



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**“PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y FACTORES  
PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS  
DE 12 A 19 AÑOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. ASTRID NOEMI PÉREZ ACUÑA

ASESOR:

ASESORES:

DRA. BLANCA SANDRA RUIZ BETANCOURT

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

FEBRERO 2018



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.

**Autorización de la Tesis**

**Vo. Bo.**

---

**Dr. Benjamín Acosta Cazares**  
**Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología**  
**Coordinación de Vigilancia Epidemiológica**

**Vo. Bo.**

---

**Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt**  
**Asesor metodológico**  
**Coordinación de Vigilancia Epidemiológica**

## **Dedicatoria**

A mi esposo y mi familia por su apoyo incondicional y por ser el pilar fundamental de lo que soy, tanto académicamente, como en la vida.

## **Agradecimientos**

A mi asesora por su invaluable guía.

A mis compañeros y amigos que estuvieron para mí cuando más los necesitaba.

## Índice

1. Resumen	1
2. Marco Teórico	2
3. Antecedentes	11
4. Justificación	14
5. Planteamiento del problema	15
6. Pregunta de investigación	15
7. Objetivo	16
8. Hipótesis	17
9. Material y métodos	17
10. Aspectos éticos	28
11. Recursos, financiamiento y factibilidad	31
12. Cronograma de actividades	32
13. Resultados	33
14. Discusión	39
15. Conclusiones	42
16. Referencias bibliográficas	44
17. Anexos	47

## 1. Resumen

**Pérez-Acuña AN<sup>1</sup>, Ruiz-Betancourt SB<sup>2</sup>.** Prevalencia de autolesiones no suicidas y factores psicosociales asociados, en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México. 1. Residente de tercer año de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. 2. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

**Introducción:** Uno de los trastornos mentales entre los adolescentes, que más ha llamado la atención en los últimos años por su aumento de la prevalencia y su estrecha relación con el suicidio es, las autolesiones no suicidas (ANS). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), establece una definición y 5 criterios para su diagnóstico. La prevalencia difiere del país, de la población de estudio y sobre todo de la definición. En México en un estudio realizado en la Ciudad de México, la prevalencia fue de 5.6%. El identificar los factores de riesgo en los adolescentes nos permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir autolesiones no suicidas.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de las autolesiones no suicidas y los factores psicosociales asociados, entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico, en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México. Muestreo polietápico estratificado, el cual fue realizado en nivel educativo secundaria, 4 escuelas y en nivel medio superior, 8 escuelas. Se incluyeron adolescentes entre 12 y 19 años, que se encuentren cursando en alguno de los dos niveles, se excluyeron a aquellos adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados como: Trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, tricotilomanía, se eliminaron aquellos con cuestionarios incompletos. Previo consentimiento y asentimiento informado, se aplicó un cuestionario anónimo, con una duración aproximada de 20-40 minutos. La variable dependiente se midió de acuerdo con los criterios del DSM-V, las variables independientes fueron: funcionalidad familiar, nivel socioeconómico, ansiedad, depresión, disregulación emocional, antecedentes familiares de intento o suicidio, pertenencia a tribus urbanas, maltrato y bullying.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 1,315 adolescentes, 608 de secundaria y 707 de preparatoria, con edad media de 15.4 años, el 48.7% fue de sexo femenino. La prevalencia de las ANS general fue de 4.5%, en secundaria de 5.6% y preparatoria 3.1%. Los factores de riesgo con p significativa en el análisis bivariado, disfunción familiar moderada y severa, RMP 3.24 (IC95% 1.58-6.63) y RMP 3.24 (IC95% 1.58-6.63) respectivamente, nivel socioeconómico medio RMP 1.98 (IC95% 0.99-3.98) y alto RMP 2.56 (IC95% 1.18-5.51). Ansiedad RMP 5.06 (IC95% 2.01-12.78), depresión RMP 5.69 (IC95% 1.77-18.32), disregulación emocional RMP 6.13 (IC95% 2.88-13.02), maltrato físico de la figura materna RMP 3.19 (IC95% 1.87-5.46), paterna RMP 2.00 (IC95% 1.05-3.79), maltrato físico severo por la figura materna RMP 3.94 (IC95% 2.08-7.46), por la figura paterna RMP 2.87 (IC95% 1.31-6.31). El bullying por exclusión RMP 1.91 (IC95% 1.00-3.64), de gravedad media RMP 2.30 (IC95% 1.33-3.96) y gravedad extrema RMP 2.37 (IC95% 1.09-5.18).

**Palabras claves:** Autolesiones no suicidas, adolescentes, factores psicosociales.

## **2. Marco teórico**

La adolescencia para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “es un periodo de crecimiento y desarrollo del ser humano el cual se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Es una etapa de la vida del ser humano muy importante, la cual se caracteriza por crecimiento físico y desarrollo psicológico, por lo que debe de considerarse tanto desde el punto de vista biológico, como cultural y social, constituye una etapa de riesgo, donde el contexto donde se desenvuelve el individuo pueden tener una influencia determinante, al no existir, un entorno apropiado, que facilite esta transición, los adolescentes pueden experimentar problemas de adaptación y de salud mental(1).

La UNICEF considera que en la adolescencia se define la personalidad, se constituye la independencia y se fortalece la autoafirmación, para esto se necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad. En México, la falta de orientación y de oportunidades se ve reflejado por un alto número de adolescentes que mueren cada año a causa de accidentes de tránsito, homicidios y suicidio, las cuales constituyen las tres principales causas de muerte entre la población de 12 a 17 años en México (2).

El contexto actual en el que se desarrolla un adolescente en México, donde uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no cubren sus necesidades básicas de alimentación, un porcentaje importante de ellos abandonan la escuela secundaria por la falta de oportunidades y necesidades de trabajar lo que los hace más propensos a aceptar trabajos mal retribuidos, peligrosos o incluso en condiciones de explotación, un entorno familiar desfavorable, una orientación callejera, presión social, forman parte de factores de riesgo que ponen en peligro la salud física, pero sobre todo la salud mental. La etapa de la adolescencia demanda de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social, al no desarrollarse el individuo en un entorno favorable, estas estrategias de afrontamiento serán patológicas. Por lo anterior se considera a los

adolescentes un grupo de alto riesgo para el desarrollo de los trastornos mentales.

Estos trastornos pueden tener efectos graves en la salud general y el desarrollo del adolescente y suelen estar asociados a problemas sanitarios y sobre todo a problemas sociales. La OMS refiere, en lo que respecta a salud mental del adolescente, que “existen notables coincidencias entre las edades, sexos, las regiones y entre los países de ingresos bajos, medianos y altos: los patrones de mortalidad, morbilidad y discapacidad de la adolescencia reflejan la transición de la niñez a la edad adulta y el impacto de los procesos que tienen lugar durante el período”.

Uno de los trastornos mentales entre los adolescentes, que más ha llamado la atención en los últimos años por su aumento en la prevalencia y su estrecha relación con el suicidio, son: las autolesiones no suicidas (ANS), trastorno que comenzó a observarse en la década de los sesentas, pero fue hasta la década de los noventas que se iniciaron líneas de investigación al respecto, con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV), donde las ANS forman parte de los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad y como síntoma de otros trastornos mentales, donde se conceptualizaba como conducta no suicidas deliberadamente provocadas. En la literatura anglosajona se conocen como: “deliberate self harm”, “self destructive behaviors” y “autoinjurious behaviors”, en algunos de estos conceptos se incluye desde la ideación de muerte hasta la conducta suicida. Simeon y Favazza en 1995, proponen una clasificación de la siguiente manera: conductas autolesivas mayores, estereotipadas, compulsivas e impulsivas, donde este comportamiento forma parte de otras patologías como: encefalitis, transexualismo, trastornos anímicos, trastornos de personalidad, retraso mental severo, síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi, trastornos alimenticios, trastornos por estrés postraumático, etc. (3)

Existiendo diferentes instrumentos de medición para las definiciones antes mencionadas, el primero de estos instrumentos fue realizado en 1985, surgiendo diversos a lo largo de los años, enfocados a comportamientos de auto daño, evaluando a población abierta o clínica específica, por auto reporte



o con evaluación por clínicos, variando en la duración de la aplicación, el grado de exploración del comportamiento de autolesión; todos, esfuerzos por evaluar un complejo grupo de conductas autolesivas, sin embargo sin discriminar el contexto, el tipo y los trastornos mentales a los que se asocian o forman parte como signos y síntomas de estas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) refiere lo siguiente acerca de las autolesiones no suicidas.

- El individuo inflige repetidamente lesiones superficiales, sin embargo, dolorosas a su cuerpo, por ejemplo: cortes, quemaduras superficiales, apuñalamiento, golpes.
- Propósito es reducir las emociones negativas, como la tensión, la ansiedad y auto reproche, y / o para resolver una dificultad interpersonal.
- En algunos casos, la lesión se concibe como un merecido auto castigo.

Incluye cinco criterios diagnósticos, los cuales abarcan el tiempo, la expectativa con la que se realizan las lesiones, la intensidad con la que se asocia como las dificultades personales, preocupación por el comportamiento, pensar en la autolesión con frecuencia, aunque no se actué en consecuencia, el contexto social y cultural con que son percibidas, las consecuencias del comportamiento en el individuo (interferencias en áreas interpersonales, académicas entre otras) y sobre todo que no se presenten asociados a otros trastornos psiquiátricos o a agravamiento de estos. La mayoría de las personas no buscan atención clínica, no se sabe si como parte del desorden, debido a que pueden ser percibidos como estigmatizantes o porque el comportamiento es experimentado positivamente por la persona lo que la desmotiva a recibir tratamiento (4).

Es difícil estimar una prevalencia confiable de las ANS, derivado de las múltiples definiciones y de los diferentes instrumentos de medición (hasta 18 instrumentos). La prevalencia difiere del país y de la población de estudio, en una comparación en Europa, donde se incluyeron 12 países utilizando la definición de comportamiento auto perjudicial se encontró una prevalencia de 27.6 % en adolescentes, donde Hungría presento una prevalencia de 17.1% y

Francia con 38.7%(5), en Estados Unidos de América se han estimado prevalencias de 7.4-15% en un periodo entre 2004-2011, en tres diferentes estudios en China en 2012 la prevalencia fue de 29.7%, 2014 de 17% y 2015 de 24.9%, en Suiza 0.2% en 2013(6), en Latinoamérica son escasos los estudios al respecto de la prevalencia, en un estudio realizado en 2003 en el estado de Guanajuato en hombres el 3.1% y en mujeres 10.7%(7), en el Distrito Federal el 10%(8). Los primeros estudios que utilizaron el DSM-V propone una prevalencia entre el 4-7% entre los adolescentes en muestras comunitarias y alrededor de 50% para muestras psiquiátricas en niños y adolescentes (9). En México en un estudio realizado en el Distrito Federal, la prevalencia fue de 5.6% (10).

Con lo que respecta a los factores de riesgo que están relacionados a la ANS en los adolescentes, los que más se han explorado son los dados por el entorno en el que se desarrolla esta etapa y son aquellos riesgos que aumentan la probabilidad de que se presenten futuras complicaciones de salud emocional, hablamos de los factores psicosociales, que se dividen en psicológicos y sociales.

Los factores psicológicos son aquellos que no satisfacen las necesidades psicológicas básicas:

- **Ansiedad:** Es una reacción fisiológica de defensa ante situaciones negativas y peligros potenciales, situando al individuo en un estado de alerta ante posibles amenazas, es una medida adaptativa ante las circunstancias. En lo que respecta a la ansiedad patológica, esta se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique o en algunos casos la respuesta a la situación amenazante es desproporcionada en intensidad y frecuencia, donde la respuesta adaptativa o de afrontamiento no será adecuada.
- **Depresión:** En la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como un trastorno peligroso, que puede generar conductas auto destructivas. En esta etapa del desarrollo humano (adolescencia), suelen presentarse molestias con el estado de ánimo,

cuando el desarrollo biopsicosocial se altera, se manifiestan conductas anormales, síntomas o alteraciones en el funcionamiento mental (11).

