



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

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

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN ADOLESCENTES CON AUTOLESIONES SIN INTENCIÓN  
SUICIDA EN POBLACIÓN COMUNITARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE SUB-ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL  
Y DE LA ADOLESCENCIA**

**P R E S E N T A:  
Dr. José Luís Méndez Santos**

**DIRECTOR DE TESIS:  
Asesor teórico y metodológico:  
Dra. Lilia Albores Gallo**

**México D.F.**

**16 de enero de 2013.**



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

La autolesión sin ideación suicida es la destrucción auto-infligida y deliberada del tejido corporal sin la intención de morir y con propósitos que no son socialmente sancionados. Aunque excluye conductas ligadas a la intención suicida, sí mantiene una relación estrecha con la suicidalidad, sobretodo en la etapa adulta. Este fenómeno es un una situación que prevalece en la población adolescente, que hay pocos estudios a nivel nacional, y que presenta posibilidades de ser introducida en el DSM-V como una nomenclatura aparte.

Este estudio investigó su prevalencia en 533 adolescentes de secundarias públicas de la zona metropolitana de la Ciudad de México mediante la aplicación de la Cédula AUTOLES, un cuestionario auto-aplicable. Se investigaron diferencias sexuales en cuanto a mecanismos de lesión, topografía, precipitantes psicológicos, impulsos, explicativas, componente adictivo e interferencia con la funcionalidad.

Los principales resultados que arrojó nuestra investigación fueron: el método que más usaron las mujeres fueron los cortes de la piel, mientras que los hombres fue el pellizcado de la piel (mecanismo ignorado por muchas investigaciones); las mujeres reportan más sentimientos negativos, sobretodo ideas de coraje antes de realizar la autolesión, mientras que los hombres presentaron más sentimientos depresivos; las mujeres demostraron tener mayor deseo de parar las autolesiones, “necesidad” de practicar dicha conducta, incapacidad para detenerse y “sensación de adicción” de autolesionarse.

Estas diferencias por sexo en la presentación clínica de las autolesiones sin ideación suicida orienta a pensar en la existencia de un fenotipo específico asociado a cada sexo y que debería recibir más atención.

## INDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	MARCO TEÓRICO.....	6
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
IV.	JUSTIFICACIÓN .....	24
V.	HIPÓTESIS .....	25
VI.	OBJETIVOS.....	26
VII.	MATERIAL Y METODO.....	27
VIII.	RESULTADOS.....	31
IX.	DISCUSIÓN.....	46
X.	CONCLUSIONES.....	50
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	52
XII.	ANEXOS.....	57

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Diferencias de género en las autolesiones sin ideación suicida .....	11
Tabla 2. Diferencias entre autolesiones sin ideación suicida e intentos suicidas .....	17
Tabla 3. Diferencias sexuales por mecanismo de lesión .....	32
Tabla 4. Diferencias sexuales por topografía .....	34
Tabla 5. Diferencias sexuales por precipitante psicológico .....	36
Tabla 6. Diferencias sexuales por impulsos .....	38
Tabla 7. Diferencias sexuales por explicativas .....	40
Tabla 8. Diferencias sexuales en la interferencia con la funcionalidad .....	42
Tabla 9. Diferencias sexuales por componente adictivo .....	44
Gráfica 1. Diferencias sexuales por mecanismo de lesión.....	33
Gráfica 2. Diferencias sexuales por topografía.....	35
Gráfica 3. Diferencias sexuales por precipitante psicológico.....	37
Gráfica 4. Diferencias sexuales por impulsos.....	39
Gráfica 5. Diferencias sexuales por explicativas.....	41
Gráfica 6. Diferencias sexuales en la interferencia con la funcionalidad.....	43
Gráfica 7. Diferencias sexuales por componente adictivo.....	45

## INTRODUCCIÓN

Las autolesiones sin intención suicida son un problema de salud pública que ha ido incrementando su prevalencia a pesar de las consecuencias negativas que esto acarrea en el ámbito familiar y escolar de los adolescentes. Es muy importante delimitarlas de las autolesiones con intención suicida pues la evidencia científica de la última década muestra que estos dos trastornos difieren en cuanto a su propósito, síntomas y tratamiento. También es cierto que estas dos condiciones pueden coexistir y que este subtipo tiene la sintomatología y comorbilidad más severa.

Los estudios muestran inconsistencias en las cifras de prevalencia entre los sexos. La mayoría de los estudios muestran que las mujeres se autolesionan más que los varones. Sin embargo otros estudios no encuentran estas diferencias. Los cambios hormonales al inicio de la adolescencia en ambos sexos favorecen su presencia y posiblemente determinen algunas de las diferencias sexuales en el cuadro clínico. Por ejemplo la edad de inicio del trastorno es menor en los varones que en las mujeres. Los varones con autolesiones reducen más sus actividades recreativas familiares y escolares aunque el sexo femenino reporta mayor aislamiento. También hay diferencias en el método y en la topografía de las autolesiones <sup>(1)</sup>.

Es importante estudiar las autolesiones por su relación con intentos de suicidio subsecuentes, suicidio consumado, comorbilidad psiquiátrica severa y por su asociación con muerte prematura que resta hasta 30 años de vida a los individuos <sup>(2)</sup>. Además de que los individuos que se autolesionan descuidan aspectos importantes de su salud. Por todo esto, las autolesiones sin ideación suicida deben investigarse en los niños y adolescentes. El estudio de las diferencias sexuales a lo largo del desarrollo permitirá identificar algunos factores de riesgo y protección importantes para la prevención y el tratamiento de ambos sexos.

## MARCO TEÓRICO

Las lesiones en general son la causa individual de mayor morbilidad y mortalidad en niños y adolescentes en los Estados Unidos. A pesar de su importancia en la salud pública, hay poca investigación sobre los aspectos psiquiátricos y las diferencias sexuales de las lesiones físicas en este grupo etario <sup>(3)</sup>.

Las autolesiones sin ideación suicida se definen como la provocación de una herida corporal sin la intención de morir <sup>(4)</sup>. Otros autores la denominan como “autolesión deliberada” para abarcar conductas de autolesión con ó sin intento suicida, con resultados no fatales. Este término tiende a usarse en países europeos y en Australia <sup>(5)</sup>. En contraste, en Canadá y en Estados Unidos prefieren el término de “autolesión sin ideación suicida”, definida como la destrucción auto-infligida y deliberada del tejido corporal sin la intención de morir y con propósitos que no son socialmente sancionados, que excluye conductas ligadas con la intención suicida. A pesar de que la prevalencia es semejante con estas definiciones como demostró Muehlenkamp et. al. <sup>(7)</sup>, hay importantes deferencias en el rango de conductas que comprenden; por ejemplo, la definición europea incluye envenenamiento ó intoxicación medicamentosa <sup>(6)</sup>, mientras que la definición americana la excluye, lo que probablemente contribuye a variaciones en los fenotipos de autolesión <sup>(7)</sup>.

### ***PREVALENCIA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS***

Las tasas de autolesión en adolescentes van en aumento. Aunque otros autores consideran que las autolesiones se mantienen estables en los últimos 5 años <sup>(7)</sup>.

Se les considera un problema de salud pública, afecta al 4% de la población general adulta, y al 21% de la población clínica adulta <sup>(8)</sup>. Son más comunes en mujeres con una proporción de 3 a 1 <sup>(9)</sup>.

Hasta un tercio a la mitad de los adolescentes de la comunidad en Estados Unidos practican algún tipo autolesión no suicida, aunque estudios menos recientes comunican un rango que va del 8% al 39% <sup>(8, 10)</sup>.

En muestras clínicas psiquiátricas de adolescentes la prevalencia es mayor del 40 al 61% <sup>(8)</sup>. Aunque las tasas de prevalencia varían entre los países, lo que sí se asegura es que las autolesiones no suicidas se reportan en diferentes comunidades a lo largo del mundo <sup>(4)</sup>.

En México existen pocos estudios sobre el tema a pesar de que el 10% de los habitantes de la Ciudad de México y el área metropolitana son adolescentes entre los 12 y 17 años de edad según el censo del año 2000 (INEGI). Los trastornos psiquiátricos en adolescentes mexicanos se investigaron en 2009 por Benjet por medio de una encuesta epidemiológica: la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta, diseñada para la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental (WMH-CIDI-A versión adolescente), que está orientada en los criterios del DSM-IV <sup>(11)</sup> y que no incluyó al trastorno de autolesiones sin ideación suicida, por lo que la prevalencia y forma de presentación en los adolescentes mexicanos aún se desconoce. De hecho la mayor parte de los estudios en México no distinguen entre las autolesiones con y sin ideación suicida <sup>(12)</sup>.

González-Forteza et. al, en México estudió la tendencia de las autolesiones deliberadas (dentro de las que se incluyeron las tentativas de suicidio) y mostró su gradual incremento. Mediante la Cédula de Indicadores Para-suicidas en muestras escolares, se identificó que la prevalencia en 1997 fue de 8.3%, en 2000 de 9.5%, y en 2003 de 11.1%. También se pudo observar que por sexo la proporción fue de tres mujeres por cada varón, y que la prevalencia fue mayor en bachillerato <sup>(12)</sup>.

En la medición de 2003 se encontró que 5.4% de los hombres estudiantes de secundaria llevó a cabo alguna autolesión deliberada en su vida, mientras que en las mujeres la proporción fue tres veces mayor (16.0%). En cuanto a los estudiantes de bachillerato, se observó que 6.8% de los hombres reportó alguna vez en su vida alguna autolesión deliberada, mientras que en las mujeres este porcentaje fue 2.5 veces más alto (17.3%). Al indagar sobre la ideación



suicida al momento de realizarlo, sólo 10.9% de los hombres y 23.0% de las mujeres reportaron que querían seguir viviendo <sup>(12)</sup>.

La importancia radica en que las autolesiones sin ideación suicida a largo plazo pueden desarrollar ideaciones suicidas francas. En el 2005, un estudio prospectivo en población mexicana (N=3,005 adolescentes de 12 a 17 años de edad), para relacionar la suicidalidad con el tratamiento profesional oportuno, llegó a la conclusión de que muchos adolescentes no reciben tratamiento; sólo uno de cada tres con ideas suicidas, y solo uno de cada dos con intentos suicidas llegan a tener contacto con los servicios de salud mental <sup>(13)</sup>.

### ***CUADRO CLÍNICO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS***

Las autolesiones no suicidas inician en la adolescencia, entre los 12 y 14 años de edad <sup>(14)</sup>; sin embargo, incluso niños en etapa escolar realizan esta conducta con frecuencia similar a la del grupo adolescente <sup>(15)</sup>. Una vez iniciado el comportamiento, las autolesiones son recurrentes, crónicas, con un componente adictivo y que hace difícil discontinuarlas <sup>(10)</sup>. Las autolesiones no suicidas más comunes incluyen cortarse, quemarse, golpearse, pellizcarse, golpearse contra la pared y el uso de objetos para provocar heridas y fracturas, que en la mayoría de los casos no ponen en peligro la vida del sujeto. Algunos autores también incluyen la ingesta de sustancias, interferir con heridas en proceso de cicatrización, jalarse los cabellos para provocar dolor <sup>(15)</sup>, enucleación ocular, amputación de lengua u oreja, y mutilaciones genitales <sup>(16)</sup>. En cuanto al cortarse, por lo general la mayoría son cortes superficiales que afectan las muñecas, los brazos, los muslos y las piernas; es poco frecuente que se corten en la cara, las mamas ó el abdomen, y la conducta se realiza en privado <sup>(9)</sup>.

La mayoría de los adolescentes que practican las autolesiones deliberadas no requieren atención médica hospitalaria. Aquellos que lo requieren, reportan episodios previos en los que no solicitaron atención médica hospitalaria <sup>(17)</sup>. La búsqueda de ayuda, ocurre entre los amigos y es menos común ir con profesionistas de la salud mental <sup>(18)</sup>.

Otro factor relacionado con este tipo de conductas es el nivel socioeconómico. Nixon et. al., informó que los adolescentes cuyas familias tienen problemas para afrontar las necesidades básicas tienen probabilidad mayor de autolesionarse <sup>(18)</sup>.

### ***DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS***

Mientras que algunos autores no encuentran diferencias en la frecuencia entre géneros, otros investigadores reportan mayor frecuencia en el sexo femenino y otros en el masculino <sup>(8, 10, 19, 20)</sup>. Por ejemplo, Nock et. al., reportó una muestra clínica adolescente que practica autolesiones sin ideación suicida conformada por 23 hombres y 66 mujeres <sup>(8)</sup>. Caso contrario al de Cawthorpe et. al., quien también en muestra clínica, reportó 127 hombres y 71 mujeres <sup>(19)</sup>. En tanto Sornberger et. al., en una muestra adolescente pero comunitaria, valoró 1,163 mujeres y 581 hombres con conductas de autolesión sin fin suicida <sup>(20)</sup>. Mientras que Hawton et. al., en una muestra comunitaria adolescente de Inglaterra, reportó que las mujeres presentaron una tasa casi cuatro veces mayor a la de los hombres; y que además esta diferencia entre géneros es similar a las tasas clínicas en este mismo grupo etario <sup>(17)</sup>.

Las tasas de autolesiones sin ideación suicida surgen desde la niñez e incrementan hacia la adolescencia, especialmente entre las mujeres. De hecho, algunos investigadores indican que al inicio de la adolescencia las mujeres presentan índices hasta tres veces mayores que los hombres. Por lo tanto, Barrocas et. al., sugiere que durante es en la transición a la adolescencia es cuando se hacen notables las diferencias de género en relación a esta conducta <sup>(15)</sup>.

