



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

**Prevalencia de conductas autolesivas
En adolescentes de una preparatoria en el
estado de México.**

TESIS

Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Efraín Isaías Plata Colín

DIRECTOR DE TESIS

Martha Berenice Hernández Miranda

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Cd.Mx., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2017

**“PREVALENCIA DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN
ADOLESCENTES DE UNA PREPARATORIA EN EL ESTADO DE
MÉXICO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

M.C. EFRAÍN ISAÍAS PLATA COLÍN

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2017

**“PREVALENCIA DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN
ADOLESCENTES DE UNA PREPARATORIA EN EL ESTADO DE
MÉXICO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

M.C. EFRAÍN ISAÍAS PLATA COLÍN

AUTORIZACIONES

M. E. M.F. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS, CON SEDE
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2017

**“PREVALENCIA DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN
ADOLESCENTES DE UNA PREPARATORIA EN EL ESTADO DE
MÉXICO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. EFRAÍN ISAÍAS PLATA COLÍN

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Dedicatoria

A la inmaculada concepción en su advocación de Ntra. Señora de San Juan de los Lagos, custodia de mis abuelos, mis padres y mía.

Agradecimientos

A Dios

Por darme vida y salud, por estar siempre cerca de mí aun en el error, por ser mi auxilio y fortaleza. Por salir a mi encuentro como el padre misericordioso que es.

A mi madre y a mis hermanas por su apoyo incondicional y por ser mi inspiración en la vida.

A mi asesor de tesis y profesora: Dra. Berenice Hernández Miranda por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Al Dr. Daniel Godínez Tamay por su guía y apoyo.

Al I.S.S.E.M.Y.M. por ser la institución que me permitió iniciar mi vida profesional y ser el espacio donde tengo la oportunidad de servir a mis semejantes.

Resumen

Objetivo. Identificar la prevalencia de alumnos que se autolesionan en Atlacomulco Estado de México.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal, participaron 32 alumnos del Centro de Estudios Superiores y Bachillerato Tecnológico Atlacomulco, Se utilizó faces III. Su regulación emocional fue evaluada con la escala DERS-E para adolescentes mexicanos.

Resultados. Se estudiaron 32 adolescentes, de edad entre 15 y 21 años con una media de 16 años, el 65% de ellos se ha lesionado una sola vez, 35% lo ha hecho más de una vez, la emoción que predomina en los jóvenes antes de lesionarse es la euforia y el enojo y después del acto lesivo sigue siendo la euforia seguido del arrepentimiento. Los adolescentes sienten un dolor muy leve durante el acto lesivo. Las autolesiones se presentan en todo tipo de familias con predominio en familias flexibles y caóticas. 78% (25) son hombres 21.9% (7) mujeres, 68.8% (22) tienen 16 años, 72% (23) pertenece a una familia nuclear, 81.3% (18) realizó cutting 15.7% (5) dermografismo, 3% (1) quemaduras. 65% presentó una autolesión, 18 no relacionada, 13 caótica, DERS-E 16 con regulación emocional.

Discusión. Los adolescentes ocupan objetos punzocortantes para autolesionarse, como cutter, bolígrafos o lápices, presentan sentimientos de ira y ansiedad, sin embargo seguirían realizando el evento en algún momento de su vida a pesar de tener ayuda con psicólogo y médico. En España los adolescentes más afectados por cutting son aquellos con educación media superior incompleta, en México ocurre lo mismo. En Estados Unidos la edad promedio en la que ocurre la autolesión es a los 12 años, en México es a los 16 años. Los varones se lesionan con mayor frecuencia que las mujeres.

Conclusión. El diagnosticar las autolesiones por el médico familiar es importante en primer nivel ya que puede ser el signo de lo que en realidad ocurre desde disfuncionalidad familiar, depresión, o hasta una simple moda y tener sentido de pertenencia a un grupo. La conducta autolesiva se presenta más frecuentemente en adolescentes con familias flexibles y caóticas, pero no están exentas familias funcionales por lo que se deben buscar factores de riesgo en toda la población entre 12 y 17 años de edad, una vez presentado el primer evento se debe captar al joven y darle tratamiento multidisciplinario a fin de prevenir nuevos eventos en el mismo joven y en los jóvenes con los que convive.

Palabras claves: autolesiones, cutting, dermografismo.

ABSTRACT

Goal: To know the prevalence of self-injurious behaviors in adolescents in Atlacomulco State of Mexico.

Material and methods: A descriptive, observational, cross-sectional study. 32 students from "Centro de Estudios Superiores y Bachillerato Tecnológico Atlacomulco" participate in the study. Faces III were used. Their emotional regulation was evaluated with the DERS-E scale for Mexican adolescents.

Results: Thirty-two adolescents, aged between 15 and 21 years with an average of 16 years were studied, 65% of them have been injured only once, 35% have done more than once, the emotion that predominates in young people before injury is euphoria and anger and after the injurious act is still the euphoria followed by repentance. Adolescents feel very mild pain during the act of injury. Self-harm occurs in all types of families with a predominance of flexible and chaotic families. 78% (25) are men 21.9% (7) women, 68.8% (22) are 16 years old, 72% (23) belong to a nuclear family, 81.3% (1) burns. 65% had self-injury, 18 unrelated, 13 chaotic, DERS-E 16 with emotional regulation.

Debate: Teens use sharp objects to self-injure themselves, such as cutters, pens or pencils, they have feelings of anger and anxiety, but they would still do the event at some point in their lives despite having help with a psychologist and a doctor. In Spain the adolescents most affected by cutting are those with incomplete upper secondary education, in Mexico the same thing happens. In the United States, the average age at which self-harm occurs is at age 12, in Mexico at age 16. Men are more frequently injured than women.

Closure: Diagnosing self-injures by the family doctor is important in the first level since it can be the sign of what actually happens from family dysfunction, depression, or even a simple fashion and have a sense of belonging to a group. Self-injurious behavior occurs more frequently in adolescents with flexible and chaotic families, but functional families are not exempt, so risk factors should be sought in the entire population between 12 and 17 years of age, once the first event is presented to capture the young man and to give him multidisciplinary treatment in order to prevent new events in the same young person and in the young people with whom he lives.

Key Words: Self-injures, cutting, dermatographism

Índice

	Título	Página
1	Marco Teórico	1
1.20	Planteamiento del problema	18
1.21	Justificación	20
1.22.1	Objetivo general	21
1.22.2	Objetivos específicos	21
2	Material y métodos	22
2.1	Tipo de estudio	22
2.2	Población Lugar y tiempo de estudio	22
2.3	Criterios de Selección, exclusión y de eliminación	22
2.4	Conceptualización operativa de variables	22
2.5	Diseño estadístico	24
	Instrumento de recolección de datos	
2.5.1		24
2.9	Consideraciones éticas	26
3	Resultados	27
4	Discusión	43
5	Conclusiones	45
6	Referencias Bibliográficas	47
7	Anexos	49

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Adolescencia.

Es la etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Es difícil establecer límites cronológicos para este período; El concepto convencionalmente aceptado por la organización mundial de la salud es el siguiente: la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años. Considerándose dos fases, la adolescencia temprana entre los 10 y los 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y los 19 años.¹

1.2 Pubertad.

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres.²

1.3 Adrenarquia.

Entre los 6 y 8 años se produce la adrenarquia, que precede a la aparición de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es independiente de él. Hay un aumento de las hormonas secretadas en la capa reticular de la corteza suprarrenal, la dehidroepandrosterona (DHEA), la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la androstendiona. Estas hormonas actúan como precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la dehidrotestosterona. Las manifestaciones físicas dependientes de esta secreción hormonal se van a traducir en crecimiento del vello axilar y púbico, desarrollo de olor corporal e incremento de la secreción sebácea. En las chicas también son responsables de una pequeña aceleración del crecimiento prepuberal y aceleración de la edad ósea.³

Existen mecanismos de retroalimentación que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, a su vez, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa negativamente sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta).¹

Los cambios morfológicos corporales de los adolescentes son medidos mediante el método Tanner en el cual se describen los siguientes estadios:

Tabla 1

Escala de Tanner femenina

Estadio	Vello pubiano	Mamas
1	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en el margen medio de los labios.	Telarca: Aparece el botón mamario; areola y pezón se elevan ligeramente.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad.	La mama y la areola crecen, no existe separación de los contornos
4	Burdo, rizado, abundante, pero en menor cantidad que en las adultas.	La areola y el pezón forman una elevación secundaria con respecto al resto de la mama
5	Triángulo femenino de las adultas, límite superior horizontal.	Maduras, el pezón se proyecta sobre la areola, pero ésta se integra al contorno general de la mama.

Fuente: Introducción a la Pediatría 7ª Edición – GamesEternod, Autores: Juan GamesEternod, Germán TroconisTrens Editorial Méndez.

Tabla 2

Escala de Tanner masculina

Estadio	Vello pubiano	Pene	Testículos
1	Preadolescente	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso, largo, y ligeramente pigmentado.	El pene todavía no crece o aumenta ligeramente de tamaño.	Gonarca: Comienzan a crecer los testículos, volumen mayor de 4ml, el escroto se oscurece y tiene aspecto más arrugado.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, poca en cantidad.	Aumenta en forma evidente el tamaño del pene a predominio de la longitud.	Más grande
4	Parecido al de los adultos, pero menor cantidad, burdo, rizado.	Se desarrolla el glande y el volumen del pene aumenta en diámetro y largo.	Más grande, el escroto se oscurece y aumentan sus arrugas.
5	Distribución tipo adulto; se extiende a superficie media de muslos.	Adulto	Adulto. Testículos mayores de 12ml.

Fuente: Introducción a la Pediatría 7ª Edición – GamesEternod, Autores: Juan GamesEternod, Germán TroconisTrens Editorial Méndez.

En el varón el comienzo del desarrollo sexual es entre los 9,5 y 13,5 años (media: 11,6 años). El aumento del tamaño de los testes es el primer signo físico de su comienzo en el 98%. La eyaculación ocurre en general en el estadio IMS 3. El tiempo promedio para completar la pubertad es de 3 años.

En las chicas el botón mamario es el primer signo de comienzo puberal y puede acontecer entre los 9 y 13 años (media de 11,2 años). La menarquia ocurre en el estadio IMS 3 ó 4 y está relacionada con la edad de la menarquia de la madre y las condiciones socioeconómicas. La edad de la menarquia tiende a descender en todos los países cuando las condiciones socioeconómicas son

buenas. Influyen escasamente el clima y la raza. La media de edad de la menarquia está alrededor de los 12,4 años.

También hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero.¹

1.4 Desarrollo psíquico del adolescente.

Los estudios de imagen revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que maduran más tardíamente están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos.

Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar en relación con esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales. Sin embargo, el adolescente de 12 a 14 años generalmente ha sustituido el pensamiento concreto por una mayor capacidad de abstracción que lo va capacitando cognitiva, ética y conductualmente para saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas, otra cuestión es que el deseo y la posibilidad de experimentar supere a la prudencia. Con todo, el adolescente más joven, por esa restricción del pensamiento abstracto complejo, tiende a tener dificultades para evaluar riesgos a largo plazo para la salud (hipertensión, colesterol en la dieta, etc.).

En el desarrollo psicosocial se valorarán cuatro aspectos de crucial importancia: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad:

La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia de 12 a 14 años, la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un "vacío" emocional. En la adolescencia media 15 a 17 años estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de "regreso al hogar" 18 a 21 años.

Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se destacan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad como piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo, luego de 18 a 21 años la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.

Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y,

aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro.¹

1.5 La depresión en el adolescente como factor de riesgo para autolesionarse.

La depresión puede cambiar la forma como los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos. Los adolescentes con depresión por lo general ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo.

Todos o algunos de estos síntomas de depresión pueden estar presentes cambios en el apetito por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, episodios de pérdida de la memoria, fatiga, sentimiento de agitación, inquietud e irritabilidad, sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza u odio hacia sí mismo, pérdida del interés o el placer en actividades que alguna vez eran divertidas, pensar o hablar acerca del suicidio o la muerte, problemas para dormir, sueño excesivo o somnolencia diurna.

Algunas veces, el comportamiento de una persona puede cambiar o puede haber problemas en el hogar o en la escuela sin ningún síntoma de depresión. También se podrían observar: Comportamiento inadecuado como incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común, conducta delictiva como el hurto, comportamiento irresponsable, rendimiento escolar deficiente; baja en las calificaciones, distanciamiento de la familia y los amigos, así como pasar más tiempo solo, consumo de alcohol u otras sustancias ilegales.

Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y afectan el estado de ánimo o la capacidad para desempeñarse, el adolescente requiere tratamiento psicológico y/o probablemente multidisciplinario.

El suicidio es un riesgo para todos los adolescentes deprimidos.⁷

1.6 Causas de depresión en adolescentes.

La depresión puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes.

En ellos, el estado anímico depresivo es común debido a: el proceso normal de maduración y el estrés que se presenta con éste, la influencia de las hormonas sexuales. Los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como: la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio, el fracaso en la escuela.

Los adolescentes que son más propensos a resultar deprimidos cuando experimentan eventos estresantes tienen baja autoestima, son muy autocríticos y sienten poco control sobre los acontecimientos negativos.

Las mujeres adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los hombres. Un antecedente de depresión en la familia también pone a los adolescentes en mayor riesgo. Entre los eventos o situaciones que pueden causar depresión se encuentran: Agresión o

acoso en la escuela o en otra parte, abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual, falta de destrezas sociales, dificultades de aprendizaje, enfermedades crónicas, crianza o cuidados deficientes, algún acontecimiento estresante en la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.

Muchos adolescentes con depresión también pueden tener: Trastornos de ansiedad, Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA), Trastorno bipolar, Trastornos de la conducta alimenticia (bulimia y anorexia).⁴

1.7 Diagnóstico de depresión en adolescentes.

Según el DSMV, la verdadera depresión en adolescentes a menudo es difícil de diagnosticar, dado que los adolescentes normales tienen altibajos en su estado anímico, los cuales pueden alternar en períodos de horas o días, en ocasiones, cuando se les pregunta, los niños o los adolescentes sobre su estado de ánimo dirán que no son felices o están tristes. Los profesionales de la salud y los padres deben preguntar constantemente a los niños o adolescentes sobre síntomas de depresión.

El médico llevará a cabo una exploración física y pedirá paraclínicos para descartar causas médicas de los síntomas. Igualmente evaluarán al adolescente en búsqueda de signos de drogadicción.

Lo siguiente según el DSMV son factores de riesgo para depresión: Consumo excesivo de alcohol, consumo regular de drogas recreativas, antecedente de tristeza, irritabilidad, al igual que pérdida del interés y placer del paciente en actividades normales, signos de otros problemas psiquiátricos, como ansiedad, manía o esquizofrenia, ideas de suicidio u homicidio, es decir, si el adolescente es un peligro para sí mismo o para los demás. La información de familiares o profesores con frecuencia puede ayudar a identificar la depresión en los adolescentes.²

1.8 El tratamiento es:

1.8.1 Tratamiento farmacológico del adolescente deprimido.

El primer medicamento que se ensaya normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). Fluoxetina y escitalopramson los únicos aprobados por la FDA para tratar la depresión mayor en adolescentes (edades de 12 a 17 años). La fluoxetina también está aprobada para niños de 8 años en adelante. Los ISRS y otros antidepresivos podrían aumentar el riesgo de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes.

Algunas reacciones adversas presentadas con el uso de ISRS y otros antidepresivos abarcan: pensamientos o comportamientos suicidas, nerviosismo, agitación, irritabilidad, malhumor o insomnio que estén empeorando. No todos los antidepresivos están aprobados para su uso en niños y adolescentes. Por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos no están aprobados para su uso en adolescentes.³

1.8.2 Psicoterapia para adolescentes deprimidos.

Casi todos los adolescentes con depresión se benefician de algún tipo de psicoterapia. La psicoterapia es un buen espacio para hablar de sus sentimientos y preocupaciones y aprender formas de manejarlos.

Los tipos de psicoterapia abarcan: La terapia cognitiva conductista le enseña a las personas deprimidas formas de combatir los pensamientos negativos. Esto hace que estas personas sean

más conscientes de sus síntomas, les ayuda a conocer qué es lo que hace empeorar su depresión y les enseña habilidades de resolución de problemas, la terapia de familia puede ser de ayuda si el conflicto de familia está contribuyendo a la depresión. El apoyo de la familia o los profesores puede ayudar con los problemas escolares, la terapia psicológica (psicoterapia) puede ayudar a adolescentes a entender cuestiones que pueden estar causando su comportamiento, pensamientos, o sentimientos. Unirse a un grupo de apoyo de adolescentes que están experimentando problemas similares también puede ayudar.

Algunas veces, Los adolescentes con depresión grave o que están en riesgo de suicidio pueden requerir hospitalización para recibir tratamiento. Los adolescentes con depresión deben aprender a: tomar los medicamentos correctamente y manejar sus efectos secundarios, estar atentos a signos tempranos que indiquen que la depresión está empeorando y reaccionar cuando esto suceda, hacer más ejercicio y buscar otras actividades que disfrute, evitar el alcohol o fármacos sea que se los hayan recetado o no. Estas sustancias afectan el cerebro y empeoran la depresión con el tiempo y también pueden alterar su capacidad de discernimiento respecto al suicidio y tratar de rodear al adolescente de personas que sean afectuosas y positivas.⁵

1.9 Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con las autolesiones.

La familia es la unidad básica de la sociedad humana y es también un factor cultural de trascendental importancia en la vida del hombre, tanto desde el punto de vista de su ser social, como de su personalidad, sobre la cual ejerce una poderosa influencia y cuya profunda huella ha ido poniendo de manifiesto la psicología contemporánea. Como institución formativa de la personalidad social e individual, la familia desempeña un papel de primordial importancia en la formación del carácter personal y el desarrollo de la sociedad. En el seno de ella forman sus hábitos de convivencia las nuevas generaciones. Y en cuanto a lo individual, mucho del contenido emocional y de las actividades que dan tono y color a la conducta personal, es infundido en el subconsciente del sujeto por el ambiente familiar en la época de la vida de mayor labilidad emocional, reforzando o cambiando las modalidades más persistentes de la personalidad.²⁴

El modo de ser, los criterios personales y sentimientos, las opiniones y actividades reflejan en gran medida, con manifestaciones individuales, los de los padres y familiares más íntimo o de mayor jerarquía, la familia constituye también, el vehículo transmisor por excelencia de la herencia cultural en el aspecto normativo y regulador: costumbres, modales personales, sentimientos y desviaciones de lo establecido y secularmente admitido como “bueno” y socialmente conveniente.²⁴

El ambiente familiar tiene máxima importancia en el reforzamiento de la personalidad, es una estructura afectiva, una fuente de experiencias del ser humano durante su infancia y su adolescencia. Por esta razón es importante la organización de la familia respecto a la salud física, psíquica y moral del adolescente. La clasificación que hace Olson en tres grandes tipos de familias (balanceadas, medias y extremas) permite identificar que las “familias extremas” son aquellas familias que tienen una mayor prevalencia y/o riesgo de tener episodios autolesivos en sus adolescentes, por una parte debido al bajo nivel de apego que existe entre los jóvenes con sus padres en estas familias, lo que ocasiona desconocimiento por parte de estos últimos sobre los sentimientos o crisis de sus hijos adolescentes y por otro lado el alto nivel de apego puede provocar estrés en los adolescentes, invasión de su privacidad y ansiedad por aventurarse lejos del cuidado y protección de los padres, esto se pudiera encaminarse a una autolesión a manera de “válvula de escape” por la rigidez del entorno familiar.

En tanto que la “familia balanceada” tiene mucho menor incidencia de autolesiones entre sus jóvenes debido a que logran integrar y equilibrar adecuadamente sus niveles de apego y flexibilidad lo que evita el estrés en los adolescentes y previene un evento autolesivo por la disminución en la labilidad emocional que por sí misma la adolescencia ya conlleva.²⁴

1.10 Definición de conducta autolesivas

Una conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.

La ideación y los actos que tienen intención suicida están excluidos de esta definición.

Que este acto sea deliberado hace referencia a que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. En general no existe intención de morir; sin embargo, en la práctica clínica se encuentra que puede haber cierta ambivalencia al respecto.

El concepto excluye los rituales y prácticas culturales. Las autolesiones culturalmente determinadas son repetidas por muchas generaciones de una cultura particular; en general son de la misma naturaleza, enmarcadas en un contexto de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros y muchas veces con un claro significado simbólico. En consecuencia, constituyen un acto de pureza, valentía y/o de pertenencia a una subcultura.

El concepto también excluye el beber, fumar y comer en exceso pues si bien generan un daño, la principal motivación de estas conductas es la búsqueda de placer; por lo que no son consideradas autoagresiones, aunque indudablemente provocan daño indirecto a largo plazo.²

1.11 Epidemiología de las conductas autolesivas

Resulta complejo establecer prevalencias poblacionales basadas en la literatura científica disponible por distintas razones, primero porque la mayoría de los estudios clínicos describen las características de los sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que incurre en estas conductas; segundo, por razones de variabilidad conceptual del término, mientras algunos autores consideran una definición amplia de las conductas autolesivas (incluyendo desde la ideación de muerte hasta los intentos con fines suicidas), otros restringen el concepto excluyendo todas las conductas cuyo objetivo principal es lograr la muerte. En adelante se discutirá sólo las estadísticas que se restringen al concepto restringido de conducta autolesiva sin fines suicidas.

Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21% de los adultos⁵ y el 30 a 40% de los adolescentes⁶ que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva.

En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los adolescentes y el 4 a 6% de los adultos ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida. El mayor estudio poblacional publicado reporta conductas autolesivas repetidas (4 o más veces al año) en el 4% de la población adolescente.³

Estudios clínicos y poblacionales ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años encontrándose que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente.

Tradicionalmente se ha descrito que las conductas autolesivas son más frecuentes en las mujeres, existiendo suficiente evidencia de esto en la población adolescente. No obstante, en adultos los datos son contradictorios, tanto en poblaciones generales como clínicas, lo que no permite asegurar que las mujeres adultas muestren mayor prevalencia que los varones en el mismo rango etario.⁷

1.12 Características de las conductas autolesivas

Las autoagresiones más comúnmente observadas son los cortes y magulladuras en las extremidades y abdomen, producidos con objetos corto punzantes, también escoriarse la piel hasta sangrar, quemarse o introducirse objetos subdérmicos. Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades.

Son factores de riesgo para autolesionarse según DSM-V pertenecer al género femenino, ser adolescente, de bajo nivel socioeconómico, con orientación homosexual o bisexual y presentar el antecedente de haberse criado en un ambiente familiar adverso como violencia intrafamiliar, abuso, separaciones, madre muy joven y escaso nivel educacional.⁸

1.13 Clasificación de las formas de presentación de las conductas autolesivas

Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza.

1.13.1 Conductas autolesivas mayores

Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75% ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, transexualismo y trastornos de personalidad severos.¹³

1.13.2 Conductas autolesivas estereotipadas

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de LeschNyhan, Cornelia de Lange y PraderWilli. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.¹²

1.13.3 Conductas autolesivas compulsivas

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis.¹³

1.13.4 Conductas autolesivas impulsivas

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a

moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonia, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión.

