. Se reporta que la incidencia en la población general es de 1, 4%. En este grupo de individuos que se autoagrede, el 85 al 97% son de sexo femenino y se reporta el inicio de dichas conductas durante la adolescencia.

Al estudiar la relación entre condiciones familiares y desarrollo de psicopatología en adolescentes, se han destacado algunas condiciones como: la presencia de trastornos mentales en los padres, conflictos familiares, hogares monoparentales y maltrato. Actualmente existe información sobre la influencia que tiene el funcionamiento familiar sobre la conducta suicida, sin embargo no hay evidencia sobre dicha influencia en las conductas autoagresivas en adolescentes.

OBJETIVO. Determinar y comparar los tipos de funcionamiento familiar de mujeres de 12 a 17 años que presentan autoagresiones con aquellos tipos de funcionamiento familiar de mujeres entre el mismo rango de edad sin autoagresiones obtenidas de una población no clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Es un estudio descriptivo y comparativo, en donde se hizo una observación transversal del funcionamiento familiar mediante la aplicación de la Escala del Funcionamiento Familiar (EFF) de Emma Espejel, tanto en el grupo de adolescentes que se autoagreden como en el grupo control. Para controlar la variable de psicopatología se aplicó el Youth Self Report (YSR 11/18) a ambos grupos.

RESULTADOS. Las funciones familiares que reportaron mayores diferencias entre ambos grupos fueron: Comunicación, Afecto y Control. En el dominio de Comunicación, en el Grupo Control se encontró que el 66.7% de las familias fueron medianamente funcionales, el 30% fueron funcionales y el 3.3% disfuncionales. Mientras que en el Grupo Clínico se encontró que el 80% de las familias fueron disfuncionales y el 20% poco funcionales. En el dominio de Afecto, en el Grupo Control se encontró que el 76.7% de las familias fueron medianamente funcionales y 23.3% funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico se encontró que el 60% de las familias fueron poco funcionales, el 36.7% fueron disfuncionales y el 3.3% medianamente funcionales. En el dominio de Control en el Grupo Control se encontró que el 60% de las familias fueron medianamente funcionales, 36.7% funcionales y 3.3% poco funcionales y en el Grupo Clínico, en ese mismo dominio se encontró que el 63.3% de las familias fueron poco funcionales, el 26.7% fueron disfuncionales y el 10% funcionales. Todos los dominios familiares mostraron diferencias significativas, excepto Recursos y Apoyo.

CONCLUSIONES. Por medio de este estudio se encontró que sí existen diferencias entre el tipo de funcionamiento familiar de adolescentes mujeres que se autoagreden al compararlo con familias de adolescentes sin este tipo de conducta. Las funciones familiares que reportaron mayores diferencias fueron: Comunicación, Afecto y Control; mostrando un predominio franco de disfuncionalidad en las familias de adolescentes con autoagresiones.

Marco de Referencia.

Antecedentes.

Existen pocos estudios sobre autoagresión en población abierta, sin embargo, su presencia en el campo clínico de la Paidopsiquiatría ha propiciado un mayor interés por estudiarla como parte de la psicopatología, demostrando que adopta múltiples formas de presentación y tiene diversas causas. Karl Menninger en 1935 publicó el primer artículo sobre este tema y en 1938 publicó un libro llamado "Man Against Himself" donde comenzó a describirla y categorizarla.

En la década de los 70, algunos autores británicos sugirieron que la autoagresión constituía una entidad clínica independiente, como un síndrome que requería una categorización diagnóstica propia. A este síndrome Favazza lo denominó "Deliberate Self Harm Syndrome".

A partir del año 1989 se publicaron investigaciones con diferentes series de pacientes, intentando definir las características clínicas de la autoagresión. Entre ellos se destaca el de Favazza y Conterio quienes por primera vez identificaron un tipo específico de conducta autolesiva que consistía en provocarse cortes en la piel de forma repetitiva y episódica(1).

La conducta autolesiva se refiere a una amplia variedad de actos en los cuales el individuo se provoca de forma directa y deliberada algún tipo de daño. Dicha conducta puede incluir la autoagresión no suicida, la cual implica un daño directo y deliberado hacia el propio cuerpo, en ausencia de una intención de muerte (2-4).

En la literatura inglesa se le denomina self- injury, self-mutilation, self-harm, self-cutting y self-agresion. En la literatura española se la denomina auto mutilación, auto daño, auto agresión, auto heridas, etc.

Las manifestaciones más frecuentes de conducta autolesiva son: cortes, golpes y quemaduras. Otras formas menos frecuentes: sacarse costras, inserción de objetos bajo la piel, torniquetes, auto ahorcamiento, rascarse en exceso, morderse las uñas, la piel periungueal y los dedos; morderse los labios y/o la lengua, arrancarse el cabello, tatuarse en exceso, fracturas o amputaciones que pueden afectar dedos, mamas e incluso genitales y extremidades(5).

Existe una definición operacional de Síndrome de Automutilación (SAM) definido como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida, siendo los métodos más frecuentes los cortes y quemaduras (6).

Dentro de las formas clínicas de autoagresión ya comentadas, los cortes dérmicos superficiales son comunes e incluso existen casos reportados en población no clínica (7). Hintikka y cols. en Finlandia

evaluaron a 80 adolescentes con conductas autolesivas obtenidas de la población abierta, encontrando que el 63% presentaba un episodio depresivo mayor, el 37% un trastorno de ansiedad y el 15% trastornos de conducta alimentaria. Por tal motivo este tipo de conducta recibe mayor atención por la implicación clínica que representa aunque no se asocie a una intención suicida.

Nichols, en el año 2000 (8), realizó una recopilación de datos epidemiológicos, encontrando que la incidencia en la población general es de 1, 4%. En este grupo de autoagresores, entre el 85 al 97% eran de sexo femenino y siendo su inicio coincidente con la menarca (1).

Posteriormente, Kumar y colaboradores, en 2004 (9) , realizaron un estudio cuya finalidad era identificar los principales motivos de autoagresión tanto en mujeres como en hombres adolescentes y determinar si éstos, al igual que la incidencia, diferían de forma significativa. Evaluaron adolescentes entre 13 y 17 años, el 38% fueron hombres y el 62 % mujeres que habían presentado autoagresiones.

Encontraron que no existen diferencias en las razones que manifiestan los adolescentes para la conducta autolesiva, tanto hombres como mujeres refieren como principales motivaciones: inestabilidad afectiva, soledad, tristeza y culpa.

Es necesario considerar que la prevalencia de autoagresiones entre adolescentes varía según el lugar donde se realiza la investigación. Por lo que se repiten estudios de prevalencia a lo largo de distintos países del primer mundo (10-16), haciendo evidente que las autoagresiones en adolescentes resulta un campo interesante de investigación, además del notable énfasis de las investigaciones para la prevención primaria.

Hasta el momento la autoagresión no está restringida a una entidad clínica específica e incluso forma parte de una gran variedad de trastornos psiquiátricos.

Los trastornos psiquiátricos asociados a la autoagresión son:

- * Cuadros orgánicos cerebrales
- * Trastornos del desarrollo de la infancia
- * Esquizofrenia y otras psicosis
- * Trastornos del ánimo
- * Depresión y Enfermedad bipolar
- * Trastornos de ansiedad (Crisis de pánico, TOC y TEPT)
- * Trastornos disociativos
- *Trastornos de la conducta alimentaria
- * Trastornos del desarrollo de la personalidad (Límite, antisocial)
- * Trastornos del control del impulso

La variedad de cuadros clínicos en los que se presenta la autoagresión en los adolescentes, genera dificultad en la comprensión del fenómeno, complejidad en delimitarla e incertidumbre acerca del pronóstico y tratamiento. Ésta situación se complica notablemente al limitar el cuadro a la etapa de adolescencia (18).

Los eventos de autoagresión se reportan como rutinarios o azarosos y se relacionan con estados emocionales intensos, alcanzando un estado máximo donde el adolescente siente una incapacidad para contener sus emociones(19). Éstas generalmente son rabia, culpa, pena y sensación de impotencia, a los que le sigue un acto impulsivo que no deja tiempo para la reflexión. Suele ocurrir en periodos de leve deterioro de conciencia y síntomas disociativos como la despersonalización.

Cuando tienen recuerdo de actos autolesivos anteriores, los pacientes refieren incapacidad para detenerse por la sensación de alivio posterior a dicha conducta, a pesar de reconocer que les genera un daño.

Los pacientes jóvenes describen que la lesión física permite que fluyan las emociones y el dolor psicológico intolerable a través de una manifestación corporal, produciendo alivio y una sensación de bienestar de forma casi inmediata (20, 21). Esta sensación es transitoria ya que posteriormente aparecen sentimientos de culpa y vergüenza que inducen a esconder las lesiones y evitar hablar de lo ocurrido. El acto de autoagresión les permite un contacto firme con su identidad y con lo externo, les ayuda a diferenciar el sí mismo del ambiente y por lo tanto alcanzan un mejor juicio de la realidad(22, 23).

La autoagresión que busca el alivio de la tensión, no tiene como objetivo la intención de muerte, por lo tanto no se considera un acto suicida. Sin embargo, no debe descartarse la finalidad suicida en otros momentos, ya que estos individuos pueden realizar reales intentos suicidas, es decir se puede dar una patología mixta(20, 24). Incluso, hay quienes proponen una subclasificación de estos adolescentes en grupos, aquellos que se autoagreden de manera continua, sin ideación suicida, los que persisten dentro del espectro ideación de muerte – pensamiento suicida, y quienes oscilan entre un grupo y otro(25).

También es frecuente encontrar niños que frente a la frustración intensa o ansiedad caen en episodios de descontrol psicomotriz, que se pueden asociar a golpes de la cabeza o de las extremidades contra superficies duras. Es muy común, en términos de conductas autolesivas, un niño que acude a consulta, con la presencia de “accidentes” frecuentes reportados durante la elaboración de la historia clínica.

En el examen físico se encuentran lesiones dérmicas por remoción precoz de costras, lesiones de labios y mucosa bucal por mordeduras, uñas con estigmas de onicofagia, tracción voluntaria y repetitiva de las articulaciones de las manos, etc. A medida que el niño crece y no es tratado, el patrón de autoagresión se va haciendo más intenso y complejo, adoptando incluso otras formas de psicopatología en la adolescencia o edad adulta (26).