- Disregulación emocional: Las emociones se encuentran conectadas con las necesidades más esenciales del ser humano, en los últimos años se han concebido en su comprensión como respuesta adaptativa de los individuos, por lo que en la actualidad se enfatiza el rol de las emociones como reguladoras y determinantes del comportamiento. Existen emociones “placenteras” y “desagradables”, por lo que se comprende que las emociones encierran un potencial de riesgo como de protección. Es lógico que las emociones negativas, sean las que presenten mayor tendencia a ocasionar daños en la salud. Las dificultades para regular de manera eficaz el proceso emocional, provoca consecuencias en la salud mental del adolescente (12).

Los factores sociales involucran la familia, la escuela, la cultura y son aquellos que le impiden al adolescente un afrontamiento adecuado a las situaciones negativas o conflictivas:

- Familia: La OMS en la reunión de ginebra de 1981, consideró a la familia, en todas las culturas, como el agente primario de la sociedad para la promoción de la salud y de la calidad de vida del individuo. Es en la familia en donde se van formando los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, es donde se van formando los vínculos esenciales, que van construyendo la identidad del sujeto, al ser uno de los principales factores que influyen en los modos de estar y de ser de los adolescentes, influyen directamente en la forma y el grado en el que podrían satisfacer las necesidades existenciales, materiales, emocionales, intelectuales y relacionales de los adolescentes. En esta época la familia, es cada vez más frágil e inestable, actualmente la funcionalidad es deficiente, por lo tanto, todas aquellas bases que deben de sustentar la etapa de transición que es la adolescencia, se encuentran debilitadas y en algunos casos ausentes.

Por otra parte, el maltrato dentro de la familia hacia el adolescente sigue siendo un problema importante de salud pública, se violan los derechos del individuo a una vida protegida, se provocan secuelas, consecuencias

inmediatas severas, inclusive la muerte, no solo conlleva a secuelas físicas y emocionales a mediano y a largo plazo, con repercusiones individuales y sociales. El maltrato en contra de los adolescentes se ha incrementado de forma alarmante en los últimos años, sin embargo, no existen cifras exactas, ya que la medición del fenómeno es complicada, depende de diversas situaciones, es importante destacar que influyen de manera importante la diversidad cultural, usos y costumbres. Es necesario contar con información estadística para conocer la magnitud y posibles efectos, en este caso como factor asociado a las ANS, lo cual nos permitirá establecer las acciones adecuadas para la prevención.

- **Bullying escolar:** La educación formal que es aquella que es reglamentada y establecida por el estado y es un factor sumamente importante en el proceso de socialización del individuo, dentro de las interacciones interpersonales en la escuela, se puede presentar el acoso, mejor conocido como “bullying”, donde existe un desequilibrio entre el poder y la fuerza, donde la víctima no puede salir por sus propios medios. El sufrir bullying que se convierte en una experiencia estresante para el adolescente, donde la víctima, tiene que aprender a hacer frente a esta situación, no contar con las herramientas adaptativas necesarias puede provocar consecuencias terribles para quien las sufre.
- **Conductas modeladas:** Una de las situaciones recurrentes en la caracterización social de los adolescentes en los últimos años son las “culturas juveniles” o también llamadas “tribus urbanas”, esto se ha abordado como una forma de ver el cambio social, es decir como una manifestación de los cambios en las formas de vida y los valores que ha sufrido la sociedad. Estas tribus en muchos de los casos son vistas por la sociedad como preocupantes, ya que no solo es una moda, sino que son grupos que comparten pensamientos, que construyen un esquema de actitudes y comportamiento que reafirman y refuerzan la identidad. La influencia que estas ejercen en el individuo puede ser positiva o negativa, en este último contexto en muchas ocasiones se promueve la desobediencia y agitación social, en el sentido de que los miembros se declaran en contra de la sociedad adulta a la que no quieren pertenecer. Hay que tener en cuenta que el desarrollo acelerado de la tecnología,

sobre todo en comunicación, que abarca la globalización, influye para que estas tribus tengan gran acogida en los adolescentes, pudiendo provenir desde cualquier lugar de la tierra (13).

Algunos investigadores se han tomado la tarea de incursionar en esos factores. En un meta análisis se encontraron los siguientes factores: antecedentes de ANS, depresión, sexo, antecedentes de conducta suicida, síntomas de internalización, desregulación, desesperanza, síntomas de externalización, clúster b, antecedentes de abuso, psicopatología de los padres, funcionamiento y estructura funcional, conductas modeladas por los pares entre otros, tanto estudios transversales, como longitudinales han coincidido en la mayoría de estos factores(6). El identificar estos factores de riesgo en los adolescentes nos permite identificar a aquellos que están más expuestos a sufrir ANS.

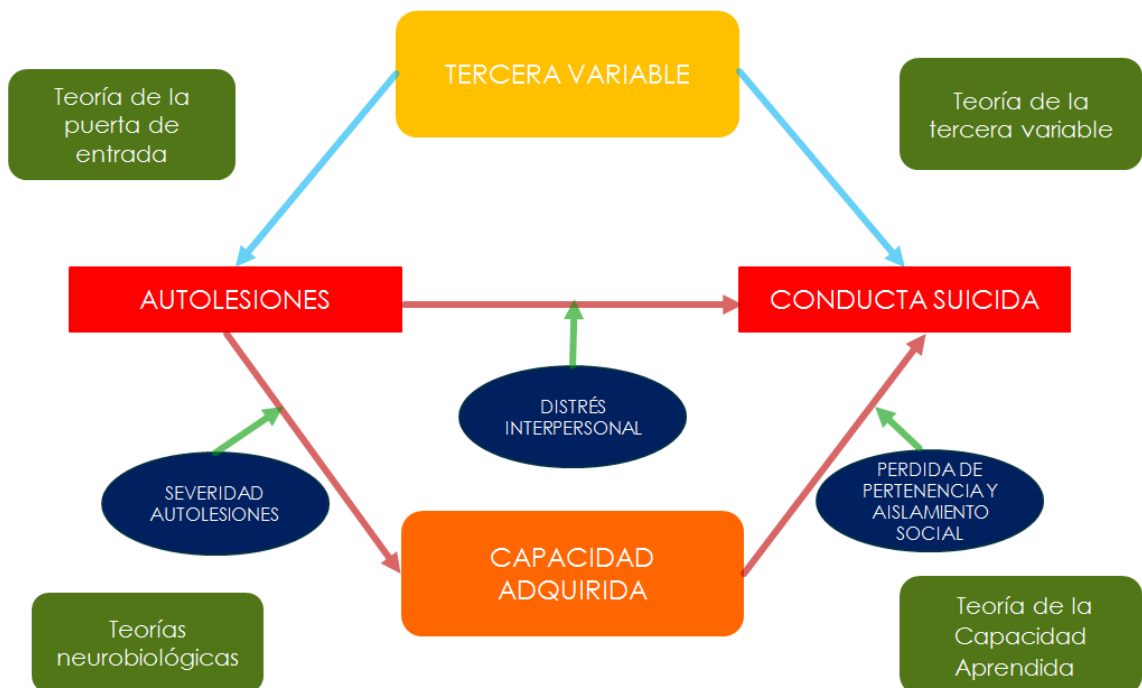
Los factores psicosociales, al estar ligados al entorno que rodea al individuo, pueden variar con respecto a los países y las culturas, por ejemplo en China, uno de los países con mayor prevalencia de esta patología, el adolescente se enfrenta a un cambio en la economía, así como cambios culturales que influyen de manera importante en la educación y en la dinámica familiar, en países con una estabilidad económica, clasificados como desarrollados, la prevalencia es baja, por lo que es de suponer que existen factores protectores como mayor autoestima, cuidado de los padres, apoyo social están modificando la presencia de ANS. En México, como ya se mencionó, según la UNESCO, el adolescente se enfrenta a una situación desfavorable, propiciando los factores de riesgo para diferentes trastornos mentales.

Aunque las lesiones provocadas por este trastorno no conllevan por si solas a una discapacidad, hospitalización o muerte, su trascendencia radica en lo que en diversas investigaciones en las últimas décadas han observado, está fuertemente ligado con el comportamiento suicida.

Encontrando a este trastorno como un importante factor de riesgo para el suicidio. Hamza CA, et al, en 2012 realizó una revisión literaria acerca de este vínculo, proponiendo tres teorías:

- Teoría de la puerta de entrada: donde ambos trastornos albergan la misma experiencia subjetiva: hacerse daño. Siendo la puerta de entrada las ANS y la salida posible, el suicidio.
- La tercera variable: la asociación entre ambos trastornos es una mera coincidencia, siendo una tercera variable la que determina la que determina la evolución de ambas.
- Teoría de la capacidad adquirida: aprendemos a asociar el suicidio con el miedo y el dolor, dotándonos de una cierta capacidad para el suicidio, la ANS incrementa la capacidad para el suicidio en la medida que se produce una habituación al miedo y el dolor (14).

**Figura 1.** Esquema basado en el modelo integrador de Hamza y col. 2012.



Jacobson CM, et al, publicó en el 2008 que, de los adolescentes con esta patología, del 33-37% presentan un intento de suicidio en el último año (15). Harris L, et al, en 2005 publicó que 1 año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor que en la población general (16).

La OMS considera el suicidio como un problema grave de salud pública, cada año a nivel mundial, 800 000 personas se quitan la vida, para el 2015 se colocó como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años.

México no es la excepción, en particular en los adolescentes las cifras son más alarmantes que en la población general, según cifras del INEGI en el 2015 en jóvenes de 15 a 29 años la tasa fue de 8.2 suicidios por cada 100 mil, colocándola como la mayor a nivel nacional, ya que 4 de cada 10 casos de suicidio se encuentran en este grupo. (17)

### 3. Antecedentes

Plener PL, *et al* en 2015 realizaron una revisión literaria, de artículos que investigaron la prevalencia en diferentes países, realizados en adolescentes. En China se observó una edad media de las ANS de 14-16 años, una prevalencia de entre 24.9-17% a los 12 meses. En Australia, observo una prevalencia de hasta 10.1%. En Estados Unidos de América, en adolescentes de 8vo grado encontraron prevalencia de entre 3.2% al 18%, En Suecia, prevalencia 0.20% siendo esta la más baja. En Bélgica, entre 5.15-5.31%. En esta revisión sistemática podemos observar que las prevalencias de las ANS en muestras comunitarias de adolescentes varían entre los países, cada uno de estos estudios se basaron en diferentes definiciones e instrumentos de medición, por lo que no podemos unificar una prevalencia (6).

En España Calvete E, *et al*, en 2015 en 1,864 adolescentes con rango de edad de los 12 y los 19 años, edad media 15.32 años, desviación estándar (DE)  $\pm 1.97$ , fueron evaluados con una versión modificada del autoinforme de evaluación funcional de la automutilación (FASM; Lloyd, Kelley y Hope, 1997) la prevalencia encontrada fue de 55.6%, el 23.4% de la muestra informó comportamientos menores de ANS y 32.2%, conductas graves, clasificación anteriormente mencionada (18).

Un estudio realizado en Polonia, por Kądziała-Olec H, *et al*, en 2015, utilizando definiciones de DSM-V en adolescentes del 13-19 años, con una edad media de 16.8 DE  $\pm 1.65$ , obtuvo una prevalencia total de 4.8%, 3.6% en hombres y 3.2% en mujeres (19).