En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo. Es más común en mujeres, comienza en la preadolescencia, pero también puede observarse en el período de latencia y en preescolares. Persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este tipo de autoagresiones se asocia a trastornos de personalidad del Cluster B, a trastorno por estrés postraumático, a trastornos disociativos y a trastornos de la conducta alimentaria.¹¹

1.14 Desarrollo de las conductas autolesivas.

La conducta autolesiva no suicida ocurre como una expresión de malestar emocional, se sabe que hasta el 18% de los adolescentes se causan daño de manera deliberada con la expectativa de que la lesión causara un daño físico leve o moderado.²⁷ los últimos estudios internacionales sostienen que la tendencia de autolesiones en adolescentes no ha aumentado sin embargo tampoco ha disminuido. La etiología de la autolesión es multifactorial, según Nock y Prinstein, las autolesiones cumplen cuatro funciones: 1. la autolesión permite aliviar un sentimiento desagradable o negativo como por ejemplo la ira, la tristeza y la sensación de vacío (reforzamiento automático negativo). 2. la autolesión provoca una sensación o sentimiento agradable, o por lo menos le permite sentir algo, aunque sea dolor (reforzamiento automático positivo). 3. la autolesión permite evitar una situación o contacto social desagradable (reforzamiento social negativo). 4. la autolesión permite obtener una determinada reacción o comportamiento por parte de otra persona (reforzamiento social positivo)¹⁶

Klonsky propone siete razones para autolesionarse: alivio de sentimientos desagradables o perturbadores, autocastigo, vinculación con un grupo de iguales, búsqueda de sensaciones, afirmación de límites interpersonales, evitar experimentar síntomas disociativos y causar influencia en otros. También es Klonsky quien propone los modelos biopsicosociales que explican las autolesiones¹⁶

1.14.1 Modelo de la regulación de los afectos

Sugiere que la autoagresión es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos. Desde las perspectivas sistémica y cognitiva, se postula que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional. Sujetos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas autolesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables.¹⁶

1.14.2 Modelo de la disociación

Comprende la autolesión como una respuesta a la aparición de estados de disociación, de despersonalización y/o desrealización. Gunderson plantea que algunos sujetos temperamentamente vulnerables pueden precipitarse en estados de disociación cuando se alejan de un objeto amado; este estado displacentero puede gatillar una conducta lesiva con el objetivo de recontactarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados.¹⁶

1.14.3 Modelo de conducta suicida alternativa

La conducta autolesiva aparecería como un mecanismo adaptativo de resistirse al deseo genuino de quitarse la vida. Producirse una lesión cutánea sería una forma alternativa de expresar pensamientos y sentimientos autodestructivos, sin el riesgo directo de morir.¹⁶

1.14.4 Modelo de influencia interpersonal

La conducta autolesiva sería usada para influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas. Autolesionarse debería ser comprendido como una voz de alarma, un medio para evitar el abandono o un intento por ser valorado.¹⁶

1.14.5 Modelo de los límites interpersonales

Sostiene que el sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad integrado, ha vivido una dolorosa dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos. Dañarse la piel como órgano que separa físicamente al individuo de su entorno y los otros, le permitiría distinguir concretamente su identidad física para afirmar su autonomía.¹⁵

1.14.6 Modelo del castigo

Marsha Linehan plantea que los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos. La autolesión es vivida egosin-tónicamente, constituyéndose en una conducta de autocontrol dirigida a incentivar y mantener comportamientos deseables colectivamente.¹⁵

1.14.7 Modelo de búsqueda de sensaciones

Comprende la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse contactado con la vida. Se plantea que biológicamente tendrían un estado hipohedónico basal que los impulsaría a la búsqueda activa de sensaciones límites placenteras y a la vez dolorosas. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño así mismo.¹⁷

1.15 ideación suicida en adolescentes mexicanos.

El fenómeno suicida es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. En México la conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre los 15 y los 24 años de edad. Para el 2015 fue la segunda causa de muerte en mujeres de entre 14 y 19 años de edad y la tercera para hombres en ese mismo rango de edad. En promedio, la ideación suicida en adolescentes mexicanos

entre 12 y 17 años es de 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres. En México los estudiantes de preparatoria tienen una prevalencia de intentos de suicidio fluctuante entre 17 y 7%.²⁷

La ideación suicida es el factor de riesgo individual más fuertemente asociado al suicidio consumado, en un rango del 30 al 50% de suicidios consumados existió por lo menos un antecedente de intento de suicidio. Al intento suicida antecede la autolesión no suicida. Se sabe que hasta el 75% de los jóvenes con intento suicida tuvieron uno o más de un acto autolesivo no suicida.²⁷

1.15.1 Conductas autolesivas y su asociación con ideación suicida.

Las conductas autolesivas sin fines suicidas pueden parecer similares clínicamente a los intentos genuinos por morir, en la medida que implican agresión directa al sí mismo y en que están presentes en una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, a diferencia de los intentos suicidas, el impacto de estas conductas es inmediato y de corta duración, y la conducta puede ser repetida muchas veces hasta obtener el efecto deseado. La conducta no es vislumbrada como una forma de terminar con la vida, ni de "realizar una pausa y desaparecer" sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias.

Teóricamente, las conductas autolesivas pueden diferenciarse de los intentos suicidas en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad. El intento suicida tiene como intención terminar con la vida, a diferencia de las conductas autolesivas que pueden tener motivaciones como las anteriormente descritas. Las conductas autolesivas tienden a presentarse repetitivamente, a diferencia de los intentos suicidas que son ocasionales. Las conductas autolesivas tienden a usar métodos de daño de baja letalidad, en comparación con la mayor letalidad del intento por morir.

Pese a las claras diferencias teóricas descritas, en la práctica clínica se observa que estas conductas pueden presentarse conjuntamente en sujetos vulnerables. En personas con historia de conductas autolesivas, se encuentra que el 33 a 37% de los adolescentes también reporta al menos un intento suicida durante el último año. En adultos, entre 16 y 25% presentan antecedentes de ambas conductas.

Existe suficiente evidencia para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de 9 años después de haber cometido un acto de autoinjuria, el 5% de los autoagresores habrá consumado suicidio. El mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros 6 meses luego de una autoagresión.

Hawton calcula que, durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor que en la población general. Aunque las autolesiones predicen intentos suicidas futuros, los intentos suicidas no predicen futuras autolesiones⁶

1.16 Asociación entre trastorno de personalidad límite y con conductas autolesivas

En el manual diagnóstico DSM-IV, las conductas autolesivas sin fines suicidas no están tipificadas como una entidad clínica específica, apareciendo únicamente como parte de los criterios diagnósticos para el trastorno límite de personalidad; esta asociación se basa en que estudios en población clínica muestran que más del 70% de los sujetos con diagnóstico de trastorno límite de personalidad realizan conductas autolesivas repetitivas con distintas motivaciones, sin embargo, no

existen suficientes estudios realizados en población general que permitan evaluar la asociación (o ausencia de asociación) entre estas conductas y otros diagnósticos psiquiátricos.⁴

Se plantea que los factores que aumentan el riesgo de autolesiones en sujetos con trastorno límite de personalidad son la presencia de impulsividad, inestabilidad afectiva, apego inseguro y difusión de identidad. En estos sujetos, la presencia de comorbilidad con una o más patologías del eje I aumenta el riesgo de repetir autolesiones así como el riesgo de realizar intentos suicidas de alta letalidad.

El apropiado entrenamiento de un profesional de la salud mental en identificar las características y motivaciones de una conducta autolesiva específica, permite evaluar el riesgo vital de un paciente para planificar las intervenciones terapéuticas necesarias y suficientes en cada situación clínica. El tratamiento psiquiátrico integral de un sujeto que se autolesiona sin el objetivo de morir resulta diametralmente distinto del tratamiento de un sujeto que decide terminar con su vida, la sospecha de intencionalidad suicida obliga a un manejo clínico altamente restrictivo, en el contexto de una intervención médica intensiva que se impone a la voluntad tanto del propio paciente como de su familia. Implementar un manejo psiquiátrico de esta complejidad no sólo resulta costoso, desgastador y excesivo si la motivación del paciente no es morir, sino que además interfiere con el vínculo terapéutico y la necesaria comprensión psicológica y relacional de la conducta, llegando incluso a empeorar la evolución del paciente.

En la contraparte, subvalorar la intencionalidad autolítica de un paciente, malinterpretando sus motivaciones puede conducir a la catástrofe de no identificar ni ofrecer ayuda a un potencial suicida.⁵

1.17 Tipos de Autolesiones

La autolesión más común entre adolescentes son los Cortes o cutting, seguidos del dermografismo y de las quemaduras, pero entre los pacientes autolesivos también observamos rasguños los cuales pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, los golpes autoinflingidos también se pueden llegar a presentar. Los insultos también pueden llegar a ser considerados como una autolesion pero no física, sino que es una manera de lastimarse de manera mental.¹

1.17.1 Cutting

El llamado cutting, es una práctica entre adolescentes y jóvenes, que consiste en hacerse heridas superficiales en diversas partes del cuerpo con objetos punzocortantes, ha tomado fuerza en años recientes.

Se trata de un acto compulsivo en el que incurren personas con alguna inestabilidad emocional, con la finalidad de liberar dolor, enojo, presión, ansiedad o como una forma de llamar la atención.¹

Emilia Lucio Gómez-Maqueo, académica de la Facultad de Psicología (FP) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), explicó que este proceder deriva por factores sociales y culturales, ya que el actual entorno es más exigente con los adolescentes por la competencia en el trabajo y/o en la escuela, lo que causa cierto sufrimiento. Además del contexto de violencia.¹⁷

Por lo general, se trata de personas con baja autoestima, depresión o ansiedad, debido a que han padecido violencia en la familia o acoso escolar, se sienten rechazados; además, se caracterizan

por una mala o deficiente relación con los padres o por no superar la separación de éstos; por haber sufrido abuso físico, psicológico y/o sexual, tristeza por la muerte de algún ser querido, problemas de pareja e inclusive por padecer algún trastorno de alimentación, como bulimia y anorexia.¹⁶

Algunos expertos afirman que autolesionarse es un modo por el cual los jóvenes tratan de sustituir el dolor psicológico por el físico.

Si bien es una práctica de la que no están exentos los adultos, la mayoría de los casos se presenta en adolescentes de entre 10 y 16 años, de acuerdo con la experta universitaria. Organizaciones internacionales indican que la edad promedio en la que comienza a registrarse esa conducta es a los 12 años, pero existen casos de niños de entre cinco y siete años que lo hacen y también se da en jóvenes de entre 18 y 25 años.

Estadísticas extraoficiales señalan que uno de cada 10 pacientes con depresión o síndrome límite de la personalidad se autolesiona. Sin embargo, en México no existen cifras certeras sobre este tipo de práctica.¹⁹

La investigadora de la FP asegura que por lo general estas lesiones no ponen en riesgo la vida, aunque pueden ser una alerta sobre el intento del suicidio. Datos del sistema de salud muestran que un alto porcentaje de quienes ingresan a los hospitales por intentar quitarse la vida, se han autolesionado con anterioridad.

Quienes efectúan el primer intento son más propensos al segundo. Los individuos con esta conducta autolesiva inician con cortadas pequeñas, pero algunos, al paso del tiempo, lo hacen con mayor frecuencia y en ocasiones pueden llegar a ser letales.

Las huellas físicas del cutting, pueden hallarse en diversas partes del cuerpo: muñecas, brazos, piernas o en el vientre. Sin embargo, los jóvenes que lo practican suelen esconder las heridas con muñequeras, playeras de manga larga, suéteres o algunos otros accesorios.¹

Esta conducta puede convertirse en un hábito o inclusive en una práctica de moda. En Internet se pueden hallar cientos de videos vistos miles de veces o -fotografías donde se da muestra de diversas formas para autolastimarse. También existen foros en línea donde los adolescentes comparten sus experiencias en esta práctica.

Análisis científicos reportan que los adolescentes que incurren en el cutting se encuentran entre el dolor y el placer, pues su cerebro comienza a asimilar que aquello que los lastima genera gozo, porque es una manera de aliviar algún dolor o pena. Además, muchos de ellos aseguran (en los foros en la web) que lo hacen porque sienten placer, para hacerse cicatrices, sentirse diferentes o porque les agrada ver sangre.

Para Lucio Gómez-Maqueo se debe considerar que la adolescencia es una etapa de búsqueda de identidad, por lo que lastimarse con este tipo de prácticas también puede ser un reflejo de la intención de los jóvenes de poner límites entre su cuerpo y sus padres, sobre todo si éstos son muy intrusivos.³

La académica universitaria sostiene que de no atenderse a tiempo, esta conducta puede mantenerse hasta la edad adulta; por lo que al detectarse el mejor tratamiento es la sicoterapia y el apoyo familiar, así como vigilar los accesos de los jóvenes a Internet, por los contenidos sobre el cutting que se pueden hallar en la red.²

1.17.2 Dermografismo

Dermografismo se define como: “escribir sobre la piel” se caracteriza por la aparición de habones locales en las zonas de la piel sometidas a un roce. **El dermografismo es frecuente, afectando hasta un 5% de la población en su mayoría adolescentes y adultos jóvenes.**³

Puede ser completamente asintomático (dermografismo simple inmediato), siendo un hallazgo en la exploración de rutina de los pacientes y que se piensa que es producido por una respuesta fisiológica exagerada (una tendencia constitucional a la formación de habones), que afecta a cualquier grupo de edad, que persiste durante toda la vida y que no tiene ninguna repercusión clínica.