En los adolescentes se han propuesto formas especiales y sutiles como son el tatuaje y uso de aros colgantes en distintas partes del cuerpo(27, 28). Hay adolescentes que refieren que la conducta autoagresiva la descubrieron y adoptaron después de practicar un método estético corporal (punciones al colocarse aros) o después de un corte o quemadura accidental donde experimentaron

sentimientos de alivio, sin embargo, para fines de este estudio donde se evaluarán adolescentes, no se considerarán estas variantes autolesivas. (6, 26, 29).

La disfunción familiar como parte de una etiología multicausal.

Actualmente existe un predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes ciertos trastornos psiquiátricos.

Debido al esfuerzo actual de otorgar un enfoque más integral y personalizado a la atención psiquiátrica, es que el medio familiar recobra un papel destacado, como un medio para obtener información durante el diagnóstico, pero sobre todo como un elemento más a considerar dentro del tratamiento (30).

En el estudio de la relación entre condiciones familiares y desarrollo de psicopatología en adolescentes, se han destacado ciertas condiciones como: la presencia de trastornos mentales en los padres, conflictos familiares, hogares monoparentales, cuidado y supervisión de los padres, hostilidad y maltrato. Con lo que se han encontrado evidencias de la importancia de los factores familiares, sin embargo, aun no es claro si estos factores contribuyen por igual en los diferentes estadios del desarrollo y posteriormente en la manifestación de diferentes síntomas psiquiátricos (31).

Todo individuo pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario que corresponde a la familia, la cual se encarga que satisfacer los requerimientos biológicos, económicos, educativos, culturales y emocionales de sus integrantes (32).

La familia desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos. También la familia, al ser un factor social, actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en relaciones del individuo con el medio ambiente, propiciando una menor o mayor adaptación al mismo, así como vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud (33).

Las conductas que se aprenden en el proceso temprano de socialización, son comportamientos que servirán de fundamento para insertar los repertorios de conductas más complejas, las cuales se irán incorporando en los posteriores procesos de socialización y en las diversas áreas que le brinda su entorno. De los sucesos que puedan ocurrir dentro del ambiente familiar en una etapa temprana, el individuo va a moldear e incorporar diversos sistemas de comportamientos, sentimientos, ideas y creencias, además de establecer diferentes modalidades de reaccionar ante los eventos de su entorno.

Dentro de la familia se forjan expectativas, se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. En ella se inicia y desarrolla desde temprana edad el proceso de socialización que va a facilitar en las siguientes etapas de su evolución psicobiológica la adquisición de estrategias útiles para los estadios posteriores de su existencia (34).

Las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o las familias aglutinadas con padres intrusivos, que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos, generan ambientes facilitadores de la autoagresión. Este tipo de ambiente es capaz de trastornar el vínculo temprano generando una patología del mismo y condicionando la aparición de conductas auto-lesivas en el futuro, como un mecanismo ineficaz de afrotamiento y autocuidado.

Todo esto se ha valorado de manera empírica, aunque se han reportado francas conductas autoagresivas asociadas con la privación socioeconómica familiar y el desempleo (35), no se afirma que son propiamente predictores del daño autoinfligido (36).

Algunos investigadores han estudiado las conductas autolesivas de la población adolescente en función de la frecuencia de presentación. Brunner y cols. en Alemania investigaron los principales factores asociados a las conductas autolesivas clasificándolas en ocasionales y repetitivas. Encontraron que principalmente las autoagresiones ocasionales se relacionaban con problemas familiares crónicos como enfermedades médicas de larga evolución en alguno de los padres (37).

Existe evidencia de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida, no propiamente la autoagresión exclusiva(38, 39). La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y suelen crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida(40). El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo psicopatología parental.

En relación a este tema, Gould (41) realizó autopsia psicológica en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudió la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental.

Por otra parte, la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional. El que el padre con el cual reside se vuelva a casar no modificó el impacto del divorcio o separación en el suicidio. Ellos concluyeron que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio.

En un estudio realizado por Beautrais (42) se muestra una asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio; en cambio, alto control parental, abuso físico, separación o divorcio, violencia, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y el cuidado institucional durante la infancia, no estuvieron asociados con riesgo de intento de suicidio.

McKeown (43) realizó un estudio prospectivo longitudinal, con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de Carolina del Sur, con el objetivo de identificar predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los individuos con intento de suicidio y que el hecho de no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, concluyendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.

Estos adolescentes no desarrollan destrezas de autocuidado, no se sienten merecedores de bienestar y al no lograr calmar su propia ansiedad incurren en conductas de autoagresión, funcionando como una autoayuda distorsionada (44). Paradójicamente, su meta es terminar con el sufrimiento interno, aunque eso signifique atacar su propio cuerpo y padecer dolor físico. Aunque se debe mencionar, que hay investigadores que han descrito autoagresiones asociadas a fenómenos disociativos e incluso a experiencias psicóticas breves (45).

Ellos no muestran sentimientos positivos hacia los padres, cuentan con estilos disfuncionales de regulación emocional y distorsiones en la imagen corporal (46).

Los síntomas afectivos, tanto depresivos como ansiosos, el comportamiento agresivo y la rumiación suicida previa, se identificaron como indicadores psicopatológicos de las autoagresiones persistentes (36, 47).

Estos resultados y los estudios antes mencionados, claramente nos señalan la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño o adolescente con conducta suicida, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento. Además, aunque existe información sobre la influencia que tiene el funcionamiento familiar sobre la

conducta suicida, aun no hay evidencia sobre dicha influencia en las conductas autoagresivas que no llevan implícita una finalidad letal.

Un concepto esencial que es conveniente definir para el presente estudio es el de funcionamiento familiar. Al hablar de movimiento y cambio en la familia se está refiriendo a su funcionamiento que comprende precisamente, la capacidad de los integrantes de la familia para realizar las modificaciones y ajustes pertinentes a sus modos de relación conforme sus necesidades internas y externas. Así, el funcionamiento familiar es un proceso en el que participa el individuo, la familia y la cultura (48) y cuya capacidad de cambio comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas (49), dimensiones que están interrelacionadas, de tal forma que al modificarse una de ellas, las demás también cambiarán (50, 51). Estos cambios se vinculan con las historias de vida de los integrantes de la familia, con la cultura a la que pertenecen y con sus necesidades internas y demandas externas (52).

También se alude al funcionamiento familiar en términos de estructura, organización y patrones transaccionales de la unidad familiar, descrita a partir de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación interpersonal, roles, sensibilidad afectiva, involucramiento afectivo y control del comportamiento (53). Aunado a estos elementos, se mencionan tres dimensiones de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y posibilidad de diálogo. Se resalta que estas dimensiones son fortalezas y atributos que ayudan a la familia a tratar con mayor eficacia las tensiones y situaciones de estrés (54).

Las familias mexicanas han sido analizadas, clasificadas, tipificadas y evaluadas por diferentes profesionales y con distintos instrumentos. El Instituto de la Familia tiene específicamente aportaciones importantes para la evaluación familiar. Ahí crearon en 1985 la Guía Conjunta de Evaluación Familiar donde fungieron como jueces tanto miembros de dicho instituto como investigadores de la facultad de Psicología de la UNAM y Universidad Iberoamericana, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME), el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, así como el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Esta Guía Conjunta de Evaluación Familiar (51), por medio de cuatro estudios de investigación se fue modificando hasta formar la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco y Cols. en 1995 la cual es una de las más reconocidas en la actualidad.

Planteamiento del problema:

¿Qué tipos de funcionamiento familiar están presentes en las familias de mujeres de 12 a 17 años que se autoagreden y qué diferencias se encuentran en comparación con el tipo de funcionamiento familiar de mujeres de 12 a 17 años que no se autoagreden?

Justificación:

Es conveniente comenzar la búsqueda sistemática de factores asociados a las conductas autoagresivas como manifestaciones conductuales sintomáticas. Uno de ellos es la situación familiar prevalente entre estos adolescentes, la cual no ha sido formalmente evaluada.

Para fines de este estudio, se empleará el término de autoagresión y se considerará como tal exclusivamente a aquellas autolesiones dérmicas provocadas con cualquier tipo de objeto cortante, delimitadas a aquellas que generen evidencia física en el momento de la evaluación. Y durante la entrevista se descartará su empleo como una finalidad suicida.

En éste estudio no se intentó identificar la disfunción familiar como una causa exclusiva que genere autoagresiones, sin embargo, es de utilidad evaluar el tipo de funcionamiento familiar como parte de la etiología multicausal. Para incrementar la trascendencia del estudio se decidió compararlo con familias de adolescentes mujeres que no se autoagreden, para detectar las dimensiones que se relacionen más con esta entidad clínica.

La familia es un factor psicosocial muy importante al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de todo individuo. Si funciona como agente modulador del aprendizaje de conductas adaptativas, entonces resulta de gran importancia conocer el tipo de funcionamiento familiar y sus principales áreas afectadas en pacientes con conductas autoagresivas.

Al describir y comparar diversos tipos de funcionamiento familiar, en donde hipotéticamente uno es menos funcional que el otro (esto solamente como una concepción teórica, ya que los postulados postmodernos impiden una clasificación de las familias como “funcionales” o “disfuncionales”), se podrá contar con una comprensión general de su dinámica, así como de las diferencias en las dimensiones que se presentan entre el funcionamiento familiar de una adolescente que se autoagrede y el funcionamiento familiar de una adolescente sin dicha conducta obtenida de una población no clínica.

El poder entender el funcionamiento familiar proporcionará herramientas para generar intervenciones en las dinámicas referidas, enfocadas a diversas áreas de interacción: la comunicación, los roles, las jerarquías, etcétera. Como estas dinámicas corresponden a un sistema, es decir a una familia, intervenir de forma terapéutica a nivel de ésta, generará cambios que movilicen de manera circular a todos los integrantes, impactando favorablemente al miembro identificado con el síntoma psiquiátrico en estudio.