Aún así, pocas investigaciones han estudiado las diferencias que existen entre género; las que sí lo hacen, con frecuencia incluyen a la conducta suicida como parte de la conducta de autolesión.

Además, existen cada vez más investigaciones que explican a las autolesiones sin ideación suicida como una “autorregulación emocional”, pero todavía hay poca comprensión sobre el componente psicológico que subyace en este tipo de conductas, y como éste varía

dependiendo el género. Lo mismo sucede con la motivación, hábitos, dependencia percibida ó la búsqueda de ayuda <sup>(21)</sup>.

Aunque podría parecer que las mujeres practican más estas conductas, hay una explicación alternativa para este patrón. Las Investigaciones indican que los adolescentes varones reportan menos autolesiones sin ideación suicida por sentimientos de pena ó vergüenza por considerarlo un acto exclusivo del sexo femenino. Además muchos autores no investigan las autolesiones en genitales, la cual tiende a ser mayor en el género masculino <sup>(20)</sup>.

Se reportan diferencias sexuales relacionadas con el mecanismo de lesión, ya que las mujeres reportan mayor frecuencia de cortes y tallados de la piel, mientras que los hombres prefieren golpearse ó quemarse <sup>(15, 20)</sup>. La diferencia más evidente en los métodos que reportan hombres y mujeres es la presencia de sangrado. Las mujeres tienden a usar métodos que involucran sangrado, como cortarse y rascarse, mientras que los varones no, prefiriendo otro tipo de métodos. Esto sugiere que para algunas personas ver sangre es un importante elemento en las autolesiones sin ideación suicida <sup>(20)</sup>.

La topografía de la autolesión también presenta diferencias en cuanto a género. Las mujeres prefieren autolesionarse en brazos y piernas, mientras que los hombres se autolesionan en el pecho, genitales ó cara. Esto hace pensar que los hombres prefieren autolesionarse en áreas corporales más sensitivas (aunque esta interpretación es meramente hipotética). Sin embargo, las lesiones en cara, pecho y genitales tienen mayores consecuencias graves para la vida que las lesiones en brazos y piernas. Así que eventualmente los hombres que se autolesionan pueden poner en mayor riesgo su vida en comparación con las mujeres <sup>(20)</sup>.

Whitlock et. al., en 2010 realizó un estudio de 1, 776 adolescentes que se autolesionan sin una ideación suicida en escuelas americanas, el cual reveló que las mujeres presentan casi dos veces mayor prevalencia en comparación a los hombres (18.9% vs. 10.9%) <sup>(21)</sup>. Además, este estudio arrojó algunas diferencias entre género, las cuales se exponen en la siguiente tabla:

<b>Tabla 1.</b> Diferencias de género en las autolesiones sin ideación suicida		
<b>VARIABLES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
<b>Mecanismo de lesión</b>	Cortes de la piel Rascarse la piel	Golpear objetos para lastimarse Golpearse a ellos mismos
<b>Topografía</b>	Muñecas, brazos y muslos	Manos
<b>Precipitante psicológico</b>	Regulación de emociones “Necesidad” de realizarlas	Búsqueda de estímulos
<b>Motivación inicial</b>	Decepción Llamar la atención	Enojo
<b>Exposición social</b>	No	Sí
<b>Incapacidad de detenerse</b>	Mayor	Menor
<b>Conciencia del trastorno</b>	Mayor	Menor
<b>Búsqueda de ayuda con profesionales</b>	Más frecuente	Menos frecuente
➤ <b>20 episodios en la vida</b>	Más frecuente	Menos frecuente

Whitlock et. al. 2012 <sup>(21)</sup>

El mismo estudio mostró que casi un cuarto de la población de estudio (23.9%) refirió una orientación homosexual, y que éstos tenían un elevado riesgo para la conducta auto-lesiva sin un fin suicida. Aún así, independientemente de la orientación sexual homosexual, las mujeres presentan un cuadro más aparatoso en comparación a los hombres <sup>(21)</sup>.

Otros estudios han reportado una asociación importante entre la autolesión deliberada y el uso de cigarrillos, pero sólo entre las mujeres. Este descubrimiento puede indicar que el tabaquismo tiene un significado diferente para las mujeres, y que también puede ser una señal de aviso para buscar otro tipo de problemas <sup>(22)</sup>.

## **AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

Hasta hace poco, las autolesiones no suicidas se asociaron con trastornos del desarrollo, trastornos de la alimentación y el trastorno límite de la personalidad (borderline). Las autolesiones no suicidas ocurren en 15% de los niños con trastornos del desarrollo, especialmente aquellos con retraso mental severo y también en los trastornos de la alimentación <sup>(10, 22)</sup>.

Otras condiciones psiquiátricas asociadas con autolesiones no suicidas en adolescentes son los trastornos internalizados como la depresión, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos de ansiedad, trastornos externalizados (trastorno disocial y trastorno oposicionista desafiante) y los trastornos por uso de sustancias <sup>(10)</sup>.

En los procesos de relación interpersonal las conductas evitativas y la disminución en la expresividad emocional son comunes. Los adolescentes que se autolesionan tienen mayor probabilidad de ser víctimas de acoso escolar, de mostrar problemas de identidad sexual, o haber sufrido algún tipo de abuso sexual ó físico <sup>(10, 17)</sup>.

Además algunos adolescentes con autolesiones muestran niveles mayores de reactividad emocional, intensidad e excitación. De ahí la importancia de su asociación como conducta liberadora de estas emociones <sup>(10, 17)</sup>.

### ***FUNCIONES DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS***

Las autolesiones reducen la tensión y son una forma de comunicación con terceras personas <sup>(8)</sup>, siendo éste un importante reforzador para su mantenimiento. Cuando el adolescente se siente abrumado por sentimientos negativos (preocupación, tristeza, frustración, etc.), autolesionarse es una estrategia efectiva para disminuir estos pensamientos y sentimientos negativos y obtener el alivio <sup>(10, 23)</sup>.

Las autolesiones no suicidas ayudan a regular emociones incrementando la experiencia afectiva. El adolescente tiene la experiencia subjetiva de estar emocionalmente “vacío” ó sentirse desconectado con las demás personas. Las autolesiones ayudan al adolescente a

tener una sensación de control, sentirse excitado y detener experiencias disociativas. También puede dar al adolescente la experiencia de sentirse “real” <sup>(10)</sup>.

### ***COMPONENTE ADICTIVO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS***

Las autolesiones sin ideación suicida tienen un componente “adictivo”, ocurriendo después de eventos estresantes. Traen consigo una fuerte motivación, parecida a una “obsesión”, para así hacer lo que se considera necesario para aliviarlo <sup>(23)</sup>.

Trabajos recientes describen un amplio rango de conductas de autolesión como “adictivas” debido a sus características tranquilizadoras y de coerción. La aparición de las emociones negativas antes de realizar el acto de autolesión es análoga a la aparición de síntomas de abstinencia en los pacientes con dependencia a sustancias; además que las personas que se autolesionan y las que usan sustancias presentan edad de inicio e historias de abuso infantil similares <sup>(23)</sup>.

### ***CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON AUTOLESIONES NO SUICIDAS***

Las autolesiones sin intención suicida son comunes en la adolescencia y se inician en la transición a la vida adulta <sup>(4)</sup>.

Estas autolesiones se relacionan con intentos suicidas previos y futuros, síntomas de desesperanza, de depresión y de ansiedad, antecedentes de abuso, perfeccionismo y soledad, por nombrar algunas. Aunque la identificación de estos síntomas puede ayudar a predecir quién está en riesgo de presentar estas conductas, no ayuda a comprender porque las realizan <sup>(8)</sup>.

Una motivación poderosa es que las autolesiones reducen ó minimizan estados emocionales negativos. Así, el estrés, la depresión y la soledad (que son comúnmente experimentados entre los adolescentes en muestras comunitarias) están relacionados con las autolesiones.

Además, los adolescentes que practican las conductas auto-lesivas tienen en general otras conductas de riesgo para la salud <sup>(6)</sup>.

La relación entre la soledad y las autolesiones se conoce aunque pocos estudios lo han examinado. Los adolescentes pueden sentir soledad cuando experimentan relaciones personales pobres ó poco satisfactorias, ya sea con iguales ó con miembros de su familia, ó por dificultades con ambos, siendo importante para el desarrollo de esta conducta. Durante la adolescencia, las relaciones interpersonales asumen un rol central para el desarrollo psicosocial. Contrariamente, las relaciones sociales negativas (en particular el rechazo ó ser víctimas de acoso escolar) son experiencias dolorosas, que provocan estrés y psicopatología (baja autoestima, depresión, conductas externalizadas). Así, aunque las conductas auto-lesivas pueden asociarse con rechazo, su práctica facilita la comunicación con otros para ganar su atención ó desalentar estímulos externos <sup>(6, 24)</sup>.

Los adolescentes con conductas de autolesión no suicida piensan en el acto unos pocos minutos ó menos antes de realizarlos. La mayoría de los adolescentes reportan una experiencia carente de dolor durante cada incidente. La experiencia de mayor dolor físico se asocia con el tiempo de planeación para realizar la autolesión (o sea, la lesión duele más mientras más piense uno en hacérsela). Sin embargo, otros autores proponen que las autolesiones inducen la liberación de endorfinas endógenas que bloquea la experiencia del dolor reforzando la conducta <sup>(8)</sup>.

Por otro lado, estudios recientes sugieren que los individuos con este tipo de conductas experimentan fuertes deseos de auto-mutilarse. Algunos estudios muestran que los opioides endógenos pueden estar reducidos en los adolescentes que se autolesionan (particularmente en aquellos diagnosticados con trastorno limítrofe de la personalidad), sugiriendo que las autolesiones no suicidas pueden usarse por algunos para estimular de manera artificial el sistema opioide endógeno <sup>(23, 25)</sup>.

## **AUTOLESIONES NO SUICIDAS COMO CONDUCTA IMITATIVA**

Cawthorpe et. al., en 2013 realizó un estudio clínico retrospectivo en un periodo de 5 años con adolescentes hospitalizados (N=198) entre 12 y 18 años de edad, que presentaban conductas de autolesión deliberadas (incluyendo ideación, gestos o intentos suicidas, y conductas autodestructivas sin ideación suicida, como automutilaciones). Se valoró el riesgo de “contagio” debido a la relación estrecha por el internamiento. Sin embargo, la cercanía no fue un problema significativo, pues hubo una disminución general de la autoagresión deliberada. Inclusive, no se observó un aumento en el nivel de la ideación suicida en estos pacientes hospitalizados <sup>(19)</sup>.

En tanto, Nock et. al., en 2005 encontró que el 82.1% de su muestra (hombres 25.8% y mujeres 74.2%; N=89) de adolescentes hospitalizados reportó tener conocimiento de que al menos uno de sus amigos practicaban las mismas conductas de autolesión en el año previo. Esto sugiere que el modelaje es un factor importante en este tipo de conducta <sup>(8)</sup>. Además el aumento en la publicidad de dichas lesiones a través de websites, chats por internet y películas provee información que puede estimular ó empeorar la conducta de autolesión <sup>(10)</sup>.

En la comunidad, los resultados en cuanto a la conducta imitativa son inconsistentes. Por ejemplo, Nixon et. al., en 2008 estudió a jóvenes entre 14 y 21 años de edad de la comunidad (N=568), y encontró que la mayoría de los que se autolesionan reportó como propia la idea inicial de autolesionarse, y muy pocos admitieron que la idea proviniera de observar a algún amigo autolesionarse. Otras fuentes de imitación menos frecuentes fueron la televisión, películas, periódicos, revistas ó algún familiar <sup>(18)</sup>.

Los adolescentes que se autolesionan, sin una ideación suicida franca, actúan de manera impulsiva, y en ausencia de dolor físico. A pesar de que el uso de sustancias es una comorbilidad de las autolesiones, cuando se practican el adolescente lo hace sin usar alcohol u otras drogas. La impulsividad que acompaña a las autolesiones no suicidas están más bien influenciadas por contingencias internas y externas que como resultado de un proceso de decisión ó planeación largo <sup>(8)</sup>.



Siguiendo con el tema de impulsividad y género relacionado a autolesiones, Janis et. al., en 2009 valoró a 64 adolescentes entre 12 a 19 años de edad con historia de lesiones no suicidas y a otros 30 participantes que sirvieron de controles. El 87.5% del grupo de casos presentó autolesiones sin ideación suicida en el último año y 70.3% las presentaron en el último mes. El 33% de la muestra total presentó criterios suficientes para un trastorno del estado de ánimo, 46.8% para un trastorno de ansiedad, y un 13.8% para un trastorno por uso de sustancias. No hubo diferencias en la edad en los auto-reportes de impulsividad. Sin embargo, en cuanto a género, los hombres reportaron mayor impulsividad. Mediante la aplicación de una prueba visual y computarizada se demostró que a edad mayor se asoció mayor impulsividad, y menor impulsividad se relacionó con el sexo femenino <sup>(26)</sup>.

La impulsividad y falta de dolor físico son temas importantes que sugieren que las autolesiones son difíciles de prevenir y tratar dado el margen de tiempo limitado para poder intervenir <sup>(8)</sup>.

### ***AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO***

Aunque el suicidio y las autolesiones no suicidas impliquen daño tisular de manera deliberada, las conductas son fenomenológicamente distintas. El intento suicida se asocia con pensamientos de muerte, mientras que las autolesiones sin ideación suicida regulan los afectos y alivian la ansiedad, disminuyen la ideación suicida y pueden incluso detener ó abortar el intento suicida actual <sup>(10)</sup>. Además a diferencia de los intentos de suicidio, las autolesiones sin ideación suicida llevan a la calma, a la tranquilidad y a la satisfacción, una vez realizadas <sup>(14)</sup>.