El dermografismo puede también ser sintomático (dermografismo sintomático o urticaria facticia) cursando con intenso prurito diseminado, que obliga necesariamente al rascado, produciéndose entonces a los pocos minutos habones lineales en el área traumatizada. Su patogenia no se conoce con certeza, aunque un **PK** positivo ha sido objetivado en algunos pacientes. Se piensa que el trauma sobre la piel puede liberar antígenos que produzcan una reacción alérgica inmediata, mediada por IgE, en la zona traumatizada, con la subsiguiente liberación de histamina.¹⁸

El cuadro clínico del dermografismo sintomático afecta principalmente a adolescentes; no parece ser más frecuente en la población atópica que en el resto de la población y tampoco se ha podido demostrar relación con enfermedades sistémicas o con alergia a alimentos o fármacos. Los pacientes presentan prurito diseminado, que les induce al rascado, apareciendo a los pocos minutos (5'-10'), habones pruriginosos de disposición lineal y evanescentes (en general el habón desaparece en menos de 1 hora). Estos en general empeoran por la tarde y pueden (no siempre), exacerbarse con el baño caliente, emociones, ejercicio o frío.

En la exploración física puede orientarnos la presencia de habones con distribución en zonas de rascado o roce de vestimenta (cinturón, tirantes de sujetadores, elásticos de calcetines). El dermografismo positivo se puede evidenciar mediante el rascado de la piel de la espalda (por ej.: con un bolígrafo o un depresor lingual). La enfermedad remite espontáneamente entre los 2 meses y los 10 años con una duración media de 5 años.⁹

El diagnóstico se realiza por la clínica. Los datos de laboratorio son normales y algunos diagnósticos diferenciales con otros procesos que cursan con dermografismo son: el dermografismo simple inmediato o el dermografismo secundario a una urticaria aguda que remite espontáneamente a los pocos días o meses.⁷

1.17.2.1 Dermografismo secundario a urticaria crónica.

Aparece asociado a la misma y desaparece cuando remite ésta.⁷

1.17.2.2 El dermografismo asociado a urticaria colinérgica.

Se caracteriza porque tras el rascado aparece una banda eritematosa pero con habones minúsculos.⁷

1.17.2.3 El dermografismo secundario a urticaria pigmentosa.

Tiene el signo de Darier positivo que es un signo dermatológico que consiste en lograr la respuesta de una lesión al estímulo de frotarla.⁷

1.17.2.4 El dermografismo retardado.

Aparece algunos minutos después del rascado, remitiendo a los 20 -30 min pero que entre las 3 y 8 horas siguientes vuelve a aparecer con habones lineales, profundos y anchos con sensación de quemazón y/o dolor pero sin prurito y que pueden persistir de 24 a 48 horas. Es poco común y suele estar asociado con la urticaria demorada por presión.⁷

1.17.3 Tratamiento farmacológico del dermatografismo.

Una manera de tratar el dermatografismo que produce síntomas intensos es con la administrarse un antihistamínico del tipo H1, siendo de los más eficaces la hidroxicina 25 mg 3 - 4 veces al día (máximo 200 mg/día). Este medicamento puede inducir sedación, sobre todo al inicio del tratamiento, por lo que es preferible comenzar con dosis bajas e ir aumentándolas cada 2 - 3 días hasta conseguir la dosis efectiva para cada enfermo. La terfenadina (120 mg/día), un anti-H1 no sedativo, reduce de forma potente el prurito y los habones, siendo, por tanto, también un antihistamínico de primera elección. El ketotifeno, 1 mg cada 12 horas, también es útil.

Si la respuesta es insuficiente puede asociarse un antihistamínico H2 como hidroxicina más cimetidina. La desensibilización por frotamiento no ha sido suficientemente documentada. Las ropas no deben ser ajustadas y debe evitarse en lo posible el rozamiento enérgico de la piel (rascado o ducha).⁷

1.18 Faces III.

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, de 1992 es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares por ejemplo, clínico y no clínico, lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma.

Faces III es una escala que evalúa cohesión y adaptabilidad familiar mediante la aplicación de un cuestionario, al final resulta una clasificación de tres tipos de familias: 1) "familias balanceadas"; las cuales podrían establecer un equilibrio en los niveles de apego y de flexibilidad para el cambio, gracias a su adecuado proceso de comunicación. 2) "Familias extremas"; las cuales tendrían muy altos o muy bajos niveles de apego y de flexibilidad y 3) "Familias medias"; las cuales serían extremas en alguna de las dimensiones de cohesión o adaptabilidad, pero balanceadas en la otra.²⁴

En México, se concluyó que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor.²⁴

1.19 Escala DERS-E

La regulación emocional se define como un proceso que implica el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas. Es un concepto que ha ganado un interés creciente en la investigación aplicada, especialmente porque la disfunción de la misma llamada DE (Desregulación emocional) se ha asociado con una gran cantidad de patologías emocionales y del comportamiento, entre las cuales se encuentran las autolesiones, el trastorno límite de la personalidad, el consumo de sustancias, la depresión y la ansiedad, los ataques de pánico y el trastorno de estrés por postraumático.⁶

Por lo que existe un instrumento el DERS-E, determina si un adolescente tiene regulación o desregulación emocional mediante una escala aplicada a manera de preguntas la cual consta de 24 reactivos, el adolescente responderá a cada uno de ellos de manera afirmativa o negativa, una vez aplicado este instrumento se hará la sumatoria de las respuestas afirmativas y las negativas entre mayor sea el número de las respuestas negativas mayor regulación emocional tendrá el adolescente en estudio.

En párrafos anteriores se hablo de una definición sin embargo existen varios conceptos de diversos autores entre ellos Linehan, quien propone que dicha disfunción involucra la presencia de dificultades para: identificar experiencias emocionales específicas, modular la activación fisiológica asociada, tolerar el malestar y confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones válidas de experiencias vitales. Por tanto, la DE condiciona a una persona a la autoinvalidación y en consecuencia la desorienta en relación con la manera de actuar y sentir en general.

Y Gratz y Roemer crearon una escala para medir el constructo basándose en las propuestas teóricas precedentes, especialmente las de Linehan, Thompson, Cole, Michel y Teti. En su definición, las autoras especifican que la DE no es equivalente a la falta de control emocional, puesto que la primera es más compleja que la segunda. Por tanto, la DE implica la capacidad disminuida para suprimir en forma inmediata los estados afectivos negativos, así como para experimentar y diferenciar un rango amplio de emociones, monitorear, evaluar y modificar emociones intensas, siendo central en el proceso la poca claridad, aceptación y comprensión de los propios estados emocionales. Más aún, las autoras dejan claro que el concepto de "DE" debe incluir un elemento contextual (uso adaptativo de las estrategias de "RE") para la obtención de objetivos propuestos.⁶

La escala de Gratz y Roemer, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS por sus siglas en inglés), consta de 36 reactivos y fue desarrollada originalmente para evaluar estas dificultades en adultos. En los hallazgos preliminares respecto a sus propiedades psicométricas, la DERS demostró una buena consistencia interna (α de Cronbach=0.93), así como una confiabilidad test-adecuada ($r=0.88$). En tanto, la validez predictiva se determinó con la correlación entre la DERS y dos conductas clínicas significativas: frecuencia de autolesiones y frecuencia de abuso de la pareja. Todas las subescalas de la DERS se correlacionaron significativamente con ambas conductas, con lo que quedó demostrada la capacidad predictiva de la escala. Por su parte, el análisis factorial demostró una adecuada validez de constructo con seis subescalas diferenciadas: no aceptación de respuestas emocionales (No aceptación), dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (Metas), dificultades en el control de impulsos (Impulsos), falta de conciencia emocional (Conciencia), acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Estrategias) y falta de claridad emocional (Claridad).⁶

Investigaciones posteriores han demostrado la utilidad de la DERS para detectar, predecir y atender distintas patologías asociadas a la DE, tanto en población clínica, como no clínica. Si bien la mayoría de estos estudios se han hecho con adultos, la investigación con adolescentes aporta evidencia preliminar acerca de que la DE se relaciona con el deficiente desempeño académico y problemas de conducta, baja autoestima, ansiedad y depresión.

La DERS se ha traducido y adaptado a diversos idiomas, replicando las características adecuadas de confiabilidad y validez de la escala original. Entre las distintas traducciones se encuentran la italiana, la turca y la portuguesa. Respecto a su uso en adolescentes, Newman, Van Lier, Gratz y Koot realizaron una exploración de las propiedades psicométricas de este instrumento administrado a jóvenes alemanes. Así, el análisis factorial confirmatorio mostró que la versión alemana de la DERS en adolescentes fue equivalente a la original en adultos norteamericanos, con una adecuada

consistencia interna (α de Cronbach=0.81). Más aún, las subescalas de la DERS explicaron 13 y 15% de la varianza de la conducta agresiva y conducta delincuente respectivamente, así como 58% y 59% de la varianza de ansiedad y depresión.

Por su parte, Weinberg y Klonsky exploraron las características psicométricas de la DERS con adolescentes norteamericanos (edad entre 13 y 17 años). Su análisis factorial exploratorio confirmó la estructura original de seis factores, con alphas de Cronbach fluctuando entre 0.76 y 0.89 para las diferentes subescalas. Los autores aportaron evidencia adicional de que la DERS administrada en adolescentes, junto con mediciones concurrentes, era un buen predictor de problemas psicológicos potenciales.⁶

Adicionalmente, la evaluación de las diferencias de género respecto a la DE amerita mayor atención si se desea conocer las necesidades específicas de hombres y mujeres en esta importante variable para prevenir y atender efectivamente la psicopatología relacionada. Algunos autores proponen que los varones expresan o verbalizan menos sus emociones en comparación con las mujeres, lo cual sugiere que prestan menos atención a sus estados afectivos. También existe evidencia de que las mujeres son mejores para inhibir las conductas inapropiadas en respuesta a emociones negativas. En contraste, otros autores han reportado que las mujeres, en comparación con los hombres, experimentan niveles altos de culpa, vergüenza o autoagresión, y que utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento inadecuadas ante emociones percibidas como inapropiadas.⁶

1.20 Planteamiento del problema.

Existen estudios en países como Australia que indican que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de la vida, otros estudios muestran que en adolescentes las prevalencias van del 13 al 23.2%.

En adolescentes mexicanos, se ha reportado una frecuencia de autolesiones de 17.1%, con una relación mujer-hombre de 2:1.

Se describe en el Estado de México como la entidad más poblada del país según el CONAPO la población total en el 2016 es de 17 363 387 de los cuales 5 536 768 son niños y adolescentes por lo tanto es la entidad con mayor matrícula escolar en nivel medio superior del país, se sabe que el hecho de que un joven se haya autolesionado, es un factor de riesgo para presentar un futuro intento suicida, primero si se definiera autolesión sería la automutilación cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo, sin la intención de suicidarse, es un acto compulsivo que se puede llevar a cabo para liberarse de dolor emocional, furia o ansiedad, para revelarse en contra de la autoridad, para jugar con comportamientos arriesgados o para sentirse en control.²⁵

Debido a la anterior definición, este daño al cuerpo tiene varios factores psicológicos, sociales y familiares. que influyen en la presentación, así como el ser adolescente por sí

solo ya es un factor de riesgo, por lo que el médico familiar debería de identificar a tiempo esta patología debido a la gran población de adolescentes y que muchos no acuden a consulta.

Además debería de identificar que las autolesiones se presentan de forma diferente las más comunes son los cortes y lesiones en las extremidades y abdomen, producidos con objetos cortopunzantes, también escoriarse la piel hasta sangrar, quemarse o introducirse objetos subdérmicos; lo anterior en forma general para ambos sexos sin embargo haciendo distinción entre varón y mujer se describe que las adolescentes muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades².

Por lo anterior este protocolo está encaminado a identificar a los adolescentes autolesivos, investigar el tipo de autolesión, así como la familia a través del FACES III.