Es conveniente valorar de manera objetiva el funcionamiento familiar de estas jóvenes ya que de ser comprobadas ciertas diferencias significativas entre las familias de adolescentes que se autoagreden con familias de adolescentes que no lo hacen, se podrán plantear alternativas y directivas terapéuticas específicas, así como consideraciones en cuanto al pronóstico (por ejemplo: familias con alto riesgo de autoagresiones o familias con factores protectores para la autoagresión). Incluso la modificación específica de las técnicas de terapia familiar actualmente existentes, o simplemente, la posibilidad de

recomendar a la terapia familiar como coadyuvante de todo tratamiento frente a los síndromes de autoagresión.

Hipótesis.

H1: Existen diferencias significativas en el tipo de funcionamiento familiar de mujeres entre 12 a 17 años que se autoagreden, al compararlo con el tipo de funcionamiento familiar de mujeres entre el mismo rango de edad sin conducta autoagresiva.

Objetivos.

General:

Determinar y Comparar los tipos de funcionamiento familiar de mujeres de 12 a 17 años que presentan autoagresiones con aquellos tipos de funcionamiento familiar de mujeres entre el mismo rango de edad sin autoagresiones obtenidas de una población no clínica.

Específicos:

1. Describir los datos sociodemográficos de adolescentes mujeres entre 12 y 17 años que se autoagreden y que formarán el grupo clínico.
2. Describir los datos sociodemográficos de adolescentes mujeres entre 12 y 17 años que no se autoagreden y que formarán el grupo no clínico.
3. Describir el funcionamiento familiar en el grupo clínico y en un grupo no clínico.
4. Relacionar las autoagresiones con el funcionamiento familiar en el grupo clínico.
5. Comparar el funcionamiento familiar del grupo clínico con el grupo no clínico.

Material y métodos.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo y comparativo, en donde se hizo una observación transversal del funcionamiento familiar mediante la aplicación de la Escala del Funcionamiento Familiar (EFF) de Emma Espejel y para controlar la variable de psicopatología se aplicó el Youth Self Report (YSR 11/18) a ambos grupos.

Es un estudio ex-post facto, donde no existió manipulación de variables. Se observó un grupo con un paciente psiquiátrico identificado con la manifestación conductual elegida y otro con participantes de un grupo control que no mostraron la manifestación conductual especificada.

Población en estudio: selección y tamaño de la muestra.

Se planeó una muestra de 30 pacientes que se autoagreden, en comparación con 30 pacientes de una población no clínica; la decisión del tamaño de la muestra se debe a que es un estudio exploratorio, el método de muestreo es no aleatorio en ambos grupos.

El grupo clínico se integró de las usuarias de la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, siempre que cumplieran los criterios de inclusión.

En cuanto al tipo de autoagresiones se decidió incluir exclusivamente a aquellas pacientes que se hayan provocado una solución de continuidad dérmica con objeto cortante, que aun fuera evidente al momento de la evaluación con la finalidad de verificar directamente su presencia por el investigador.

El grupo control se obtuvo de la Escuela Secundaria No. 147 “Otilio Montaña” en la Delegación Gustavo A. Madero.

Grupo clínico.

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes mujeres de 12 a 17 años que presenten como característica sintomática autoagresión, restringido solo a autolesiones que generen solución de continuidad en la piel provocada con objeto cortante (no incluye perforaciones ni tatuajes) dichas autolesiones identificadas clínicamente por los datos del padecimiento actual y evidentes físicamente al momento de la evaluación.
- Deberán ser usuarias del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. Obtenidas del servicio de hospitalización de la Unidad de Adolescentes Mujeres.
- Contar con un familiar o tutor responsable viviendo en el mismo domicilio.
- Tanto familiar o tutor responsable, como la adolescente deben Saber leer y escribir.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Cualquier impedimento para contestar los instrumentos de evaluación por parte del familiar responsable y la adolescente.
- En la paciente cualquier otro rubro de autolesión que no corresponda a la descripción ya realizada en el grupo clínico como: tatuajes, piercings, inserción de objetos debajo de la piel, fracturas, amputaciones, quemaduras, morderse las uñas o los labios.
- No se incluirán aquellos casos que no concluyan el proceso de aplicación de las escalas correspondientes.

Grupo control.

Criterios de Inclusión.

Primera Fase:

- Adolescentes mujeres de 12 a 17 años que no cuenten con antecedente de autoagresión, ni evidencia física de la misma al momento de la valoración.
- Estudiantes de la de la Escuela Secundaria #147 "Otilio Montaña".
- No contar con síndromes psicopatológicos reportados al emplear como instrumento el Youth Self Report (YSR 11/18).

Segunda Fase:

- Contar con un familiar o tutor responsable viviendo en el mismo domicilio.
- Tanto el familiar o tutor responsable, como la adolescente deben Saber leer y escribir.
- Firmar el consentimiento informado.
- Cualquier impedimento para contestar el instrumento de evaluación por parte del familiar responsable y la adolescente.

Criterios de Exclusión:

- No se incluirán aquellos casos que no concluyan el proceso de aplicación de las escalas correspondientes.

Método de recolección de los datos.

De las pacientes adolescentes que se identificaron con autoagresión se captaron las familias que cumplían los criterios de inclusión. El grupo control se conformó de mujeres adolescentes obtenidas de una población no clínica, es decir, estudiantes de una escuela secundaria pública.

Se les solicitó una entrevista individual a los padres o tutores de la adolescente, en la cual se les explicó el motivo, una visión general de los instrumentos a aplicar, se solicitó su cooperación y la firma del consentimiento informado.

Si los padres aceptaban se firmaba el consentimiento informado, se entregó una encuesta sociodemográfica y se aplicó la Escala del Funcionamiento Familiar (EFF) así como el Youth Self Report (YSR-11/18) a las adolescentes de ambos grupos. Se dió por terminada la entrevista individual una vez concluida la aplicación de los instrumentos. Los resultados fueron procesados en una base de datos electrónica, a través de una hoja de cálculo, con el fin de proceder al análisis estadístico de la información.

Variables y escalas de medición.

Variable independiente: funcionamiento familiar.

Variable dependiente: conducta autolesiva.

A ambos grupos de adolescentes se les aplicó el Youth Self- Report (YSR-11/18) para determinar el tipo de sintomatología psicopatológica en el grupo clínico y descartar la misma en el grupo control. El YSR (Achenbach y Rescorla, 2001) es una prueba de evaluación elaborada desde el enfoque psicométrico dimensional, tiene un rango de edad de aplicación de 11 a 18 años. Mediante esta escala el adolescente contesta a los mismos ítems que forman parte del CBCL (Child Behavioral Check List) y tiene como finalidad: identificar una línea base del funcionamiento del adolescente, la cual puede indicar necesidad de intervención, determinar que conducta debe evaluarse más detalladamente, seleccionar sujetos con un problema particular o determinar niveles de desviación en relación al a norma.

Los síndromes psicopatológicos de primer orden resultantes son: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva. El análisis factorial de segundo orden sobre dichos síndromes ponen de manifiesto dos agrupaciones: trastornos internalizados y externalizados.

La Escala de Funcionamiento Familiar fue elaborada por la Dra. Emma Espejel Aco en 1994, quien es actualmente Presidenta de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, en cuya revista "*Psicoterapia y familia*" se publicó la validez y confiabilidad del instrumento en cuestión (47). Fue validada y construida con población Mexicana. El análisis factorial generó 9 factores principales que representan el 56.10% de la varianza total: Autoridad, Orden, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta disruptiva, Comunicación, Afecto negativo y Recursos.

La escala de Funcionamiento Familiar de Espejel es un instrumento clínico que provee amplia información de la estructura, dinámica y comunicación de las familias, evaluando tanto recursos como disfunciones. Contiene también un familiograma y datos sociodemográficos, de vivienda y espacio para observaciones.

Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 preguntas de la escala. Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional, 2 y 3 son categorías intermedias.

Estos 9 dominios que se reportan son:

Autoridad: evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

Orden: evalúa como se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

Supervisión: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas de comportamiento.

Afecto: evalúa como se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.

Apoyo: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social dentro y fuera del grupo familiar.

Conducta disruptiva: evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.

Comunicación. Evalúa la comunicación verbal y no verbal dentro de la familia.

Afecto negativo: evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar, sobre todo enojo dentro de la familia.

Recursos: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas, así como la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

Análisis de Resultados.

Análisis de frecuencia de cada una de las dimensiones, Prueba T para encontrar diferencias significativas entre cada grupo.

Implicaciones éticas.

Por las características del estudio en donde no se manipuló la conducta del sujeto y se realizó con fines exclusivamente descriptivos y comparativos, se considera un estudio con RIESGO MÍNIMO.

Los resultados de la escala se emplearon con total confidencialidad y se generalizaron. A cada adolescente y su familiar o tutor responsable se le solicitó un consentimiento informado, el cual fue firmado y guardado por el sustentante de la tesis, sin que ello identifique a quien respondió la escala.

Resultados:

Se obtuvo una N total de 60 adolescentes mujeres, divididas y comparadas en dos grupos. El Grupo Control, constituido por 30 participantes, estuvo formado por aquellas sin autolesiones ni síntomas psiquiátricos. Mientras que el Grupo Clínico, también constituido por 30 participantes, lo formaron aquellas identificadas con autolesiones.

Todas las adolescentes que formaron el Grupo Control se encontraban cursando la secundaria. En cuanto a la escolaridad de las adolescentes que formaron el Grupo Clínico el 83.3% cursaban la secundaria, el 10% preparatoria, el 3.3 % una carrera técnica y el 3.3% primaria.

En el Grupo Control, el 70% de las adolescentes vivía con la madre y el padre, mientras que el 30% solo vivía con la madre. Por otra parte, en el Grupo Clínico, el 50% de las adolescentes vivía con la madre y el padre, mientras que el 46.7% vivía solo con la madre y el 3.3% vivía con algún otro familiar como responsable. (Cuadro1)

FAMILIAR CON QUIEN VIVE	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
	FRECUENCIA	
Vive con padre y madre	21 (70%)	15 (50%)
Vive solo con la madre	9 (30%)	14 (46.7%)
Vive solo con otro familiar como responsable.	0	1 (3.3%)

Cuadro 1

En cuanto a los ingresos económicos de la familia, se encontró que en el 56.7% de las adolescentes del Grupo Control, el padre era la única fuente de ingresos, en el 20% solo lo era la madre y en el 23.3% ambos eran fuente de ingresos para la familia.