La siguiente tabla expone algunas diferencias entre ambas conductas:

<b>Tabla 2.</b> Diferencias entre autolesiones sin ideación suicida e intentos suicidas		
<b>Variables</b>	<b>Autolesiones sin intención suicida</b>	<b>Intentos suicidas</b>
Sexo	Mayor prevalencia en mujeres	Mayor prevalencia en mujeres**
Edad	Mayor frecuencia en adolescencia*	Mayor frecuencia en adultos jóvenes°
Edad de inicio	Aprox. 12 a 14 años de edad	Se desconoce´
Frecuencia	Crónica y alta frecuencia	Baja frecuencia
Pensamientos de muerte	Infrecuentes°	Frecuentes°
Método	Métodos múltiples	Método único
Letalidad	Baja letalidad	Alta letalidad
Comorbilidad	Alivio de la ansiedad	Mayor ansiedad, depresión y estrés ante los eventos de la vida diaria
Propósito	Provocar respuestas de disgusto, miedo y hostilidad	Provocar reacciones de cuidado, compasión y preocupación
Familia	Disfunción familiar°	Abuso físico, uso de sustancias y disfunción familiar
Conflictos entre pares	Sí	Sí

Andover et. al. 2012 <sup>(14)</sup>; \* Gonzalez-Forteza et al.2008 <sup>(12)</sup>; ° Mansell Pattison et. al. 1983 <sup>(16)</sup>; ´ Toro, J. 2002<sup>(27)</sup>

Aunque se desconoce la tasa de suicidios consumados entre los que se autolesionan sin un fin suicida, la mayoría reporta al menos un intento suicida a lo largo de su vida <sup>(20)</sup>. Además, las autolesiones no suicidas ocurren en adolescentes con ideas ó intentos de suicidio previos. Por lo tanto, hay un riesgo considerable de suicidio o intento. Un estudio reciente encontró que el 70% de los adolescentes de la comunidad que practican este tipo de lesiones han realizado al menos un intento suicida, y que el 55% había tenido múltiples intentos <sup>(10)</sup>.

En un estudio de seguimiento a 5 años, Wichstrom et. al., en 2009 encontró que las autolesiones sin ideación suicida y los intentos suicidas se asociaron con el sexo femenino, historia de intentos suicidas e intereses sexuales no heterosexuales <sup>(28)</sup>.

Es importante concebir las autolesiones no suicidas y los intentos suicidas como formas de conducta que existen en un continuum de autolesiones que puede finalizar con el suicidio

consumado, una pregunta fundamental es si estas conductas pueden representar fenotipos diferentes <sup>(4)</sup>.

La expresión de ambas conductas puede ocurrir al mismo tiempo. Los estudios demuestran que la mayoría de los adultos y los adolescentes con autolesiones no suicidas tienen historia de intentos suicidas <sup>(4)</sup>. En adolescentes, 14-70% reportan historias de ambas conductas. Esta asociación también se presenta en muestras no clínicas: 3.8 a 7% de estudiantes de preparatoria reportan una historia de ambas conductas. Pensamientos de autolesionarse sin una intención de suicidio frecuentemente concurren con pensamientos suicidas francos. Más del 40% de los adolescentes que reciben atención en servicios de crisis reportan ambos tipos de pensamientos en las últimas 24 horas <sup>(14)</sup>.

Los adolescentes que presentan ambos tipos de conductas tienen mayor probabilidad de presentar trastorno oposicionista desafiante, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico en comparación a los adolescentes que sólo presentan intentos suicidas <sup>(14)</sup>. Stanley et. al., en 2001 encontró que los individuos con autolesiones no suicidas e intentos suicidas están clínicamente más afectados con niveles de ansiedad, depresión, desesperanza, agresión e impulsividad altos que los que presentan una sola conducta <sup>(29)</sup>.

En otras investigaciones que valoran síntomas psiquiátricos más que diagnósticos clínicos revelan que los adolescentes con intentos suicidas y autolesiones sin ideación suicida presentan más síntomas de depresión y anhedonia, y más características del trastorno inestable de la personalidad como confusión, impulsividad y desregulación emocional en comparación a aquellos que solamente presentan autolesiones no suicidas <sup>(14)</sup>.

La conducta suicida es un fuerte vaticinador de futuras conductas suicidas en adolescentes y adultos. Sin embargo, las autolesiones sin ideación suicida también se asocian con intentos suicidas en adolescentes, y además cursan con una remisión mucho más débil de la ideación suicida con el paso del tiempo. De hecho, pueden ser vaticinadores más fuertes ó más confiables para intentos suicidas futuros, inclusive más que una historia de intentos suicidas previos <sup>(14)</sup>. Mientras el individuo practica más esta conducta, más métodos de lesión use, y

menos dolor físico experimente durante ellas, será mayor la asociación con intentos suicidas futuros <sup>(20)</sup>.

### ***AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y SU APARICIÓN EN EL DSM-V***

A principios de la década de los 80's, Mansell Pattison & Joel Kahan propusieron la necesidad de incluir este fenómeno conductual dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ta edición (DSM-IV) como un diagnóstico aparte del eje I, y dentro del apartado de "los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados". Estos autores estudiaron 56 reportes de casos de autolesiones sin ideación suicida, y las diferenciaron de la ideación suicida franca. Además describieron su inicio durante la adolescencia y su relación con ciertos sentimientos (ira, coraje y depresión) y no como una característica aislada para ciertos trastornos de la personalidad. En términos psicodinámicos, las definieron como una respuesta de "rendición masoquista" ante experiencias de crisis intolerables para el ser humano <sup>(16)</sup>.

Las autolesiones sin ideación suicida han recibido gran atención en los últimos años. Su presencia es parte de la cultura adolescente y de la sociedad, sin olvidar las consecuencias que éstas acarrearán a nivel familiar, escolar y médico. Además, su utilidad como una "habilidad" en la regulación emocional, su prevalencia y su relación con los intentos suicidas, destaca la necesidad de incluirlas en las clasificaciones, y así poder fomentar un tratamiento más adecuado y mejores líneas de investigación en el futuro <sup>(30)</sup>.

Aunque los primeros documentos que valoraron este tipo de lesiones aparecieron en la década de los 60's del siglo XX, no fue hasta el 2002 que el primer estudio epidemiológico en adolescentes fue publicado, llevando a una extensa investigación posterior que ha ido creciendo desde entonces <sup>(30)</sup>.

En párrafos anteriores hemos comentado que las autolesiones impulsivas y/o repetitivas son comunes en los adolescentes, y actualmente en el DSM-IV se clasifican como un síntoma del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, esta categoría de los trastornos de la

personalidad no siempre será la más apropiada para jóvenes adolescentes cuya personalidad está en desarrollo ó que simplemente no completan los criterios suficientes para el trastorno <sup>(31)</sup>.

La publicación de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) esperada para mayo del 2013 marcará uno de los eventos más esperados en el campo de la salud mental. Una de las propuestas a esta nueva nomenclatura diagnóstica será la inclusión de las autolesiones sin ideación suicida <sup>(32)</sup>.

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 ó 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 lo siguiente:
  - 1. Precipitante psicológico: Dificultades interpersonales ó sentimientos, pensamientos negativos como depresión, ansiedad, tensión, ira, angustia ó 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 ó sentimientos negativos, ó que inducirá sentimientos positivos durante el acto ó poco después.
- C) La conducta ó sus consecuencias causan malestar significativo ó interferencias en áreas interpersonales, académicas ó en cualquier otra área importante.
- D) La conducta no ocurre exclusivamente durante estados de psicosis, delirium ó 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 ó mental (tricotilomanía, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyham, etc.)

E) La ausencia de intento suicida ha sido excluida por el paciente ó puede deducirse por la conducta repetitiva que él sabe que nunca resultará en la muerte <sup>(32)</sup>.

La APA considera el tiempo de 5 ó 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 quiénes se autolesionaban más de 5 veces tenían mayor probabilidad de recibir tratamiento y de presentar criterios para diagnósticos psiquiátricos adicionales <sup>(33)</sup>.

La importancia de que este fenómeno de salud mental esté bien estructurado radica en la dificultad para diferenciarlas de los intentos suicidas. Encuestas de prevalencia (por ejemplo, la Youth Risk Behavior Survey) no diferencian entre las autolesiones sin intención suicida y los intentos suicidas, ni entre aquellos comportamientos que impliquen diferentes métodos. Es posible que la ausencia de esta distinción contribuya a elevar la prevalencia (9% -11%) de "intentos suicidas" auto-reportados en los estudiantes de secundaria que, por lo tanto, transforman los ratios de intentos suicidas a actos consumados en aproximadamente 5,000:1 en las niñas y algo menos de 500:1 en los niños, datos mucho mayores que los que se encuentran en la población adulta <sup>(32)</sup>.

El establecimiento de las autolesiones sin ideación suicida como una entidad discreta debería clarificar esta distinción y actuar como un estímulo para investigaciones innovadoras (APA 2012). Además existe evidencia científica interesante sobre la necesidad de contar con criterios específicos que permitan delimitar a las autolesiones sin intención suicida de los intentos de suicidio, y que estimularían la realización de estudios clínicos y epidemiológicos entre los diferentes países.

Otra situación que hace pensar en la necesidad de estructurar y consolidar este fenómeno conductual como una nomenclatura, es la variedad de términos usados para definir la

autolesión (“autolesión deliberada” Vs. “autolesión sin ideación suicida”) <sup>(7)</sup>. En el DSM-V se propone un trastorno de autolesiones no suicidas a partir de la evidencia de datos recolectados por investigaciones de Estados Unidos y Canadá, por lo que podría no tener gran relevancia en otros países donde se usan otras definiciones para este fenómeno <sup>(7)</sup>.

Sin embargo, Muehlenkamp et. al. publicó un estudio en el 2012 donde comparó estudios con el término “autolesión deliberada” y estudios que usan el término “autolesión sin ideación suicida” (solo investigaciones del 2005 al 2011), y encontró que las tasas de prevalencia eran muy parecidas entre ambos grupos de investigación; esto sugiere que dependiendo de qué término se empleé, seguramente se está midiendo el mismo fenómeno, y así, sumando validez al diagnóstico propuesto por el DSM-V <sup>(7)</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las autolesiones sin ideación suicida son un problema de salud serio que requiere estudiarse. Sólo en Estados Unidos, apenas 40% de los pacientes atendidos en áreas de urgencias por autolesiones recibe una valoración psiquiátrica <sup>(15)</sup>. Situación a considerar, ya que aunque en un inicio las autolesiones lleguen a ser sin intención suicida (y sólo sean imitativas) se consideran un factor que puede evolucionar a una ideación suicida franca.

En el ámbito hospitalario se reconoce uno de los grupos juveniles que con mayor frecuencia se detectan dichas conductas de autolesión sin intención suicida, pero en el ámbito de comunidad abierta no. Además las diferencias entre géneros sigue siendo poco comprendida. Algunas evidencias sugieren tasas similares entre ambos géneros, mientras que otras investigaciones refieren que las mujeres reportan índices más elevados que los varones <sup>(15)</sup>. Por lo tanto:

¿Cuál es el género que presenta con mayor frecuencia las autolesiones sin ideación suicida en la población escolar adolescente de la zona metropolitana de la ciudad de México?



## JUSTIFICACION

Existen pocos estudios nacionales que investiguen el fenómeno de las autolesiones sin ideación suicida en adolescentes de la comunidad general. Es muy importante desarrollar líneas de investigación para estudiar este fenómeno social y su asociación con el intento de suicidio y otros trastornos psiquiátricos. Tampoco hay que olvidar que ésta será una posible inclusión para el DSM-V.

El aumento de frecuencia en las autolesiones sin ideación suicida provoca un aumento en la hospitalización psiquiátrica de los adolescentes y acciones terapéuticas más agresivas; esto debido a que el trastorno se confunde con intento de suicidio. De ahí la importancia de estudiar el trastorno propuesto para el DSM-V y estudiar la prevalencia a partir del algoritmo sugerido en esa clasificación de diagnóstico. Así mismo, en este estudio investigaremos las diferencias sexuales en: la prevalencia del trastorno, la edad de inicio y en los principales síntomas del trastorno.

## **HIPÓTESIS**

Las autolesiones sin ideación suicida serán más frecuentes en adolescentes del sexo femenino de la comunidad.

Las autolesiones sin ideación suicida serán diferentes por sexo para las variables de topografía, mecanismo de lesión y precipitantes psicológicos.

## OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Establecer la frecuencia de autolesiones sin ideación suicida que existen en ambos géneros en la población escolar adolescente de dos escuelas oficiales de la ciudad de México.

### **Objetivo específicos:**

1. Describir y comparar las características demográficas de los adolescentes con autolesiones sin ideación suicida.
2. Describir y comparar la forma de autolesión practicada por adolescentes del sexo femenino y masculino.
3. Describir y comparar la topografía de las autolesiones practicada por adolescentes del sexo femenino y masculino.
4. Describir y comparar los pensamientos anticipatorios practicados por adolescentes del sexo femenino y masculino.

## MATERIAL Y METODOS

### **DISEÑO.**

Se trató de un estudio prospectivo, observacional, comparativo descriptivo y transversal.

