

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Estudio comparativo de autolesiones en adolescentes
con y sin ansiedad de la comunidad

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

Citlaly Yanintizic Parra Pérez

TUTORA:

Dra. Lilia Albores Gallo

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2014



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.

Resumen

Las autolesiones son un problema importante en adolescentes y presenta retos difíciles para la identificación y el tratamiento. Es común la comorbilidad con trastornos afectivos, ansiedad, personalidad y psicóticos. El propósito de este estudio es reconocer la asociación entre los trastornos de ansiedad y las autolesiones en una muestra de adolescentes de la comunidad. Las autolesiones se considera una conducta deliberada y directa, en la cual, el acto es intencional y tiene como intención dañar la piel. El comportamiento más frecuente son las autolesiones, consistentes en cortes superficiales en la piel y en algunos casos, las autolesiones son con la intención explícita de suicidio. Se reporta que alrededor del 70% de los pacientes que presentan autolesiones cursan con un trastorno depresivo, el 23% tienen un trastorno de ansiedad, el 27% abuso de sustancias, y el 25% de adolescentes en población abierta con autolesiones tiene trastornos de conducta.

Planteamiento del problema: ¿Qué relación existe entre las autolesiones en adolescentes con y sin ansiedad? Justificación: Hasta el momento las autolesiones no se consideran una entidad clínica independiente, más bien en el DSM-IV se incluyen como parte del perfil sintomático de diversos trastornos psiquiátricos. En México las autolesiones se han estudiado en pacientes hospitalizados. Hacen falta estudios sobre las autolesiones y su relación con ansiedad en adolescentes de la comunidad. **Hipótesis:** Los pacientes con ansiedad presentan mayor riesgo de autolesiones que aquellos que no presentan este rasgo.

Material y métodos: Tipo de diseño. Este estudio es transversal observacional comparativo-descriptivo. **Muestra:** Consistió en 352 adolescentes con una edad promedio de 13.37 (DE 0.96) y un rango de 12 a 16 años, los cuales 187 (53%) fueron del sexo masculino. La prevalencia de ansiedad fue de 31.8% de la muestra total, siendo muy semejante por sexos: 32.1% en hombres y 31.6% para mujeres. **Resultados:** En los resultados generales se detectó que existe, cuantitativamente, un porcentaje muy bajo de autolesiones en relación a la ansiedad, dentro de la población de la comunidad. **Conclusiones.** Existen múltiples estudios en relación a las autolesiones, en la mayoría de la literatura médica hay una gran inconsistencia en la relación entre las autolesiones y la ansiedad.

Palabras clave: Autolesiones, adolescentes, comunidad.

Términos MeSH: Autolesiones, adolescentes, comunidad.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
- Introducción	4
- Marco teórico	4
- Planteamiento del problema	12
- Justificación	12
- Hipótesis	12
- Objetivos	13
- Material y métodos	13
Tipo de diseño	13
Muestra	13
Variables	14
Instrumentos de medición	15
Análisis estadístico	17
- Resultados	17
- Tabla de resultados	18
- Discusión	19
- Conclusiones	20
- Recomendaciones	20
- Referencias	21

Anexos

- Anexo 1: Cédula de autolesiones (AUTOLES) 25
- Anexo 2: CBCL (Child Behavior Checklist CBCL/6-18) 28
- Anexo 3: Resultado del Comité de Investigación 29
- Proyecto actual
- Anexo 4: Resultado del Comité de Ética e Investigación 30
- Proyecto principal

Introducción:

Las autolesiones son un problema importante en adolescentes y presenta retos difíciles para la identificación y el tratamiento. Es común la comorbilidad con trastornos afectivos, ansiosos, de la personalidad y psicóticos. Investigar las asociaciones e interacciones que las conductas autolesivas mantienen con otros trastornos puede mejorar el entendimiento de las mismas y contribuir a un tratamiento más integral y eficiente. El propósito de este estudio es reconocer la asociación entre la presencia de ansiedad y las autolesiones en una muestra de adolescentes de la comunidad. Debido a que no se han realizado estudios de asociación de autolesiones y ansiedad en muestras de la comunidad, y habiendo gran diferencia en pacientes hospitalizados o bien que acuden a una clínica para su manejo., son menos identificados. Radicando en el estudio presente la dificultad que se realiza en el mismo.

Marco Teórico:

Las autolesiones se definen como el daño intencional infligido al cuerpo por uno mismo sin una intención suicida¹. Se considera una conducta deliberada y directa, en la cual, el acto es intencional y tiene como intención dañar la piel².

Existen múltiples representaciones y referencias a esta clase de conductas desde la antigüedad tales como:

1. Se dice que Demócrito se arrancó los ojos para que no le estorbaran en sus meditaciones el mundo exterior.
2. Santa Lucía de Siracusa se mutiló ambos ojos para preservar su virginidad, al entregárselos a aquel que intentaba abusar de ella.
3. Vincent Van Gogh, decidió cortarse la oreja o el lóbulo de la misma, a raíz de un enojo que tuvo con Gauguin; o, según algunos cronistas, a causa de una

supuesta infidelidad de una prostituta por la cual él estaba prendado.

4. Los sacerdotes de diversas culturas prehispánicas se perforaban con agujas realizadas en diferentes materiales como: espinas de maguey, obsidiana, hueso, etc. Para, posteriormente, pasar cuerdas de diferentes espesores y empararlas con sangre. Esto lo realizaban en diferentes partes del cuerpo como: lengua, lóbulos de las orejas, brazos y genitales.
5. Dentro de las religiones judeocristianas existen ejemplos de autolesión como: los flagelantes, los penitentes, etc. Que por medio de las autolesiones tratan de imitar el martirio de Jesús.

Como se puede ver en los ejemplos mencionados anteriormente, las autolesiones no son un fenómeno o conducta novedosa, ya que existen manifestaciones de esta conducta desde tiempos bíblicos y han sido practicados en múltiples culturas y religiones. Sin embargo desde los años noventa hay una tendencia en crecimiento que resulta alarmante, y que se ha consolidado en las escuelas, universidades, cárceles y otros sectores de la sociedad ³.