En el Grupo Clínico, se encontró que en el 46.7% de los casos, la madre era la única fuente de ingresos, en el 26.7% solo el padre lo era, en el 23.3% ambos contribuían y en el 3.3% solo algún otro familiar era la fuente de ingresos económicos. (Cuadro 2)

INGRESOS	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
	FRECUENCIA	
Padre y madre como fuente de ingresos.	7 (23.3%)	7 (23.3%)
Solo padre como fuente de ingresos.	17 (56.7%)	8 (26.7%)
Solo madre como fuente de ingresos.	6 (20%)	14 (46.7%)
Solo otro familiar como fuente de ingresos.	0	1 (3.3%)

Cuadro 2

En cuanto a los síntomas psiquiátricos, se empleó el YSR (Youth Self Report 11/18) para identificar los síndromes psicopatológicos presentes en el Grupo Clínico, mientras que en el Grupo Control permitió eliminar aquellas adolescentes con psicopatología.

En este estudio se emplearon los puntos críticos que distinguen la conducta normal del comportamiento de riesgo para los 8 síndromes psicopatológicos: depresión-ansiedad, retraimiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de la atención, conducta de ruptura de normas y conducta agresiva.

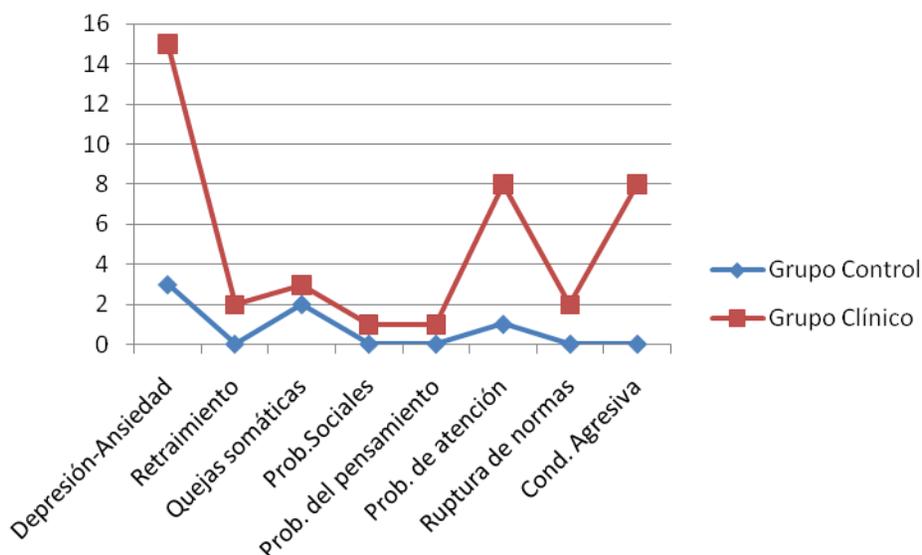
Como el diagnóstico de alteración psicopatológica no se puede establecer únicamente de la puntuación de un cuestionario, se decidió calificar como población sub-clínica al grupo que superó la puntuación indicativa de riesgo psicopatológico. Mientras que los casos que resultaron por debajo de dicho puntaje se consideraron como población normal y fueron asignados al Grupo Control.

Durante la aplicación de dicho instrumento en población abierta para obtener el Grupo Control, fueron eliminadas de dicho proceso 6 estudiantes por presentar resultados que superaron los puntos críticos de riesgo psicopatológico, en los síndromes de: depresión-ansiedad, quejas somáticas y problemas de atención. Dichas estudiantes fueron canalizadas a una valoración psiquiátrica completa para determinar el diagnóstico e intervención terapéutica necesaria. (Cuadro 3) (Gráfica 1)

En el Grupo Clínico también se determinaron los síndromes psicopatológicos mediante el YSR. Los síndromes identificados con mayor frecuencia fueron: depresión-ansiedad, problemas de atención y conducta agresiva como se muestra en el Cuadro 3. Cabe señalar que el 26.6% de las adolescentes presentaron puntajes superiores en dos o más áreas sindromáticas de forma simultánea.

Síndrome Psicopatológico	Grupo Control	Grupo Clínico
Depresión-Ansiedad	3 (10%)	15 (50%)
Retraimiento	0	2(6.6%)
Quejas somáticas	2(6.6%)	3(10%)
Problemas Sociales	0	1(3.3%)
Problemas del Pensamiento	0	1(3.3%)
Problemas de Atención	1 (3.3%)	8(26.6%)
Conducta Delictiva	0	2(6.6%)
Conducta Agresiva	0	8(26.6%)

Cuadro 3



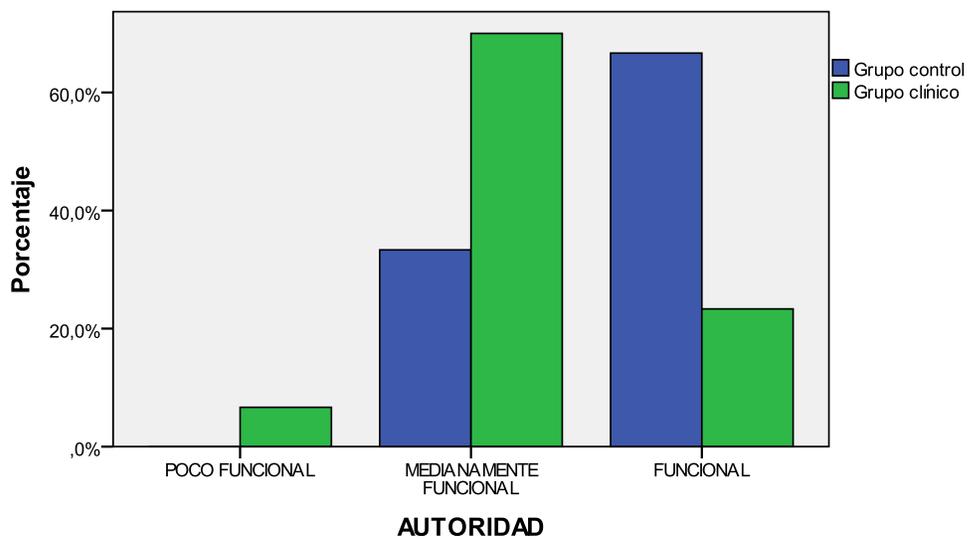
Gráfica 1

En cuanto al dominio de Autoridad del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que 33.3% de las familias fueron medianamente funcionales y el 66.7% funcionales.

Mientras que en el Grupo Clínico, en el dominio de Autoridad, el 70% de las familias fueron medianamente funcionales, el 23% funcionales y el 6.7% poco funcionales. (Cuadro 4) (Gráfica 2)

AUTORIDAD		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	0
POCO FUNCIONAL	0	2 (6.7%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	10 (33.3%)	21 (70%)
FUNCIONAL	20 (66.7%)	7 (23.3%)

Cuadro 4



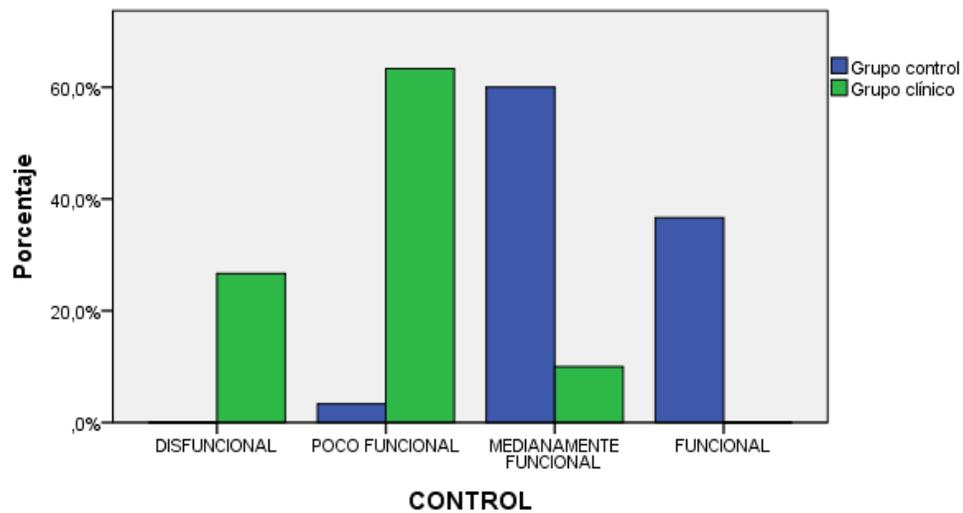
p = 0.0003

Gráfica 2

En el dominio de Control del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que el 60% de las familias fueron medianamente funcionales, 36.7% funcionales y 3.3% poco funcionales. Por otra parte, en el Grupo Clínico, en ese mismo dominio se encontró que el 63.3% de las familias fueron poco funcionales, el 26.7% fueron disfuncionales y el 10% funcionales. (Cuadro 5) (Gráfica 3)

CONTROL		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	8 (26.7%)
POCO FUNCIONAL	1 (3.3%)	19 (63.3%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	18 (60%)	3 (10%)
FUNCIONAL	11 (36.7%)	0