### **MUESTRA.**

**Selección:** Se invitó a todos los adolescentes entre los 11 y 17 años de edad provenientes de dos escuelas oficiales de la zona metropolitana de la Ciudad de México a participar en el estudio.

**Tamaño:** La muestra total se conformó por 533 alumnos de secundarias oficiales (primero, segundo y tercer grado).

### **Criterios de inclusión:**

- 1.-Alumnos adolescentes de ambos sexos sanos.
- 2.-Tener entre 11 y 17 años de edad.
- 3.-No padecer trastorno mental severo y persistente previamente diagnosticado (como trastornos generalizados del desarrollo, psicosis o retraso mental).
4. No encontrarse en ningún estado de intoxicación durante la entrevista.
- 5.-Firmar la carta de consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:** Se excluyeron aquellos cuestionarios que fueron llenados de manera incompleta.

### **VARIABLES.**

**Variable dependiente:** Variable dicotómica- Género (sexo), conjunto de significados y mandatos que la sociedad le atribuye al rol femenino y al masculino en un determinado momento histórico y social. El concepto “ideal” de género en un tiempo dado nos condiciona a través de la cultura que todos vamos construyendo a diario, indicándonos una supuesta forma de ser hombre o mujer.

**Variable independiente:** Autolesiones sin ideación suicida, definidas en la propuesta del DSM-V como auto-daño de manera intencional en la superficie del cuerpo que puede producir sangrado, moretones o dolor (por ejemplo cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente) con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales como piercings) pero realizados con la esperanza de que la lesión produzca únicamente daño físico leve ó moderado.

## ***PROCEDIMIENTO.***

Una vez detectados los adolescentes como posibles candidatos, se procedió a presentar el estudio y a proponer la participación mediante el consentimiento informado. Este proyecto será un análisis de datos secundario. Los datos originales proceden del proyecto de investigación titulado: “Acoso Escolar (Bullying) y Autolesiones en Adolescentes de Secundaria de Tlalpan”, que recibió aprobación del comité de ética y de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Se procedió a explicar el propósito del estudio y obtener el consentimiento informado de los padres y/o tutores de los adolescentes invitados a nuestro estudio. También los adolescentes firmaron el consentimiento.

## ***CRONOGRAMA.***

### ***Plan de trabajo.***

.Elaboración del anteproyecto: agosto-septiembre 2012

.Aprobación del protocolo:

.Captura de datos: septiembre 2012

.Análisis de resultados: octubre 2012

### ***Responsables.***

Reclutamiento de muestra y recolección de datos: Dra. Yariela Delgadillo González, Dra. Adriana García Luna, Dra. Olga Martínez.

Recursos humanos: Dra. Lilia Albores gallo (tutora), Dr. José Luis Méndez Santos, Dr. Carlos Chávez Flores.

### ***Recursos materiales.***

Computadoras, impresoras, dispositivos de almacenamiento USB, fotocopias. Todo será financiado por los investigadores.

### ***Difusión.***

Dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con la finalidad de compartir los resultados encontrados, así mismo se planea su presentación y publicación posteriores.

### ***INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.***

**Cédula autoles (Auto-reporte de lesiones):** Instrumento para evaluar las autolesiones, consiste de una cédula auto-aplicable que se diseñó ad-hoc para este estudio. 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, la 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.

### ***ANÁLISIS ESTADÍSTICO.***

Se usó estadística descriptiva para analizar las variables demográficas. La prueba de chi cuadrada para las variables categóricas y la prueba T de Student para las variables continuas. Para realizar el análisis estadístico se utilizó SPSS versión NN.

Para el cálculo de la prevalencia usamos dos criterios diferentes:

#### 1. Criterio del DSM V.

Para realizar el análisis estadístico se diseñó un algoritmo con los criterios del DSM-V (autolesiones sin intención suicida) que consistió del criterio A que mide el tipo de autolesiones por medio de los ítems 1-13, el 44 (que mide la prevalencia en un año: 5 eventos en un año) y 51 (sin intencionalidad suicida); el Criterio B de emociones asociadas evaluados con los ítems 14-28 y motivaciones evaluadas con los ítems 61-63 y el Criterio C de interferencia en la funcionalidad evaluados con los ítems 29-31. Cada alumno se asignó al grupo de autolesiones (AUTOLES (+)) si cumplió con al menos: un criterio A, dos criterios B y un criterio C. El grupo sin autolesiones (AUTOLES (-)) fueron todos los individuos que no se autolesionaron y que no cumplieron con este algoritmo. Se realizó una prueba de ji cuadrada entre el status de practicar autolesiones y el sexo de los participantes. Se estableció un nivel de significancia estadística de  $p \leq .05$

#### 2. Criterio del ítem 51 del AUTOLES.

Para contrastar con el algoritmo del DSM V se usó un criterio ampliado para estudiar las autolesiones a partir de la pregunta ítem 51 (“¿te lastimas sin la intención de quitarte la vida?” Si/No) Para realizar el análisis estadístico se utilizara el SPSS versión 17.

Esto permitió aumentar el tamaño de la muestra para tener poder estadístico suficiente y excluyó del fenotipo los criterios A, B y C del DSM-V cuyas variables se investigaron para estudiar las diferencias sexuales.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Esta investigación no implicará riesgo alguno para la salud de los pacientes, por lo que no violará ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la Ley General de Salud vigente, solo se requerirá el consentimiento escrito de los adolescentes en estudio y de los padres ó tutores. Además, nuestro proyecto fue aprobado por la Comisión de Coordinadores de Institutos Nacionales de Alta Especialidad.

## RESULTADOS

### 1. Descripción general de la muestra:

Los participantes fueron 533 adolescentes; 46% del sexo masculino; con una edad promedio de 13.37; DE=0.95; rango de 11 a 17 años de edad.

El rango de edad de inicio para la autolesión sin ideación suicida fue de los 6 a los 15 años de edad (promedio 11-9 +/- 1.3 años).

La prevalencia de autolesiones según los criterios propuestos para el DSM-V fue del 5.6% (N=30) de la muestra total. Por sexos, el 4.0% (N=10) fueron del sexo masculino y 7.1% (N=20) fueron del sexo femenino.

Ahora, la prevalencia de autolesiones considerando solo el ítem 51 de la cédula AUTOLES (“¿te lastimas sin la intención de quitarte la vida?” Si/No) fue del 17.1% (N=91) de la muestra total. Por sexos, 9.9% (N=25) fueron del sexo masculino y de 23.6% (N=66) fueron del sexo femenino (RM 2.81; IC 95% 1.7-4.6).

Los hombres reportaron una edad de inicio de 11.9 +/- 1.6, y las mujeres 11.9 +/- 1.3; estas diferencias no fueron significativas (F 3.34, t -.22; gl 117 y significancia .82).



## 2. Sobre la descripción del mecanismo de lesión:

El mecanismo para autolesionarse más común en la muestra total de adolescentes fueron: cortes en la piel (N= 120; 22.5%), rascado de cicatrices (N=119; 22.3%), y mordidas (N=108; 20.3%).

Por sexo, los mecanismos para autolesionarse más comunes en el sexo femenino fueron los cortes en la piel (N=87; 31.1%), uso de objetos para marcar la piel (N=69; 24.6%) y rascado de cicatrices (N=66; 23.6%); mientras que en el sexo masculino fueron el rascado de cicatrices (N=53; 20.9%), mordidas (N=45; 17.8%) y pellizcado de piel (N=40; 15.8%).

Como puede verse en la tabla 3, por sexo sólo tres mecanismos de autolesión mostraron diferencias significativas y fueron: cortes en la piel, pellizcado de la piel y uso de objetos para marcar la piel, siendo mayor la prevalencia de las mujeres frente a los hombres:

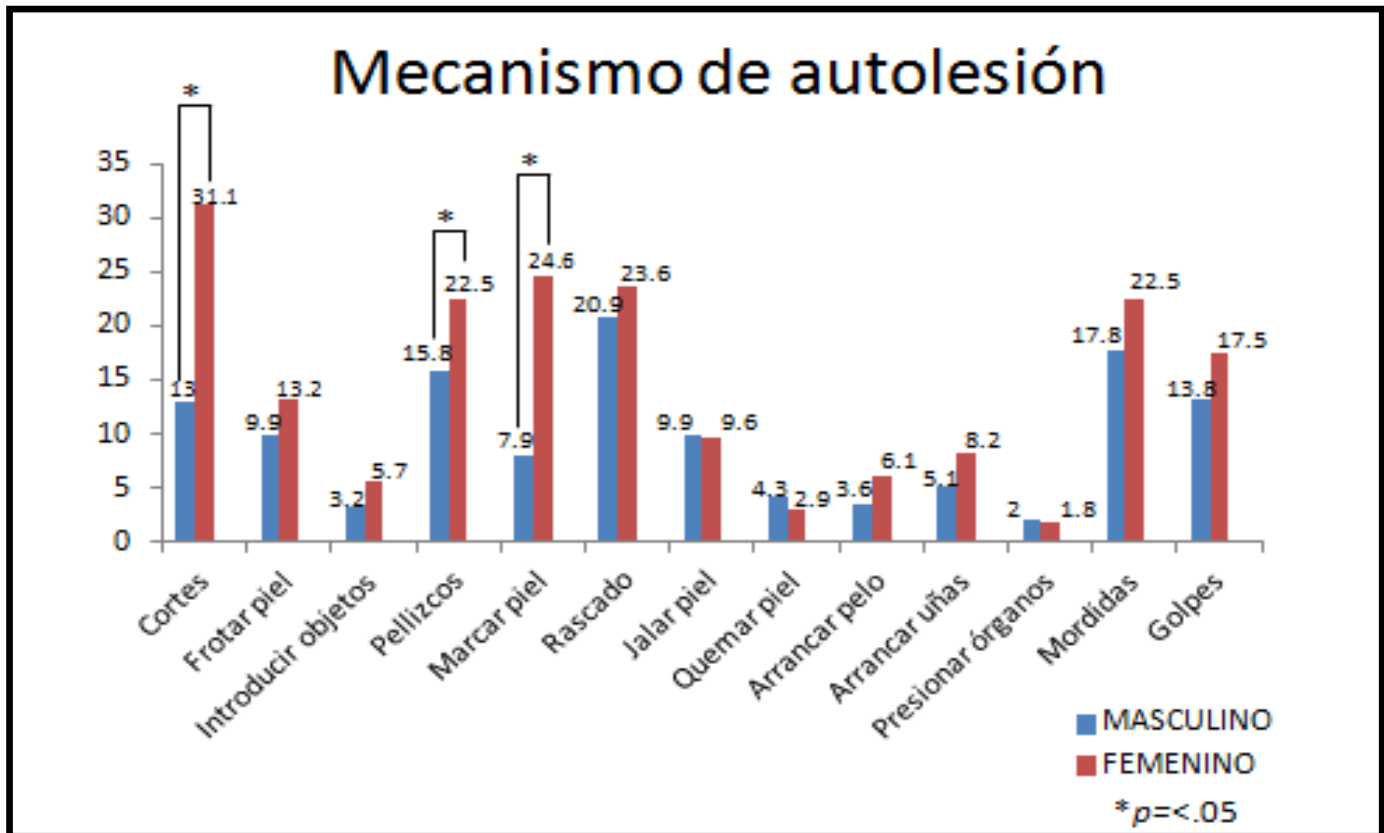
<b>Tabla 3.</b> Diferencias sexuales por mecanismo de lesión						
<i>Mecanismo de autolesión</i>	Item	Masculino* N (%) 253 (47.5%)	Femenino* N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Pba est. GL	P
<b>Cortes en la piel</b>	<b>A</b>	<b>33 (13.0)</b>	<b>87 (31.1)</b>	<b>120 (22.5)</b>	<b>24.76</b>	<b>0.001</b>
Frotar la piel con objetos	A	25 (9.9)	37 (13.2)	62 (11.6)	1.43	0.23
Introducción de objetos debajo de piel o uñas.	A	8 (3.2)	16 (5.7)	24 (4.5)	2.03	0.111
<b>Pellizcado de piel</b>	<b>A</b>	<b>40 (15.8)</b>	<b>63 (22.5)</b>	<b>103 (19.3)</b>	<b>3.81</b>	<b>0.05</b>
<b>Uso de objetos para marcar la piel</b>	<b>A</b>	<b>20 (7.9)</b>	<b>69 (24.6)</b>	<b>89 (16.7)</b>	<b>26.76</b>	<b>0.001</b>
Rascado de cicatrices	A	53 (20.9)	66 (23.6)	119 (22.3)	0.52	0.46
Jalar piel descamada por quemadura de	A	25 (9.9)	27 (9.6)	52 (9.8)	0.009	0.92

sol						
Quemado de piel con cigarrillos o sustancias	A	11 (4.3)	8 (2.9)	19 (3.6)	0.85	0.24
Arrancado de pelo, pestañas o cejas	A	9 (3.6)	17 (6.1)	26 (4.9)	1.78	0.18
Arrancar uñas	A	13 (5.1)	23 (8.2)	36 (6.8)	1.99	0.15
Presionar órganos para provocar dolor	A	5 (2.0)	5 (1.8)	10 (1.9)	0.02	0.56
Mordidas	A	45 (17.8)	63 (22.5)	108 (20.3)	1.82	0.17
Golpes	A	35 (13.8)	49 (17.5)	84 (15.8)	1.35	0.24

*En negritas los datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )*

*\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES*

**Gráfica 1.** Diferencias sexuales por mecanismo de lesión:



### 3. Sobre la descripción de la topografía:

Las zonas corporales más comunes en la muestra total de adolescentes fueron: antebrazos y muñecas (N=90; 16.9%), brazos y codos (N=45; 8.4%) y muslos y rodillas (N=34; 6.4%).