La primera aparición del término “Automutilación” aparece en un estudio por L. E. Emerson, quien consideró que los cortes autoinflingidos eran una sustitución simbólica de la masturbación ⁴. El término reaparece en un artículo de 1935 ⁵ y un libro de 1938 ⁶ de Karl Menninger, en el cual refinó sus definiciones conceptuales de automutilación. Su estudio en la autodestrucción diferenció entre los comportamientos suicidas y la automutilación. Para Menninger, la automutilación era una expresión no fatal de un deseo atenuado de muerte y, por lo tanto acuñó el término “suicidio parcial”. Él inició un sistema de clasificación de seis tipos:

1. Neurótico: Mordedores de uñas, pellizcadores, remoción extrema de cabello, y cirugía plástica innecesaria.
2. Religioso: Autoflagelantes y otros.
3. Ritos de pubertad: Remoción de himen, circuncisión o alteración de clítoris.
4. Psicóticos: Remoción de ojos u oídos, auto mutilación genital y amputaciones extremas.

5. Enfermedades cerebrales orgánicas: Estas consisten en golpes craneales repetitivos, mordedura de manos, fracturación de dedos o enucleación ocular.
6. Convencional: Corte de uñas, corte de cabello y rasurado de barba ⁵.

Ross y Mackay en 1979 categorizaron a las personas con automutilaciones en nueve grupos: Cortes superficiales, mordidas, abrasiones, cortes que pueden separar miembros, inserciones, quemaduras, ingestión o inhalación de sustancias tóxicas y golpes y constricciones ⁷.

Como se puede observar en la reseña precedente, existe una importante falta de homogeneidad en las definiciones, que, en algunos casos puede hacer que conductas autodestructivas como el alcoholismo y el tabaquismo se interpreten como autolesiones ⁸. La destrucción de tejido corporal por medio de tatuajes y perforaciones son culturalmente aceptables y algunos estudios los incluyen como autolesiones mientras que otros no ⁹.

La definición actual más aceptada de las autolesiones consiste en la destrucción tisular propositiva que un individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir ¹.

La prevalencia de las autolesiones a lo largo de la vida es del 15 al 17% de adolescentes de la comunidad ¹⁰. Mientras que en la población clínica psiquiátrica es del 40-80% en adolescentes ¹¹. Un estudio internacional más reciente sugiere una de tasa de prevalencia de 24% ¹⁰. Esto sugiere la posibilidad de que la prevalencia está en aumento. Sin embargo no existen estudios realizados en México para comparar estos resultados con estudios internacionales o de otros países. Habiendo además pocos estudios asociando la presencia de autolesiones y ansiedad. El comportamiento más frecuente de las autolesiones, consisten en cortes superficiales en la piel y en algunos casos, la autolesión es con la intención explícita de suicidio ¹².

Sin embargo, en la mayoría de los casos no hay intención de suicidio y la razón más común de autolesiones es para aliviar sentimientos e ideas dolorosas intensas, ya que por medio del dolor físico, el adolescente que presentan autolesiones puede distraer estos sentimientos y afectos desagradables ¹². A menudo resulta que las autolesiones proporcionan alivio a corto plazo de la ansiedad, pero a largo plazo tienen consecuencias negativas ¹². Los adolescentes con autolesiones presentan un alivio transitorio a situaciones

de tristeza, ansiedad, enojo, pero posteriormente presentan sentimientos de culpa y vergüenza que los llevan a esconder sus lesiones y no hablar de lo ocurrido. A pesar de conocer las consecuencias negativas de las autolesiones, a los adolescentes les es difícil resistir el fuerte impulso de realizar estos actos cuando están enojados, con sentimientos depresivos intensos, ansiedad, entre otras emociones y al momento de autolesionarse experimentan alivio de las emociones mencionadas ¹².

Aunque las autolesiones no suicidas suelen ser deliberadas sin la intención de morir se asocian a intentos suicidas posteriores. El constructo no aparece en DSM-IV o el CIE-10 sino como síntoma del trastorno límite de personalidad ¹².

Las autolesiones se propusieron para ser incluidas en el DSM-V pero en cambio se incluyó el trastorno de self-picking y aún existen muchas controversias para objetar el self-picking o Desorden de autolesiones. Las dos principales razones para objetar esta última inclusión se refieren a:

1. El self-picking o desorden de autolesiones puede ser solo un síntoma de un desorden subyacente diferente.
2. Que las autolesiones pueden ser solo un mal hábito y que al admitir este desorden en una categoría propia, obligaría a incluir a una gran cantidad de malos hábitos como síndromes separados ¹³.

La “American Psychiatric Association” (APA) considera los siguientes criterios para el diagnóstico:

- A) Último año (5 o más días) daño intencional a la superficie del cuerpo, inducción de sangrado, moretones o dolor (ej. cortaduras, quemaduras, apuñaladas, golpes, frotamiento excesivo) con propósitos no sancionados socialmente pero con la expectativa de un daño físico leve a moderado.
- B) El daño intencional asociado con al menos 2 de los siguientes puntos:
 1. Precipitante psicológico: Dificultades interpersonales o sentimientos, pensamientos negativos como depresión, ansiedad, tensión, ira, angustia o autocrítica, en el periodo previo inmediato a la autolesión.

2. Impulso: Antes de realizar el acto, un periodo de preocupación por el comportamiento que es difícil de resistir.
 3. Preocupación: Pensar en autolesiones ocurre frecuentemente incluso cuando no se realizan.
 4. Respuesta a contingencia: La actividad está relacionada con la expectativa de que aliviará la dificultad personal, pensamientos o sentimientos negativos, o que inducirá sentimientos positivos durante el acto o poco después.
- C) La conducta sus consecuencias causan malestar significativo interferencias en áreas interpersonales, académicas en cualquier otra área importante.
- D) La conducta no ocurre exclusivamente durante estados de psicosis, delirium o intoxicación. En individuos con trastornos del desarrollo la conducta no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. Tampoco se explica por otro trastorno médico o mental (tricotilomanía, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyham, etc.)
- E) La ausencia de intento suicida ha sido excluida por el paciente o puede deducirse por la conducta repetitiva que él sabe que nunca resultará en la muerte ¹⁴.