En latino América son pocos los estudios al respecto de este trastorno, en México Albores-Gallo L, *et al*, en 2014, en 533 adolescentes con una edad media de 13.37 años, DE  $\pm 0.95$ , con rangos de edad de 11 a 17 años, la prevalencia de ANS definido de acuerdo con criterios propuestos por DSM-5 fue de 5.6%, con una definición amplia ("¿Te lastimaste sin la intención de poner fin a tu vida?"), fue 17.1%. La edad de inicio fue de 11.9 (1.39) años (rango 6-15 años). La mayoría de los criterios del DSM-5 fueron más frecuentes en las niñas que los niños. Los adolescentes que participaron en este estudio pertenecían a secundarias de la delegación de Tlalpan, se utilizó



una muestra no probabilística, lo cual es una gran limitación para estimar una prevalencia(10).

Existen pocos estudios longitudinales de las ANS y pocos han examinado los factores de riesgo causales.

Fox KR, et al, en 2015, realizó un meta análisis para determinar los factores de las ANS, los más significativos de estos encontrando a los antecedentes de ANS con un OR 5.59 (IC<sub>95%</sub>3.57-9.93), depresión OR 1.98 (IC<sub>95%</sub>1.34-2.94), sexo femenino OR 1.80 (IC<sub>95%</sub>1.21-2.97), antecedentes de conducta suicida OR 2.21 (IC<sub>95%</sub>1.42-3.44), síntomas de internalización OR 1.37 (IC<sub>95%</sub>1.20-1.57), desregulación OR 1.05 (IC<sub>95%</sub>1.01-1.08), desesperanza OR 3.08 (IC<sub>95%</sub>1.88-5.06), síntomas de externalización OR 1.68 (IC<sub>95%</sub>1.22-2.31), clúster b OR 5.93 (IC<sub>95%</sub>2.37-14.83), abuso OR 2.87 (IC<sub>95%</sub>2.87-1.69-4.88), psicopatología de los padres OR 1.35 (IC<sub>95%</sub>1.13-1.63), funcionamiento y estructura familiar OR 1.14 (IC<sub>95%</sub>1.06-1.22). Las limitaciones de este estudio se vieron centradas en la heterogeneidad de la muestra que abarcaba diferentes grupos de edad, se enfocaron típicamente en adolescentes, pero también incluyó adultos jóvenes en una menor proporción. Entre los estudios se puede observar que utilizaron 15 diferentes métodos de medición. Al realizar análisis estadístico global se debilitó el riesgo (20).

En Alemania, Plener PL, *et al*, en 2015, buscando el riesgo de inmigración y autolesiones no suicidas y el intento de suicidio, realizaron un estudio en escolares de octavo año, con una muestra de 452 sujetos, con una edad media de 14.58 años de edad, SD 0.58, encontrando una prevalencia de ANS de 20.4 % y 4% de intento de suicidio, mayor en mujeres con una  $p < 0.001$  para ANS y no significativa en intento de suicidio, en los adolescentes que habían nacido fuera del país presentaba una mayor de 42,86% con un OR 3.36 e intento de suicidio de 17,86%, OR 6.78, que fue mayor que el riesgo de los adolescentes que tenían al menos un padre que había emigrado de otro país ANS 30,08%, OR 2.46 e intento de suicidio 8.94% con un OR 4.45. En este estudio se compararon dos trastornos diferentes y un factor de riesgo en común, encontrándolo como un importante factor de riesgo (21).

En Italia, Martorana G, realizó un estudio entre adolescentes con rangos de edad de 12-16 años, para ver factores asociados a las autolesiones no suicidas, con una muestra de 362 sujetos, encontrando una prevalencia de 72.38%, los cortes eran el medio más común en un 81.77%, 56.91% habían experimentado algún tipo de ansiedad, y 41.71% presentaba trastornos alimenticios, la mayor proporción de muestra fue del sexo femenino por lo que los resultados pudieran verse confundidos (22).

Klonsky E.D, *et al*, realizaron un meta análisis donde buscaron la asociación de abuso sexual y autolesiones no suicida, analizaron 45 investigaciones, donde el objetivo era determinar sistemáticamente la magnitud de la asociación, todos los estudios que controlaron los factores de riesgo psicológicos encontraron asociaciones mínimas o insignificantes entre el abuso sexual en la infancia y la conducta autolesiva. La mayoría los estudios que fueron clínicos presentaron mayor asociación, aquellos que controlaron los confusores como entorno familiar, desesperanza, trastorno límite de la personalidad, tuvieron menos relación, por lo que se podría tener una sobreestimación de la asociación (23).

En Perú, Fravazza AR, en el 2013 expuso los siguientes factores asociados:

- 1.Niveles altos de pensamientos y sentimientos no placenteros y negativos,
- 2.Habilidades comunicativas pobres y dificultades con la solución de problemas

Abuso, maltrato, hostilidad y crítica excesiva durante la niñez. 3.-Respuesta excesiva al estrés o lo opuesto. 4.-Tasas altas de autolesiones no suicidas para lograr la respuesta deseada. 5.-Necesidad de autocastigo. 6.-Conductas modeladas basadas en la exposición a autolesiones no suicidas por parte de los pares, mediante el internet -por ej., videos en YouTube- y en los medios (24).

#### **4. Justificación**

La realización de este estudio proporcionara conocimiento de la magnitud y de los factores psicosociales asociados a las ANS proporcionando las bases para investigaciones futuras.

Los factores psicosociales al ser potencialmente modificables y el conocer su distribución y asociación proveerán de información a los tomadores de decisiones para la implementación de estrategias enfocadas a este grupo específico de la población.

Los principales beneficiados serán los adolescentes y sus familias al ser orientados y derivados a centros donde se les pueda brindar una atención dirigida y adecuada, evitando un desenlace fatal.

Los beneficios institucionales tanto educativas y para el IMSS, al contar con información acerca de esta patología en particular, se podrán establecer estrategias preventivas a un sector específico de la población y de esta manera evitar complicaciones y muertes tempranas, promoviendo la salud mental de los estudiantes.

## **5. Planteamiento del problema**

La adolescencia es una etapa de transición fundamental en el desarrollo del ser humano, acompañado de cambios biológicos y psicológicos por lo que constituyen un grupo de riesgo para trastornos mentales.

En las últimas décadas se ha observado un aumento mundial en la prevalencia de las ANS, estimándose prevalencias desde un 55.6% hasta un 0.2%, dependiendo del país. Se ha estudiado que esta patología está fuertemente ligada al suicidio, con un riesgo 60 veces mayor que en la población general.

Los factores de riesgo asociados a esta patología han sido poco estudiados, derivado de las diferentes definiciones para las autolesiones, utilizadas por parte de los investigadores. En el 2013 en la publicación del DSM-V, se incluyó como un trastorno mental y no como signo o síntoma de otros trastornos, unificando la definición y estableciendo criterios específicos para su diagnóstico, lo que hace más factible la estimación de la prevalencia y de sus factores asociados.

## **6. Pregunta de investigación:**

- ¿Cuál es la prevalencia de las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México?
- ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a las autolesiones no suicidas en los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México?

## **7. Objetivos:**

### Generales:

- Estimar la prevalencia de las autolesiones no suicidas y los factores psicosociales asociados, entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

### Específicos:

- Estimar la asociación entre la disregulación emocional y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.
- Estimar la asociación entre la función familiar y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.
- Estimar la asociación entre depresión y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.
- Estimar la asociación entre la ansiedad y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.
- Estimar la asociación entre el maltrato (físico, emocional, negligencia y abandono) y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.
- Estimar la asociación entre los antecedentes familiares de suicidio y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.
- Estimar la asociación entre el bullying y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

- Estimar la asociación entre las conductas modeladas (tribus urbanas) y las autolesiones no suicidas entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

## 8. Hipótesis

La prevalencia de las autolesiones no suicidas será mayor al 5% entre los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

## 9. Material y Método

### 9.1 Tipo de estudio:

Estudio transversal analítico

Periodo de estudio

Marzo 2017- enero 2018

### 9.2 Población de estudio

Estudiantes de 12 a 19 años matriculados en secundaria o preparatoria de la Ciudad de México.

### 9.3 Tipo de muestreo:

Polietápico estratificado

### 9.4 Tamaño mínimo de muestra:

$$n = \frac{(z_{\alpha/2}^2)(1-p)}{d^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

\*Efecto de diseño DEFF de 2= 770

Perdidas 10%= 77

Dando Total del tamaño mínimo de muestra de 847 sujetos

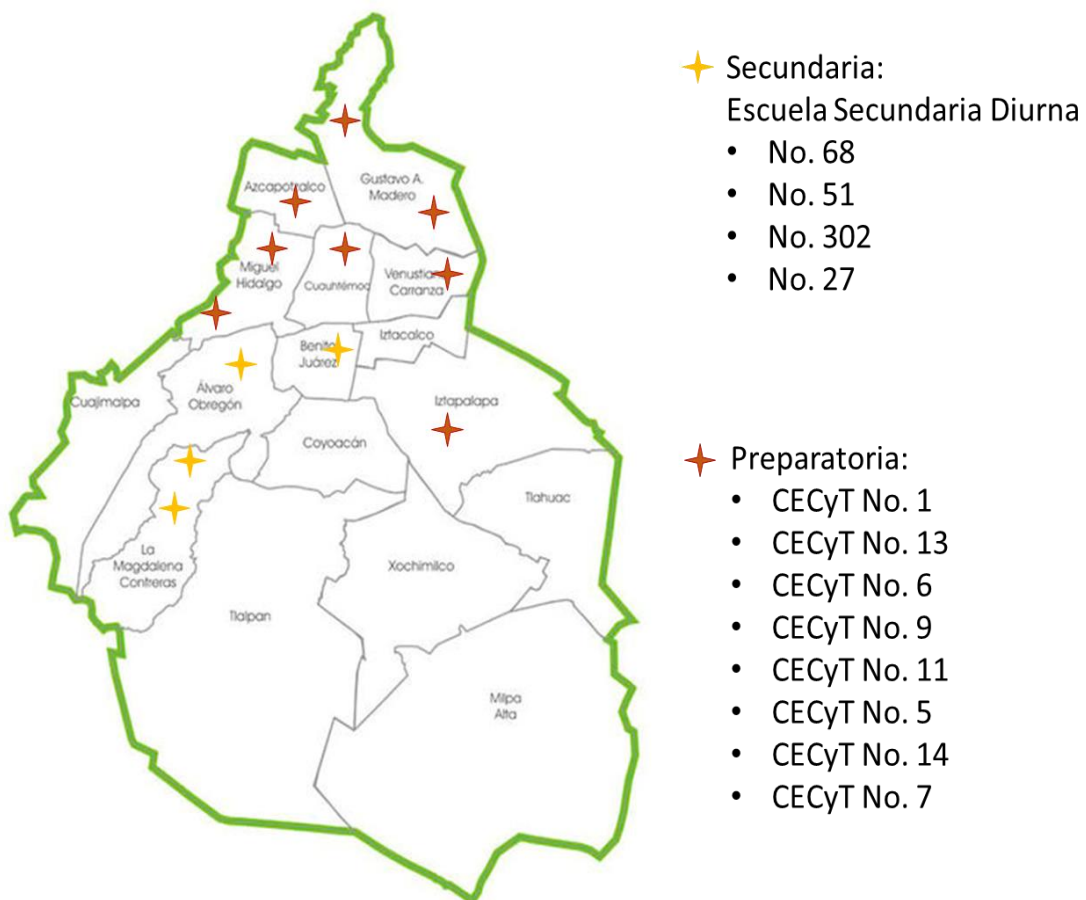
### 9.5 Criterios de selección:

Criterios de inclusión: Adolescentes de 12-19 años que se encuentren cursando algún grado de escolaridad, en secundaria o preparatoria.