Por sexo, las zonas corporales para autolesionarse más comunes en el sexo femenino fueron antebrazos y muñecas (N=69; 24.6%), brazos y codos (N=29; 10.4%) y muslos y rodillas (N=22; 7.9%); mientras que en el sexo masculino también fueron antebrazos y muñecas (N=21; 8.3%), brazos y codos (N=16; 6.3%) y muslos y rodillas (N=12; 4.7%).

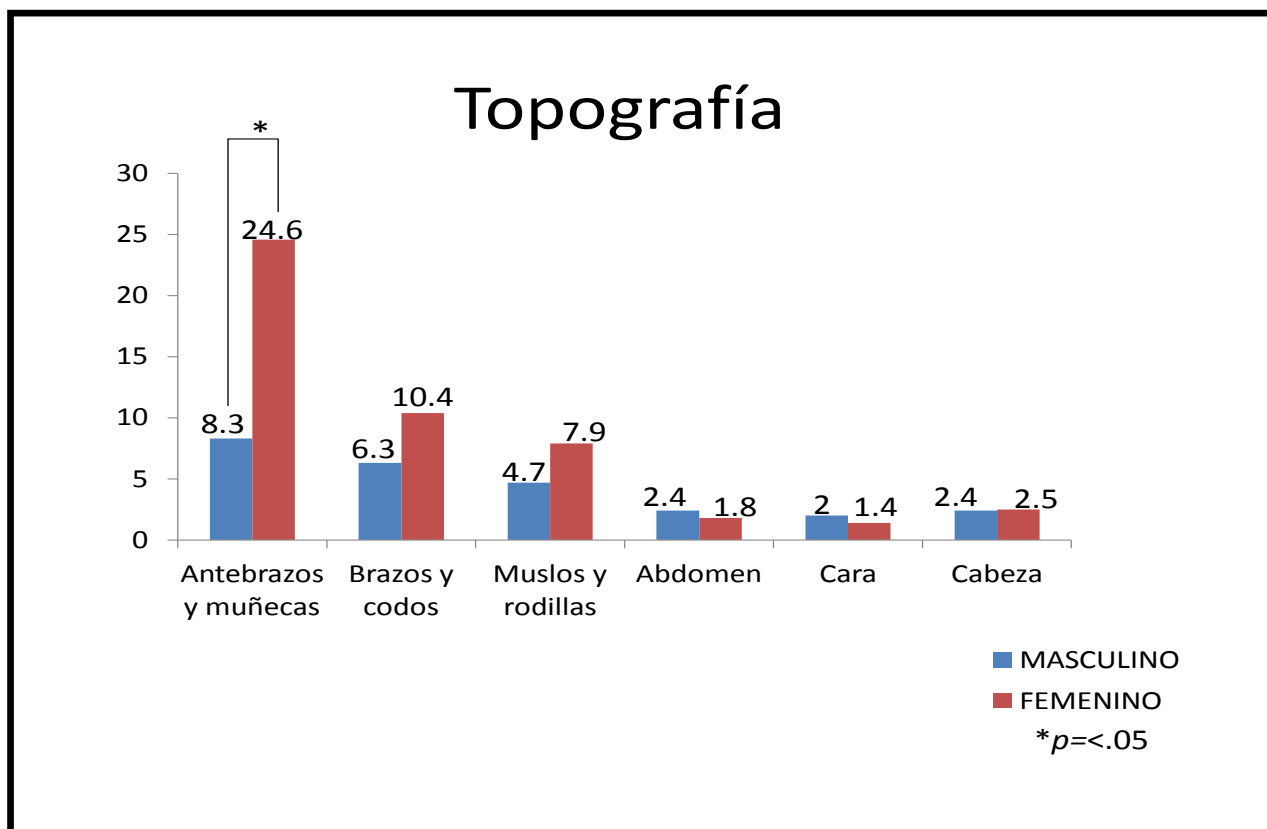
Como puede verse en la tabla 4, por sexo sólo antebrazos y muñecas fueron las zonas corporales que mostraron diferencia significativa, siendo mayor la prevalencia de las mujeres frente a los hombres:

<i>Topografía</i>	Ítem	<b>Masculino*</b> <b>N (%)</b> <b>253 (47.5%)</b>	<b>Femenino*</b> <b>N (%)</b> <b>280 (52.5%)</b>	<b>Total</b> <b>N (%)</b> <b>533 (100%)</b>	Pba est. GL	P
<b>Antebrazos y muñecas</b>		<b>21 (8.3)</b>	<b>69 (24.6)</b>	<b>90 (16.9)</b>	<b>25.29</b>	<b>0.001</b>
Brazos y codos		16 (6.3)	29 (10.4)	45 (8.4)	2.79	0.094
Muslos y rodillas		12 (4.7)	22 (7.9)	34 (6.4)	2.15	0.14
Abdomen		6 (2.4)	5 (1.8)	11 (2.1)	0.22	0.63
Cara		5 (2.0)	4 (1.4)	9 (1.7)	0.43	
Cabeza		6 (2.4)	7 (2.5)	13 (2.4)	0.009	0.57

*En negritas los datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )*

*\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES*

**Gráfica 2.** Diferencias sexuales por topografía:



#### 4. Sobre la descripción de los precipitantes psicológicos:

Los precipitantes psicológicos de las autolesiones más comunes en la muestra total de adolescentes fueron: sentimientos ó ideas de coraje previos (N=108; 20.3%), sentimientos negativos previos (N=96; 18.0%) y sentimientos ó ideas depresivas previos (N=94; 17.6%).

Por sexo, los precipitantes psicológicos más comunes en el sexo femenino fueron: ideas ó sentimientos previos de coraje (N=77; 27.5%), negativos (N=67; 23.9%), y depresivos (N=60; 21.4%); mientras que en el sexo masculino fueron depresivos (N=34; 13.4%), coraje (N=31; 12.3%) y los negativos (N=29; 11.5%).

Como puede verse en la tabla 5, todos los precipitantes psicológicos resultaron estadísticamente significativos, siendo mayor la frecuencia en las mujeres:

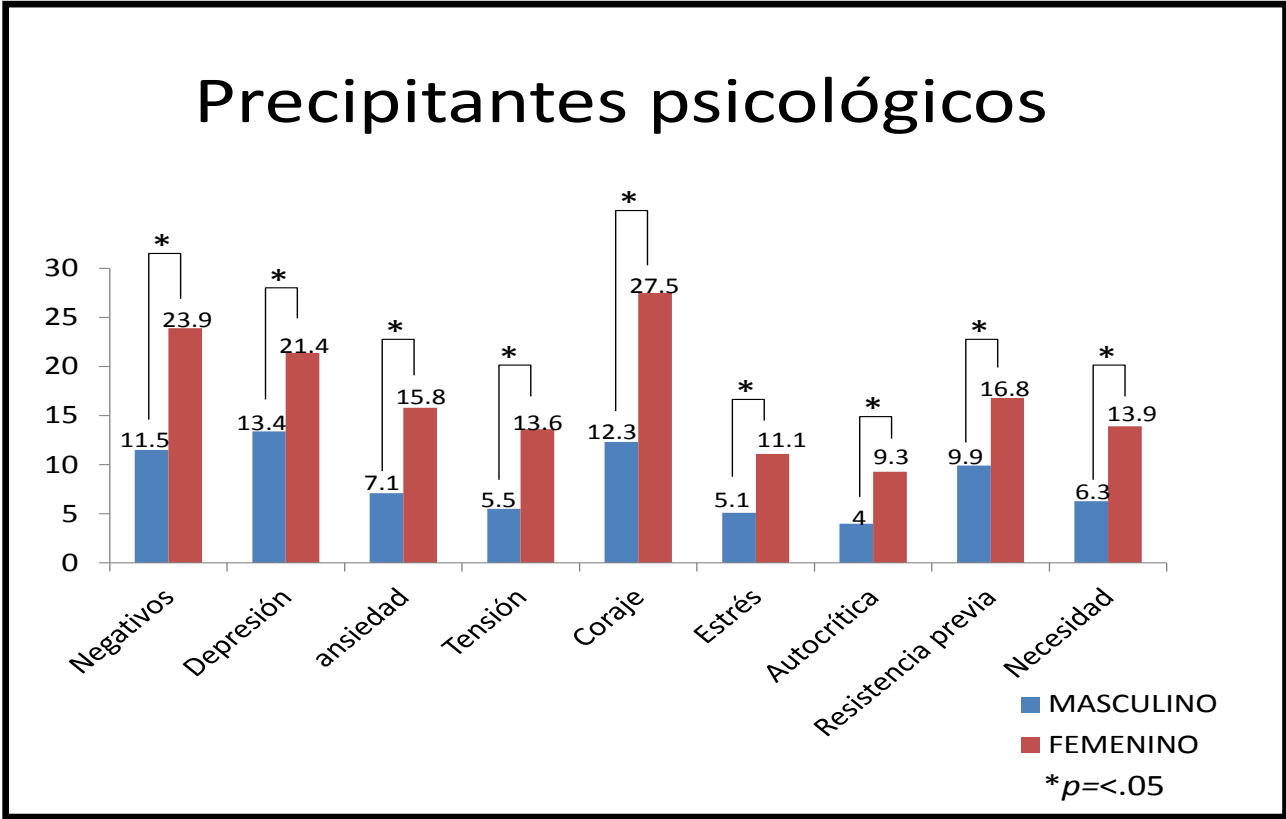
<b>Tabla 5.</b> Diferencias sexuales por precipitantes psicológicos						
<i>Precipitantes psicológicos°</i>	Item	<b>Masculino*</b> <b>N (%)</b> <b>253 (47.5%)</b>	<b>Femenino*</b> <b>N (%)</b> <b>280 (52.5%)</b>	<b>Total</b> <b>N (%)</b> <b>533 (100%)</b>	<b>Pba est. GL</b>	<b>P</b>
<b>Negativos</b>	<b>B1</b>	<b>29 (11.5)</b>	<b>67 (23.9)</b>	<b>96 (18.0)</b>	<b>13.98</b>	<b>0.001</b>
<b>Depresivos</b>	<b>B1</b>	<b>34 (13.4)</b>	<b>60 (21.4)</b>	<b>94 (17.6)</b>	<b>5.84</b>	<b>0.01</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>B1</b>	<b>18 (7.1)</b>	<b>44 (15.8)</b>	<b>62 (11.7)</b>	<b>9.65</b>	<b>0.002</b>
<b>Tensión</b>	<b>B1</b>	<b>14 (5.5)</b>	<b>38 (13.6)</b>	<b>52 (9.8)</b>	<b>9.83</b>	<b>0.002</b>
<b>Coraje</b>	<b>B1</b>	<b>31 (12.3)</b>	<b>77 (27.5)</b>	<b>108 (20.3)</b>	<b>19.12</b>	<b>0.001</b>
<b>Estrés</b>	<b>B1</b>	<b>13 (5.1)</b>	<b>31 (11.1)</b>	<b>44 (8.3)</b>	<b>6.17</b>	<b>0.03</b>
<b>Autocrítica</b>	<b>B1</b>	<b>10 (4.0)</b>	<b>26 (9.3)</b>	<b>36 (6.8)</b>	<b>6.05</b>	<b>0.01</b>
<b>Resistencia previa</b>	<b>B2</b>	<b>25 (9.9)</b>	<b>47 (16.8)</b>	<b>72 (13.5)</b>	<b>5.42</b>	<b>0.02</b>
<b>Necesidad</b>	<b>B3</b>	<b>16 (6.3)</b>	<b>39 (13.9)</b>	<b>55 (10.3)</b>	<b>8.30</b>	<b>0.004</b>

*En negritas los datos estadísticamente significativos (p<0.05)*

*\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES*

*°Definidos como aquellos sentimientos/ideas previas a la realización de autolesiones*

**Gráfica 3.** Diferencias sexuales por precipitantes psicológicos:



## 5. Sobre la descripción de los impulsos:

El impulso para autolesionarse más común en la muestra total de adolescentes fue: la liberación de sentimientos negativos (N=77; 14.4%), liberación de dificultades personales (N=61; 11.4%), y disminución de la tensión durante la autolesión y después de la autolesión (ambos con N=47; 8.8%).

Por sexo, el impulso para autolesionarse más común en el sexo femenino fue: la liberación de sentimientos negativos (N=54; 19.3%), liberación de dificultades personales (N=44; 15.7%), y liberación de ideas (N=37; 13.2%); mientras que en el sexo masculino fue: la liberación de sentimiento negativos (N=23; 9.1%), disminución de tensión después de la autolesión (N=19; 7.5%), y liberación de dificultades personales (N=17; 16.7%).

La liberación de sentimientos negativos fue el impulso más común para lesionarse más reportado en ambos sexos.

Como puede verse en la tabla 6, excepto uno de los impulsos para autolesionarse no mostró diferencia significativa y fue la disminución de tensión después de la lesión.