La APA considera el tiempo de 5 o más días en el último año, como el tiempo mínimo requerido para considerar el diagnóstico. Esto lo sustentan en los resultados de un estudio que examinó autolesiones en un gran grupo de pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad, donde se encontró que quienes se autolesionaban más de 5 veces tenían mayor probabilidad de recibir tratamiento y de presentar criterios para diagnósticos psiquiátricos adicionales ¹⁵.

Las formas clínicas más frecuentes de autolesiones corresponden a cortes, golpes y quemaduras. Menos frecuentes se describen sacarse costras, inserción de objetos bajo la piel, rascarse en exceso, morderse las uñas, introducir objetos en piel periungueal y los dedos, morderse los labios y/o lengua, arrancarse el cabello, fracturas, amputaciones que pueden afectar los dedos, mamas e incluso genitales y extremidades ¹⁶.

Dentro de las características de los adolescentes que presentan autolesiones se identifica que presentan baja autoestima, problemas de vinculación y poca capacidad para lograr intimidad. Tienen necesidad de aprobación y afecto, dificultad para el control de impulsos, inmadurez emocional, hipersensibilidad a la crítica y en ocasiones suelen ser perfeccionistas ¹⁷. De forma similar a los pacientes con alexitimia, tienen dificultad para percibir y expresar sus propias emociones, especialmente las negativas, así como otras dificultades comunicacionales ¹⁸. Tienen dificultades para desarrollar destrezas de autocuidado, al no lograr calmar su propia ansiedad incurren en conductas de autolesión, a modo de autoayuda distorsionada ¹⁹.

Dentro de los factores de riesgo que se presentan para que los adolescentes se lesionen encontramos los siguientes:

1. Edad: Por lo general se considera que este comportamiento es extraño y algunos estudios demuestran que la edad de inicio es antes de la pubertad, mientras que otros estudios muestran que la edad media para el primer episodio a los 16 años ²⁰.
2. Sexo: Las autolesiones son más comunes en mujeres, en proporción 3:1 con respecto a los varones. Un porcentaje grande se da en jóvenes a las que se atribuye que se deba a imitación a amistades, familiares, baja autoestima, depresión y ansiedad ²¹.
3. Situación económica: El nivel socioeconómico bajo y un pobre nivel de educación son factores de riesgo para las autolesiones en adolescentes ²¹.
4. Factores familiares: Dentro de las características familiares y experiencias de la infancia se ha encontrado que la asociación es mayor en hijos de padres separados o divorciados, en familias donde hay mayor discordia marital o cuando las madres son muy jóvenes y con baja educación (o bajos estudios). La psicopatología de los padres es también un riesgo mayor para que los adolescentes presenten autolesiones. Los adolescentes que han vivido situaciones adversas de abuso emocional, físico, sexual o cualquier otro tipo de problemas en el hogar, siendo estos factores de riesgo difíciles de aislar. Sin

embargo, el abuso sexual en la infancia en repetidas ocasiones, propicia ser un factor mayor de riesgo de autolesiones en adolescentes y quizás para toda la vida ²².

5. Carencia de religión: En muchos individuos las creencias religiosas pueden prevenir comportamientos lesivos, incluso conductas suicidas o parasuicidas. Por lo que las objeciones morales pueden ser claramente un factor protector en los adolescentes que se lesionan ²⁰.

6. Experiencias adversas infantiles: Tales como abuso emocional, físico y sexual son factores de riesgo conocidos ²⁰.

Comorbilidad psiquiátrica

Las autolesiones son comunes en pacientes afectados por: un retraso mental profundo, un síndrome demencial, como una conducta estereotipada mientras que en pacientes psicóticos, ocurren como respuesta a ideas y vivencias de tipo delirante y alucinatorias muy intensas ²³.

Las autolesiones a menudo están presentes en adolescentes con trastornos psiquiátricos, como la depresión, postraumático trastorno por estrés, otros trastornos de ansiedad, conductas trastornos y trastornos por sustancias. Sin embargo no siempre se encuentran presentes en los trastornos mencionados, el único diagnóstico psiquiátrico DSM-IV, que incluye autolesiones como criterio es el trastorno límite de la personalidad ¹².

Se reporta que alrededor del 70% de los pacientes que presentan autolesiones cursan con un trastorno depresivo, el 23% tienen un trastorno de ansiedad, el 27% abuso de sustancias, y el 25% de adolescentes en población abierta con autolesiones tiene trastornos de conducta ²⁴.

Los padres juegan un papel fundamental en la modulación fisiológica y excitación de sus hijos, proporcionando un equilibrio entre calmante y estimulación en los primeros años de vida. Los padres sensibles y receptivos mantienen niveles óptimos de excitación fisiológica

en los niños, que conduce al desarrollo de una respuesta estrés biológico normal, medida por los niveles de glucocorticoides en el hipotálamo límbico eje pituitario-adrenal. En contraste, los padres que son insensibles o inconsistentes puede promover una hiperexcitación crónica en los niños, lo que afecta negativamente a la estructura, organización y la función de estos sistemas fisiológicos. Yates sugiere que a medida que los niños maduran, los médicos les enseñan sus habilidades a los niños para que pueden modular su propio sistema de excitación emocional y obtener consuelos sociales apropiados de apoyo fuera del sistema familiar ²⁵.

Los procesos biológicos, incluyendo el papel del cerebro, la genética y las hormonas específicas, son importantes para explorar, así, ya que pueden jugar un papel único en la aparición de autolesiones no suicidas, incluyendo las que se realizan bajo situaciones de ansiedad ²⁶.

Actualmente no hay investigaciones que examinen la correlación neurológica entre autolesiones no suicidas, solo en adultos y adolescentes, hay varios estudios que proporcionan evidencia preliminar que sugiere que varias regiones del cerebro pueden desempeñar un papel en los comportamientos de autolesiones no suicidas, por la vinculación de autolesiones y trastorno límite de la personalidad ²⁶. Desde cambios significativos que afectan a la regulación emocional se producen durante la adolescencia, esto puede ser un área de investigación implicado en la ontogenia de autolesiones durante este período de desarrollo ²⁶.