Cuadro 5



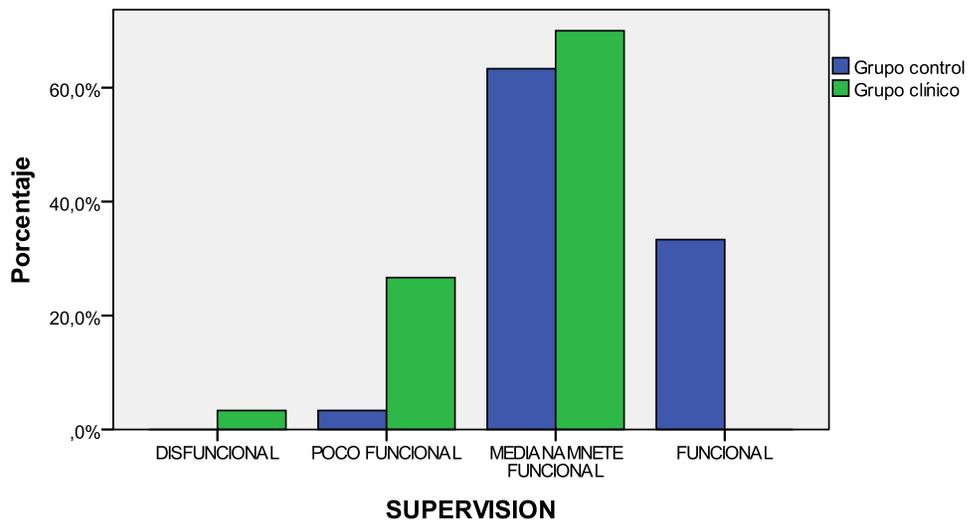
P = 1.624 E-14

Gráfica 3

En el dominio de Supervisión del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se identificó que el 63.3% de las familias fueron medianamente funcionales, el 3.3% funcionales y el 3.3% poco funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico, al evaluar el dominio de Supervisión se encontró que el 70% de las familias fueron medianamente funcionales, el 26.7% poco funcionales y el 3.3% disfuncionales. (Cuadro 6) (Gráfica 4)

SUPERVISION		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	1 (3.3%)
POCO FUNCIONAL	1 (3.3%)	8 (26.7%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	19 (63.3%)	21 (70%)
FUNCIONAL	10 (33.3%)	0

Cuadro 6



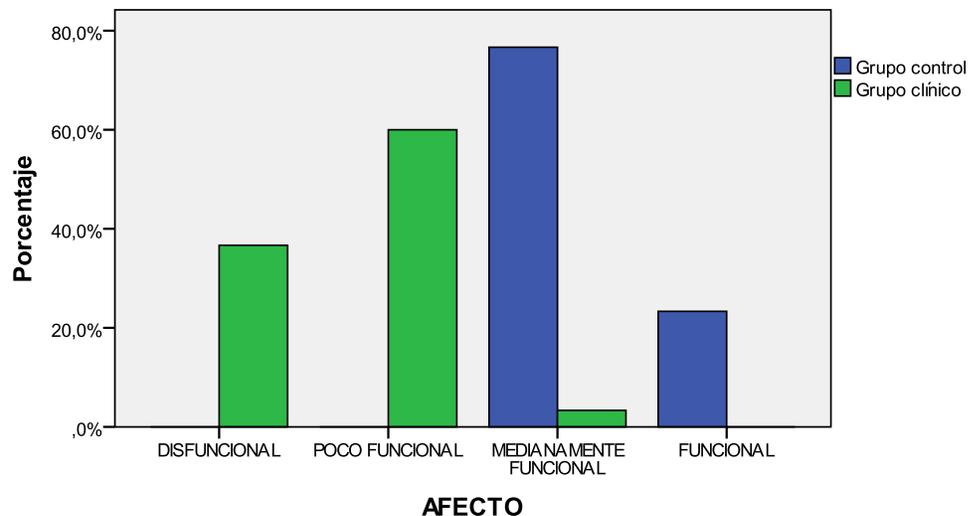
p = 2.941 E-05

Gráfica 4

En el dominio de Afecto del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que el 76.7% de las familias fueron medianamente funcionales y 23.3% funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico, al evaluar el dominio de Afecto se encontró que el 60% de las familias fueron poco funcionales, el 36.7% fueron disfuncionales y el 3.3% medianamente funcionales. (Cuadro 7) (Gráfica 5)

AFECTO		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	11 (36.7%)
POCO FUNCIONAL	0	18 (60%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	23 (76.7%)	1 (3.3%)
FUNCIONAL	7 (23.3%)	0

Cuadro 7



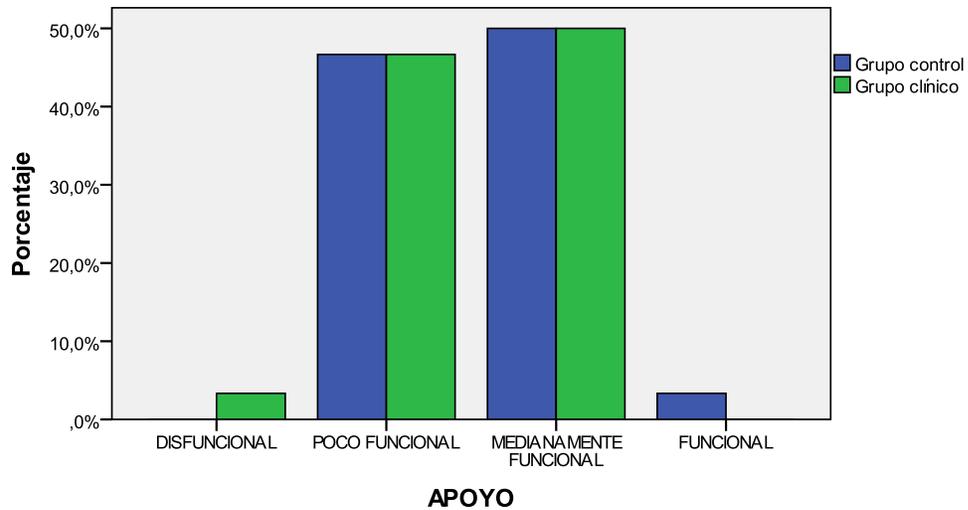
p = 1.822 E-17

Gráfica 5

En el dominio de Apoyo del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que el 50% de las familias fueron medianamente funcionales, el 46.7% poco funcionales y el 3.3% funcionales. Por otro lado, al evaluar el dominio de Apoyo en el Grupo Clínico se identificó que el 50% de las familias fueron medianamente funcionales, el 46.7% poco funcionales y el 3.3% disfuncionales. (Cuadro 8) (Gráfica 6)

APOYO		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	1 (3.3%)
POCO FUNCIONAL	14 (46.7%)	14 (46.7%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	15 (50%)	15 (50%)
FUNCIONAL	1 (3.3%)	0

Cuadro 8



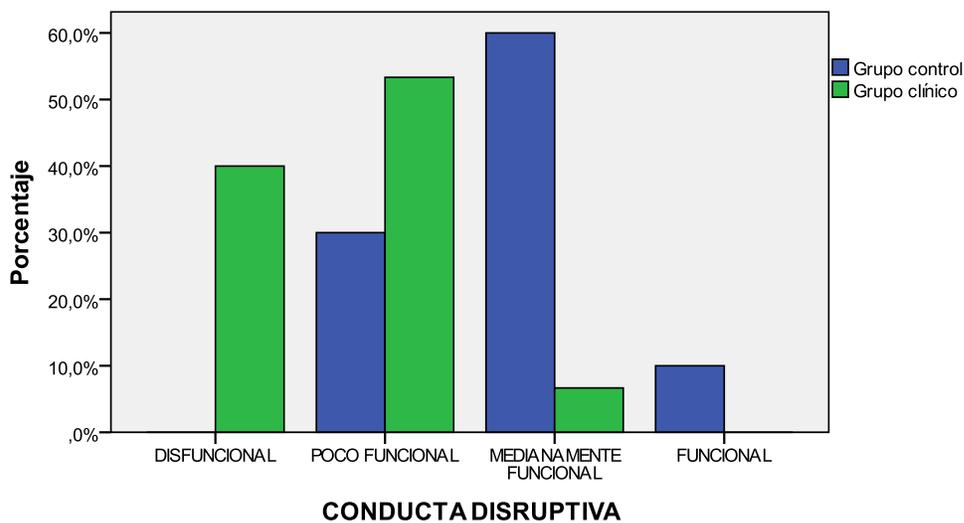
p = 0.499 (NS)

Gráfica 6

En el dominio de Conducta disruptiva del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que el 60% de las familias fueron medianamente funcionales, el 30% fueron poco funcionales y el 10% funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico, en ese mismo dominio, se identificó que el 53.3% de las familias fueron poco funcionales, el 40% disfuncionales y el 6.7% medianamente funcionales. (Cuadro 9) (Gráfica 7)

CONDUCTA DISRUPTIVA		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	12 (40%)
POCO FUNCIONAL	9 (30%)	16 (53.3%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	18 (60%)	2 (6.7%)
FUNCIONAL	3 (10%)	0

Cuadro 9



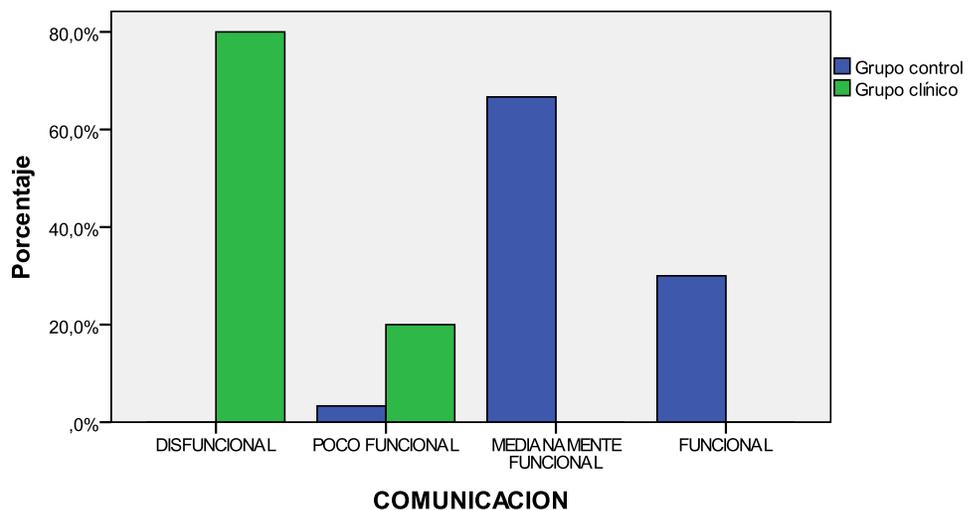
p = 1.276 E-09

Gráfica 7

En el dominio de Comunicación del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que el 66.7% de las familias fueron medianamente funcionales, el 30% fueron funcionales y el 3.3% disfuncionales. Por otra parte, al evaluar dicho dominio en el Grupo Clínico se encontró que el 80% de las familias fueron disfuncionales y el 20% poco funcionales. (Cuadro 10) (Gráfica 8)