Otro punto a mencionar es la regulación emocional que es poco estudiado pero que radica su importancia en el equilibrio de emociones que puede ser un factor para evitar autolesionarse.¹

Existe evidencia para aseverar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado; Hawton calcula que durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor que la población general, por lo que es fundamental detectarla a tiempo en las escuelas y en la consulta

La bibliografía destaca un fuerte vínculo entre la ideación suicida y el acto autolesivo; en esta línea Laye-Gindhu 83% de los adolescentes había presentado en algún momento ideación suicida, mientras que entre aquellos que no se autolesionaron el porcentaje si bien era alto, bajaba hasta el 29%. Así mismo, se ha detectado que los adolescentes con ideación suicida presentan mayor riesgo de cometer suicidios.²⁶ Es por ello que los investigadores remarcan la importancia de conocer la existencia de pensamientos suicidas entre los adolescentes como método de detección de acciones autolesivas que permita poner en marcha estrategias de prevención. Esto debe hacerse en el primer nivel de atención, de ahí la importancia de que el médico familiar intervenga buscando intencionadamente esta ideación en todos los adolescentes con los que interacciones en su práctica cotidiana a fin de detectarla a tiempo e intervenir oportunamente y trabajar de forma multidisciplinaria.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Identificar las autolesiones en los adolescentes de una preparatoria del Estado de México?

1.21 Justificación.

Existe poca literatura en México acerca de las autolesiones, ahí la trascendencia de este estudio en la preparatoria de Atlacomulco acerca de las incidencias de conductas autolesivas en adolescentes.

La literatura menciona que 6 y el 16% de los jóvenes llevan a cabo uno o más actos autolesivos durante su adolescencia, por lo que lo ideal sería captarlos en el primer acto. Además, el hacer tamizaje con instrumentos adecuados en todos los adolescentes para así identificar a aquellos con factores de riesgo para autolesionarse permitirá intervenir en esos factores de riesgo.

Actualmente no se cuenta con información detallada sobre que ocurre en el entorno familiar, escolar, interpersonal y psicológico de un adolescente mexiquense inmediatamente antes y después de un evento autolesivo ni con que objetos cuenta y utiliza para autolesionarse este estudio intenta obtener esa información, también se buscará saber a qué tipo de familia pertenecen los adolescentes que se autolesionan y que características en cuanto a cohesión y adaptabilidad tienen sus familias y cuál es la capacidad de los jóvenes para equilibrar sus emociones (regulación emocional).

Es bien sabido que aquellos adolescentes identificados como autolesivos que no recibieron atención y seguimiento tanto médico como psicológico tras el primer evento reincidirán con conductas de autoagresión, según Díaz de Neria⁸, el 55% se volverá a lesionar en los cuatro meses posteriores al primer acto de autoagresión, para los seis meses posteriores lo abran hecho ya el 65% y antes del primer año de ocurrido el primer episodio, lo abran hecho el 80% de los jóvenes. De ahí la razón por

la que se debe intervenir de inmediato al ser identificados estos adolescentes, a fin de aplazar o evitar un segundo evento autolesivo. De igual manera un adolescente diagnosticado con pobre regulación emocional que no es intervenido por un psicólogo con experiencia en la atención de adolescentes, muy probablemente se autolesionará como resultado de una descarga emocional o como una forma de canalizar algún sentimiento positivo o negativo lo anterior quedo manifiesto por Thompson R.¹⁸

En la práctica clínica de primer contacto en la actualidad en México, al identificar una autolesión se atiende la herida, pero no se investiga a fondo que motivo el hacerla ni se da seguimiento al adolescente, para saber si tendrá nuevas conductas autolesivas en la misma o en diferente variante. Una vez concluido el presente estudio se tendrá un marco de referencia para el seguimiento de dichos pacientes, se podrá intervenir de manera multidisciplinaria con médicos familiares, psicólogos y pedagogos corrigiendo factores de riesgo para autolesiones e intentos suicidas y de esta manera evitar autolesiones subsecuentes que pongan en peligro la estética corporal, la función o la vida

1.22 Objetivos

1.22.1 Objetivo general.

Identificar la prevalencia de alumnos que se autolesionan en Atlacomulco Estado de México.

1.22.2 Objetivos específicos.

1.22.2.1 Identificar la edad de los adolescentes con conductas autolesivas en los adolescentes de la preparatoria de Atlacomulco (C.E.S. y B.T. "Aztlán" A.C.)

1.22.2.2 Identificar el tipo de instrumento para autolesionarse utilizaron los adolescentes, saber cuántas veces lo han hecho.

1.22.2.3 Identificar la tipología de familia de los adolescentes con conductas autolesivas en los adolescentes de la preparatoria de Atlacomulco (C.E.S. y B.T. "Aztlán" A.C.)

1.22.2.4 Identificar la cohesión y adaptabilidad de acuerdo a FACES III de los adolescentes con conductas autolesivas en los adolescentes de la preparatoria de Atlacomulco (C.E.S. y B.T. "Aztlán" A.C.)

1.22.2.5 Identificar la regulación emocional de los adolescentes con conductas autolesivas de la preparatoria de Atlacomulco (C.E.S. y B.T. "Aztlán" A.C.)

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal y observacional.

2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Se estudian 32 casos de alumnos matriculados en el C.E.S. y B.T. "Aztlán" A. C. en Atlacomulco Estado de México que durante su formación en nivel medio superior tuvieron uno o más evento autolesivo en el periodo comprendido de Enero – junio 2016.

2.3 CRITERIOS.

2.3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Adolescentes de entre 15 y 19 años actualmente matriculados en el C.E.S. y B.T. "Aztlán" A. C.

Adolescentes de ambos sexos

Adolescentes que sepan leer y escribir, que aceptaron participar en el estudio y cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.

2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Adolescentes que se autolesionan no matriculados en el C.E.S. y B.T. "Aztlán" A. C. Adolescentes que no deseen participar en el estudio. Padres de adolescentes que no firmaron la carta de consentimiento informado. Adolescentes que no sepan leer y escribir.

2.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Cuestionarios mal llenados o ilegibles, adolescentes que decidieron no seguir participando en el estudio una vez seleccionados.

2.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE
Edad	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o Cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad	Cuantitativa	Números enteros
Genero	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.	Cualitativa nominal	1) Masculino 2) Femenino
Educación media superior	También conocido como bachillerato o preparatoria, es el período de estudio de entre dos y tres años (cuatro años en el bachillerato con certificación como tecnólogo de la SEP) en el sistema escolarizado por el que se adquieren competencias académicas medias para poder ingresar a la educación superior.	Cualitativa nominal	1) Primer año. 2) Segundo año. 3) Tercer año.
	Según Irigoyen la familia se clasifica tomando en cuenta: su		Nuclear

Tipología de familia	composición, su desarrollo, su demografía, su ocupación, su integración y sus complicaciones.	Cualitativa nominal	Extensa Reconstruida
Faces III.	Cohesión y adaptabilidad de la familia.	Cualitativa nominal	Familia balanceada. Familia media Familia extrema
Instrumento de autolesiones	Encuesta de 22 ítems, validez y con previa prueba piloto,	Cualitativa nominal	I. Número de veces que se autolesiono e instrumento que ocupo. II. Sentimientos antes y después de la autolesión. III. Consecuencias IV. Impacto de la autolesión. V. Entorno previo a la autolesión. VI. Características de la familia. VII. Tratamiento.
Conducta autolesiva	Conducta autolesiva es una práctica consistente en la producción intencionada de heridas sobre el propio cuerpo, comúnmente realizadas sin intenciones suicidas	Cualitativa nominal	Cutting Dermografismo quemadura
Veces que se ha autolesionado	Numero de episodios en los que se ha autoinflingido daño	cuantitativa	Números enteros
Instrumento utilizado	Tipo de instrumento que utilizo para causarse daño.	Cualitativa nominal	Cúter Tijeras Clavo Vidrio Lápiz o bolígrafo
Escala DERS-E Modificada para	La regulación emocional es un proceso que implica el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la	Cualitativa nominal	1)Regulación emocional 2)Desregulación emocional

adolescentes mexicanos.	finalidad de acceder a las propias metas.		
-------------------------	---	--	--

2.5 Diseño estadístico

2.5.1 Instrumento de recolección de datos

El instrumento de autolesiones es una encuesta de 22 ítems que fue diseñada en base a los estudios de Villarroel G. de sus trabajos con adolescentes autolesivos en Sudamérica y publicados en 2013 en la revista psiquiátrica de neurociencias de Chile y también con fundamento en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría. Previa prueba piloto la cual se aplicó a 10 adolescentes autolesivos los cuales no tenían injerencia en este estudio, por estar matriculados en otra preparatoria en la misma ciudad de Atlacomulco Estado de México

2.6 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Figura 1.

En la Preparatoria C.E.S. y B.T. "Aztlán" A.C. de Atlacomulco Estado de México durante el periodo Enero – Junio 2016:



32 adolescentes de la preparatoria.



Instrumento de autolesiones de 22 ítems revisado por expertos, previa prueba piloto.



Resultados.



Discusión.



Conclusiones.

2.7 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SECCIONES	NOMBRE	NÚMERO DE VARIABLES
Sección 1.	Ficha de identificación y cuestionario.	8
Sección 2.	Faces III	8
Sección 3.	Escala DERS-E(para adolescentes mexicanos)	5

2.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Una vez terminada la fase de captura de datos y con los test aplicados durante la investigación se procede a realizar el análisis estadístico en sistema electrónico utilizando el programa estadístico "SPSS", se realizaron tablas y gráficos y se discutieron los resultados, se obtuvieron conclusiones y se hicieron recomendaciones.

2.9 Consideraciones éticas.

Durante la presente investigación se observó en todo momento los principios de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial y el REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD vigente en México. Con especial atención a su capítulo III artículos 34, 35, 36, 37, 38 y 39 en los cuales se regula la investigación en salud con menores de edad.

También se observó en todo momento las normas de Vancouver²⁶

3 Resultados.

Se aplicaron 32 cuestionarios basados en el instrumento de autolesiones, en el cuestionario faces III y en la escala DERS-E

El rango de edad que se estableció para los participantes fue en rango de 15 a 19 años

3.1 Edad.

68.8% (22) corresponde a 16 años como se muestra en la tabla 3

Tabla 3.		
Edad de los adolescentes de la preparatoria		
	Frecuencia	Porcentaje
15 años	2	6.3
16 años	22	68.8
17 años	4	12.5
18 años	1	3.0
19 años	3	9.4
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.2. Sexo.

78.1% de los participantes son hombres y 21.9% son mujeres.

Tabla 4.		
Sexo de los participantes.		
	frecuencia	Porcentaje
Hombre	25	78.1
Mujer	7	21.9
Total	32	100.0

Fuente: n=32 adolescentes con autolesiones

3.3 grado escolar que cursan los participantes.

2 participantes cursan el primer grado del bachillerato, 23 cursan segundo grado, y 7 cursan el tercer grado.

Tabla 5.	
Grado escolar que cursan los participantes.	

Adolescentes que cursan primer año de bachillerato	2
Adolescentes que cursan segundo año de bachillerato	23
Adolescentes que cursan tercer año de bachillerato	7

Fuente: n=32 adolescentes.

3.4 Tipología de familia de los adolescentes autolesivos.

71.9% de los participantes pertenecen a un familia nuclear, 21.9% a una familia extensa y 6.3% a una familia reconstruida.

Tabla 6		
Tipos familia.		
	Frecuencia	Porcentaje
Familia nuclear	23	71.9
Familia extensa	7	21.9
Familia reconstruida	2	6.3
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.5 tipo de autolesión

81.3% de los participantes se automutilaron con cutting, 15.6% con dermografismo y 3.1% con quemadura.

Tabla 7

Tipo de autolesión.		
	frecuencia	Porcentaje
Cutting primera vez	18	56.3
Cutting subsecuente	8	25.0
Dermografismo primera vez	2	6.3
Dermografismo subsecuente	3	9.4
Quemadura primera vez	1	3.1
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.6 Número de eventos autolesvos en los adolescentes.

65.6% de los adolescentes se han lesionado en una sola ocasiones, mientras que 34.4% lo han hecho en mas de una ocasión.

Tabla 8		
A lo largo de su vida cuantas veces se ha autolesionado		
	Frecuencia	Porcentaje
Una	21	65.6
Dos	8	25.0
Tres	1	3.1
Cuatro	1	3.1
Seis	1	3.1
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.7 instrumentos utilizados por los adolescentes para autolesionarse.

79.9 % de los adolescentes utilizaron un cúter para autolesionarse, mientras que el 20.1% utilizo un instrumento distinto al exacto.

Tabla 9

Instrumentos utilizados por los adolescentes para autolesionarse.		
	Frecuencia	Porcentaje
Cúter o exacto	23	71.9
Clavo	1	3.1
Bolígrafo o lápiz	5	15.6
Otro	3	9.4
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.8 sentimiento que predominó en el adolescente al autolesionarse la última vez que lo hizo.