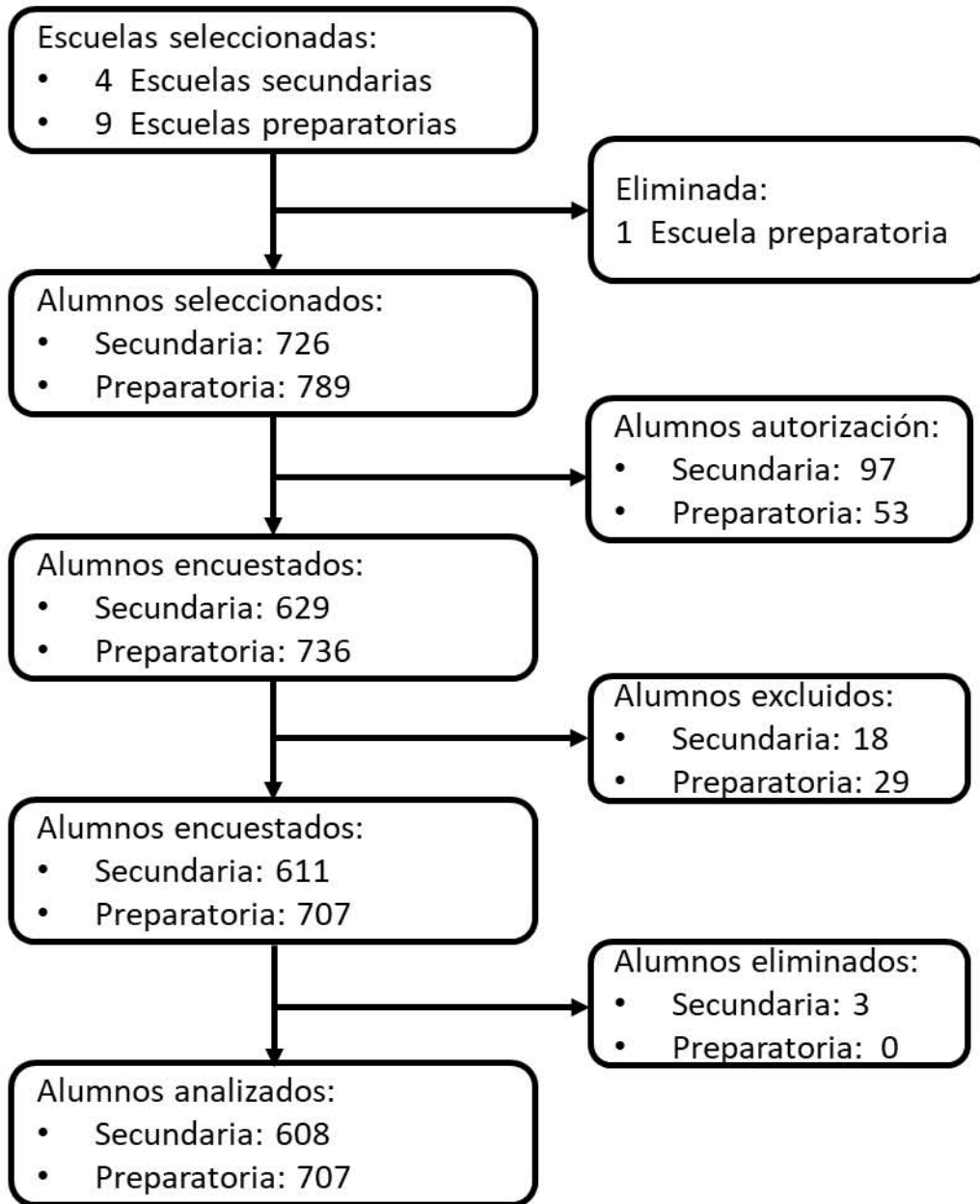
Criterios de exclusión: adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados como: Trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, tricotilomanía.

Criterios de eliminación: Cuestionarios que se encuentren incompletos en la variable de interés.

**Figura 2.** Distribución de las escuelas por delegación de la muestra en adolescentes

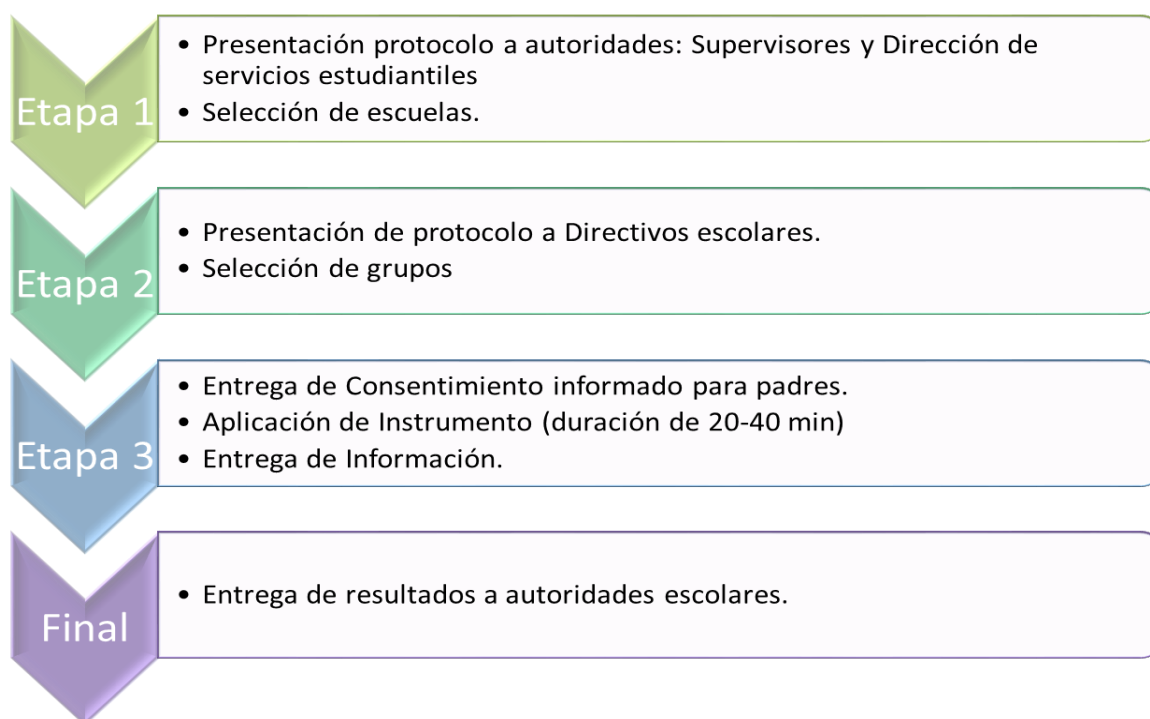


**Figura 3.** Diagrama de selección de la muestra en adolescentes





## 9.6 Descripción general del estudio:



En las escuelas seleccionadas mediante el muestreo, se presentó a directivos las generalidades, objetivos y metodología del estudio.

En los grupos seleccionados se expuso el tema a los adolescentes, donde se entregó consentimiento informado para los padres y asentimiento informado para el adolescente, en caso de menores de edad o consentimiento al adolescente, si se trataba de mayores de edad.

Posteriormente al contar con el consentimiento y asentimiento firmado se aplicó el cuestionario por auto reporte a los adolescentes, el cual tiene una duración aproximada de 40-50 minutos, dentro de las instalaciones institucionales, de acuerdo con las disposiciones de las autoridades y bajo supervisión directa del investigador, para resolver las dudas que surgieron durante la aplicación.

Posterior al análisis de los datos, se entregó un informe a los directivos de ambos niveles educativos y un informe individual por escuela.

## **9.7 Variables del Estudio**

Dependiente:

### **Autolesiones no suicidas ANS**

Definición conceptual: es el daño autoinfligido de forma deliberada y sin intencionalidad suicida. Incluyen conductas tales como cortarse, darse cabezazos, producirse quemaduras, pincharse, lesiones por rascado etc. y son encaminadas a buscar alivio de una gran tensión emocional.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Escala de Medición: nominal

Definición operacional: criterios diagnósticos propuesto por DSM-V.

Indicador: 1.-Si 2.-No

Independiente:

### **Disregulación emocional**

Definición conceptual: es la capacidad disminuida para experimentar y diferenciar un amplio rango de emociones, así como para monitorear, evaluar y modificar estados emocionales intensos.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Escala de Medición: cualitativa nominal politómica

Definición operacional: de acuerdo al cuestionario versión adaptada al español de la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DeRS), desarrollada por Gratz y Roemer (2004), con el objetivo de evaluar problemas de regulación emocional. el instrumento se responde en formato likert (1 = casi nunca, 5 = casi siempre). El alpha de Cronbach de la DeRS-Español es de .89. el cual se forma de 5 apartados: 1.-Descontrol emocional. 2.-Interferencia cotidiana, 3.-Desatención emocional, 4.-Confusión emocional y 5.-Rechazo emocional.

Indicador: 1.-Si 2.-No.

## **Función familiar**

Definición conceptual: conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Escala de Medición: cualitativa nominal politómica

Definición operacional: APGAR familiar, instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Consta de 5 ítems en formato Likert (2= casi siempre, 1= algunas veces, 0= casi nunca)

Indicador: Funcionalidad normal de 7-10 puntos, Disfunción moderada de 4-6 puntos, Disfunción grave de 0 a 3 puntos.

## **Depresión**

Definición conceptual: la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Definición operacional: escala de depresión de Goldberg, auto reporte cada escala con 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable la existencia de trastorno mental, un segundo grupo con 5 ítems que se formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (1 o más). Punto de corte si son  $\geq 2$  respuestas afirmativas.

Indicador: 1.-Si 2.-No

## **Ansiedad**

Definición conceptual: se trata de la persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Definición operacional: escala de depresión de Goldberg, auto reporte cada escala con 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable la existencia de trastorno mental, un segundo grupo con 5 ítems que se formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (1 o más). Punto de corte si son  $\geq 4$  respuestas afirmativas.

Indicador: 1.-Si 2.-No

## **Maltrato**

Definición Conceptual: El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Definición operacional: Escala empleada por Straus sobre las tácticas conflictivas que utilizan los padres, versión adaptada en español validada (Caballero y cols., 2002).

Indicador: 1.-Maltrato físico, 2.- Maltrato físico severo, 3.-Maltrato emocional, 4.-Contexto y creencia de maltrato, 5.-Maltrato por negligencia o abandono. Medido tanto para figura materna, como para la figura paterna.

### **Antecedentes familiares de suicidio**

Definición Conceptual: Familiar directo el cual se quitará la vida voluntariamente.

Tipo de variable y escala: cualitativa-nominal-dicotómica

Definición operacional: cuestionario con auto reporte. En tú familia alguien se ha suicidado

Indicador: 1.- Si 2.-No.

Parentesco: padre, madre, hermanos, tíos, primo/a, amigo/a y otros.

### **Violencia en la escuela Bullying**

Definición Conceptual: se refiere al acoso escolar y a toda forma de maltrato físico, verbal o psicológico que se produce entre escolares, de forma reiterada y a lo largo del tiempo.

Tipo de variable y escala: Cualitativa- nominal

Definición operacional: Cuestionario de evaluación de la violencia entre iguales en la escuela y en el ocio (Díaz-Aguado y col., 2004), modificado bloque de víctima, con un alpha de 0.79.

Indicador: 1.-Bullying por exclusión, 2.-Bullying de gravedad media y 3.-Bullying de gravedad extrema.

### **Pertenecer a tribus urbanas (Conductas modeladas)**

Definición Conceptual: Podemos decir que una Tribu Urbana se caracteriza por estar formada por un grupo de personas que viven en una ciudad y se comportan como una tribu de salvajes.