<b>Tabla 6.</b> Diferencias sexuales por impulsos						
<i>Impulso°</i>	Item	<u>Masculino*</u> N (%) 253 (47.5%)	<u>Femenino*</u> N (%) 280 (52.5%)	<u>Total</u> N (%) 533 (100%)	Pba est. GL	P
Liberación de sentimientos negativos	B4	23 (9.1)	54 (19.3)	77 (14.4)	11.17	0.001
Liberación de ideas	B4	8 (3.2)	37 (13.2)	45 (8.4)	17.37	0.001
Liberación de dificultades personales	B4	17 (6.7)	44 (15.7)	61 (11.4)	10.61	0.001

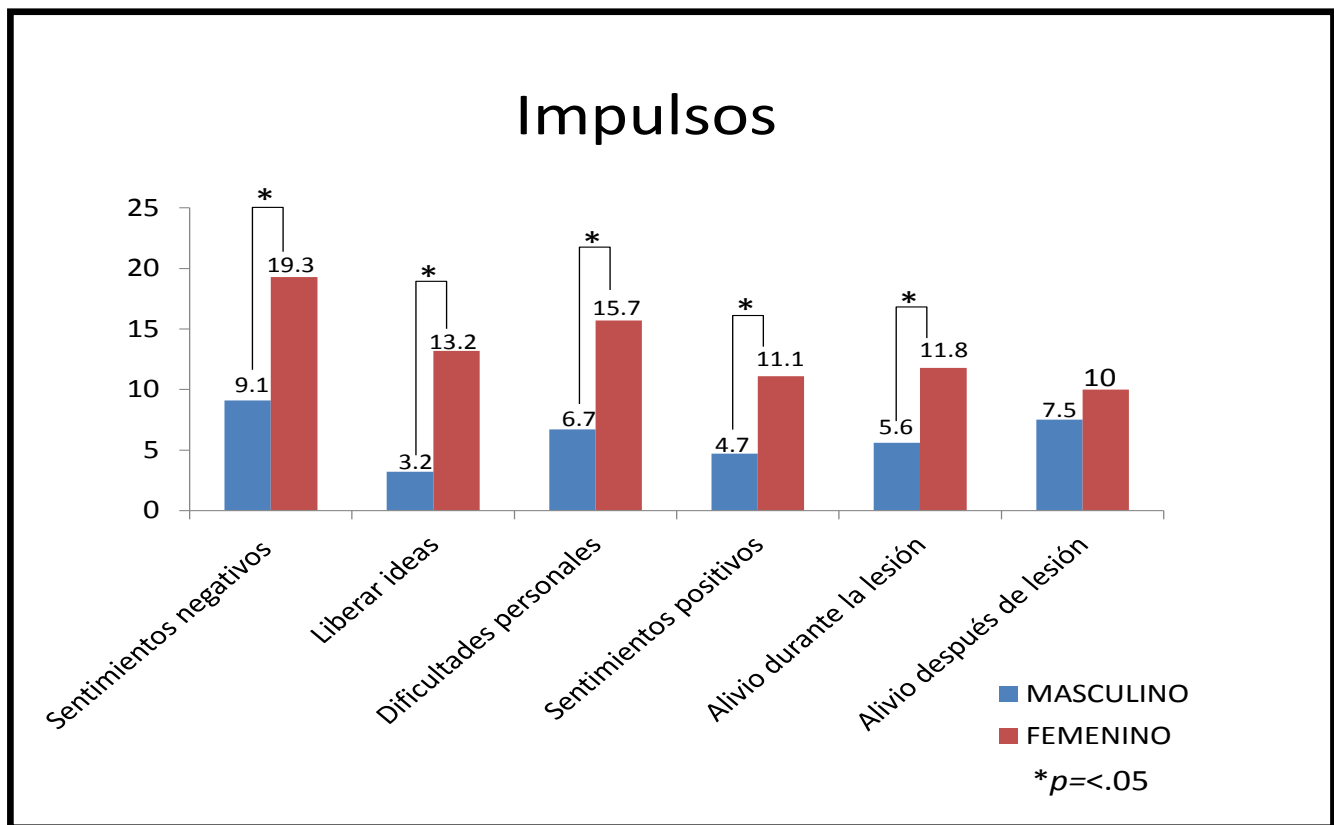
<b>Inducción de sentimientos positivos</b>	<b>B3</b>	<b>12 (4.7)</b>	<b>31 (11.1)</b>	<b>43 (8.1)</b>	<b>7.17</b>	<b>0.007</b>
<b>Disminución de tensión durante autolesión</b>	<b>B4</b>	<b>14 (5.6)</b>	<b>33 (11.8)</b>	<b>47 (8.8)</b>	<b>6.39</b>	<b>0.011</b>
Disminución de tensión después de autolesión	B4	19 (7.5)	28 (10.0)	47 (8.8)	1.02	0.31

*En negritas los datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )*

*\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES*

*°Definido aquí como el deseo intenso que lleva a hacer algo en este caso (la liberación de sentimientos, ideas, dificultades, las inducciones de sentimientos positivos ó las disminuciones de tensión)*

**Gráfica 4.** Diferencias sexuales por impulsos:





## 6. Sobre la descripción de las explicativas:

Las expectativas consecutivas de autolesionarse más comunes en la muestra total de adolescentes fueron: desconocimiento de motivos para autolesionarse (N=77; 14.5%), para demostrar desesperación (N=66; 12.4%), y manera de castigo (N=32; 6.0%).

Por sexo, las variables explicativas más comunes en el sexo femenino fueron: desconocimiento de motivos para autolesionarse (N=56; 20.1%), para mostrar desesperación (N=49; 17.5%), y manera de castigo (N=20; 7.1%); mientras que en el sexo masculino fueron: desconocimiento de motivos para autolesionarse (N=21; 8.3%), para mostrar desesperación (N=17; 6.7%), y manera de castigo (N=12; 4.7%).

Como puede verse en la tabla 7, por sexo sólo tres explicativas de autolesión mostraron diferencias significativas y fueron: para demostrar desesperación, para asustar a personas y desconocimiento de motivos para autolesionarse, siendo mayor la prevalencia de las mujeres frente a los hombres:

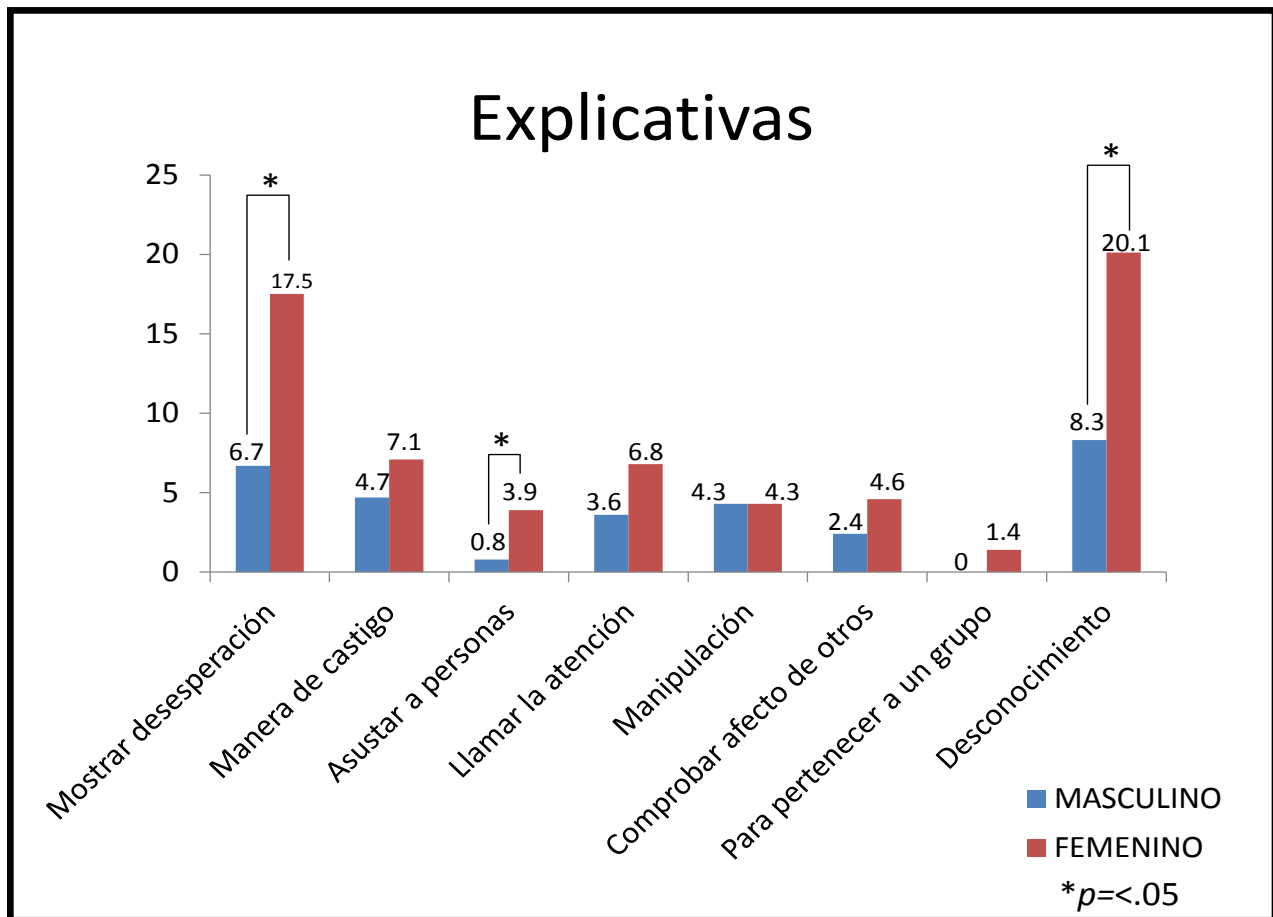
<b>Tabla 7.</b> Diferencias sexuales por explicativas						
<i>Explicativas</i>	Item	<b>Masculino*</b> <b>N (%)</b> 253 (47.5%)	<b>Femenino*</b> <b>N (%)</b> 280 (52.5%)	<b>Total</b> <b>N (%)</b> 533 (100%)	<b>Pba</b> <b>est.</b> <b>GL</b>	<b>P</b>
<b>Para demostrar desesperación</b>		<b>17 (6.7)</b>	<b>49 (17.5)</b>	<b>66 (12.4)</b>	<b>14.23</b>	<b>0.001</b>
Manera de Castigo		12 (4.7)	20 (7.1)	32 (6.0)	1.35	0.16
<b>Para asustar a personas</b>		<b>2 (0.8)</b>	<b>11 (3.9)</b>	<b>13 (2.4)</b>	<b>5.5</b>	<b>0.019</b>
Llamado de Atención		9 (3.6)	19 (6.8)	28 (5.3)	2.78	0.09
Manipulación (chantaje)		11 (4.3)	12 (4.3)	23 (4.3)	0.001	0.97

Comprobación de afecto de personas		6 (2.4)	13 (4.6)	19 (3.6)	1.99	0.15
Para pertenecer a un grupo		0 (0.0)	4 (1.4)	4 (0.8)	F0.07	
<b>Desconocimiento de motivos para autolesionarse</b>		<b>21 (8.3)</b>	<b>56 (20.1)</b>	<b>77 (14.5)</b>	<b>14.85</b>	<b>0.001</b>

En negritas los datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )

\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES

**Gráfica 5.** Diferencias sexuales por explicativas:



## 7. Sobre la descripción de la interferencia con la funcionalidad:

La interferencia en la funcionalidad más común en la muestra total de adolescentes fue la de tipo “académica y social (escolar)” (N=42; 7.9%). Además, ésta misma fue la interferencia más reportada tanto por las mujeres (N=23; 8.2%), como por los hombres (N=19; 7.5%). Sin embargo, no alcanzaron significancia estadística.

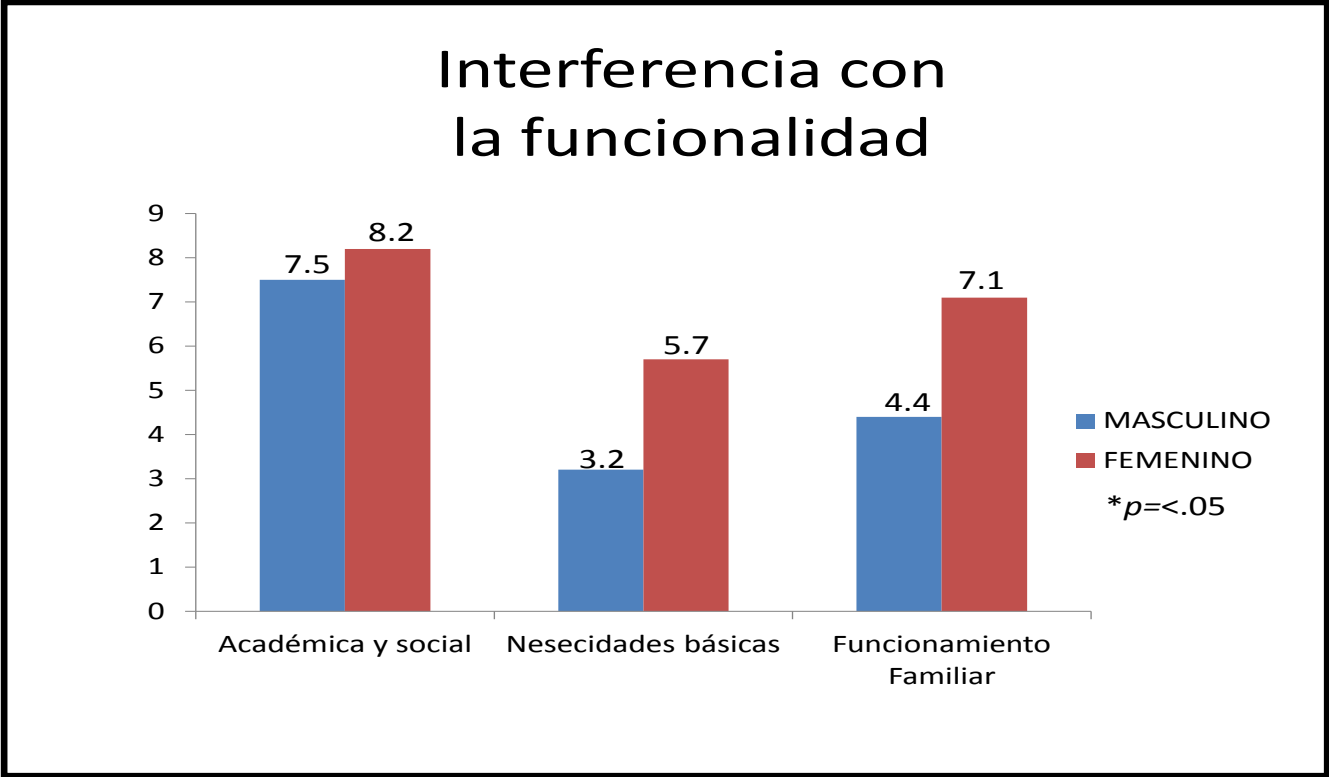
Como puede verse en la tabla 8, los resultados indican que ninguno de los ítems del AUTOLES que miden la interferencia con la funcionalidad resultó estadísticamente significativo:

<b>Tabla 8.</b> Diferencias sexuales en la interferencia con la funcionalidad						
<i><b>Interferencia con la funcionalidad</b></i>	<b>Item</b>	<b><u>Masculino*</u> N (%) 253 (47.5%)</b>	<b><u>Femenino*</u> N (%) 280 (52.5%)</b>	<b><u>Total</u> N (%) 533 (100%)</b>	<b>Pba est. GL</b>	<b>P</b>
Académica y social	C	19 (7.5)	23 (8.2)	42 (7.9)	0.09	0.76
Necesidades básicas	C	8 (3.2)	16 (5.7)	24 (4.5)	1.98	0.15
Funcionamiento familiar	C	11 (4.4)	20 (7.1)	31 (5.8)	1.83	0.17

*En negritas los datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )*

*\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES*

**Gráfica 6.** Diferencias sexuales en la interferencia con la funcionalidad:



## 8. Sobre la descripción del componente adictivo:

Llama la atención que 68 (12.8%) adolescentes sienten incapacidad para detenerse; 37 (6.9%) adolescentes sienten la sensación de adicción al hacerlo; y que solo 100 (18.8%) adolescentes desean dejar de autolesionarse.

Además las mujeres fueron quienes reportaron mayores prevalencias en las tres categorías aquí mencionadas.

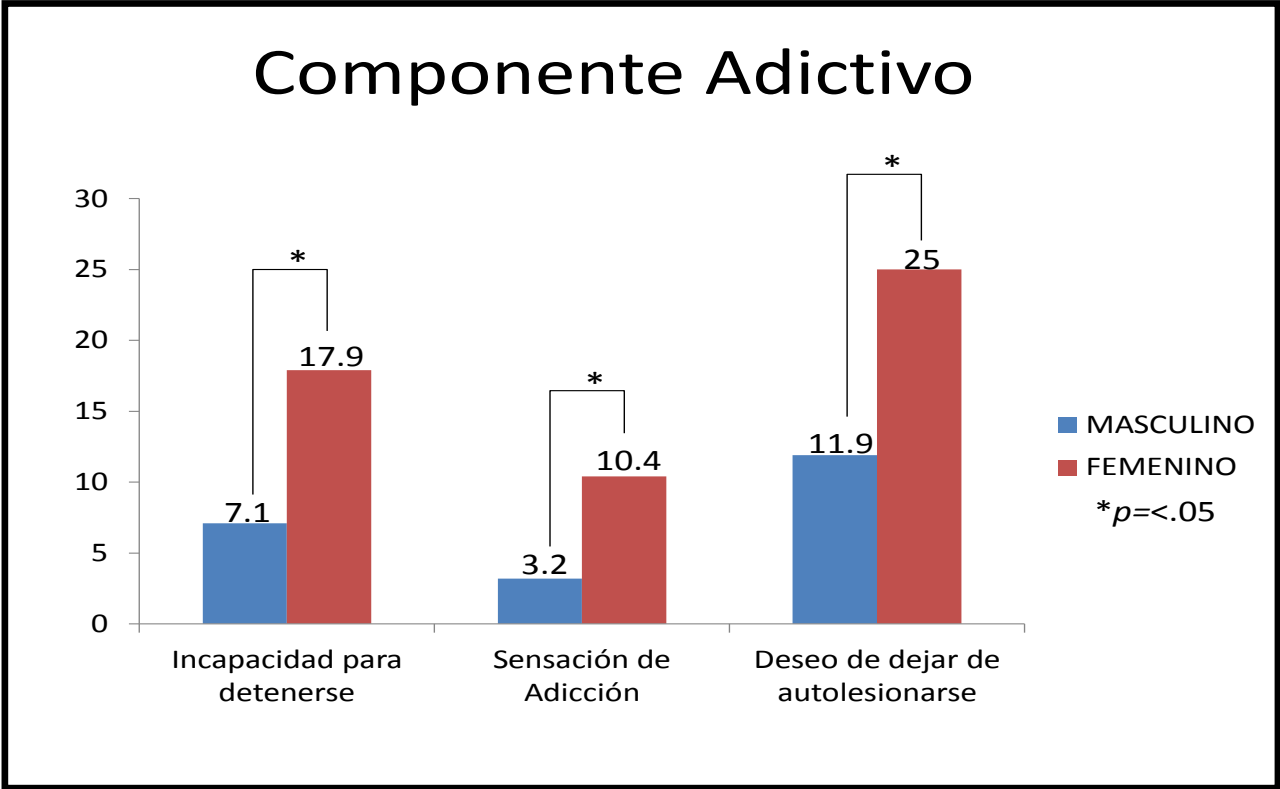
Como puede verse en la tabla 9, la incapacidad para detenerse (0.001), la sensación de adicción al autolesionarse (0.001), y la presencia de deseo de dejar de autolesionarse (0.001) fueron estadísticamente significativos:

<b>Tabla 9.</b> Diferencia sexuales por componente adictivo						
<b>Componente adictivo</b>	<b>Item</b>	<b>Masculino*</b> <b>N (%)</b> <b>253 (47.5%)</b>	<b>Femenino*</b> <b>N (%)</b> <b>280 (52.5%)</b>	<b>Total</b> <b>N (%)</b> <b>533 (100%)</b>	<b>Pba</b> <b>est.</b> <b>GL</b>	<b>P</b>
<b>Incapacidad para detenerse</b>	<b>B2</b>	<b>18 (7.1)</b>	<b>50 (17.9)</b>	<b>68 (12.8)</b>	<b>13.89</b>	<b>0.001</b>
<b>Sensación de adicción a autolesionarse</b>	<b>B2</b>	<b>8 (3.2)</b>	<b>29 (10.4)</b>	<b>37 (6.9)</b>	<b>10.65</b>	<b>0.001</b>
<b>Deseo de dejar de autolesionarse</b>	<b>B2</b>	<b>30 (11.9)</b>	<b>70 (25.0)</b>	<b>100 (18.8)</b>	<b>15.06</b>	<b>0.001</b>

*En negritas los datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )*

*\*Estos datos provienen del fenotipo ampliado a partir del ítem 51 de la Cédula AUTOLES*

**Gráfica 7.** Diferencias sexuales por componente adictivo:



## DISCUSION

En este estudio investigamos las diferencias sexuales de las autolesiones no suicidas en una muestra comunitaria de adolescentes de ambos sexos entre 11 y 17 años de edad.

Por medio de un instrumento diseñado Ad-Hoc para este estudio y denominado Cédula AUTOLES (auto-reporte de lesiones) y apegándonos al algoritmo sugerido en el DSM-V encontramos una prevalencia del 5.6% (N=30), cifra semejante a lo reportado en la literatura. Por sexo encontramos una prevalencia de 4.0% (N=10) en el sexo masculino y de 7.1% (N=20) en el sexo femenino. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas  $X^2(1, N=533)=0.79, p=.07$ . La falta de significancia entre los sexos es consistente con otros estudios que muestran que las diferencias son menos marcadas de lo que se pensaba <sup>(34, 35, 36)</sup>.

La mayor frecuencia de autolesiones no suicidas en mujeres es consistente con otros estudios de adolescentes de la misma edad <sup>(15, 20)</sup>. Sin embargo esta diferencia no alcanzó significancia estadística. Este resultado es consistente con el estudio de Gratz et. al., Garrison et. al., y Tyler, et. al., quienes mostraron que cuando el trastorno incluye en su definición la conducta de interferir con la cicatrización de una herida, la prevalencia se eleva al 37-47%, y que la remoción de este ítem le da significancia estadística a la diferencia por sexos <sup>(34, 35, 36)</sup>. Es muy probable que en nuestro estudio la inclusión de este ítem elevara la prevalencia de los varones quienes eligieron este mecanismo como el más común.

La disminución en la frecuencia de autolesiones no suicidas en varones puede deberse en parte a que no reportan la conducta por pena o vergüenza, ó por relacionarlas con conductas estrictamente del sexo femenino.

La prevalencia calculada de autolesiones sin intención de suicidio a partir del ítem 51 (“¿te lastimas sin la intención de quitarte la vida?” Si/No) fue del 17.1%, mucho mayor que la que se obtiene usando el algoritmo del DSM-V (5.6%). Estudios futuros tendrán que comparar si los fenotipos son distintos a partir de estos métodos de calcular la prevalencia.

En cuanto al mecanismo de lesión, las mujeres presentaron mayores prevalencias en todos los mecanismos, excepto en el quemado de la piel con cigarrillos u otras sustancias, donde la prevalencia fue mayor en los hombres; además, ambos sexos presentaron la misma prevalencia en el mecanismo de presionar órganos para ocasionar dolor.

Nuestro estudio refiere que el mecanismo más usado por las mujeres es el de cortes en la piel, que es muy consistente con los resultados de Sornberger et. al. <sup>(20)</sup> y el de Barrocas et. al. <sup>(15)</sup>. En nuestro estudio el segundo mecanismo más usado por el sexo femenino fue el uso de objetos debajo de la piel ó uñas, mientras que en el de Barrocas et. al., fue el tallado de piel <sup>(15)</sup>.

En los hombres el mecanismo más usado fue el pellizcado de la piel, que difiere de los estudios de Barrocas et. al. y de Sornberger et. al., quienes reportaron que el método más usado por el sexo masculino fue el golpearse a sí mismo <sup>(15, 20)</sup>.

En cuanto a la topografía, llama la atención que tanto para hombres como para mujeres, los brazos y las muñecas fueron las zonas corporales de predilección. Este dato coincide en parte con la mayoría de las investigaciones previas, en donde las mujeres prefieren brazos y muñecas <sup>(20, 21)</sup>, pero no siempre concuerda en los hombres, pues otros estudios reportan que ellos prefieren otras zonas como cara y pecho <sup>(20)</sup> ó inclusive manos <sup>(21)</sup>.

Otro dato interesante en este estudio fue las diferencias en los precipitantes psicológicos (presencia de sentimientos e ideas negativas que experimentan los adolescentes antes de realizar estas conductas), siendo las mujeres quienes más los reportan, principalmente ideas de coraje antes de realizar la autolesión. En cambio los hombres (y en menor grado que las mujeres) presentaron más sentimientos depresivos previos a la autolesión deliberada. Estos resultados son semejantes al estudio de Brunner et. al. en 2007, que encontró más síntomas depresivos y ansiosos (medidos con la Youth Self-Report) asociados con un incremento en las autolesiones sin intención suicida <sup>(22)</sup>. Es posible que la sanción social para que las mujeres expresen el coraje y los varones la depresión influyan para que los adolescentes encuentren mecanismos alternativos para la expresión de estos sentimientos.



A pesar que las mujeres demostraron tener mayor preocupación y deseo de parar las autolesiones, también reportaron mayor “necesidad” de practicar dicha conducta, incapacidad para detenerse y “sensación de adicción” de autolesionarse.

Las mujeres registraron con mayor frecuencia impulsos para autolesionarse en comparación con los hombres. El impulso más reportado por ambos sexos fue la liberación de sentimientos negativos, solo que los hombres con menor frecuencia que las mujeres.

En relación a la disfuncionalidad que conllevan las autolesiones, los datos que arroja nuestro estudio no fueron significativos estadísticamente.

Estas diferencias por sexo en la presentación clínica de las autolesiones sin ideación suicida orienta a pensar en la existencia de un fenotipo específico asociado a cada sexo que debería recibir más atención.

El “fenotipo conductual” es un término relativamente moderno que interesantemente se desarrolló a partir de los hallazgos en el campo de la genética molecular y de las investigaciones centradas en la relación gen-conducta. Nyhan fue el primero en utilizar el término en 1976, al describir la conducta de automutilación como propia del síndrome de Lesh-Nyhan <sup>(37)</sup>.

El fenotipo conductual se define como todas las conductas motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales asociadas a un síndrome específico con etiología genética, en el cual no existe duda de que el fenotipo es resultado de la lesión subyacente, y que por lo tanto, de forma consistente se asocia a un trastorno biológico <sup>(37)</sup>.

En algunos casos, el fenotipo conductual constituye un trastorno psiquiátrico; en otros, puede ser un conjunto de conductas que no se consideran trastornos. Aunque en la mayoría de los casos el fenotipo conductual no es específico para ninguna entidad, forma parte del perfil sintomático para un determinado síndrome <sup>(37)</sup>.