COMUNICACION		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	24 (80%)
POCO FUNCIONAL	1 (3.3%)	6 (20%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	20 (66.7%)	0
FUNCIONAL	9 (30%)	0

Cuadro 10



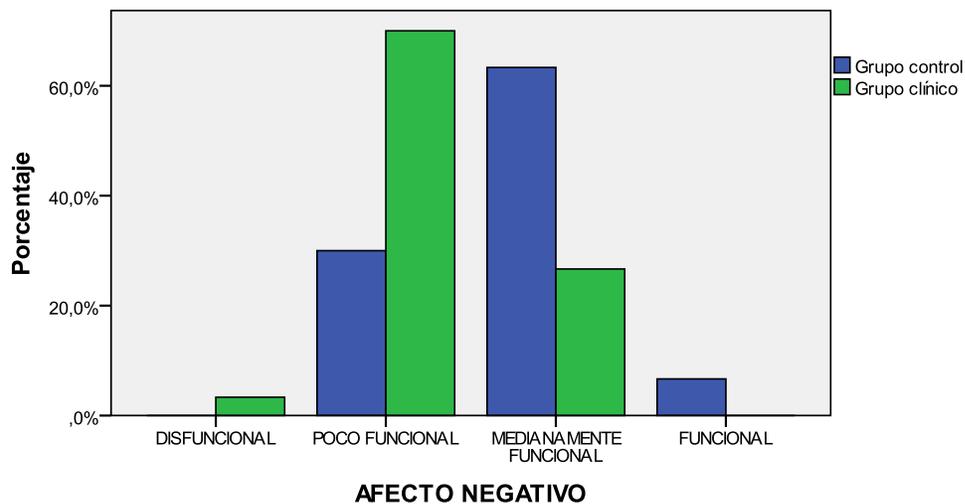
P = 1.166 E-23

Gráfica 8

En el dominio de Afecto Negativo del funcionamiento familiar, en el Grupo Control se encontró que el 63.3% de las familias fueron medianamente funcionales, el 30% fueron poco funcionales y el 6.7% funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico, al evaluar el Afecto Negativo se encontró que el 70% de las familias fueron poco funcionales, el 26.7% medianamente funcionales y el 3.3% disfuncionales. (Cuadro 11) (Gráfica 9)

AFECTO NEGATIVO		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	1 (3.3%)
POCO FUNCIONAL	9 (30%)	21 (70%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	19 (63.3%)	8 (26.7%)
FUNCIONAL	2 (6.7%)	0

Cuadro 11



p = 0.0003

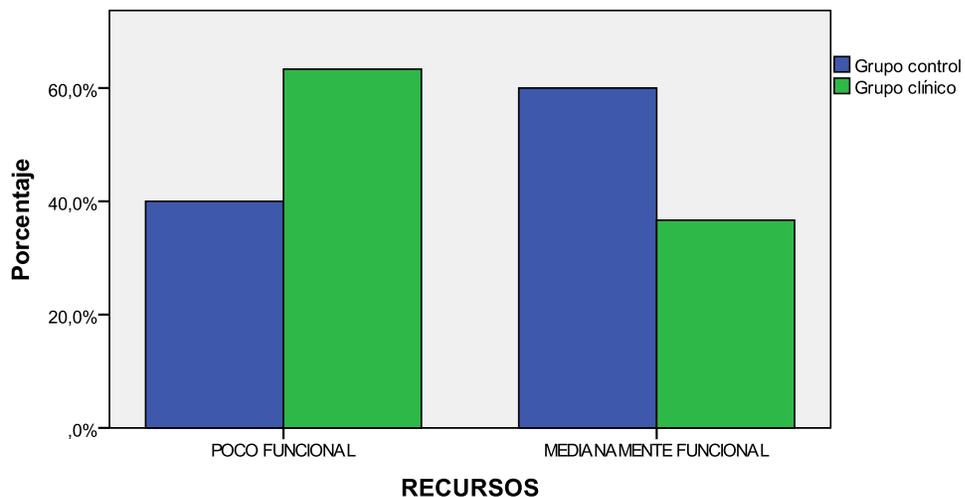
Gráfica 9

Finalmente, en el dominio de Recursos, en el Grupo Control se encontró que el 60% de las familias fueron medianamente funcionales y el 40% poco funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico, en ese mismo dominio, se encontró que el 63.3% de las familias fueron poco funcionales y el 36.7% fueron medianamente funcionales.

(Cuadro 12) (Gráfica 10)

RECURSOS		
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO
DISFUNCIONAL	0	0
POCO FUNCIONAL	12 (40%)	19 (63.3%)
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	18 (60%)	11 (36.7%)
FUNCIONAL	0	0

Cuadro 12



$p = 0.073$ (NS)

Gráfica 10

Análisis de Resultados.

Para comparar los resultados de las dimensiones del funcionamiento familiar entre el Grupo Control y el Grupo Clínico se utilizó una prueba T de Student.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones excepto en Apoyo y Recursos.

En las dimensiones de Comunicación, Afecto y Control se obtuvo la diferencia más significativa, con valores de $p=1.166 \text{ E-}23$, $p=1.822 \text{ E-}17$ y $p=1.624 \text{ E-}14$ respectivamente.

Así mismo, se observaron diferencias significativas en la dimensión de Conducta Disruptiva con un valor de $p= 1.276 \text{ E-}09$ y Supervisión con $p= 2.941 \text{ E-}05$.

La dimensión de Afecto negativo y Autoridad también tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos con valores de $p=0.0003$ y $p=0.0003$ respectivamente.

La dimensión de Recursos no obtuvo diferencias significativas con una $p=0.073$, al igual que Apoyo obteniendo un valor de $p=0.499$. (Cuadro 13)

Dominios de Funcionamiento Familiar	Promedio		Prueba T
	Grupo Control	Grupo Clínico	
AUTORIDAD	3.666	3.16666	p 0.0003
CONTROL	3.333	1.8333	p 1.624 E-14
SUPERVISIÓN	3.3	2.6666	p 2.941 E-05
AFECTO	3.2333	1.6666	p 1.822 E-17
APOYO*	2.566667	2.46666	p 0.499 (NS)
CONDUCTA DISRUPTIVA	2.8	1.666	p 1.276 E-09
COMUNICACIÓN	3.26666	1.2	p 1.166 E-23
AFECTO NEGATIVO	2.76666	2.2333	p 0.0003
RECURSOS*	2.6	2.3666	p 0.073 (NS)

Cuadro 13

Discusión.

La conducta autolesiva en adolescentes es un fenómeno clínico multicausal que puede manifestarse en diferentes áreas de psicopatología. El origen multicausal le confiere una mayor complejidad al momento de limitar el problema y sobre todo para la planeación de intervenciones terapéuticas específicas.

Aunque se considera un fenómeno clínico asociado a psicopatología, también se han reportado conductas autolesivas en adolescentes de poblaciones no clínicas. Nichols, en el año 2000, realizó una recopilación de datos epidemiológicos, encontrando que la incidencia de conducta autolesiva en la población general era de 1.4%, siendo en su mayoría mujeres(8).

En la actual investigación, debido a que se estudió una muestra muy pequeña, no se identificaron conductas autolesivas en las adolescentes de población abierta, es decir, en aquellas que se evaluaron en una escuela secundaria pública.

La prevalencia de trastornos mentales en adolescentes que se autoagreden ya ha sido estudiada en países de primer mundo, como Finlandia, donde Hintikka y cols. (7) aplicaron la escala de depresión de Beck, el AUDIT y el YSR a 80 adolescentes con conductas autolesivas obtenidos de la población general.

Encontraron que el 63% presentaba un episodio depresivo mayor, el 37% trastornos de ansiedad y el 15% trastornos de conducta alimentaria. Los síndromes Internalizados del YSR (Depresión-ansiedad, Quejas somáticas y Retraimiento) fueron los factores asociados fuertemente a la presencia de autoagresiones, mostrando además registros muy bajos de síndromes Externalizados especialmente en adolescentes mujeres.

En este estudio se encontraron resultados similares en la población abierta, donde fueron eliminadas 6 adolescentes durante el proceso de selección del Grupo Control ya que por medio del YSR se les detectaron síndromes psicopatológicos.

Tres adolescentes presentaron un síndrome de Depresión-Ansiedad, dos presentaron Quejas somáticas (ambos síndromes correspondientes a la escala de Internalizados) y solamente una adolescente presentó Problemas de atención (correspondiente a la escala de Externalizados).

Para evaluar los síntomas psiquiátricos asociados a la conducta autolesiva, algunos investigadores han considerado prudente dividir dicha conducta en función de la frecuencia de presentación. Brunner y cols. (37) propusieron clasificar las autoagresiones en dos tipos, ocasionales y repetitivas, esperando encontrar diferencias psicopatológicas. Reportaron que la conducta autolesiva se relaciona con trastornos psiquiátricos, encontrando también por medio del YSR que el síndrome Depresión-ansiedad se asocia con mayor riesgo para ambos tipos de conducta autolesiva.

Aunque en nuestro Grupo Clínico los síndromes Internalizados también fueron frecuentes (Depresión-ansiedad 50%, Quejas somáticas 10% y Retraimiento 6.6%), se identificaron síndromes Externalizados (Problemas de atención 26.6%, conducta agresiva 26.6% y conducta delictiva 6.6%) en una frecuencia mayor a la reportada en los estudios de Hintikka y Brunner.

Dichos resultados se deben a que en esta investigación, el Grupo Clínico fue obtenido de una población hospitalizada en la Unidad de Adolescentes Mujeres, lo cual sugiere que las chicas que ameritan atención intrahospitalaria presentan también problemas externalizados que condicionan una situación de mayor riesgo.

El estudio de Brunner y cols., más allá de clasificar las autoagresiones, tuvo una aportación importante en cuanto a factores psicosociales relacionados a la conducta autolesiva en adolescentes ya que incluyó información sobre el ambiente familiar.