Tipo de variable y escala: cualitativa-nominal-politómica

Definición operacional: cuestionario auto reportes ¿Consideras que perteneces a alguna tribu urbana?

Indicador: 1.- No 2.- Sí

Cual: 1.-Cholo 2.- Hípster 3.- Bicimaniacos o xtrials 4.- Darks o góticos 5.- Punks punketos 6.-Skatos 7.-Emos 8.-Grafiteros o taggers 9.- fresas 10.-Hippie 11. Reggetonero Otra\_\_\_\_\_

## **Covariables**

### **Edad**

Definición conceptual: lapso cronológico de una persona desde su fecha de nacimiento hasta el momento actual.

Naturaleza de la variable: Cuantitativo

Escala de Medición: continua

Definición operacional: cuestionario con respuesta abierta Fecha de nacimiento

Indicador: fecha en días, mes y año.

### **Sexo**

Definición conceptual: Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.

Naturaleza de la variable: Cualitativa

Escala de Medición: nominal

Definición operacional: cuestionario basado en auto reporte, como Sexo

Indicador: 1.-Masculino 2.-Femenino

### **Nivel socioeconómico**

Definición Conceptual: representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.

Naturaleza de la variable: cualitativa

Tipo de escala: ordinal

Definición operacional: Mediante el instrumento de nivel socioeconómico para la República Mexicana AMAI 8x7 que clasifica a los hogares en 7 niveles, considerando 8 características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto.

Indicador: Nivel A/B puntaje 193, Nivel C+ puntaje 155-192, Nivel C puntaje 128-154, Nivel C- puntaje 105-127, Nivel D+ puntaje 80-104, Nivel D puntaje 33-79, Nivel E puntaje 0-33.

\*Nivel alto: A/B y C+. Nivel medio C, C- y D+. Nivel Bajo D y E.

### **9.8 Instrumentos utilizados:**

- Autolesiones no suicidas: Criterios DSM-V.
- Nivel socioeconómico: AMAI 7X8.
- Funcionalidad familiar: APGAR familiar.
- Ansiedad: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
- Depresión: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
- Disregulación emocional: Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).
- Maltrato juvenil: Escala de tácticas conflictivas de Straus.
- Bullying (víctima) en la escuela: Cuestionario de evaluación de la violencia entre iguales en la escuela y en el ocio.

## 9.10 Análisis estadístico

### Univariado

Frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizó prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov para conocer la distribución de las variables continuas.

Se calculó prevalencia con IC al 95% de la variable dependiente ANS.

### Bivariado.

Para la comparación de grupos se utilizó chi cuadrado ( $\chi^2$ ) o prueba exacta de Fisher, para contraste de hipótesis de las variables categóricas, estableciendo nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ . Para variables continuas se utilizó la prueba t de student para distribución normal y razón de momios de prevalencia con intervalos de confianza al 95% para la asociación entre las variables. Considerando un valor de  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

### Multivariado

Se realizó regresión logística no condicional desarrollando varios modelos con las variables que resulten estadísticamente significativas o clínicamente importantes.

Para la captura y el análisis se utilizó SPSS V20.



## 10. Aspectos Éticos

De acuerdo con la Declaración de la Asamblea Médica de Helsinki, el presente trabajo no afecta los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto, no se comprometen la integridad física, moral o emocional de las personas.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría II, se consideró a esta investigación como riesgo mínimo. Atendiendo el capítulo III, artículo 36 y 37.

**Artículo 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

**II. Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

**Artículo 36.-** Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.

Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

**Artículo 37.-** Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicarle lo que se pretende hacer. La Comisión de Ética podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por razones justificadas.

Así mismo, las recomendaciones éticas y de seguridad para investigación establecidas por la OMS, establecen que:

1. Se informará al sujeto seleccionado sobre los objetivos de este estudio y se garantizará la confidencialidad y anonimato de la información que se recabe.
2. Se encuestará al individuo, en un marco de tranquilidad y sin prisas.
3. Se dará confianza para facilitar la expresión de los sentimientos.

El presente estudio se llevó a cabo con base a la “Estrategia PrevenIMSS en escuelas y universidades”, el cual refiere lo siguiente: “En conjunto con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud y PrevenIMSS en Escuelas de Nivel Medio Superior y Superior, ... promover una buena salud mental mediante la construcción de habilidades para la vida en niños y adolescentes; otorgar apoyo psicosocial en las escuelas y en la comunidad para evitar el problema de depresión, principal causa de enfermedad mental en los adolescentes; reducir el acceso al alcohol para la prevención de violencia; promover el establecimiento de relaciones afectivas -

efectivas entre padres e hijos a temprana edad y la formación de habilidades para la vida”.

Se habló con lenguaje claro y sencillo, aclarando las dudas que se presentaran respecto al cuestionario o referentes al tema.

Se entregó a todos los adolescentes participantes un tríptico con información básica acerca de las ANS y contó con directorio de asociaciones de ayuda.

También se puso a la disposición de los adolescentes, padres y maestros el correo electrónico: [autolesionesnosuicidas@gmail.com](mailto:autolesionesnosuicidas@gmail.com), donde se derivaron para asesoría profesional de la Sociedad Internacional Autolesión y a su unidad médica familiar,

Un adolescente durante el estudio presento datos importantes de patología, se informó a las autoridades escolares dentro del marco de confidencialidad y anonimato, se les guio sobre la conducta a seguir.

## 11. Recursos, financiamiento y factibilidad

Humanos:

- Médico Residente de Epidemiología

Materiales:

- Inventariados:
  - Computadora Laptop HP
  - Multifuncional HP
- No inventariados:
  - Hojas blancas de papel tamaño carta, cantidad 6000, precio paquete de 500 hojas \$63.40.
  - Lápices número 2, cantidad 100 piezas, precio unitario \$ 4 pesos.
  - Goma de borrar, 20 piezas, precio unitario \$ 1 peso.
  - Trípticos, 2 millares, precio por millar \$1,000 pesos.
  - Tarjetas, 1 millar, precio por millar \$ 270 pesos.
  - Perforadora, 1 pieza, \$30 pesos.
  - Recopiladores tamaño carta, cantidad 20 piezas, precio unitario, \$30 pesos.

12. Cronograma de actividades

	2016									2017									2018					
ACTIVIDAD	J	J	A	S	O	N	D	E	F	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F		
BÚSQUEDA DE ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	■	■	■	■	■	■	■				■	■	■	■										
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
REVISIÓN Y ACEPTACIÓN POR CÓMITE DE ACEPTACIÓN										■	■	■	■		■	■	■							
RECOLECCIÓN DE DATOS										■	■	■	■					■	■	■				
CAPTURA DE DATOS										■	■	■	■							■	■			
ANÁLISIS DE DATOS										■	■	■	■							■	■			
REDACCIÓN DE RESULTADOS										■	■	■	■								■	■		
ENTREGA DE TESIS										■	■	■	■									■		

ROTACIÓN DE CAMPO

## 13. Resultados

### Análisis univariado

#### I. Características sociodemográficas

Se estudiaron un total de 1,315 adolescentes, 608 de nivel escolar básico secundaria en 4 escuelas y 707 de nivel escolar medio superior en 8 CECyT. La distribución por escuela fue de la siguiente manera: Escuela Secundaria Diurna #68, 12.7% (n=167), Escuela Secundaria Diurna #27, 12.3% (n=162), Escuela Secundaria Diurna #302, 15.3% (n=202) y Escuela Secundaria Diurna #5, 5.4% (n=74). En lo que respecta a escuelas de nivel medio superior: CECyT #1, 7.5% (n=99), CECyT #6, 6.1% (n=81), CECyT #7, 6% (n=79), CECyT #9, 9.2% (n=122). CECyT #11, 8.9% (n=118), CECyT #13, 3.9% (n=52), CECyT #14, 7.3% (n=96).

Del total de los adolescentes el 48.7% (n=641) son del sexo femenino y 51.3% (n=674) del sexo masculino. La edad de los adolescentes comprendió de los 12 a los 19 años, con una mediana de 15.4, percentil 25 de 13.8 y percentil 75 de 17.0, se realizó prueba de Kolmogórov-Smirnov para conocer la distribución de la edad, encontrando una distribución no normal. (**Tabla 1**).

La mediana de edad se encontró ligeramente menor en el sexo femenino, que en el sexo masculino. (**Gráfico 1**).

La distribución por turno de los adolescentes, el 62.7% (n=825) del turno matutino y 37.3% (n=490) del turno vespertino. La proporción de adolescentes por grado de escolaridad fue muy similar en los dos niveles de escolaridad, lo cual es reflejo del tipo de muestreo aplicado.

El nivel socio económico fue recolectado por medio de AMAI 8x7, el cual tiene un indicador de 7 niveles socioeconómicos, los cuales son agrupados al final en alto 19.1% (n=251), medio 50.7% (n=667) y bajo 30.2% (n=397). (**Tabla 2**).

#### II. Características psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

Se estudiaron diferentes características psicosociales en los adolescentes en lo que respecta a la pertenencia a tribu urbana el 83.3% (n=1,096) refirió no pertenecer y el 16.7% (n=219), refirió pertenecer a una. La tribu urbana con mayor frecuencia fue reggaetonero 16% (n=35), aunque el 29.7% (n=65) refirió otras tribus la mayoría relacionadas a la cultura nipona. **(Tabla 3)**

La funcionalidad familiar en los adolescentes en un 66.4% (N=873), fue normal y en 10.9% (n=143) presento disfunción severa. Con el instrumento de ansiedad el 31.7% (n=417) presento síntomas de trastorno de ansiedad; el 76.8% (n=1,010) presento síntomas de trastorno depresivo. **(Tabla 3)**

La disregulación emocional se presentó en 61.6% (n=810), esta variable se conforma de 5 factores los cuales fueron medidos, encontrando, rechazo emocional en el 26.8% (n=352), descontrol emocional 28.1% (946), interferencia emocional 28.5% (n=375), desatención emocional 28.7% (n=378) y confusión emocional 28.6% (n=28.6). **(Tabla 3)**

Se midió el maltrato por parte de las figuras materna y paterna en adolescentes en diferentes rubros, el 100% cuenta con alguna figura materna, mientras que el 2.3% refirió no contar con ninguna figura paterna, el maltrato físico por parte de la figura materna se presentó en 24.3% (n=320), mientras que el maltrato físico por parte de la figura paterna en 13.3% (n=171) y 9.1% refirió maltrato por ambos padres; el maltrato físico severo por parte de la figura materna en 24.3% (n=320), maltrato físico severo por la figura paterna en 5.8% (n=74) y el 3.7% presentó el maltrato físico severo por ambos padres. En el contexto de creencia de maltrato físico se presentó en 43.2%(n=568) por parte de la figura materna y en 20.4% (n=262) por parte de la figura paterna. El maltrato emocional se presentó en 72.3% (n=951) por parte de la figura materna, 51% (n=655) por parte de la figura paterna y 15.4% (n=202) por parte de ambas figuras. Maltrato por negligencia o abandono se presentó en 6.9% (n=91). **(Tabla 3)**

En lo que respecta a el bullying se midió como en el apartado de víctima, el 66.8% (n=879) de los adolescentes sufre de bullying por exclusión, 41.8% (n=550), bullying de gravedad media y 6.8% (n=89) de gravedad extrema.

Los adolescentes en 25.9% (n=341) refirieron antecedentes de intento o suicidio en familiares y/o amigos, el parentesco o relación con la persona con intento o suicidio en 52.9% (n=194) fue amigo/amiga.