Dentro de la comorbilidad asociada a las autolesiones se describe el Síndrome de Automutilación Catártico-Reintegrativo, el cual consiste en dañar el propio cuerpo con el fin de liberar tensiones o contactar con la realidad. La presencia de este síndrome en los adolescentes ensombrece el pronóstico y complica el tratamiento ²⁷.

En general, el Síndrome de Automutilación, se define como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida, siendo los métodos más frecuentes los golpes, cortes y quemaduras ²⁸.

Sin embargo no hay estudios de adolescentes de la comunidad con ansiedad que estudien su relación con las autolesiones. En un estudio realizado por Ulloa en 2013, en

adolescentes que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en una muestra de 556 adolescentes en un periodo de 2005 a 2011 se menciona un porcentaje de 19.1% con ansiedad.

Planteamiento del problema

¿Qué relación existe entre las autolesiones en adolescentes con y sin ansiedad de la comunidad?

Justificación:

Hasta el momento las autolesiones no se consideran cómo una entidad clínica independiente, más bien en el DSM IV se incluye como parte del perfil sintomático de diversos trastornos psiquiátricos. La variedad de cuadros clínicos en los que se presentan las autolesiones en adolescentes, dificulta comprender y delimitar el fenómeno, y promueve la incertidumbre sobre su tratamiento y pronóstico. Por eso es importante entender si las autolesiones que practican los adolescentes ocurren dentro de un contexto o no de ansiedad, ya que la identificación precoz y el tratamiento apropiado de la ansiedad pudieran evitar el inicio de las autolesiones.

En México las autolesiones en adolescentes se han estudiado en pacientes hospitalizados. Hace falta entonces realizar estudios sobre las autolesiones y su relación con ansiedad en adolescentes de la comunidad. Lo cual se observa y realiza en este estudio.

Hipótesis

Los adolescentes de la comunidad con ansiedad presentan mayor riesgo de autolesiones que aquellos que no presentan este rasgo.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la asociación entre la conducta autolesiva y la ansiedad en adolescentes de la comunidad.

Objetivo específico

Describir las características de las autolesiones

Describir la presencia de ansiedad y las autolesiones

Material y métodos:

Tipo de diseño: Este estudio es transversal observacional comparativo-descriptivo.

Muestra: Se trata de un análisis secundario de datos a partir de una muestra recolectada para estudiar la asociación del acoso escolar y las autolesiones en una secundaria de la comunidad. Se estudió a 367 adolescentes, 54% del sexo femenino edad promedio de 13.37, DE 0.95 y un rango entre 12 a 16 años.

La variable dependiente será el status de Autolesiones SI/NO. Se usara el puntaje de la dimensión A para categorizar como caso de autolesión aquellos que cumplan al menos un criterio afirmativo de los ítems 1-13= SI, y como no caso aquellos que no hubiesen contestado afirmativamente y por lo tanto en la suma de ítems tuviesen un valor de 0=NO.

Variables

Dentro de las variables independientes se encuentran las siguientes:

- T60 de la subescala de ansiedad del DSM IV del CBCL/6-18 para identificar a los que tienen Ansiedad (+). Todos los que no cumplan con este puntaje se asignaran al grupo sin ansiedad (-).
- Sexo variable dicotómica, se dividen en masculino y femenino
- La edad es una variable continua en rango de 12 a 16 años
- Tipo de método variable dicotómica si/no (ansiedad)

Variable: Edad (Independiente):

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional: Encuesta: Años cumplidos

Tipo de variable: Cuantitativa

Indicador: Años cumplidos – 12-16 años

Variable: Sexo (Independiente)

Definición conceptual: Se refiere a la división del género humano en: hombre/mujer.

Definición operacional: Porcentaje de alumnos son hombres y mujeres.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Hombre / Mujer

Instrumentos:

Cédula de autolesiones

Cedula AUTOLES (Auto-reporte de lesiones), es un instrumento para evaluar las autolesiones, consiste de una cédula auto-aplicable que consta de 64 ítems de respuesta dicotómica sí-no, y 4 de opción múltiple y 2 preguntas de tipo abierto.

Investiga sobre las prácticas auto-lesivas, como de dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y topografía corporal de las lesiones, la frecuencia en el último mes, el último trimestre y el último año así como el tiempo de inicio de la conducta, si se realiza en solitario o de manera grupal, motivaciones, el efecto sobre el estado de ánimo al intentar frenar la conducta, las emociones durante la autolesión y después de ellas.

Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se diseñó un algoritmo con la propuesta de criterios A, B y C para el DSM-V, conformando con:

- Los ítems 1-13, 44, 50 y 51 para la evaluación del criterio A
- Los ítems 14-28 y 61-63 para la evaluación del Criterio B
- Los ítems 29-31 para la evaluación del Criterio C

De cada criterio se creó una variable. Posteriormente se sumaron éstas para obtener una nueva variable que calificó a todos los que cumplían estrictamente con todos los criterios mencionados en el DSM V:

A: al menos un criterio, B: al menos un criterio, C: al menos un criterio,

Así se obtuvo el diagnóstico de autolesiones sin intención suicida que se codificó como variable dicotómica para realizar la comparación por sexos.

La cédula de autolesiones fue diseñada por Albores y Emiliano en 2013. Explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida a lo largo de la vida, en los últimos 12, 6 y 1 mes. Examina de dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y la topografía corporal de las lesiones, así como la edad de inicio de la conducta. Permite

explorar el componente comportamental de las autolesiones como son: los precipitantes psicológicos, las urgencias, preocupaciones, las respuestas contingentes y algunas variables explicativas. El instrumento se basa en los criterios propuestos en el DSM-5. Para autolesiones sin intención suicida. Además las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta explorando la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado.

(Anexo 1)

CBCL (ChildBehaviorChecklist CBCL/6-18)

El CBCL fue desarrollado por Achenbach. En México Albores et al, validaron la versión en español para población de niños y adolescentes mexicanos, esta Lista de Síntomas del Niño (ChildBehaviorChecklist CBCL/6-18) mide la psicopatología más común de los menores de 6 a 18 años de edad. Consta de 118 reactivos en una escala tipo Likert tiene una consistencia interna de 0.90 para la escala total de 0.94 para trastornos externalizados y de 0.97 para trastornos internalizados. Su confiabilidad prueba-reprueba es de 0.84. Consta además de subescalas que contienen los reactivos de la prueba calificados como muy consistentes con categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV).