Estas importantes diferencias sexuales en la expresión clínica de las autolesiones sin intención suicida proporcionan evidencia de que los varones tienen un fenotipo diferente de las mujeres. Es importante destacar que de aprobarse los criterios del DSM-V, se detectarían menos varones con esta conducta ya que se requieren por lo menos dos criterios de la dimensión B del DSM-V que corresponde al componente adictivo de este trastorno el cual expresan menos los varones.

## CONCLUSIONES

Las conductas auto-lesivas sin una intención suicida se presentaron con una frecuencia semejante a lo informado en otros países. Ocurren con mayor frecuencia y gravedad en el sexo femenino. Además dichas conductas, en nuestro ámbito sociocultural, responden principalmente a sentimientos negativos (depresión, ira, etc.) y dificultades interpersonales. También son las mujeres quienes refieren mayor incapacidad para frenar este comportamiento y tener esa sensación de “adicción”. El mecanismo de lesión que más usan son los cortes de la piel mientras que en los hombres es el pellizcado de la piel. Los hombres también sufren de este comportamiento inadecuado, aunque la prevalencia es menor en comparación a las mujeres. En cuanto a la topografía, ambos sexos refieren que los brazos y las muñecas son las zonas corporales de mayor predilección para autolesionarse.

Hombres y mujeres presentan diferentes motivos y expectativas para expresar la autolesión sin ideación suicida. También los sentimientos previos son diferentes. Por lo tanto también podemos concluir que existe un fenotipo conductual diferente entre ambos géneros, y que el fenotipo en los varones es de menor severidad que el de las mujeres. Investigaciones futuras deberán enfocarse en el estudio de dicho fenotipos conductuales.

Muchos estudios al igual que instrumentos que pretenden medir este fenómeno conductual ignoran el “rascado de cicatrices”. Así una de las conductas auto-lesivas más frecuentes entre los hombres, puede pasar desapercibida e influir en las prevalencias del género masculino, dando tasas mucho más menores.

Es importante tomar en cuenta las tendencias de desarrollo y el género cuando valoremos las autolesiones sin ideación suicida en los adolescentes, así como la gran variedad de mecanismos de autolesión. Una mejor comprensión de este trastorno nos ayudará a ofrecer una mejor prevención y manejo terapéutico.

Estos resultados pueden ser de gran utilidad para las autoridades escolares y de la salud pública. Identificar las conductas de autolesión sin intención suicida en nuestra sociedad

puede ayudarnos a prevenir el suicidio durante la etapa adulta, como muchos estudios lo han confirmado. Son imprescindibles las valoraciones médicas rutinarias en nuestra población adolescente para detectar jóvenes con este tipo de comportamientos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E. & Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behavior, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practicing self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 18: 309-320.
2. Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S. & Kapur, N. (2012). Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *The Lancet*. S0140-6736 (12) 61141-6.
3. Stoddard, F. & Saxe, G. (2001). Ten-Year Research Review of Physical Injuries. *Journal of American academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40:10. 1128-1143
4. Dougherty, D. & Mathias, C. (2009). Impulsivity and Clinical Symptoms among Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury with or without Attempted Suicide. *Psychiatry res*. 169: 22-27.
5. Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K.B., DeLeo, D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49: 667-677.
6. Giletta, M., Scholte, R., Engels, R., Ciairano, S. & Prinstein, M.J. (2012). Adolescent Non-Suicidal Self-Injury: A Cross-National Study of Community Samples From Italy, The Netherlands and The United states. *Psychiatry Research*. 197: 66-72.
7. Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P.L. (2012). International Prevalence of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury and Deliberate Self-Harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 6: 10.

8. Nock, M. & Prinstein, M. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 1: 140-146.
9. SADOCK, B. & SADOCK, V.: Medicina Psiquiátrica de Urgencia. En: Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría, España, 2008, pp 902.
10. Peterson, J., Fredenthal, S., Sheldon, C. & Andersen, R. (2008). Non-Suicidal Self Injury in Adolescents. *Psiquiatry (Edgemont)*. 5 (11), 20-26.
11. Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.A., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, C. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 31:155-163.
12. González-Forteza, C., Arana, D.A. & Jiménez, J.A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación Autogestiva con los Servicios de Salud Mental. *Salud Mental*. 31:23-27.
13. Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.A., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M. & Wang, P.S. (2009). Service Among Mexico City Adolescents With Suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 120 : 32-39.
14. Andover, M., Morris, B., Wren, A. & Bruzzese M. (2012). The Co-Occurrence of Non-Suicidal Self-Injury and Attempted Suicide Among adolescents: Distinguishing Risk Factors and Psychosocial Correlates. *Child & adolescent Psychiatry & Mental Health*. 6:11.
15. Barrocas, A.L., Hankin, B.L. & Young, J.I. (2012). Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *Pediatrics*. 130: 38-46.
16. Mansell Pattison, E. & Kahan, J. (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 140: 7.

17. Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate Self-Harm in Adolescents: Self Report Survey in Schools in England. *BMJ*. Vol. 325
18. Nixon, M., Cloutier, P. & Jansson, M. (2008). Nonsuicidal Self-Harm in Youth: A Population-Based Survey. *CMAJ*. 178 (3): 306-312.
19. Cawthorpe, D., Somers, D., Wilkes, T. & Phil, M. (2003). Behavioral Contagion Reconsidered: Self-Harm Among adolescent Psychiatric Inpatients: A Five-Year Study. *The Canadian Child & Adolescent Psychiatry Review*. 4 (12), 103-106.
20. Sornberger, M.J., Heath, N.L., Toste, J.R. & McLouth, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations Among adolescents. *The Official Journal of the American Association of Suicidology*. 43 (3): 266-278.
21. Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C. & Knox, K. (2010). Non-Suicidal Self-Injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*.
22. Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J. & Steen, R. (2007). Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 161 (7): 641-649.
23. Victor, S.A., Glenn, C.R. & Klonsky, E.D. (2012). Is Non-Suicidal Self-Injury an “Addiction”? A Comparison of Craving in Substance Use and Non-Suicidal Self-Injury. *Psychiatry Research*. 197: 73-77.
24. Yates, T.M., Tracy, A.J. & Luthar, S.S. (2008). Non-Suicidal Self-Injury Among “Privileged” Youths: Longitudinal and Cross-Sectional Approaches to Developmental Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76: 52–62.

25. Sher, L. & Stanley, B.H. (2008). The Role of Endogenous Opioids in the Pathophysiology of Self-Injurious and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*. 12: 299–308.
26. Janis, I. & Nock, M. (2009). Are Self-Injurers Impulsive? : Results From Two Behavioral Laboratory Studies. *Psychiatry Res*. 169 (3): 261-267
27. TORO J: Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, España, 2002, pp 970
28. Wichstrom, L. (2009). Predictors of Non-Suicidal Self-Injury Versus Attempted Suicide: Similar or Different? *Arch Suicide Res*. (13): 105-1222.
29. Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V. & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*. 158. 427–432.
30. Plener, P. & Fegert, J. (2012). Non-Suicidal Self-Injury: State of the Art Perspective of a Proposed New Syndrome for DSM-V. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*. 6:9.
31. Hebebrand, J. & Buitelaar, J. (2011). On The Way to DSM-V. *European Child and Adolescence Psychiatry*. 20: 57-60.
32. American Psychiatry Association (2012). DSM-5 Development. [Http://www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).
33. Dulit, R., Fyer, M., Leon, A., Brodsky, B. & Frances, A. (1994). Clinical Correlates of Self-Mutilation in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 151, 1305-1311.
34. Gratz, K. L., Conrad, S. D. & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 72(1): 128–140.
35. Garrison, C. Z., Addy, C. L., McKeown, R. E., Cuffe, S. P. & Jackson, K. L. (1993). Non-suicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339–352.



36. Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R. & Johnson, K. D. (2003). Self-mutilation and homeless youth: The role of family abuse, street experiences, and mental disorders. *Journal of Research on Adolescence*. 13 (4): 457–474.
37. Artigas-Pallarés, J. (2002). Fenotipos Conductuales. *Revista Neurológica*. 34 (supl 1) : 38-48.

## ANEXOS

### AUTORREPORTE DE LESIONES (AUTOLES)

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Lista \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Femenino

En el último año tú te has hecho daño intencionalmente hasta provocar sangrado o dolor por de la siguiente manera:

Sí	No	<b>Tacha la respuesta verdadera</b>
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Tipo de lesión</b>
<b>Sí</b>	<b>No</b>	1. ¿Te has cortado la piel?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	2. ¿Te has frotado la piel con un objeto?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	3. ¿Has introducido algún objeto debajo de la piel o uñas?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	4. ¿Te has pellizcado la piel?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	5. ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja u otro objeto para realizar marcas en la piel?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	6. ¿Te has rascado cicatrices?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	7. ¿Has jalado la piel que se descama después de una quemadura de sol?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	8. ¿Te has quemado la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	9. ¿Has arrancado el pelo, las pestañas o cejas (no por razones cosméticas) ?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	10. ¿Te has arrancado uñas?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	11. ¿Has presionado tus órganos como la vejiga para despertar sensación dolorosa?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	12. ¿Te has mordido?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	13. ¿Te has pegado (cachetadas, cabeza, partes del cuerpo)?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	14. ¿Tienes sentimientos negativos antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	15. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión, antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	16. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	17. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados, tensión antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	18. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje, antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	19. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con estrés, antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	20. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con autocrítica, antes de lastimarte?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	21. ¿Antes de lastimarte tienes un periodo de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	22. ¿La necesidad de realizar los actos para lastimarte te vienen con frecuencia aunque no siempre los ejecutas?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	23. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de sentimientos negativos ?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	24. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de ideas?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	25. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan o de dificultades personales?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	26. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te inducen sentimientos positivos?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	27. ¿La liberación de la tensión ocurre durante la práctica del acto para lastimarte ?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	28. ¿La liberación de la tensión ocurre inmediatamente después de realizarlo?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	29. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfieren con otras actividades que realizas como tus tareas de la escuela, el dormir, o socializar con tu familia o amigos?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	30. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfieren con otras actividades que realizas como dormir?
<b>Sí</b>	<b>No</b>	31. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfieren con otras actividades que realizas como

	socializar con tu familia o amigos?
--	-------------------------------------

Si respondiste que sí a alguna de las preguntas de esta sección, por favor continúa respondiendo el cuestionario, en caso contrario, favor de entregarlo al aplicador.

## SECCIÓN DOS

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Tacha la respuesta verdadera</b>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	32. ¿La idea de lastimarte vino de ti mismo(a)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	33. ¿La idea de lastimarte vino al ver a alguien de tus amigos/as hacerlo?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	34. ¿La idea de lastimarte vino al ver a algún familiar hacerlo?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	35. ¿La idea de lastimarte vino al verlo en cine, televisión, internet?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	36. ¿Te lastimas en antebrazos y muñecas?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	37. ¿Te lastimas en brazos y codos?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	38. ¿Te lastimas en muslos y rodillas?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	39. ¿Te lastimas en abdomen?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	40. ¿Te lastimas en la cara?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	41. ¿Te lastimas en cabeza?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	42. ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	43. ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	44. ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	45. ¿Cuando te lastimas prefieres estar solo(a) ?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	46. ¿Cuando te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	47. ¿Cuando te lastimas te da igual estar solo(a) o acompañado (a)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	48. ¿Cuando te lastimas te escondes de los demás?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	49. ¿Nunca le has dicho a nadie que te lastimas?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	50. ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	51. ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	52. ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	53. ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	54. ¿Te lastimas porque quieres castigarte?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	55. ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	56. ¿Te lastimas porque quieres que alguien te ponga atención?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	57. ¿Te lastimas para que alguien vuelva contigo?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	58. ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	59. ¿Te lastimas porque quieres ser parte de un grupo (de los que se lastiman)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	60. ¿No sabes por qué te lastimas?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	61. ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	62. ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	63. ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	64. ¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti? <span style="float: right;">Edad:</span>
<b>Contesta las siguientes preguntas</b>		
¿Qué edad tenías cuando empezaste a realizar actos para lastimarte?		_____ años

¿Describe si hubo un evento que desencadenó que tú empezaras a lastimarte?

Divorcio de tus padres  Muerte de un familiar  Terminar con pareja  Robo

Otro. Menciona \_\_\_\_\_

¿Describe si hay eventos que disminuyen los actos para lastimarte?

Entretenimiento  Estoy ocupado(a)  Tengo pareja  Estoy de viaje

Otro. Menciona \_\_\_\_\_



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicio de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Novaro"



Oficio: DI/CI/018/1012

Asunto: Aprobación

México, D.F. a 29 de Octubre de 2012.

**DR. JOSÉ LUIS MÉNDEZ SANTOS**

**PRESENTE**

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Diferencias de género en adolescentes con relación a las autolesiones sin ideación suicida en población comunitaria de la Ciudad de México.", registrado en esta División de Investigación como proyecto derivado del protocolo "Bullying y autolesiones" con la clave IT20090412/TA, como trabajo de tesis para obtener la Diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, ha sido **APROBADO**.

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

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de Investigación.
- Deberá entregar hasta 9 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, en su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Noviembre en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los prominentes derivados (presentaciones e congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no podrá llenar el informe final en la página antes mencionada para evitar conflicto de informe faltante.
- Al término de su proyecto entregará dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como activo para la biblioteca del hospital; incluye dos ejemplares en la biblioteca de la UNAM y del HPIDJUN.

Sin más por el momento, recibirá un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo**  
Presidenta del Comité de Investigación

Cop. Registro de productividad de HPIDJUN  
Adjeto.