Ellos evaluaron las condiciones familiares incluyendo algunas preguntas sobre situación y economía familiar. Encontraron que la composición de la familia, lo cual se refería específicamente a vivir con uno o ambos padres, así como la economía no tuvieron asociación significativa con la conducta autolesiva.

Por otro lado, un problema crónico de salud en alguna de las figuras parentales fue un factor que se asoció de forma importante con la presencia de autoagresiones en los adolescentes.

En el presente estudio se encontró que en el Grupo Control 21 adolescentes (70%) vivían con ambos padres y 9 (30%) vivían solo con la madre. Mientras que en el Grupo Clínico 15 adolescentes (50%) vivían con ambos padres, 14 (46.7%) vivían solo con la madre y 1 (3.3%) vivía solo con otro familiar como responsable.

Aunque son evidentes las diferencias en cuanto a la composición familiar de ambos grupos, se encontró la misma frecuencia de participación simultánea de madre y padre en los ingresos familiares (23.3% en ambos grupos), una mayor participación de la madre como única fuente de ingresos en el Grupo Clínico (46.7%) en comparación con el Grupo Control (20%) y una menor participación del padre como única fuente de ingresos en el Grupo Clínico (26.7%) en comparación con el Grupo Control (56.7%).

Estos resultados se explican porque en el Grupo Clínico se encontró una mayor cantidad de adolescentes que vivían solo con la madre, quienes informaron que tuvieron que adquirir una actividad laboral al no contar con apoyo económico por parte de la figura paterna.

Actualmente hay evidencia de que las adversidades familiares incrementan el riesgo de conductas suicidas y existen estudios donde detectaron de forma aislada algunos factores familiares relacionados con un mayor riesgo para presentar conductas suicidas en la adolescencia aunque no específicamente la conducta autolesiva.

Herrera (34) en 1997, al evaluar el funcionamiento familiar como un indicador de salud en Cuba, encontró que las familias con reglas muy estrictas donde reprimen cualquier tipo de expresión emocional o las familias amalgamadas que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos, generan ambientes facilitadores para la conducta suicida.

Estos resultados se relacionan con el dominio familiar evaluado en el presente estudio que corresponde a Afecto. El dominio de Afecto en la escala de funcionamiento familiar, evalúa la capacidad para manifestar sentimientos y emociones entre los miembros de la familia. Desde expresar lo que sienten, hasta la búsqueda de muestras de afecto como un abrazo o beso.

En el Grupo Control se encontró que el 23.3% fueron funcionales, mientras que en el Grupo Clínico, no se identificaron casos funcionales e incluso el 36.7% se calificaron como disfuncionales. Durante el análisis de dichos resultados se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

La conducta autolesiva se relaciona con estados emocionales intensos y una sensación de incapacidad para contenerlos, por lo que aquellas familias que no promueven la expresión y diferenciación de sentimientos o incluso la limitan, pueden contribuir a la aparición de otras vías expresivas, como la autoagresión.

Esto explica que en el Grupo Clínico (constituido por adolescentes que se autoagreden) se hayan registrado familias disfuncionales en el dominio de Afecto, mientras que en el Grupo Control solo se registraron familias funcionales y medianamente funcionales en ese mismo dominio.

Gould y cols. (41) encontraron que la falta de comunicación con los padres, más que el hecho de divorciarse, incrementan el riesgo de suicidio en los hijos adolescentes.

Dichos resultados también coinciden con los obtenidos en éste estudio, al evaluar el dominio de Comunicación, el cual registra la comunicación verbal y no verbal entre los integrantes, la información que aportan al interactuar, así como el conocimiento de intereses y motivos para ausentarse de casa, sin tomar la presencia de separación o divorcio. Esto explica por qué en esta área de evaluación, las familias de adolescentes del grupo control presentaron una mayor proporción de funcionalidad que las familias de adolescentes que se autoagreden donde solo se detectaron poco funcionales y disfuncionales. Además de una diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos grupos.

La falta de supervisión y cuidados por parte de figuras parentales había sido estudiada por Beautrais (42) quien asoció estas deficiencias con conductas suicidas en adolescentes. En la actual investigación se evaluó el dominio de Supervisión, el cual consiste en determinar la forma de establecer normas y supervisión de su cumplimiento, así como el mantenerse pendientes de los requerimientos de los demás integrantes.

Se encontró que en las familias de adolescentes que se autoagreden no se identificó ningún caso funcional, mientras que en las familias del grupo control al menos el 33.3% fueron funcionales. Lo cual

sugiere que en dichas familias existe mayor capacidad parental para supervisar normas y comportamientos, así como capacidad para identificar las necesidades de sus hijos en comparación con aquellas adolescentes con conductas autolesivas.

Beautrais también identificó que la presencia de conflictos y discusiones frecuentes principalmente entre padres, se asoció con la presencia de conductas suicidas en los hijos adolescentes. Lo cual también por medio de éste estudio se pudo comprobar, en el dominio de Afecto Negativo que evalúa la presencia de sentimientos y emociones de malestar entre los integrantes de la familia, así como la capacidad y disposición para resolver conflictos.

En las familias con una adolescente que se autoagrede, se esperaba que tuvieran mayor dificultad para resolver conflictos y una mayor tendencia a manifestarlos con agresividad . Lo cual se confirmó con los resultados obtenidos en el dominio de Afecto Negativo, donde las familias de adolescentes que se autoagreden presentaron una mayor proporción de disfuncionalidad (36.7%). Mientras que en el grupo control no se registraron casos disfuncionales y la mayor proporción fueron: funcionales y medianamente funcionales, con 23.3% y 76.6% respectivamente.

En el presente estudio también se evaluó el dominio de Control, el cual junto con Comunicación y Afecto fueron los que mostraron la mayor diferencia significativa durante el análisis estadístico.

El control dentro de la familia se refiere al orden que se mantiene entre los integrantes, lo cual incluye medidas para controlar la conducta, así como límites bien establecidos y respetados. En este estudio se reportó que en las familias del grupo control no se identificó ningún caso de disfuncionalidad, mientras que el 36.7% fueron funcionales, el 60% medianamente funcionales y el 3.3% poco funcionales.

Por otro lado, en las familias de adolescentes con autolesiones no se identificaron casos funcionales, mientras que el 63.3% fueron poco funcionales, el 26.7% disfuncionales y el 10% medianamente funcionales. Este fenómeno se debe a que en las familias de adolescentes que se autoagreden seguramente existe un pobre control de conducta entre sus integrantes, así como discrepancias en los métodos de crianza ya que en éste dominio la escala también evalúa si los padres funcionan como un equipo consistente en el momento de establecer castigos y estímulos a sus hijos.

En el dominio de Conducta disruptiva también se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos. La Conducta disruptiva dentro de la familia consiste en el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la ley o alguna otra situación disruptiva en algunos de los integrantes.

En las familias con una adolescente que se autoagrede se encontró una mayor frecuencia de disfuncionalidad en cuanto a Conducta Disruptiva (40%) al compararlas con las familias del Grupo Control, donde no se identificó ningún caso con disfunción.

Estos resultados sugieren que en las familias donde hay una adolescente con autoagresiones, existe una mayor tendencia a presentar conductas disruptivas ya sea en los padres, reflejadas en problemas de alcoholismo, consumo de sustancias o incluso problemas constantes con jefes o policías; o conductas inapropiadas en hijos como serían enfrentamiento con figuras de autoridad en el hogar o la escuela. En este dominio no solo importa la presencia de conductas disruptivas, si no las medidas que toman el resto de los integrantes para combatirlas. De tal manera que si una familia no es capaz de establecer orden y modular conductas inaceptables, es de esperar que las adolescentes de crecen en ese núcleo familiar también sean incapaces de modular su propia conducta.

El dominio de Autoridad evalúa la presencia de autoridad que de preferencia debe residir en el subsistema parental, así como su capacidad para ejercerla equitativamente.

En éste dominio también se observan diferencias estadísticamente significativas entre las familias del Grupo Control y las familias de adolescentes que se autoagreden.

Dichas diferencias fueron menos evidentes en comparación con el resto de los dominios de la escala de funcionamiento familiar. De hecho se encontró que en cuanto a Autoridad, en el Grupo Control el 66.7% de las familias fueron funcionales y el 33.3% medianamente funcionales. Mientras que en el Grupo Clínico el 23.3% fueron funcionales, el 70% medianamente funcionales y el 6.7% poco funcionales. En ninguno de los dos grupos se encontraron familias disfuncionales en dicho dominio.

El hecho de encontrar en Autoridad una mayor funcionalidad en el Grupo Control se debe a que en esas familias seguramente la autoridad es ejercida por ambos padres de forma equilibrada lo cual resulta más difícil en las familias del Grupo Clínico, simplemente porque la mitad de ellas vive solo con la madre o con algún otro familiar como responsable, lo cual puede generar diferentes figuras de autoridad e inconsistencias al ejercerla.

Los únicos dominios donde no se observaron diferencias estadísticamente significativas fueron Recursos y Apoyo. Estos dominios se relacionan ya que evalúan de forma complementaria la presencia de potencialidades económicas y afectivas, así como el soporte social que aportan dentro y fuera del grupo familiar. De tal manera que ambos dominios reflejan el Eje III del Funcionamiento Familiar (55), el cual se refiere al funcionamiento de la familia como unidad que interactúa dentro de un sistema más grande, la sociedad.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos debido a que ambos seguramente contaban con nivel socioeconómico similar, donde los ingresos familiares eran similares, así como las oportunidades de acceso a la educación y salud, ya que ambas muestras fueron obtenidas de instituciones públicas.

Estos resultados nos sugieren que el nivel socioeconómico y funciones dentro de la sociedad no son factores determinantes para la presencia de conductas autolesivas en adolescentes.

Conclusiones.

Las funciones familiares que reportaron mayores diferencias fueron: Comunicación, Afecto y Control; mostrando un predominio franco de disfuncionalidad en las familias de adolescentes con autoagresiones. Esto nos permite concluir que la falta de comunicación con los padres, el restringir la manifestación de sentimientos y muestras de afecto, así como la ausencia de límites y moduladores de conducta, influyen en la presencia de conductas autolesivas en adolescentes y por lo tanto deberían ser las principales áreas de intervención al integrar a la familia en el proceso terapéutico.