Así las subescalas evalúan síntomas afectivos, de ansiedad, de quejas somáticas, de déficit de atención/hiperactividad (TDAH), de oposicionismo y de conducta. La versión mexicana validada al igual que la original tiene datos psicométricos confiables. La consistencia interna para la versión mexicana de la escala total es de 0.90 las dimensiones de problemas externalizados es de 0.94 y la de internalizados de 0.97, la confiabilidad test-re-test es de 0.84.

Cada alumno se asignó al grupo de autolesiones (+) si contesto afirmativamente a cualquier pregunta del Criterio A. El grupo sin autolesiones (-) fueron todos los individuos que no contestaron afirmativamente alguna de las preguntas del Criterio A.

(Anexo 2)

Análisis estadístico

Se asignaron a todos los adolescentes con un puntaje $T > 60$ en la subescala del DSM 5 de ansiedad en el grupo de Ansiedad (+) y todos los que tuvieron un puntaje inferior se asignaron al grupo de Ansiedad (-).

Por medio de una prueba de X-cuadrada se comparó la frecuencia de las variables de método, la edad de inicio de la conducta. Los precipitantes psicológicos, las urgencias, preocupaciones, las respuestas contingentes y algunas variables explicativas entre los grupos de Ansiedad (+) y Ansiedad (-). El nivel de significancia se estableció con una $p < .05$.

Resultados

La muestra estuvo constituida por un total de 367 adolescentes con una edad promedio de 13.37, (DE 0.96), y un rango de 12 a 16 años, de los cuales 187 (50.9%) fueron del sexo masculino. La prevalencia de ansiedad en la muestra total fue de 31.8%, siendo muy semejante por sexos: 32.1% en hombres y 31.6% para mujeres. En la tabla 1. Se muestran los resultados de las razones de momio para la asociación entre ansiedad y métodos de autolesión. Se observó que, a excepción de los métodos de: jalar la piel, arrancar el pelo/cejas/pestañas, presionar órganos, todos los demás métodos fueron proporcionalmente mayores en el grupo A (+) frente al A (-), pero sólo alcanzaron significancia estadística los cortes en la piel que fueron más prevalentes en A (+) 16.9 % frente a 9.7% del grupo A (-) y el frotado de la piel que fue más común en el grupo A (-) 12.1% frente a 5% del grupo A(+).

Ver tabla 1

Tabla 1. Razones de momios no ajustados para la asociación entre el grupo con y sin ansiedad y métodos de autolesión

Método de autolesión	Ansiedad N(%) 367 (100%)		OR (IC 95% Baja Alta)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	P
	<u>A(-)</u> N(%)	<u>A(+)</u> N(%)			
Cortes en la piel	24 (9.7)	20 (16.9)	1.99 (1.01-3.61)	3.99	0.04
Frotar la piel c/objetos	30 (12.1)	6 (5.0)	0.39 (0.16-0.95)	4.52	0.03
Objetos debajo de piel o uñas	8 (3.2)	9 (7.6)	2.44 (0.92-6.51)	3.39	0.07
Pellizcado de piel	42 (16.9)	26 (21.8)	1.37 (0.79-2.37)	1.29	0.26
Objetos p/marcar la piel	32 (12.9)	24 (20.2)	1.71 (0.95-3.05)	3.28	0.07
Rascado de cicatrices	51 (20.6)	28 (23.5)	1.19 (0.7-2.0)	0.42	0.52
Jalar piel descamada	19 (7.7)	8 (6.7)	0.87 (0.37-2.05)	0.1	0.75
Quemado de piel	8 (3.2)	8 (6.7)	2.17 (0.79-5.91)	2.36	0.13
Arrancar pelo, pestañas o cejas	11 (4.5)	5 (4.2)	0.94 (0.32-2.77)	0.01	0.91
Arrancar uñas	16 (6.5)	9 (7.6)	1.19 (0.51-2.77)	0.16	0.69
Presionar órganos	5 (2)	1 (0.8)	0.41 (0.05-3.57)	0.69	0.41
Mordidas	44 (17.7)	26 (21.8)	1.29 (0.75-2.23)	0.88	0.35
Golpes	29 (11.7)	22 (18.5)	1.71 (0.94-3.13)	3.10	0.08

Discusión

El propósito de este estudio fue investigar la asociación entre ansiedad y las autolesiones. En nuestro estudio la prevalencia de autolesiones fue del 17.1% (n=140) cifra que es consistente con algunos estudios que reportan 15.6% ¹⁰ e inferior a los estudios de Quint E, Breech L, 2005 ²⁹; Carter Hay, 2010 ³⁰; y Csorba, Janos, 2009 ³¹. La prevalencia de ansiedad en adolescentes de la comunidad fue muy elevada (30%.) en ambos sexos. Este dato es consistente con la encuesta nacional de salud mental ³² en adolescentes (N 3005, rango 12-17) de la ciudad de México que reportó una prevalencia de 40.6% de cualquier trastorno de ansiedad. Es posible que la diferencia en los instrumentos para medir la ansiedad (CBCL vs. CIDI-A) explique la diferencia en los resultados ya que el CBCL se orienta a un constructo general de ansiedad que no comprende todas las formas de ansiedad. Un estudio reciente en jóvenes adultos de la comunidad mostró que ciertas de formas de ansiedad se asocian con la práctica crónica de autolesionarse sin la intención de morir y que estos individuos tuvieron entre sus antecedentes al menos un intento de suicidio ²⁷. Esposito ³³ en 2010 mostró que en adolescentes de una muestra clínica con antecedentes de trastorno bipolar que se autolesionaban tuvieron mayor ansiedad de separación frente a las que no se autolesionaban (35.7% vs. 18.5%). Estos datos son muy importantes pues nos indican que ciertas formas de ansiedad se asocian con un mayor riesgo de autolesionarse que otras.