#### Conducta autolesiva

El 25% (n=329) de los adolescentes presento conducta autolesiva, en un 4.5% (n=60) refirieron intento de suicidio. (**Tabla 3**)

#### III. Autolesiones no suicidas

La prevalencia general de autolesiones no suicidas fue de 4.5 (IC<sub>95%</sub> 3.34-5.72), en el nivel educativo de secundaria 5.9 (IC<sub>95%</sub> 3.96-7.88) y en nivel educativo medio superior 3.1 (IC<sub>95%</sub> 1.70-4.42), (**Tabla 4**) la edad media fue de 14.6 (DE±1.9) el sexo femenino presento ANS en 59.6% (n=34) (**Gráfico 2**), el tipo de ANS más común fue cortes en 64.9% (n=37) y la localización en manos y antebrazos 42.1% (n=24). La intención en 50.9% (n=29) fue para obtener alivio de un sentimiento malo o doloroso, el 84.2% (n=48) asocio las ANS con dificultades personales, sentimientos o pensamientos dolorosos).

#### Análisis bivariado

En el análisis bivariado se calculó razón de momios de prevalencia(RMP), con intervalos de confianza al 95% (IC<sub>95%</sub>) y la significancia estadística con  $p < 0.05$ , como variable dependiente las ANS.

#### I. Características sociodemográficas

En la variable sexo encontramos que las mujeres presentan mayor riesgo para presentar ANS, RMP 1.59 (IC<sub>95%</sub> 0.92-2.72),  $p:0.092$ , para nivel socioeconómico, tomando como referencia el nivel alto, encontramos que el nivel socioeconómico medio se presenta para las ANS RMP 1.98 (IC<sub>95%</sub> 0.99-3.98), mientras que aquellos con nivel bajo presentaron RMP 2.55; (IC<sub>95%</sub> 1.18-5.51) con  $p$  significativa ( $p:0.014$ ). (**Tabla 5**)



### III. Características Psicosociales

Aquellos adolescentes con disfunción familiar moderada presentaron RMP 2.67 (IC<sub>95%</sub> 1.46-4.87), mientras que el presentar una disfunción familiar severa presenta RMP 3.24 (IC<sub>95%</sub> 1.58-6.63) con una  $p < 0.001$ . El pertenecer a una tribu urbana nos da un exceso de riesgo de 21% para presentar ANS (RMP 1.21; IC<sub>95%</sub> 0.61-2.37) con una  $p = 0.58$ . para ansiedad encontramos RMP 5.06 (IC<sub>95%</sub> 2.01-12.78) con una  $p$  significativa ( $p < 0.001$ ). Aquellos adolescentes con datos de depresión presentaron RMP 5.69; IC<sub>95%</sub> 1.77-18.32) con una  $p$  significativa ( $p > 0.001$ ). el presentar disregulación emocional presenta RMP 6.13 (IC<sub>95%</sub> 2.88-13.02) con una  $p$  significativa ( $p < 0.001$ ). (**Tabla 5**)

El presentar antecedentes de intento o suicidio en familiares y/o amigos, encontramos un exceso de riesgo de 56% (RMP 1.56; IC<sub>95%</sub> 0.90-2.74) con una  $p = 0.11$ . En el apartado del maltrato se midieron 5 apartados 4 de ellas en las dos figuras paternas por separado. En maltrato físico por parte de la figura materna encontramos RMP 3.19 (IC<sub>95%</sub> 1.87-5.46) con una  $p$  significativa ( $p > 0.001$ ) y por parte de la figura paterna con RMP 2.00 (IC<sub>95%</sub> 1.05-3.79) con una  $p$  significativa ( $p = 0.031$ ). En lo que respecta al maltrato severo por parte de las figuras paternas, por parte de la figura materna RMP 3.94 (IC<sub>95%</sub> 2.08-7.46) con una  $p$  significativa ( $p < 0.001$ ) y por parte de la figura paterna encontramos RMP 2.87 (IC<sub>95%</sub> 1.31-6.31) con una significativa ( $p = 0.006$ ). En contexto y creencia de maltrato físico por parte de la figura materna con exceso de riesgo de 28%, (RMP 1.28; IC<sub>95%</sub> 0.75-2.18) con una  $p = 0.35$ , por parte de la figura paterna un exceso de riesgo de 42% (RMP 1.42; IC<sub>95%</sub> 0.77-2.60) con una  $p = 0.25$ . En maltrato emocional por parte de la figura materna se observó un 31% de exceso de riesgo (RMP 1.31; IC<sub>95%</sub> 0.70-2.46) con una  $p = 0.4$ , por parte de la figura paterna un 15% de exceso de riesgo (RMP 1.15; IC<sub>95%</sub> 0.68-1.96) con una  $p = 0.60$ . En maltrato por negligencia o abandono se encontró hacia el no riesgo con RMP 0.74; IC<sub>95%</sub> 0.23-2.41) con una  $p = 0.81$ .

El bullying en la escuela se midió al adolescente únicamente como víctima, en tres rubros diferentes, bullying por exclusión con un exceso de riesgo 91% (RMP 1.91; IC<sub>95%</sub> 1.00-3.64) con una  $p$  significativa ( $p = 0.047$ ), bullying de gravedad media RMP 2.30 (IC<sub>95%</sub> 1.33-3.96) con una  $p$  significativa ( $p = 0.002$ )

y en bullying de gravedad extrema con RMP 12.37 (IC<sub>95%</sub> 1.09-5.18) con una p significativa (p: 0.02). (Tabla 5)

### **Análisis Multivariado**

Para el análisis multivariado se realizó una regresión logística para ajustar las variables de interés, realizando un modelo ajustado por edad y sexo, calculando razón de momios de prevalencia ajustada (RMP\*)

En el modelo encontramos en las variables sociodemográficas un nivel socioeconómico medio con un exceso de riesgo solo de 3% (RMP\* 1.03; IC<sub>95%</sub> .55-1.91), nivel bajo con exceso de riesgo de 26% (RMP\* 1.26; IC<sub>95%</sub> .59-2.70). en lo que respecta a pertenecer a una tribu urbana el exceso de riesgo fue de 18% (RMP \* 1.18 (IC<sub>95%</sub> 0.60-2.33). La disfunción familiar moderada presento una RMP\* 2.68 (IC<sub>95%</sub> 1.47-4.90), con p de 0.001, mientras que la disfunción familiar severa presento una RMP\* 3.18 (IC<sub>95%</sub> 1.54-6.55), con p de 0.002.

En ansiedad encontramos una RMP\* 5.20 (IC<sub>95%</sub> 2.05-13.18), con p de 0.001, en depresión encontramos RMP\* 5.96; (IC<sub>95%</sub> 1.84-13.18), con p de 0.003, disregulación emocional RMP\* 5.96 (IC<sub>95%</sub> 1.84-19.27). El presentar antecedentes de intento o suicidio en familiares y/o amigos RMP\* 1.48 (IC<sub>95%</sub> .84-2.60), con p de 0.17.

En apartado de maltrato, en maltrato físico por parte de la figura materna encontramos RMP\* 3.15 (IC<sub>95%</sub> 1.84-5.38) con p>0.001, por parte de la figura paterna RMP\* 2.03; IC<sub>95%</sub> 1.06-3.86) con p de 0.032, maltrato físico severo por parte de la figura materna, RMP\* 3.62 (IC<sub>95%</sub> 1.90-6.91) con p>0.001, por parte de la figura paterna se presentó una con RMP\* 2.97 (IC<sub>95%</sub> 1.34-6.60), con p de 0.008, contexto y creencia de maltrato físico por parte de la figura materna se encontró RMP\* 1.31 (IC<sub>95%</sub> .77-2.23) con p de .326, por parte de la figura paterna RMP\* 1.59 (IC<sub>95%</sub> .86-2.93) con una p de 0.136. Maltrato emocional por parte de la figura materna presento una RMP\* 1.40 (IC<sub>95%</sub> 0.74-2.65), con p de 0.302, por parte de la figura paterna RMP\* 1.23 (IC<sub>95%</sub> .72-2.10) con p de 0.453, maltrato por negligencia o abandono RMP\* .79 (IC<sub>95%</sub> 0.24-2.58), con una p de 0.691.

El bullying en la escuela en el contexto de víctima, bullying por exclusión RMP\* 2.12 (IC<sub>95%</sub> 1.10-4.09) con p de 0.024, en bullying de gravedad media RMP\* 2.52 (IC<sub>95%</sub> 1.45-4.38) con p de 0.001, bullying de gravedad extrema RMP\* 2.47 (IC<sub>95%</sub> 1.11-5.47), con p de 0.026. (**Tabla 6**)

## 14. Discusión

El presente estudio investigó como parte de los objetivos, la prevalencia de las ANS en los adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de edad de la Ciudad de México, aunque son pocos los estudios a nivel internacional que han usado la definición del DSM-V, en México se realizó un estudio por Albores-Gallo y colaboradores, en el 2013 en la Ciudad de México, la muestra solo fue en adolescentes de nivel educativo básico secundaria, encontrando una prevalencia de 5.6, la cual es similar a la encontrada por el presente estudio en el mismo nivel educativo.

En un estudio realizado por Kądziela y colaboradores en 2015, en una muestra de adolescentes escolarizados de 13-19 años, comparando los criterios del DSM-V y se encontró una prevalencia de 4.8, lo cual es consistente con lo encontrado por este estudio, la edad con mayor prevalencia de ANS fue entre los 14 y 15 años, 5.50 y 8.10, respectivamente, mientras que en este estudio fue entre los 13 y 14 años, 7.6 y 7.3, lo cual concuerda con el grupo de edad. En ambos estudios fue el sexo femenino el que presentó mayor prevalencia.

Los dos artículos citados compararon las prevalencias con los criterios del DSM-V y utilizando instrumentos anteriores, ambos estudios pudieron observar que instrumentos anteriores sobreestimaban la prevalencia de las ANS y esto es razonable ya que las definiciones utilizadas son inespecíficas.

La edad media de los adolescentes con el trastorno en un estudio realizado por Calvet y colaboradores en 2015 (21), se observó que la edad media de los adolescentes fue de 15.3 ( $DE \pm 1.97$ ), la cual está levemente por encima de lo encontrado en esta investigación.

En lo que respecta a los factores de riesgo, como ya se mencionó en los antecedentes, se han estimado riesgos y asociaciones con diferentes definiciones para las ANS, lo cual hace complicada su medición. El objetivo de este estudio también fue estimar la asociación de los factores psicosociales y las ANS, entre los adolescentes, estos son potencialmente factores modificables.

Encontramos que Fox y colaboradores, en una revisión, exploró algunos de los factores estudiados en ese estudio, encontrando para sexo femenino un OR de 1.80 (IC<sub>95%</sub> 1.21-2.67), disfunción familiar OR 1.14 (IC<sub>95%</sub>1.06-1.22), disregulación emocional OR 1.05 (IC<sub>95%</sub> 1.01-1.08), depresión un OR de 1.98 (IC<sub>95%</sub> 1.34-2.94), ansiedad OR 1.19 (IC<sub>95%</sub> 0.98-1.44), encontrando consistencias en lo que respecta al riesgo algunos de los riesgos en nuestro estudio fueron mayores a los estimados, por Fox, lo cual puede ser explicado, ya que la metodología en este estudio para la variable dependiente fue mejor y en los anteriores los resultados pueden estar subestimados.

En la encuesta de maltrato infantil y factores asociados, realizada en varios estados de México, en el 2006, encontraron cifras similares a las encontradas en este estudio donde la madre ejerce mayor maltrato físico y emocional, lo cual puede ser explicado por las dinámicas familiares ya que los hombres se involucran menos en la educación de los hijos/a.