Los sentimientos que predominaron en los adolescentes fueron el enojo y la euforia con un 34.4% cada uno de ellos.

Tabla 10. Sentimientos referidos por los adolescentes autolesivos la última vez que se autolesionaron.		
	Frecuencia	Porcentaje
Enojo o ira	11	34.4
Desesperanza	2	6.3
Ansiedad	7	21.9
Tristeza	1	3.1
euforia	11	34.4
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes

3.9. Sentimiento vivido por los adolescentes participantes del estudio posterior a la autolesión.

El 28.1% de los adolescentes sintió euforia posterior a autolesionarse, seguido de un 21.9% que dijo haberse arrepentido.

Tabla 11. sentimiento que predominó en el adolescente justo después de autolesionarse la última vez que lo hizo		
	Frecuencia	Porcentaje
Arrepentimiento	7	21.9
Enojo o ira	6	18.8
Desesperanza	2	6.3
Miedo	3	9.4
Ansiedad	5	15.6
euforia	9	28.1
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.10 intensidad del dolor sentido por los adolescentes autolesivos la última vez que se autolesiono.

El 78.1% dijo que el dolor fue muy leve.

Tabla 12 Cómo describió el dolor físico el adolescente autolesivo la última vez que se autolesionó		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy leve	25	78.1
Leve	4	12.5
Moderado	3	9.4
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.11 Percepción de relaciones personales de los adolescentes autolesionados posterior a autolesionarse.

El 53.1% de los adolescentes dijo que no cambio nada en sus relaciones personales, posterior a autolesionarse. El 46.9% si noto algún cambio.

Tabla 13		
Adolescentes que creyeron que a consecuencia de su última lesióno cambio en algo alguna de sus relaciones interpersonales		
	Frecuencia	Porcentaje
No, nada cambio	17	53.1
Sí, hacia mis padres	8	25.0
Sí, hacia mis amigos	4	12.5
Sí, en mi entorno escolar	3	9.4
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.12 secuelas de la autolesión.

El 65.6% tuvo alguna secuela permanente posterior a la autolesión, el 34.4% no tuvo ninguna secuela.

Tabla 14.		
Adolescentes que dijeron tener alguna secuela posterior a una autolesión.		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí, una cicatriz	21	65.6
No. ninguna secuela	11	34.4
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.13 adolescentes que intentaron ocultar la herida autolesiva.

El 87.5% intento ocultar la herida mientas que el 12.5% no intento ocultarla.

Tabla 15

Inmediatamente después de autolesionarse por primera vez, adolescentes que intentaron ocultar la herida que se produjeron		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí, la oculte	28	87.5
No, no la oculte	2	6.3
Por el contrario, hice todo lo posible porque todas la vieran	2	6.3
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.14 adolescentes que mostraron intencionadamente su autolesión.

El 9.4% de los adolescentes mostraron deliberadamente la herida de su autolesion.

Tabla 16.		
A quien mostraron deliberadamente su herida los adolescentes autolesivos.		
	Frecuencia	Porcentaje
A nadie	29	90.6
A mis amigos	1	3.1
A mi pareja	2	6.3
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.15 adolescentes que previo a su autolesion convivían con personas que se autolesionaban.

El 84.4% de los adolescentes que se lesionaron convivían con alguien que se autolesionó previamente al primer evento autolesivo.

Tabla 17		
Adolescentes que antes de autolesionarse por primera vez convivían con personas autolesivas.		
	Frecuencia	Porcentaje
No, con nadie	5	15.6
Sí, un compañero de la escuela	21	65.6
Sí, mis amigos.	6	18.8
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.16 Entorno escolar adverso que propicia un evento autolesivo en adolescentes.

Tabla 18		
Adolescentes que manifestaron vivir en un ambiente adverso propicio para autolesionarse.		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me consta	20	62.5
Yo creo que sí, pero no me consta	8	25
No, me consta	4	9.4
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.17 Número de parejas sentimentales de los adolescentes autolesivos que participan en la muestra de estudio.

Tabla 19
Número de parejas sentimentales que han tenido los adolescentes participantes hasta el momento del estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	6.3
Una	18	56.3
Dos	6	18.8
Tres	3	9.4
cuatro	1	3.1
Más de cinco	2	6.3
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.18 Autopercepción del rendimiento escolar de los adolescentes autolesivos participantes de la muestra de estudio.

Tabla 20		
Como perciben su rendimiento escolar los adolescentes del estudio.		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	3	9.4
Regular	9	28.1
Malo	18	56.3
Muy malo	2	6.3
total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.19 Percepción del entorno familiar de los adolescentes autolesivos de la muestra de estudio.

Tabla 21		
Como perciben su entorno familiar los adolescentes autolesivos.		

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno y funcional	19	59.4
Excelente, la relación con todos es muy buena	2	6.3
Malo, no confió en mi familia	9	28.1
Muy malo, no tengo nada en común con ellos	2	6.3
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.20. Número de personas que viven con adolescentes autolesivos participantes de la muestra de estudio.

Tabla 22		
Cuántas personas habitan la vivienda de los adolescentes autolesivos.		
	Frecuencia	Porcentaje
Una	2	6.3
Dos	1	3.1
Cuatro	13	40.6
Cinco	9	28.1
Más de cinco	7	21.9
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.21. Tipo de vivienda que habitan los adolescentes autolesivos que participan en la muestra de estudio.

Tabla 23
Tipo de vivienda de los adolescentes autolesivos.

	Frecuencia	Porcentaje
Rural y propia	9	28.1
Rural y prestada	3	9.4
Urbana y propia	11	34.4
Urbana y prestada	5	15.6
Urbana y rentada	4	12.5
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.22 Adolescentes autolesivos que recibieron ayuda profesional a partir de la primera ocasión que se autolesionaron.

Tabla 24		
Adolescentes que recibieron algún tipo de ayuda o consejería profesional la primera vez que alguien de su entorno se percató de su autolesión		
	Frecuencia	Porcentaje
No	3	9.4
Sí, de un psicólogo	12	37.5
Sí, de un médico	7	21.9
Sí, de un maestro	10	31.3
Total.	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.23 Percepción sobre el servicio de consejería o ayuda profesional que recibieron los adolescentes autolesivos participantes en la muestra de estudio.

Tabla 25
Como perciben los adolescentes la consejería que recibieron posterior a su evento autolesivo.

	Frecuencia	Porcentaje
Suficiente, creo que ya no volveré a autolesionar	26	81.3
Insuficiente, creo que alguna vez lo volveré a hacer	4	12.5
Insuficiente, creo que pronto lo volveré a hacer.	2	6.3
Total.	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.24 Consideración de los adolescentes autolesivos como probabilidad para volver a lesionarse, en un lapso menor a treinta días.

Tabla 26		
Adolescentes que creen que se autolesionaran en los próximos treinta días posteriores al primer evento autolesivo.		
	Frecuencia	Porcentaje
No	29	90.6
Sí	2	6.3
No lo sé	1	3.1
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

3.25 Consideración de los adolescentes autolesivos como probabilidad para volver a lesionarse, en un lapso de seis meses posteriores al primer evento lesivo.

Tabla 27		
Adolescentes que creen que se volverán a autolesionar en los seis meses posteriores al primer evento autolesivo.		
	Frecuencia	Porcentaje

No	20	59.4
Sí	3	9.4
No lo sé	9	28.1
Total	32	100

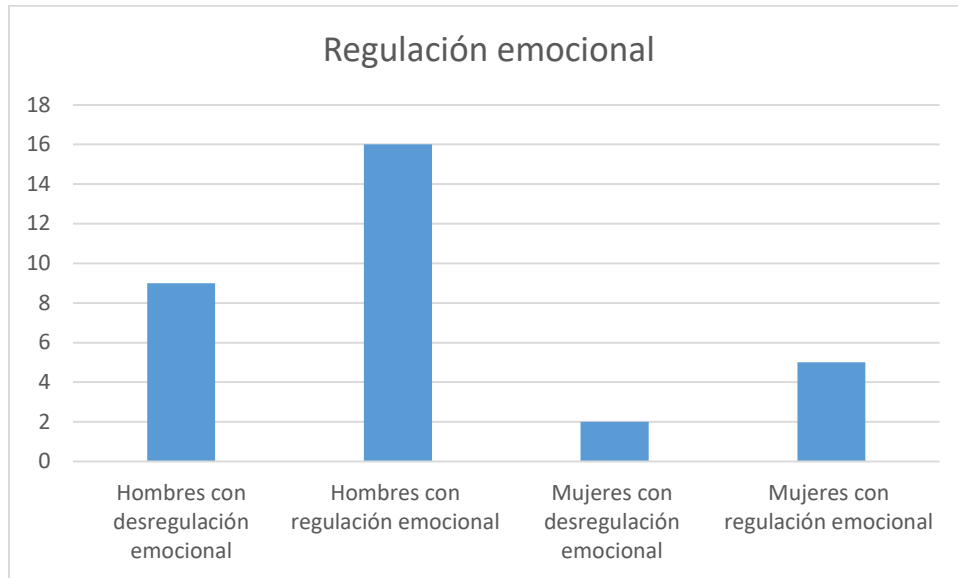
Fuente: n=32 adolescentes.

3.26 Adolescentes que creen que volverán a autolesionarse antes de un año de transcurrido el primer evento autolesivo.

Tabla 28		
Adolescentes que creen que antes de cumplir un año de su primer evento autolesivo, se volverán a autolesionar.		
	Frecuencia	Porcentaje
No	4	12.5
Sí	13	40.6
No lo sé	15	46.9
Total	32	100

Fuente: n=32 adolescentes.

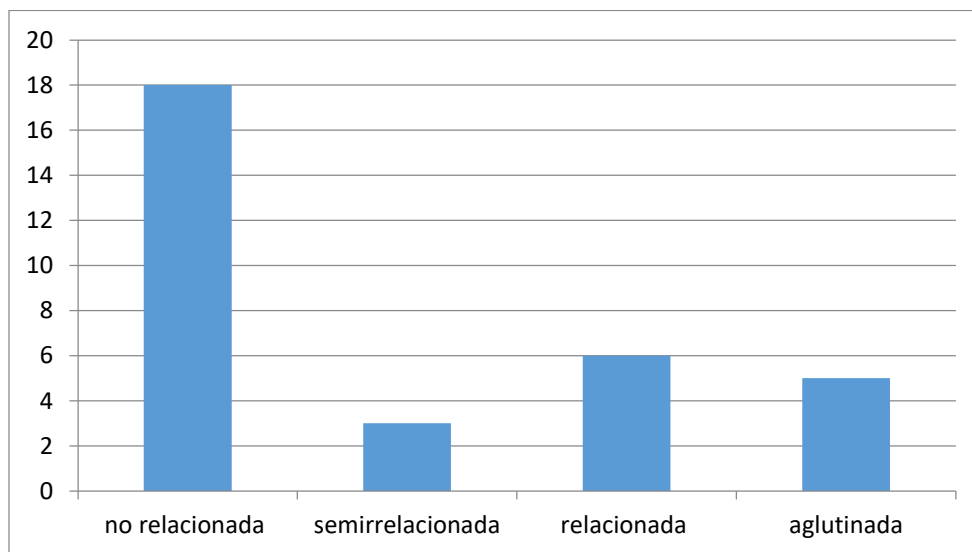
Grafica 1. Regulación y desregulación emocional de los adolescentes autolesivos según el instrumento DERS-E.



Fuente: n=32 adolescentes.