Las únicas funciones familiares que no mostraron diferencias significativas fueron Recursos y Apoyo, las cuales se refieren principalmente a la interacción y participación familiar dentro de la sociedad. Por lo tanto puede concluirse que las autolesiones en la adolescencia se presentan sin importar el nivel socioeconómico y el grado de participación social de la familia.

En cuanto a la presencia de síndromes psicopatológicos se encontró que las adolescentes con conductas autolesivas presentaron con mayor frecuencia un síndrome de Depresión-Ansiedad. Aunque también se detectó la presencia de síndromes externalizados (principalmente problemas de atención y conducta agresiva) como síndromes únicos o comórbidos a los síntomas de Depresión-Ansiedad.

Una limitante en este estudio fue el tamaño de la muestra, debido a que una muestra más grande en el Grupo Control, probablemente hubiera permitido identificar casos de autoagresiones en adolescentes de una población escolar y así mismo determinar la incidencia de dicho fenómeno en una población de estudiantes mexicanos.

Se sugiere para estudios posteriores, una muestra mayor de la población no clínica para identificar la presencia de psicopatología en adolescentes de población abierta que no reciben atención en salud mental y compararla con los síndromes psicopatológicos de una población clínica.

Otra limitante en este estudio fue el no haber registrado la frecuencia de conductas autolesivas, para poder clasificarlas en ocasionales y repetitivas como se ha hecho en investigaciones previas. Tampoco se registró la presencia de ideación suicida como una manifestación comórbida a la autoagresión, lo cual puede tener otras implicaciones clínicas y familiares.

Referencias.

1. Favazza A, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:283 - 9.
2. Favazza A. Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Annals*. 1992;22(2):60 - 3.
3. Herpetz S. Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:57 - 68.
4. Yaryura-Tobias J, Neziroglu E, Kaplan S. Self-mutilation, anorexia and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *Int J Eating Disord* 1995;17:33 - 8.
5. Mac Aniff L, Kiselica M. Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *J of Counseling and Development* 2001;79:46 - 52.
6. Nader A, Morales A. Síndrome de automutilación en adolescentes: Análisis comparativo de comorbilidad. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* 2008;9:22 - 9
7. Hintikka J., Tolmunen T., Rissanen M., Honkalampi K. Mental Disorders in Self-cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2009; 44: 464-467.
8. Nichols P. Bad Body Fever and Deliberate Self-injury. *Reclaiming Children and Youth*. 2000;9:151
9. Kumar G, Pepe D., Steer R. Adolescent Psychiatric Inpatients Self-Reported reasons for cutting themselves. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004. 192 : 830-836.
10. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylma J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Jan;44(1):23-8.
11. Larsson B, Sund AM. Prevalence, course, incidence, and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early Norwegian school adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2008 Apr;38(2):152-65.
12. Kirkcaldy BD, Brown J, Siefen RG. Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *Int J Adolesc Med Health*. 2006 Oct-Dec;18(4):597-614.
13. Tolmunen T, Rissanen ML, Hintikka J, Maaranen P, Honkalampi K, Kylma J, et al. Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Oct;196(10):768-71.
14. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1207-11.
15. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychol Med*. Jan 8:1-9.
16. van Rijsselberghe L, Portzky G, van Heeringen C. Self harm in adolescents in Flanders. *Tijdschr Psychiatr*. 2009;51(9):629-40.
17. American Psychiatric Association. DSM IV T.R. Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson; 1997.
18. Portzky G, van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Jul;20(4):337-42.
19. Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med*. 2009 Sep;58(3):144-51.

20. Groholt B, Ekeberg O, Haldorsen T. Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Dec;9(4):244-54.
21. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jan;43(1):80-7.
22. Guerreiro DF, Neves EL, Navarro R, Mendes R, Prioste A, Ribeiro D, et al. Clinical features of adolescents with deliberate self-harm: A case control study in Lisbon, Portugal. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:611-7.
23. Roux SL, Overcash J. Scratching the surface: addressing self-harm in adolescents. *Nurse Pract*. 2008 Jun;33(6):30-6.
24. Stanley B, Gameroff M, Michalsen V, Mann J. Are suicide attempters who self mutilate a unique population? . *Am J Psychiatry* 2001;157(427 - 432).
25. Hargus E, Hawton K, Rodham K. Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Oct;39(5):518-37.
26. Bella M, Fernandez R, Willington J. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(2):124 - 9.
27. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc*. 2000 Feb;23(1):47-55.
28. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003 Nov;44(8):1191-8.
29. Serfaty E, Foglia L, Masautis A, Negri G. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. *Vertex*. 2007;40:25 - 30.
30. Rodríguez F, González F, Marrero C, Darias C. In: Rodríguez F, Vázquez J, Desviat M, editors. *Psiquiatría social y comunitaria I*. Madrid: ICEPSS; 1997. p. 719 - 40.
31. Cova F, Maganto C. y Melipillán M. Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en adolescentes. *Rev Chil Neuropsiquiat*. 2005. 43: 287-296.
32. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam*. 1985;98(2):144 - 55.
33. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(6):591 - 5.
34. Mendoza LA., Soler E., Sáinz L., Gil L., Pérez H. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006. 8: 27-32.
35. Ayton A, Rasool H, Cottrell D. Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social deprivation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Dec;12(6):303-7.
36. Bhugra D, Thompson N, Singh J, Fellow-Smith E. Inception rates of deliberate self-harm among adolescents in West London. *Int J Soc Psychiatry*. 2003 Dec;49(4):247-50.
37. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Jul;161(7):641-9.
38. Fergusson D, Lynskey M. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:612 - 22.

39. Taylor E, Stansfeld S. Children who poison themselves 1. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry*. 1984;145:127 - 35.
40. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev*. 1989;9:335 - 63.
41. Gould M, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:155 - 62.
42. Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1174 - 82.
43. McKeown R, Garrison C, Cuffe S, Waller J, Jackson K, Addy C. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:612 - 9.
44. Mikolajczak M, Petrides KV, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol*. 2009 Jun;48(Pt 2):181-93.
45. Nishida A, Sasaki T, Nishimura Y, Tanii H, Hara N, Inoue K, et al. Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Jul 15.
46. Bjarehed J, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther*. 2008;37(1):26-37.
47. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc*. 1999 Jun;22(3):369-78.
48. McGoldrick M, Carter B. The family life cycle. In: Walsh F, editor. *Normal Family Processes*. Nueva York: The Guilford Press; 2003. p. 375 - 98.
49. Lee E, Park Y, Song M, Lee I, Kim H. Family functioning in the context of chronic illness in women: A Korean study. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39(7):705 - 11.
50. Breunlin C. La teoría de la oscilación y el desarrollo familiar. In: Falicov C, editor. *Transiciones de la familia Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 1991. p. 199 - 228.
51. Espejel A. Emma. "Nuevos Paradigmas de investigación en Terapia Familiar". *Psicoterapia y Familia*. 1994. Vol. 7. No.1. Editorial Asociación Mexicana de Terapia Familiar, México .
52. Díaz-Loving R. Una teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la relación de pareja. In: Díaz-Loving R, editor. *Antología psicosocial de la pareja*. México: Asociación Mexicana de Psicología Social Miguel Ángel Porrúa; 1999. p. 11 - 33.
53. Miller I, Kabacoff R, Epstein N, Bishop D, Keitner G, Baldwin L, et al. The development of a clinical rating scale for the McMaster Model of Family Functioning. *Family Process*. 1994;33:53 - 69.
54. Olson D. Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*. 2000;22:144 - 6.
55. Saucedo JM., Maldonado M. La Familia: Su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la Salud, México 2003: 15-17.

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MUJERES ADOLESCENTES QUE PRESENTAN AUTOAGRESIÓN.

1. Justificación y objetivos de la investigación.

Mi hija y mi familia ha sido invitada a participar voluntariamente en un estudio de investigación que busca evaluar el funcionamiento que se presenta en las familias de adolescentes mujeres, además de compararlo con el de aquellas adolescentes que además cometen actos de autoagresión, y poder elaborar recomendaciones y un programa psicoterapéutico en apoyo a su tratamiento.

2. Procedimientos del estudio.

Mi hija fue valorada en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y fue diagnosticada con una conducta autolesiva.

Se le aplicará un instrumento de evaluación en una sesión, el cual identificará algunos patrones de interacción que valoran el funcionamiento familiar.

En la primera sesión a mi hija se le aplicará un instrumento llamado Youth Self Report (YSR 11/18) autoaplicable para adolescentes y yo como su familiar responsable (madre o padre), responderé la Escala del Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco.

Para los casos de las adolescentes que no cometieron actos de autoagresión, serán obtenidas de la Escuela Secundaria formando el grupo no clínico o Control.

Si mi hija forma parte de éstas participantes también se le aplicará el Youth Self Report (YSR 11/18) autoaplicable para adolescentes.

Mientras que a mí, como familiar responsable (madre o padre) se me aplicará la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.

3. Beneficios posibles del estudio.

El estudio no tiene costo alguno para nosotros y el beneficio es que, en caso de ser del grupo clínico, mi hija recibirá una valoración adicional sobre su problemática que apoyará su tratamiento, así mismo podremos ofrecer una orientación más cuidadosa al funcionamiento familiar. Mientras que en el grupo no clínico, mi hija podrá tener una entrevista de evaluación y en caso de identificarse algún tipo de psicopatología se me informará y orientará sobre la conducta a seguir.

4. Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.

Si mi hija y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos podremos en contacto con la Dra. Berenice Rangel Barrera, Residente de 2º año de la Especialidad en Paidopsiquiatría, en el turno matutino.

5. Derecho a retirarse del estudio.

Mi hija y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura de mi hija en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo a la Dra. Berenice Rangel Barrera.

6. Confidencialidad.

La información obtenida de mi hija se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hija pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue su identidad y la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Mi hija y yo hemos leído la información anterior, se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente aceptamos participar en este estudio. Si mi hija no puede dar el consentimiento informado, mi propia firma a continuación indica que ha dado su aprobación para participar en este estudio.

_____ Nombre y firma o huella de la participante	_____ Fecha
_____ Nombre y firma de la madre, padre o tutor	_____ Fecha
_____ Nombre y firma de la investigadora	_____ Fecha