Lui y colaboradores en un artículo publicado en el 2018, realizaron una revisión sistemática y meta análisis, para medir la asociación entre el maltrato y las ANS, encontrando para maltrato en general un OR de 3.42 (IC<sub>95%</sub> 2.74-4.2), en maltrato físico un OR 2.31 (IC<sub>95%</sub> 1.97-2.69), el cual es menor a lo encontrado en este estudio, en maltrato físico y maltrato físico severo, principalmente para la madre. En maltrato emocional se estimó un OR 3.03 (IC<sub>95%</sub> 2.59-3.54), por encima de lo encontrado en este estudio. (22)

En lo que respecta bullying como víctima encontramos que está fuertemente asociado a las ANS en los adolescentes, Brunstein-Klomek y colaboradores en un estudio realizado en 10 países europeos, encontraron que algunos tipos de victimización pudieran fungir como factores de riesgo para el comportamiento autolesivo, encontraron para victimización físico OR 2.22 (IC<sub>95%</sub> 1.69-2.91), victimización verbal OR 1.58 (IC<sub>95%</sub> 1.29-1.94).

Comparando los riesgos crudos y ajustados, se pudo observar en la mayoría de las variables un aumento del efecto al ajustar

## Fortalezas:

A nuestro conocimiento es el primer estudio en México que estima la prevalencia de las ANS y los factores psicosociales asociados en adolescentes, utilizando los criterios del DSM-V, lo cual permite tener mejores estimaciones.

Este fue un estudio multicéntrico el cual fue realizado tanto en nivel secundaria, como en nivel medio superior, lo cual abarca en su mayor parte el periodo de la adolescencia, lo cual nos permite observar el efecto de la edad sobre la prevalencia de las ANS.

Se obtuvo una muestra mayor a la mínima calculada, lo cual nos permitió tener precisión entre los factores asociados.

La calidad de las variables presenta cierta robustez al haber utilizado instrumentos validados, tanto para el grupo de edad, como para la población mexicana,

Este estudio profundizó en algunos de los factores, por ejemplo, en el maltrato hacia los adolescentes, midiendo varios tipos de maltrato, gravedad y sobre todo la figura paterna que ejerce el maltrato, también se midió bullying desde la perspectiva de víctima, en tres diferentes rubros y se trató de medir las conductas modeladas, por medio de la pertenencia tribus urbanas.

El presente estudio incluyó un análisis multivariado como método de control de controlar la confusión, realizando un modelo ajustado por aquellas variables que son potencialmente confusoras.

## Limitaciones

La principal limitación de este estudio es el diseño, ya que, al ser transversal, existe ambigüedad temporal lo que solo nos presenta una asociación entre la variable ANS y los factores, por lo que no podemos asegurar la relación causa efecto entre las variables.

El presente estudio presenta sesgo de clasificación no diferencial, debido a algunos de los instrumentos utilizados. Además, la falta de consideración de variables potencialmente confusoras como son los antecedentes psiquiátricos familiares.

## 15. Conclusiones

El presente estudio dio a conocer la magnitud de las autolesiones no suicidas y sus factores psicosociales asociados, los cuales también son factores que se pueden encontrar en otros trastornos mentales en el adolescente.

Se ha podido observar que el utilizar los criterios del DSM-V nos da una mejor estimación de la prevalencia de ANS. A pesar de que los criterios fueron publicados en el 2013, pocos son los estudios que se han realizado hasta la fecha utilizándolos.

Este estudio podría servir como base para futuras investigaciones al respecto, el realizar estudios de tipo longitudinal que permitan establecer una adecuada relación causa efecto, además de subsanar las limitaciones que este estudio tuvo.

Con respecto al maltrato por parte de las figuras paternas, encontramos proporciones elevadas, tanto físico, emocional, creencia de maltrato y solo una proporción pequeña presento abandono y negligencia, esto es un reflejo de lo que está pasando al interior de las familias y de la cultura mexicana, al no percibir este tipo de conductas como anormales. El bullying es un problema importante en las escuelas ya que afecta la estabilidad emocional y el desarrollo del adolescente., encontrando en este estudio un porcentaje elevado, de víctimas, mayormente de tipo emocional, 66.8%, tanto en nivel educativo secundaria, como en nivel medio superior, una proporción menor de adolescente presento bullying de gravedad extrema, que aunque es mínima, 6.8% es preocupante ya que son los que presentaron un exceso de riesgo mayor que los otros tipos de bullying.

También encontramos que la conducta auto dañina se encuentra presente en un 25% de los adolescentes, que, aunque no cumplen con los criterios para ANS, son potenciales casos. Dentro de estas conductas auto dañinas se pudo observar que el 4.8% de los adolescentes han presentado intento de suicidio. El 25.9% de los adolescentes refieren el antecedente de intento y/o suicidio en familiares o amigos, siendo el más común estos últimos.

Los datos obtenidos mediante este estudio son un reflejo de lo que está pasando en los adolescentes escolarizados de la Ciudad de México, mostrándonos un panorama de la salud mental de este grupo de edad.

Se recomienda que las instituciones educativas y de salud, cuenten con programas de tamizaje y estrategias establecidas para la prevención y control, no solo de las autolesiones no suicidas, sino en general de los trastornos mentales en la población adolescente. También es importante identificar los factores de riesgo que son modificables y que les condicionan trastornos mentales, todo esto con el fin incidir no solo en las ANS, también en otras conductas auto dañinas, depresión, ansiedad, que, al no ser prevenidas o controladas, pueden llegar a la cronicidad, dando como resultado final discapacidad y hasta una muerte prematura.



## 16.- Referencias Bibliografías

1. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia.* (s.f) Recuperado el 28 diciembre del 2016 de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
2. *La adolescencia.* (s.f) Recuperado el 28 diciembre del 2016 de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos\\_6879.html](https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.html)
3. Villarreal J, Jerez S, Montenegro MA, Montes C, Igor M. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev chil neuro-psiquiat.* 2013; 51 (1): 38-45.
4. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5©), 5ª edición American Psychiatric Association. 2013.
5. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psiquiatría.* 2014;55:337-48.
6. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of Non-Suicidal self-injury and deliberate Sel-Ham . *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* (2015) 2:2 DOI 10.1186/s40479-014-0024-3.
7. González-Forteza C, Álvarez M, Saldaña A, Chávez A and Pérez R. Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, México. *Social Behavior and Personality.* 2003; 33(8),777-791.
8. Santos D. Reporte del proyecto: Quiénes se Autolesionan en México: Estudio Exploratorio. Documento Interno, Alía, México.
9. Planer PL, Kapusta ND, Brunner K, Kaess M. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung

- (SVS) im DSM-5. Zeitschrift Kinder Jugendpsychiatrie Psychotherapie, in press.
10. Albores-Gallo L, et al. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México, *actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(4):159-168.
  11. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología.* 2004;13:13-28
  12. Pérez Y, Guerra VM. La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Rev. Cubana Pediatr.* 2014;84(3).
  13. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Recuperado 14 de marzo del 2017. [http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20entorno\\_completo.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20entorno_completo.pdf).
  14. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior. A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review.* 2012;32: 482-495.
  15. Jacobson CM, et al. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 363-75.
  16. Harriss L, et al. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. *J Affect Disord* 2005; 86: 225-33.
  17. Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio. INEGI (s.f). Recuperado el 5 de octubre del 2017 de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf)
  18. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, et al. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Universidad de Deusto. Psicothema* 2015;27(3): 223-228 doi:10.7334/psicothema.2014.262
  19. Kądziela-Olech H, Żak G, Kalinowska B, Wągrocka A, Perestret G, Bielawski M. The prevalence of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex.

20. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Clin Psychol Rev. 2015; 42: 156–167. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002.
21. Plener P, Munz L, Allroggen M, Kapusta ND, Fegert JM, Groschwitz RC. Immigration as risk factor for non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9:34. doi:10.1186/s13034-015-0065-4.
22. Martorana G. Characteristics and associated factors of non-suicidal self-injury among Italian young people: a survey through a thematic website. J Behav Addict. 2015;4(2):93-100.
23. Klonsky ED, Moyer A. Childhood Sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2008;192(3):166-70. doi:10.1192/bjp.bp.106.030650.
24. Favazza AR. Autolesión no suicida: cómo la clasificación guía el tratamiento. Current Psychiatry. 2013;4(6):13-17.
25. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalencia y funciones de autolesiones no suicidas en adolescentes españoles. Psicothema, 27(3), 223-228.
26. Lui RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS, Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2018; 5: 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8).

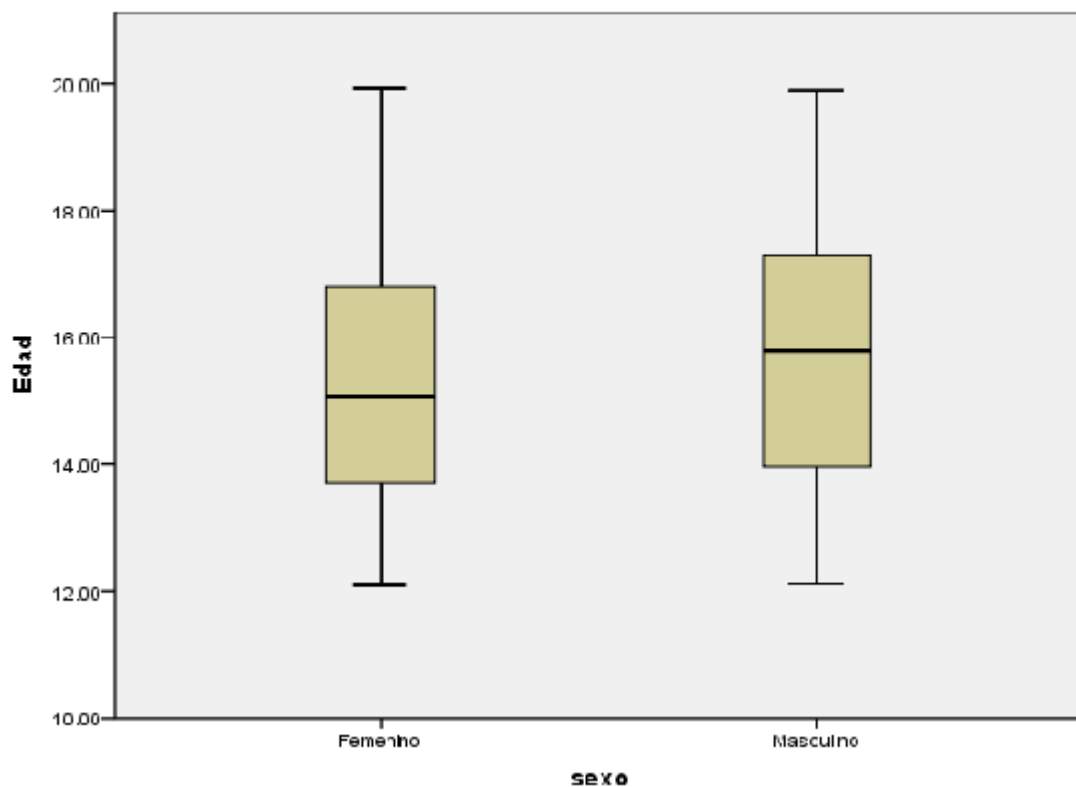
## 17. Anexos

**Tabla 1.** Distribución de la edad en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

Mediana	Percentiles		
	25	50	75
15.4	13.8	15.4	17.0

Kolmogorov-Smirnov	.000
--------------------	------

**Gráfico 1.** Distribución de edad por sexo en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.



**Tabla 2.** Características sociodemográficas en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia(n)</b>	<b>Porcentaje(%)</b>
	1315	100.0
<b>Sexo</b>		
Femenino	641	48.7
Masculino	674	51.3
<b>Nivel Escolar</b>		
Básico Secundaria	608	46.2
Medio Superior	707	53.8
<b>Turno</b>		
Matutino	825	62.7
Vespertino	490	37.3
<b>Grado escolar secundaria</b>		
Primero	195	32.1
Segundo	198	32.6
Tercero	215	35.4
<b>Grado escolar preparatoria</b>		
Primero	246	34.8
Segundo	227	32.1
Tercero	234	33.1
<b>Nivel Socioeconómico</b>		
Bajo	397	30.2
Medio	667	50.7
Alto	251	19.1