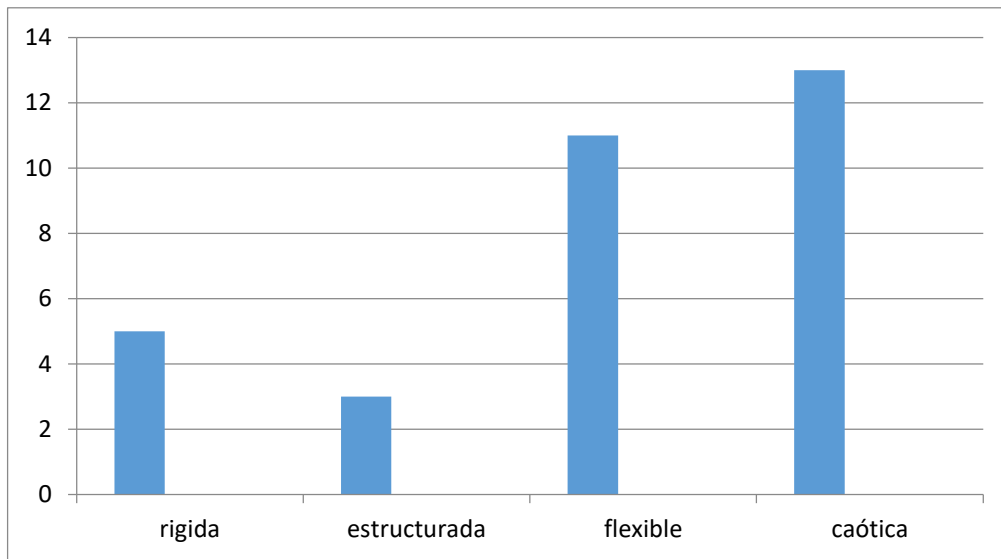
En proporción, la gráfica indica que con respecto de la muestra total de 32 participantes, los varones regulados representan el 50%, mientras que los desregulados emocionalmente representan el 28%. Para el caso de las mujeres, las reguladas alcanzan el 15% y las desreguladas el 12%.

Gráfica 2. Facetas III. Cohesión familiar de los y las adolescentes participantes en la muestra de estudio según el instrumento facetas III.



Fuente: n=32 adolescentes.

Gráfica 3. Adaptabilidad familiar en las y los adolescentes participantes en la muestra de estudio según el instrumento facetas III.



Fuente: n=32 adolescentes.

4. Discusión.

Según el INEGI del año 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes. Ocho de cada 10 suicidios (80.2%) fueron consumados por hombres y 19.8% por mujeres. Campeche (10.2), Aguascalientes (8.6), chihuahua (8.4) y Yucatán (8.4) son las entidades que presentan mayos tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes. El 40.2% de los suicidios en 2014 se trató de un joven de 15 a 29 años. Entre este grupo de edad, la tasa alcanza 7.9 suicidios por cada cien mil jóvenes, la secretaria de salud, en 2014 registro 2292 egresos a causa de lesiones autoinflingidas. Con respecto al sexo, Díaz observo que es frecuente en las mujeres y la presencia de cortes y en los hombres suelen quemarse o golpearse, lo que predomino en la preparatoria fue la lesión con cutter y solo 1 persona se quemó, el índice de autolesiones predomino en el sexo masculino, en cuestión de la edad las autolesiones se presentaron en la edad de 11 a 13 años en preparatoria fue de 16 años la edad que predominó.

En adolescentes reclusos presentan una autolesión durante su internamiento un 50% de ellos a comparación de los adolescentes de la preparatoria que también predominó un evento.

Dentro de los factores psicosociales es la presencia de imitación de la lesión auto lesiva, gran parte de adolescentes convivían con compañeros que tuvieron una autolesión.

Se mencionó en la literatura que la desregulación emocional tiene mayor frecuencia de autolesiones, sin embargo, en la preparatoria si presentaron regulación emocional los hombres autolesionados.

Así mismo menor percepción de apoyo social mayor grado de autolesiones, aunque la mayor parte comento que tenía una relación buena con su familia, sin embargo, para algunos adolescentes es mala la relación e inclusive no confían en su familia, el FACES III reporto la mayoría no relacionada, así como caótica, lo que se traduce como una menor cohesión y adaptabilidad.

Los adolescentes ocupan objetos punzocortantes para autolesionarse, denota sufrimiento comenta Flores, en la preparatoria ocuparon aparte del cutter, bolígrafos o lápices, presentaron sentimientos de ira y ansiedad antes de infligirse una autolesión, después del evento siguen presentando ira y arrepentimiento.

Una limitación de este estudio fue el tamaño de la muestra, que fue pequeño, cosa que restringe extrapolarla a la población, sin embargo, esto requiere otros estudios para que la mejora del instrumento para la detección de autolesiones sobre todo que sirva al médico familiar en la referencia adecuada y manejo en primer nivel de atención, así como la aplicación del DESR-E que es poco estudiado.

Con respecto al sexo algunas investigaciones demuestran que es más frecuente que las autolesiones ocurran en mujeres y que predominan los cortes. En el caso de los hombres suelen quemarse o golpearse, lo que predomino en la preparatoria de Atlacomulco fue la lesión con un cutter y solo 1 persona se quemó, el índice de autolesiones predominó en el sexo masculino, en cuestión

de la edad las autolesiones se presentan en la edad de 11 a 13 años. En Atlacomulco fue de 16 años la edad que predominio.

Dentro de los factores psicosociales es la presencia de imitación de la lesión auto lesiva, gran parte de adolescentes convivían con compañeros que tuvieron una autolesión.

Se mencionó en la literatura que la desregulación emocional tiene mayor frecuencia de autolesiones sin embargo en Atlacomulco si presentan regulación emocional los hombres autolesionados.

Así mismo menor percepción de apoyo social mayor grado de autolesiones, aunque la mayor parte comento que tenía una relación buena con su familia, al contrario, para algunos es mala la relación e inclusive no confían en ellos, el FACES reporta la mayoría no relacionada, así como caótica.

Otro factor de riesgo comprobado en esta investigación es el nivel educativo. Ya el estudio Kirchner titulado "Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria" nos hacía referencia que en España los adolescentes más afectados por cutting son aquellos con educación media superior incompleta. Este protocolo demostró que en México ocurre lo mismo ya que el 90.62% de los adolescentes participantes identificados con conductas autolesivas en Atlacomulco Estado de México tienen preparatoria o equivalente incompleta además de haberse identificado un pobre rendimiento académico en ellos porque al revisar el kardex escolar de los participantes todos tuvieron un promedio escolar por debajo de 70 sobre 100 además de que el 90.62% de los participantes describió su propio rendimiento escolar como regular, malo o muy malo y solo el 9.3% considero que es bueno. Claramente la edad también influye en el tipo de conducta autolesiva y la información obtenida aquí demuestra que los adolescentes entre 15 y 16 años de edad que son el 75% de los participantes prefirieron hacerse cutting o dermografismo y los adolescentes entre 17 y 21 años (25% de los participantes) se autolesionaron de otra manera con predominio de la quemadura con encendedor o metal caliente en tórax, abdomen y antebrazos. Esto contraste totalmente al informe TruthHurts que dice que la edad en la que ocurre la autolesión en adolescentes norteamericanos es 12 años. Más sin en cambio estoy completamente de acuerdo con Kessler et al, que dice que la edad en la que ocurre la autolesión en otro grupo de adolescentes americanos (costa este de los E.U.) es a los 16 años. Los adolescentes mexicanos en específico los adolescentes de Atlacomulco Estado de México son más parecidos a este segundo grupo.

Estudios previos como Laye-Gindhu y Schonert-Reichl ponen de manifiesto la relación que hay entre conductas autolesivas e ideación suicida en adolescentes estadounidenses y canadienses. En mi estudio no se interrogo directamente al adolescente sobre alguna idea o incluso intento suicida que haya tenido porque no es el objetivo de este protocolo sin embargo si quedo claro que el sentimiento que predomina en el joven que se daña físicamente antes del acto autolesivo es la euforia y la ira en igual proporción y justo después de autolesionarse sigue siendo la euforia seguido de arrepentimiento por tal hecho. Por lo anterior considero que los adolescentes mexicanos con estas

conductas no deben ser tratados de la misma manera en la que se trata a los adolescentes extranjeros sin embargo si hay puntos de comparación en los adolescentes estudiados aquí y los adolescentes participantes en otros estudios; todos los estudios publicados hasta ahora dicen que los adolescentes que se autolesionaron no sintieron mayor dolor físico durante esta conducta y aquí el 78.12% de los participantes dijo haber sentido dolor muy leve y el 12.5% dijo que había sido leve.

El diagnosticar las autolesiones por el médico familiar es importante en primer nivel ya que puede ser el signo de lo que en realidad ocurre desde familias extremas, depresión, o hasta una simple moda y tener sentido de pertenencia a un grupo.

5. Conclusiones.

El incluir una muestra pequeña fue la más evidente limitación para la realización de este estudio. Sin embargo quedo demostrado que los hombres son más afectados que las mujeres por el fenómeno de la autolesión en relaciones 3 a 1, en la mayoría de los casos los adolescentes que se autoinfligen

daño el primer contacto posterior al hecho es con el psicólogo escolar seguido de un maestro del plantel educativo donde acude el adolescente, es por eso que este estudio propone identificar puntos de fortaleza y debilidad en estos dos profesionales a fin de capacitarles en la atención de estos adolescentes y así evitar eventos autolesivos futuros ya que el 6.2% de los adolescentes en la primer entrevista con el psicólogo escolar o con el profesor que identifico la lesión afirmo que planeaba volver a lesionarse en los próximos días, el 9.3% dijo que lo haría en los próximos meses y el 40% dijo que lo volvería a hacer a largo plazo es por ello que proponemos el seguimiento de estos adolescentes por un equipo multidisciplinario en el plantel educativo y en el primer nivel de atención médica hasta la edad adulta ya que si bien el cutting, el dermografismo o las quemaduras menores no son lesiones que comprometen la vida si podrían llegar a progresar a conductas más agresivas e incluso intentos suicidas.

Se propone que todas las instituciones escolares de nivel medio superior cuenten con un equipo multidisciplinario conformado por un psicólogo, un médico con experiencia en atención familiar, cuatro o cinco pedagogos con experiencia en atención y seguimiento de adolescentes autolesivos los cuales pueden ser maestros maestros de base en el mismo plantel previamente capacitados y un trabajador social a fin de dar seguimiento a los adolescentes identificados como autolesivos, que intervengan lo antes posible a fin de prevenir eventos autolesivos subsecuentes. además este equipo multidisciplinario debe estar altamente calificado para impartir platicas a toda la población escolar, dar consejería individual a cada joven para identificar factores de riesgo tales como mal entorno familiar y bajo rendimiento escolar antes de que la conducta lesiva suceda, otro resultado que arroja mi estudio es que los adultos directamente responsables de los menores no se percatan cuando ocurre al acto lesivo ni incluso los días subsecuentes al hecho ocurrido aunado a esto, el 87% de los autolesionados dijo que oculto deliberadamente la herida que se produjo, el 6.2% dijo que no la oculto y otro tanto igual dijo que la mostro deliberadamente. Otro dato que arroja el presente es que el 65% de los adolescentes que se lesionaron por primera vez estuvieron en contacto con otros adolescentes que ya lo habían hecho principalmente compañeros de la misma escuela es por ello que concluimos que lo hicieron imitando este acto a fin de pretender encajar en el entorno escolar, es por ello que proponemos identificar en toda la población estudiantil factores de riesgo como la presencia de objetos punzantes o cortantes dentro del material académico del plantel que puedan ser utilizados por los jóvenes para autolesionarse, incluso recomendamos restringir su uso principalmente del cúter o exacto ya que el 71.87% de nuestros adolescentes fue lo que uso para realizarse cutting.

El psicólogo escolar, los profesores y el médico de primer contacto deben identificar episodios frecuentes de euforia en los jóvenes, su umbral de tolerancia al dolor y al estrés, identificar al joven o a la joven que pertenece a una familia disfuncional y crear grupos de apoyo ya que si una causa

de la autolesión es el imitar a otro joven los grupos de apoyo deben dirigir acciones de prevención y autocuidado de la salud.

El 25% de los adolescentes que se lesionan por primera vez reinciden en autolesionarse es por ello que al identificar un primer evento el adolescente debe ser canalizado con el psicólogo escolar quien a su vez lo deberá referir al médico familiar a fin de integrar un grupo multidisciplinario y trabajar identificando ansiedad y depresión, las citas con ambos profesionales deben ser subsecuentes como mínimo una por mes y como máximo una a la semana. Se buscarán redes de apoyo y se buscará mejorar la comunicación con la familia del joven, se deberá aplicar Faces III y Mc Master en forma periódica a fin de valorar los avances y mejoras del entorno familiar, si la familia continúa desligada después de seis meses de seguimiento deberá referirse a un segundo nivel de atención buscando apoyo de terapia familiar. Es por ello que toda unidad de segundo y tercer nivel de atención debe contar con un servicio de terapia familiar independientemente de la institución a la que se tenga derechohabencia.