Nuestros resultados sugieren que los adolescentes de la comunidad con ansiedad tienen preferencia por algunos métodos para autolesionarse. Mientras que otros métodos se prefieren por aquellos adolescentes sin ansiedad. Este hallazgo es de enorme utilidad para la toma de decisiones al momento de valorar si los menores escolares deben ser referidos a servicios de psiquiatría.

Conclusiones

La ansiedad es un trastorno común entre adolescentes de la comunidad.

Las autolesiones son comunes pero menos frecuentes que la ansiedad en adolescentes de la comunidad.

En este estudio encontramos una mayor asociación entre adolescentes con ansiedad y cortes en la piel.

Recomendaciones

Como una posible propuesta a futuro con el objeto de poder realizar un adecuado estudio de la correlación factor de riesgo/presencia de Autolesiones, se propone las posibles siguientes rutas:

- A) Realizar un estudio con un mayor tamaño de muestra, que permita detectar una mayor cantidad de casos positivos a la presencia de autolesiones, y, como resultado, poder detectar, con una mayor precisión la correlación existente entre la ansiedad y las autolesiones.
- B) Sería importante realizar un estudio en la comunidad con instrumentos que permitan identificar todas las formas de ansiedad y relacionarlas con los diversos métodos para autolesionarse.
- C) La asociación de la ansiedad y las autolesiones es compleja y merece ser estudiada con mayor detalle, con una muestra numerosa de adolescentes que permita subclasificarlos en las distintas formas de ansiedad y ver cuales de estas tienen mayor riesgo para autolesionarse.
- D) Realizar un estudio de seguimiento comparando adolescentes con y sin ansiedad y con y sin autolesiones. Esto permitiría estudiar de mejor manera los factores de riesgo.

Referencias

- 1) Andrea L. Barrocas, Jessica L. Jenness. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. Department of Psychology, University of Denver, Denver, Colorado, USA. *Advances in Child Development and Behavior*, 2011, Ed. Elsevier Inc. pags: 301 – 336.
- 2) Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). Washington, DC: American Psychological Association.
- 3) Mosquera, Dolores. *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid: Pléyades S.A., 2008. 224p.
- 4) Skegg, Keren. Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471–83.
- 5) Menninger, K. (1935), "A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation", *Psychoanalytic Quarterly*: 408–466
- 6) Menninger, K. (1938), "Man Against Himself". New York: Harcourt, Brace. & Co.
- 7) Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979), *Self-Mutilation*, Lexington Books, ISBN 0-669-02116-4.
- 8) Sarah A. St. Germain, Jill M. Hooley. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*. Elsevier, Department of Psychology, Harvard University, Cambridge, MA, United States, pags: 78-81.
- 9) Aizenman, M., & Jensen, M. A. C. (2007). Speaking through the body: The incidence of self-injury, piercing, and tattooing among college students. *Journal of College Counseling*, 10, 27–43.
- 10) Giletta, M., Burk, W.J., Scholte, R. (2012) Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res* 197:66-72

- 11) Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Oct; 72(5): 885-90
- 12) Paul Wilson, (2012). Non-suicidal self-injury. Published on-line. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pages: 1-5.
- 13) Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, et al. (June 2010). "Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V". *Depress Anxiety* 27 (6): 611–26
- 14) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.
- 15) Dulit, R.A., Fyer, M.R., Leon, A.C., Brodsky, B.S., Frances, A.J., 1994. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 151, 1305–1311.
- 16) Mac Aniff L, Kiselica M. Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling and Development* 2001; 79:46-52.
- 17) O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Aug; 39 (4): 364-375.
- 18) Garisch JA, Wilson MS. Vulnerabilities to deliberate self-harm among adolescents: The role of alexithymia and victimization. *Br J Clin Psychol*. 2009 May 18.
- 19) 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
- 20) Taboada E. Autolesiones (primera parte). *Psiquiatría forense, sexología y praxis* 2007; 13 (5): 3-17.
- 21) Gratz, K.L. Conrad, S.D. & Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry* 2002; 72, 128-140.

- 22) Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth. A population-based survey. *CMAJ*. 2008 Jan 29; 178(3): 306-12
- 23) Iñaki Eguiluz, Rafael Segarra. Introducción a la psicopatología, 1ª edición, Ed. Ars Médica; 2010 pags:289-290.
- 24) Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL: Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal Adolescents*. 2011, 34(2): 337-47.
- 25) Andrea L. Barrocas, Jessica L. Jenness. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. Department of Psychology, University of Denver, Denver, Colorado, USA. *Advances in Child Development and Behavior*, 2011, Ed. Elsevier Inc. pags: 302-327
- 26) Krause-Utz A, Schmahl. Neurobiological Differentiation Between Borderline Patients With and Without Post-traumatic Stress Disorder. *European Psychiatric Review*. 2010; 3: 63–68.
- 27) Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individual with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2012 Mar; 29(3): 172-9.
- 28) Lloyd-Richardson, et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *PsycholMed*. 2007; 37 (8): 1183-1192.
- 29) Quint E, Breech L: Tattoos: Beautification or Something Else?. *J Pediatrics Adolescents Gynecol*. 2005, 18: 129-131.
- 30) Carter Hay, Bullying Victimization and Adolescent Self-Harm: Testing Hypotheses from General Strain Theory, *J Youth Adolescence* (2010) 39:446–459
- 31) Csorba, Janos et al, Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18:309–320

- 32) Benjet, C., Blanco, J. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 2003; 26,(4) 1-16.
- 33) Esposito C, Goldstein T, Birmaher B et al. Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2010; 125(1-3): 89–97.

ANEXOS

Anexo 1

CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: _____ No. Lista _____ FECHA _____ EDAD: _____
 SEXO: Masculino Femenino #de años escolaridad de tú mamá _____ papá _____. Vives con
 ambos padres sólo mamá sólo papá 1padre o madre y pareja Cuántos focos hay
 al interior de tu casa _____ Tu desempeño escolar es: bueno regular malo
 ¿Alguna vez tú te has hecho *daño intencionalmente* hasta provocar sangrado o dolor de la
 siguiente manera?:

		Tacha la respuesta verdadera
		Tipo de lesión
Si	No	1. ¿Te has cortado la piel?
Si	No	2. ¿Te has frotado la piel con un objeto?
Si	No	3. ¿Has introducido algún objeto debajo de la piel o uñas?
Si	No	4. ¿Te has pellizcado la piel?
Si	No	5. ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel?
Si	No	6. ¿Te has rascado cicatrices?
Si	No	7. ¿Has jalado la piel que se descama después de una quemadura de sol?
Si	No	8. ¿Te has quemado la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas?
Si	No	9. ¿Has arrancado tu pelo, las pestañas o cejas (no por razones cosméticas)?
Si	No	10. ¿Te has arrancado las uñas?
Si	No	11. ¿Te has mordido?
Si	No	12. ¿Te has pegado en partes del cuerpo, en la cabeza, o te has dado cachetadas?
Si	No	13. ¿Tienes sentimientos o pensamientos negativos antes de lastimarte?
Si	No	14. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión, antes de lastimarte?
Si	No	15. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
Si	No	16. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con tensión antes de lastimarte?
Si	No	17. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje, antes de lastimarte?
Si	No	18. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con estrés, antes de lastimarte?
Si	No	19. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con autocrítica, antes de lastimarte?
Si	No	20. ¿Antes de lastimarte tienes un periodo de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
Si	No	21. ¿Cuándo te lastimas sientes preocupación por realizar esta conducta?
Si	No	22. ¿Después de lastimarte sientes preocupación por haber realizado esta conducta?
Si	No	23. ¿La necesidad de realizar los actos para lastimarte te vienen con frecuencia aunque no siempre los ejecutas?
Si	No	24. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de sentimientos negativos?
Si	No	25. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de ideas negativas?
Si	No	26. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de dificultades personales?
Si	No	27. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te despiertan sentimientos positivos?
Si	No	28. ¿La liberación de la tensión ocurre durante la práctica del acto para lastimarte?
Si	No	29. ¿La liberación de la tensión ocurre inmediatamente después de realizarlo?

Si	No	30. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
Si	No	31. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como dormir o descansar?
Si	No	32. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como socializar con tu familia o amigos?
		Tacha la respuesta verdadera
Si	No	33. ¿La idea de lastimarte vino de ti mismo(a)?
Si	No	34. ¿La idea de lastimarte vino al ver o saber que alguno de tus amigos/as lo hacía?
Si	No	35. ¿La idea de lastimarte vino al ver a algún familiar hacerlo? Menciona quién _____
Si	No	36. ¿La idea de lastimarte vino al verlo en cine, televisión, internet o comics?
Si	No	37. ¿Te lastimas en antebrazos y muñecas?
Si	No	38. ¿Te lastimas en brazos y codos?
Si	No	39. ¿Te lastimas en muslos y rodillas?
Si	No	40. ¿Te lastimas en abdomen y tórax (pecho o espalda)?
Si	No	41. ¿Te lastimas en la cara?
Si	No	42. ¿Te lastimas en cabeza?
Si	No	43. ¿Te lastimas en glúteos o genitales?
Si	No	44. ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?
Si	No	45. ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces?
Si	No	46. ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
Si	No	47. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar solo(a)?
Si	No	48. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
Si	No	49. ¿Cuándo te lastimas te escondes de los demás?
Si	No	50. ¿Le has dicho a alguien que te lastimas? menciona a quién _____
Si	No	51. ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?
Si	No	52. ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
Si	No	53. ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?
Si	No	54. ¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida?
Si	No	55. ¿Alguna vez te realizaste un tatuaje para sentir dolor? ¿En qué parte de tu cuerpo tienes tatuaje? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	56. ¿Alguna vez te realizaste una perforación (piercing) para sentir dolor? ¿En qué parte de tu cuerpo tienes perforación? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	57. ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?
Si	No	58. ¿Te lastimas porque quieres castigarte?
Si	No	59. ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?
Si	No	60. ¿Te lastimas porque consigues atención de los demás?
Si	No	61. ¿Te lastimas para evitar suicidarte?
Si	No	62. ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama?
Si	No	63. ¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo?
Si	No	64. ¿Te lastimas porque te acosan en la escuela (bullying)?
Si	No	65. ¿Te lastimas porque tu acosas a alguien en la escuela (eres bully)?
Si	No	66. ¿No sabes por qué te lastimas?
Si	No	67. ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	68. ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?
Si	No	69. ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima?

Si	No	71. ¿Alguna vez dejaste de lastimarte por más de 6 meses?
Si	No	72. ¿Después de ese periodo reiniciaste la conducta de lastimarte?
Si	No	73. ¿Hubo alguna situación, emoción o estrategia que ocurrió para dejar de lesionarte? Menciona: _____
Si	No	74. ¿Hubo alguna situación, emoción o condición que ocurrió para volver a lesionarte? Menciona: _____
Si	No	75. Alguna vez por lesionarte te refirieron con algún psicólogo, pedagogo, médico, psiquiatra Trabajador social. En caso afirmativo: Fuiste? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si	No	76. ¿Alguna vez consultaste con un médico o fuiste a un hospital por haberte lesionado?
Si	No	77. ¿Hubo un evento que provocó que tú empezaras a lastimarte? Cual: <input type="checkbox"/> Divorcio de padres <input type="checkbox"/> Muerte de familiar <input type="checkbox"/> Terminar con pareja <input type="checkbox"/> Acoso (Bullying) Otro. Menciona _____
Si	No	78. ¿Hay eventos que disminuyen los actos para lastimarte? <input type="checkbox"/> Entretenimiento <input type="checkbox"/> Estar ocupado(a) <input type="checkbox"/> Tener pareja <input type="checkbox"/> Estar de viaje Otro. Menciona _____
Si	No	79. ¿Conoces a alguien que realiza actos para lastimarse como los que mencionamos? Quién: amigo(a) <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> compañero(a) de la escuela <input type="checkbox"/>
Si	No	80. Alguna vez has compartido con algún amigo(a) los objetos con los que te cortas?
Si	No	81. ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer SIDA, hepatitis y otras enfermedades?
Si	No	82. ¿Tomas algún medicamento?Cuál _____
Si	No	83. ¿El medicamento induce o aumenta el deseo de lastimarte?
Si	No	84. ¿El medicamento disminuye el deseo de lastimarte?
Si	No	85. ¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas? A quién _____
86. ¿A quién te gustaría decirle que te autolesionas? Puedes seleccionar más de uno a) maestro(a), b) padre/madre, c) psicólogo, d) médico, e) pediatra, f) trabajador social, g) psiquiatra h), enfermera i) amigo(a), j) hermano(a) k) padre de la iglesia		
87. ¿Cuánto tiempo pasó desde que te comenzaste a lastimar hasta que alguien se dió cuenta (o tú le dijeras que te autolesionas)? Menciona _____ años, o _____ meses		
88. ¿Si has solicitado atención para tus autolesiones, cuánto tiempo pasó desde que comenzaste a lastimarte hasta que solicitaste la atención medica? Menciona _____ años, o _____ meses		
89. ¿La búsqueda de ayuda fue porque descubrieron que te lesionabas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cómo lo descubrieron y quién lo hizo _____		
90. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a realizar actos para lastimarte? _____ años		
91. ¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti? A qué edad: _____ años		
92. ¿Recientemente cambió la forma en que te autolesionas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Aumentó de intensidad <input type="checkbox"/> Disminuyó de intensidad <input type="checkbox"/> Cambiaste la parte del cuerpo que te autolesionas <input type="checkbox"/> otro menciona _____		
93. Usa esta sección para agregar comentarios que creas importante y que ayuden nuestra comprensión de porque los adolescentes se lesionan u otro comentario general		
Gracias por participar.		