Tenemos entonces que las autolesiones se presentan en todo tipo de familias con predominio de familias extremas, por lo que se deben buscar factores de riesgo en toda la población entre 12 y 17 años de edad, una vez presentado el primer evento se debe captar al joven y darle tratamiento multidisciplinario a fin de prevenir nuevos eventos en el mismo joven y en los jóvenes con los que convive.

La principal línea de investigación que se proponen son dar seguimiento a estos mismos adolescentes para comprobar que la intervención de un equipo multidisciplinario es efectiva y no volvieron a ocurrir eventos autolesivos en lo subsecuente y la segunda línea es investigar porque ocurren conductas autolesivas en adolescentes pertenecientes a familias funcionales.

6. Referencias.

1. Villarroel G J. et al. Conductas Autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2013; 51 (1): 38-45
2. Ulloa Flores RE, Cecilia Contreras Hernández, Karina Paniagua Navarrete, Gamaliel Victoria Figueroa. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* 2013; 36:417-420
3. Mayer Villa, Pablo Adolfo, Morales Gordillo, Nadia, Victoria Figueroa, Gamaliel, Ulloa Flores, Rosa Elena, Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial *Salud Pública de México [en línea]* 2016, 58 (Mayo-Junio)
4. Lilia Albores-Gallo José L. Méndez-Santos Adriana Xóchitl-García Luna Yariela Delgadillo-González Carlos I. Chávez-Flores Olga L. Martínez. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatría* 2014;42 (4):159-68
5. Ibáñez Frías Álvaro María Vázquez Costa, Ágata Del Real Peña, Carmen Sánchez del Castillo, Eloi Giné Servén. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *C. Med. Psicosom*, N° 103 – 2012
6. Tejeda Marín Miguel. Rebeca Robles García, Catalina González Forteza, Patricia Andrade Palos. Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos
7. González Suarez Luisa Fernanda. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* I Enero - Junio 2016, Vol. 16 No. 1, pp 41-56
8. M. Díaz de Neria et al. Prevalencia y funciones de pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev. Psiq Salud mental (Barc)*. 2015; 8(3):137-145
9. Flórez Correa, S. (2017). Cutting o cortes en la piel: una práctica que habla. *Revista Poiésis*, (32), 94-100.
10. Freud, S. Inhibición, síntoma y angustia. En *Amorrortu, Obras completas*. (2015) Volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
11. Nasio, J. D. (2014). *Los gritos del cuerpo: Psicósomática*. Paidós.
12. Flórez, C. S. (2014, Junio) Expresiones del suicidio en niños y adolescentes. *Revista electrónica de psicología social Poiésis*, 27, 1-15.
13. Kessel A, Bamberger E, Toubi E. Tacrolimus in the treatment of severe chronic idiopathic urticaria: an open-label prospective study. *J Am Acad Dermatol*; 52:145-148.
14. Carr, A. *What Works with Children and Adolescents a Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families*. London: Brunner-Routledge.
15. Scott, A., Shaw, M. & Joughin, C. *Finding the Evidence: A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health* (2nd ed). London: Gaskell.

16. Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, Smith CJ, Vasilev CA y Stevens AL. (2014). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 15-21.
17. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, asociación americana de psiquiatría, 5ta. ed. Sep. 2016.
18. Thompson R. Emotion regulation: A theme in search of definition. En: Fox NA (ed). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 2013; 59:25–52.
19. Carvajal Oviedo HE, Arancibia Andrade B, Díaz Nogales JR, Mendoza Borja H, Salgueiro Apaza G. Síndrome de cutting (Autolesionismo). *Rev. Inv. Inf. Salud [revista en la Internet]*. 2015 [citado 2017 Ago. 17]; 10(25): 43-48.
20. Flórez Correa, S. Cutting o cortes en la piel: una práctica que habla. *Revista Poiésis*, (32), 2015, 94-100
21. García G. Self-harm in children placed in a Court-Mandated Holding and Education Centre. Analysis of socio-demographic variables and influence of implementation of judicial measures. *Rev. esp. sanid. penit.* vol.17 no.2 Barcelona jul./oct. 2015.
22. M. Díaz de Nería et al. Prevalencia y funciones de pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev. Psiquiátrica y Salud Mental (Barc)*. 2015;8(3):137-145
23. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Universidad Autónoma del Estado de México, Versión 2.2 beta | 2015.
24. Escala de evaluación familiar FACES III, Schmidt, Vanina, Barreyro Juan Pablo, Maglio Ana Laura, *escritos de Psicología (psychological writings)*, Universidad de Málaga Vol. 3, núm. 2, Abril 2012.
25. Autolesión; definición, causas, diagnóstico y tratamiento, María Villegas, sociedad internacional de autolesión, febrero 2015.
26. Nonsuicidal self-harm among community adolescents, Laye-Gindhu, *Plos medicine journal* 34 447-457, Aug. 14, 2014.
27. Roque Quintanilla Montoya. Departamento de psicología aplicada. Centro universitario de ciencias de la salud, universidad de Guadalajara. may. 11, 2015

7. Anexos.

7.1 Consentimiento Informado.

Protocolo: Tesis para obtener el título de especialista en medicina familiar.

Título: Prevalencia de conductas autolesivas en adolescentes de una preparatoria en el Estado de México.

Nombre del Investigador Principal: M.C. Efraín Isaías Plata Colín.

Dirección del Sitio de Investigación: Calle Buenaventura Gómez No. 9 Col. Centro Atlacomulco Estado de México.

Número de Teléfono: 712 10 24 108.

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Que tiene como objeto conocer la prevalencia de conductas autolesivas en adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

Con este consentimiento informado se le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que preste cuidadosa atención a lo que se le expone antes de tomar alguna decisión y si usted quiere, puede comentarlo con quien desee. Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente al investigador o al personal de salud quien le ayudará a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme este documento para poder participar en el estudio. Su decisión es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones y sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención médica que se le provee, ni deteriorará la relación con su médico.

Fecha y hora de la firma de este documento. _____.

Nombre y firma del adolescente que decide participar en el estudio. _____.

Nombre y firma de autorización del padre o tutor del adolescente que decide participar en el estudio. _____.

Testigo mayor de 18 años de edad. _____.

7.2 Ficha de identificación.

NOMBRE: _____

EDAD: _____

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR EN LA QUE ESTA MATRICULADO:

ESCOLARIDAD: _____

CON QUIEN VIVE: _____

Nombre de los integrantes de su familia nuclear:

Parentesco.	Ocupación.	Escolaridad.

7.3 instrumento de autolesiones.

edad _____

Programa académico _____

Tipo de autolesión (descripción)

I. Número de veces e instrumento ocupado

A lo largo de su vida cuantas veces se ha autolesionado.

1 2 3 4 5 6

Qué tipo de instrumento utilizo para autolesionarse la última vez que lo hizo.

Un cúter o exacto. Un clavo. Un bolígrafo o lápiz. Vidrio. Objeto metálico. Plástico. Otro (cual).

II. Sentimientos antes y después de la autolesión

Que sentimiento predominaba en usted justo antes de autolesionarse la última vez que lo hizo.

Enojo o ira. Desesperanza. Miedo. Ansiedad. Tristeza. Euforia. Soledad.

Que sentimiento predominaba en usted justo después de autolesionarse la última vez que lo hizo.

Arrepentimiento. Enojo o ira. Desesperanza. Miedo. Ansiedad. Tristeza. Euforia. Soledad.

Cómo describiría el dolor físico que sintió la última vez que se autolesionó.

Muy leve. Leve. Moderado. Intenso. Muy intenso.

III. Consecuencias

Cree usted que a consecuencia de la última vez que se lesiono cambio en algo alguna de sus relaciones interpersonales.

No, nada cambio. Si, hacia mis padres. Si, hacia mis amigos. Si, en mi entorno escolar. Si, hacia mis hermanos.

Algunas de sus autolesiones han dejado alguna secuela o limitación permanente.

Sí. (que tipo) _____ No.

IV. Impacto de la autolesión en el entorno del adolescente.

Inmediatamente después de autolesionarse por primera vez intento ocultar la herida que se produjo.

Sí la oculte. No, no la oculte. Por el contrario, Hice todo lo posible porque todos la vieran.

A quien mostro deliberadamente la herida que se produjo.

A nadie. A mis padres. A mis amigos. Compañeros y maestros. A mi pareja. A mis hermanos.

Antes de la primera vez que se autolesionó usted convivía con alguna persona que ya se había autolesionado.

No. Si, compañeros en la escuela. Si, mis amigos. Si, algún hermano.

En su entorno escolar alguno o alguno de sus compañeros se autolesionan además de usted.

Sí, me consta. Yo creo que sí pero no me consta. No, me consta.

V. Entorno del adolescente previo a su autolesión.

Cuántas parejas sentimentales ha tenido hasta ahora.

Ninguna. 1 2 3 4 más de 5

Actualmente como describe su rendimiento escolar.

Excelente. Bueno. Regular. Malo. Muy malo.

VI. Características de la Familia del adolescente autolesivo.

Como considera que es su entorno familiar.

Bueno y funcional. Excelente, la relación con todos es muy buena. Malo, no confió en mi familia. Muy malo, no tengo nada en común con ellos.

Cuántas personas habitan en su vivienda.

1 2 3 4 5 más de 5

Qué tipo de vivienda habita.

Rural y propia. Rural y prestada. Rural y rentada. Urbana y propia. Urbana y prestada.

Urbana y rentada.

Cree usted que el autolesionarse preocupa o afecta a alguien de su entorno.

No. Si, a mis padres. Si, a mis amigos. Si, a mis compañeros y maestros. Si, a mi pareja.

Sí a mis hermanos.

VII. Manejo o tratamiento del adolescente autolesivo.

Recibió algún tipo de ayuda o consejería profesional la primera vez que alguien de su entorno se percató que se autolesionó.

No. Sí, de un psicólogo. Sí, de un médico. Sí, de un maestro.

En el caso de haber recibido ayuda profesional la primera vez que se autolesionó como considera que fue esa ayuda.

Suficiente, creo que ya no volveré a autolesionarme. Insuficiente, creo que alguna vez lo volveré a hacer. Insuficiente, creo que pronto lo volveré a hacer.

Expectativas futuras

Cree usted que en los próximos días volverá a autolesionarse.

No. Sí. No lo sé.

creo usted que en los próximos meses volverá a autolesionarse.

No. Sí. No lo sé.

Cree usted que en los próximos cuatro años volverá a autolesionarse.

No. Sí. No lo sé

7.4 Faces III.

FACES III.

1 NUNCA – 2 CASI NUNCA – 3 ALGUNAS VECES – 4 CASI SIEMPRE 5 – SIEMPRE.	
	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
	Los hijos pueden opinar en cuando a la disciplina.
	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
	Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
	Nos sentimos más únicos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	Padres e hijos se ponen de acuerdo leen relación con los castigos.
	Nos sentimos muy unidos.
	Nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	Cuando se toman un decisión importante. Toda la familia está presente.
	En nuestra familia las reglas cambian.
	Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
	La unión familiar es muy importante.
	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

7.5 Escala DERS-E modificada para adolescentes mexicanos.

ESCALA DERS-E Modificada para adolescentes mexicanos.	
10 cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera.	
11 cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	
18 cuando me encuentro mal, me siento avergonzado conmigo mismo por sentirme de esa manera.	
19 cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	
20 cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	
23 cuando me encuentro mal me irrito conmigo mismo por sentirme de esa manera.	
24 cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo.	
3 vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control	
17 cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	
26 cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	
13 cuando me encuentro mal, pierdo el control.	
22 cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	
28 cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse.	
12 cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos.	
15 cuando me encuentro mal, creo que acabare sintiéndome muy deprimido.	
16 cuando me encuentro mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	
21 cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concéntrame.	
27 cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	
1 percibo con claridad mis sentimientos.	
2 presto atención a como me siento.	
6 estoy atento a mis sentimientos.	
7 doy importancia a lo que estoy sintiendo.	
9 cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones.	
4 no tengo ni idea de cómo me siento.	
5 tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	

8 estoy confuso sobre lo que siento.	
14 cuando me encuentro mal, creo que estar así durante mucho tiempo	
25 cuando me encuentro mal, creo que darme vueltas en ello es todo lo que puede hacer.	

1 NUNCA – 2 CASI NUNCA – 3 ALGUNAS VECES – 4 CASI SIEMPRE 5 – SIEMPRE.