Anexo 2

Cuestionario para los padres CBCL Lista de Síntomas del Niño (a) (6-18)

1

Cuestionario para los padres de niños(as) (6-18)			Uso administrativo ID No. Exp: _____ CSE _____
Por favor llene este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque ud. piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase en el espacio disponible en la página 2			Dx 1ª vez _____ Dx 2ª : _____
Marque con una cruz si es la 1ª, 2ª o 3ª vez que llena el cuestionario: <input type="checkbox"/> 1ª aplicación <input type="checkbox"/> 2ª aplicación <input type="checkbox"/> 3ª aplicación			<input type="checkbox"/> Sin Tx <input type="checkbox"/> Post tx
Nombre completo de su hijo(a): Email:			ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: <input type="checkbox"/> Padre (nombre) _____ <input type="checkbox"/> Madre (nombre) _____
Edad del niño (a) _____ años	Sexo del Niño (a) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Otra persona _____ (nombre y relación con el niño)
Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____	Trabajo usual de los padres, inclusive si ahora no están trabajando (por favor especifique por ej: mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, zapatero, etc) Trabajo del padre _____ Trabajo de la madre _____		
Fecha de hoy Mes ____ Día ____ Año ____	Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Oficial	Grado escolar: <input type="checkbox"/> No asiste a la escuela Desde cuándo? _____ MOTIVO: <input type="checkbox"/> expulsión <input type="checkbox"/> cambio de residencia <input type="checkbox"/> requiere de educación especial <input type="checkbox"/> problemas económicos <input type="checkbox"/> no quiere Especifique: _____	Anote un no. Telefónico donde se le pueda localizar:

I ¿Cuáles son las actividades deportivas que más le gusta participar a su hijo (a)? Por ej: natación, béisbol, patinaje, montar bicicleta, baloncesto, pescar etc.	En comparación con otros niños (as) de la misma edad ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?				En comparación con otros niños (as) de su edad ¿cómo es él/ella en estos deportes?			
	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Ninguno	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.								
b.								
c.								

II ¿Cuáles son las actividades, juegos, o pasatiempos favoritos de su hijo(a) además de los deportes? Por ej: colección de estampillas, leer, tocar el piano, artesanía, mecánica, jugar con muñecas, cantar, etc. (No incluye escuchar radio o ver TV)	En comparación con otros niños (as) de la misma edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?				En comparación con otros niños (as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estas actividades?			
	0	1	2	3	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Ninguno	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.								
b.								
c.								

III. ¿Cuáles son las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que pertenece su hijo (a)?	¿Comparado con otros niños de la misma edad qué tan activo es en cada uno de los grupos?			
	0	1	2	3
<input type="checkbox"/> Ninguno	No lo sé	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
a.				
b.				
c.				

Anexo 3: Carta de Aprobación del Comité de Investigación para el proyecto actual



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/889/0414
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 11 de Abril de 2014

Citlali Yanintizic Parra Pèrez
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación derivado del proyecto **“Bullying y autolesiones en adolescentes en secundaria de Tlalpan”** registrado en esta División de Investigación con la clave IT209/0412, con título **“Estudio comparativo de autolesiones en adolescentes con y sin ansiedad de la comunidad”**, ha sido registrado con la clave **IT209/0412** y dictaminado como: **Aprobado**.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores.
- Deberá entregar en noviembre un informe de los avances de su proyecto, en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el **informe final** en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Alma Delia Genis Mendoza
Presidente del Comité de Investigación

Ccp. Dra. Lilia Albores Gallo. Investigador principal del HPIDJNN. Presente
Registro de productividad, HPIDJNN. Presente
Archivo

Anexo 4: Carta del Comité de Ética para el proyecto central de la investigadora principal



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

México, D.F., 14 de Agosto de 2014

Dra. Lilia Albores Gallo
Responsable de proyecto.

Por medio de la presente, doy constancia del compromiso signado ante el comité de ética para el manejo confidencial y ético, de la información contenida en los datos secundarios provenientes de los sujetos participantes en el estudio: **"Bullying y autolesiones en adolescentes en escuela secundaria de Tlalpan"**, en el cual participó la Dra. Citlaly Yanintizic Parra Pérez, como tesista de posgrado (**Estudio comparativo de autolesiones en adolescentes con y sin ansiedad, de la comunidad**). Toda información derivada de estos trabajos deberá manejarse de acuerdo a los lineamientos éticos en investigación que aplican para el hospital.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Julio
Presidente del Comité de Ética en Investigación
del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"