**Tabla 3.** Características psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia(n)</b>	<b>Porcentaje(%)</b>
	1315	100.0
<b>Funcionalidad Familiar</b>		
Disfunción Severa	143	10.9
Disfunción moderada	299	22.7
Funcionalidad normal	873	66.4
<b>Ansiedad</b>		
Si	417	31.7
No	898	68.3
<b>Depresión</b>		
Si	1010	76.8
No	305	23.2
<b>Disregulación emocional</b>		
Si	810	61.6
No	505	38.4
<b>Antecedentes de intento o suicidio en familiares y/o amigos</b>		
Si	341	25.9
No	974	74.1
<b>Parentesco o relación con la persona con intento o suicidio**</b>		
Madre	18	4.9
Padre	8	2.2
Hermano/a	22	6.0
Tío/a	42	11.4
Primo/a	62	16.9
Amigo/a	194	52.9
Otro	21	5.7

**Tabla 3.** Características psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México. Continuación.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia(n)</b>	<b>Porcentaje(%)</b>
	1315	100.0
<b>Pertenencia a tribu urbana</b>		
No	1096	83.3
Si	219	16.7
<b>Tribus urbanas</b>		
Skato	7	3.2
Cholo	8	3.7
Hippie	5	2.3
Emo	7	3.2
Hípster	19	8.7
Punketo	5	2.3
Grafitero	12	5.5
Fresa	32	14.6
Reggaetonero	35	16.0
Bicimaniacos	4	1.8
Darks	20	9.1
Otros	65	29.7
<b>Conducta Autolesiva</b>		
No	986	75.0
Si	329	25.0
<b>Intento de Suicidio</b>		
	60	4.5
<b>Maltrato físico de la figura materna</b>		
No	995	75.7
Si	320	24.3
<b>Maltrato físico de la figura paterna</b>		
No	1113	86.7
Si	171	13.3
<b>Maltrato físico severo de la figura materna</b>		
No	1205	91.6
Si	110	8.4
<b>Maltrato físico severo de la figura paterna</b>		
No	1210	94.2
Si	74	5.8

**Tabla 3.** Características psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México. Continuación.

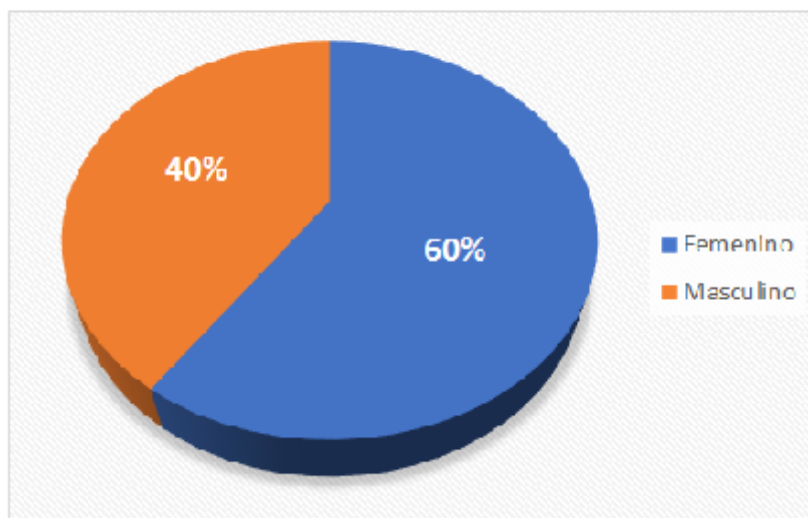
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia(n)</b> 1315	<b>Porcentaje(%)</b> 100.0
<b>Contexto y creencia de maltrato físico la figura materna</b>		
No	747	56.8
Si	568	43.2
<b>Contexto y creencia de maltrato físico la figura paterna</b>		
No	1022	79.6
Si	262	20.4
<b>Maltrato emocional de la figura materna</b>		
No	364	27.7
Si	951	72.3
<b>Maltrato emocional de la figura paterna</b>		
No	629	49.0
Si	655	51.0
<b>Maltrato por negligencia o abandono</b>		
No	1224	93.1
Si	91	6.9
<b>Bullying por exclusión</b>		
No	436	33.2
Si	879	66.8
<b>Bullying de gravedad media</b>		
No	765	58.2
Si	550	41.8
<b>Bullying de gravedad extrema</b>		
No	1226	93.2
Si	89	6.8



**Tabla 4.** Prevalencia de autolesiones no suicidas en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México

	Prevalencia	IC95%
<b>General</b>	4.5	3.34-5.72
<b>Secundaria</b>	5.9	3.96-7.88
<b>Preparatoria</b>	3.1	1.70-4.42

**Gráfico 2.** Proporción de autolesiones no suicidas por sexo, en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México



**Tabla 5.** Análisis bivariado de los factores psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

<b>Variable</b>	<b>RMP</b>	<b>IC(95.0%)</b>	<b>p*</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	1		
Femenino	1.59	0.92 - 2.72	0.092
<b>Pertenencia a tribu urbana</b>			
No	1		
Si	1.21	0.61-2.37	0.584
<b>Funcionalidad Familiar</b>			
Funcionalidad normal	1		
Disfunción moderada	2.67	1.46-4.87	<0.001†
Disfunción Severa	3.24	1.58-6.63	
<b>Nivel Socioeconómico</b>			
Alto	1		
Medio	1.98	0.99-3.98	0.014†
Bajo	2.55	1.18-5.51	
<b>Ansiedad</b>			
No	1		
Si	5.06	2.01-12.78	<0.001**
<b>Depresión</b>			
No	1		
Si	5.69	1.77-18.32	<0.001**
<b>Disregulación emocional</b>			
No	1		
Si	6.13	2.88-13.02	<0.001
<b>Antecedentes de intento o suicidio en familiares y/o amigos</b>			
No	1		
Si	1.56	0.90-2.74	0.11
<b>Maltrato físico de la figura materna</b>			
No	1		
Si	3.19	1.87-5.46	<0.001
<b>Maltrato físico de la figura paterna</b>			
No	1		
Si	2.00	1.05-3.79	0.031

\*Chi-cuadrada, \*\*Prueba exacta de Fisher , †Chi de tendencia

**Tabla 5.** Análisis bivariado de los factores psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México. Continuación.

<b>Maltrato físico severo de la figura materna</b>			
No	1		<0.001
Si	3.94	2.08-7.46	
<b>Maltrato físico severo de la figura paterna</b>			
No	1		0.006
Si	2.87	1.30-6.31	
<b>Contexto y creencia de maltrato físico de la figura materna</b>			
No	1		0.355
Si	1.28	0.75-2.18	
<b>Contexto y creencia de maltrato físico de la figura paterna</b>			
No	1		0.257
Si	1.42	0.77-2.60	
<b>Maltrato emocional de la figura materna</b>			
No	1		0.4
Si	1.31	0.70-2.46	
<b>Maltrato emocional de la figura paterna</b>			
No	1		0.6
Si	1.15	0.68-1.96	
<b>Maltrato por negligencia o abandono</b>			
No	1		0.81
Si	0.74	0.23-2.41	
<b>Bullying por exclusión</b>			
No	1		0.047
Si	1.91	1.00-3.64	
<b>Bullying de gravedad media</b>			
No	1		0.002
Si	2.30	1.33-3.96	
<b>Bullying de gravedad extrema</b>			
No	1		0.02
Si	2.37	1.09-5.18	

\*Chi-cuadrada, \*\*Prueba exacta de Fisher , †Chi de tendencia

**Tabla 6.** Análisis multivariado de los factores psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México.

<b>Variable</b>	<b>RMP*</b>	<b>IC(95.0%)</b>	<b>p</b>
<b>Pertenencia a tribu urbana</b>			
No	1		
Si	1.18	0.60-2.33	.636
<b>Funcionalidad Familiar</b>			
Funcionalidad normal	1		
Disfunción moderada	2.68	1.47-4.90	<0.001
Disfunción Severa	3.18	1.54-6.55	.002
<b>Nivel Socioeconómico</b>			
Alto	1		
Medio	1.03	.55-1.91	.926
Bajo	1.26	.59-2.70	.557
<b>Ansiedad</b>			
No	1		
Si	5.20	2.05-13.18	.001
<b>Depresión</b>			
No	1		
Si	5.96	1.84-19.27	.003
<b>Disregulación emocional</b>			
No	1		
Si	3.80	1.78-8.11	.001
<b>Antecedentes de intento o suicidio en familiares y/o amigos</b>			
No	1.00		
Si	1.48	.84-2.60	.175
<b>Maltrato físico de la figura materna</b>			
No	1		
Si	3.15	1.84-5.38	<0.001
<b>Maltrato físico de la figura paterna</b>			
No	1		
Si	2.03	1.06-3.86	.032

**Tabla 6.** Análisis multivariado de los factores psicosociales en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México. Continuación.

Variable	RMP*	IC (95.0%)	p
<b>Maltrato físico severo de la figura materna</b>			
No	1		
Si	3.62	1.90-6.91	<0.001
<b>Maltrato físico severo de la figura paterna</b>			
No	1.00		
Si	2.97	1.34-6.60	.008
<b>Contexto y creencia de maltrato físico de la figura materna</b>			
No	1		
Si	1.31	.77-2.23	.33
<b>Contexto y creencia de maltrato físico de la figura paterna</b>			
No	1		
Si	1.59	.86-2.93	.136
<b>Maltrato emocional de la figura materna</b>			
No	1		
Si	1.40	.74-2.65	.302
<b>Maltrato emocional de la figura paterna</b>			
No	1		
Si	1.23	.72-2.10	.45
<b>Maltrato por negligencia o abandono</b>			
No	1		
Si	.79	0.24-2.58	.69
<b>Bullying por exclusión</b>			
No	1		
Si	2.12	1.10-4.09	.024
<b>Bullying de gravedad media</b>			
No	1		
Si	2.52	1.45-4.38	.001
<b>Bullying de gravedad extrema</b>			
No	1		
Si	2.47	1.11-5.47	.026



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

<b>Nombre del Estudio</b>	<b>“Prevalencia de autolesiones no suicidas y factores psicosociales asociados, en adolescentes escolarizados de 12-19 años de la Ciudad de México”</b>
<b>Lugar y fecha:</b>	Ciudad de México a ____ de ____ del 20 ____
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Por medio de la presente estamos invitando a su hijo o hija a que participe en un proyecto de investigación que se llevará a cabo en adolescentes de 12 a 19 años de la Ciudad de México. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de las autolesiones no suicidas y sus factores de riesgo psicosociales entre los adolescentes. El cual proveerá de información a los tomadores de decisiones para la implementación de estrategias enfocadas a este grupo específico de la población. Los principales beneficiados serán los adolescentes y sus familias al ser orientados y derivados a centros donde se les pueda brindar una atención dirigida y adecuada, evitando un desenlace fatal.
<b>Procedimientos</b>	En los grupos seleccionados se expondrá el tema a los adolescentes. Posteriormente al contar con el consentimiento y asentimiento firmado se aplicará el cuestionario por auto reporte a los adolescentes, el cual tiene una duración aproximada de 40-50 minutos, dentro de las instalaciones institucionales, de acuerdo con las disposiciones de las autoridades y bajo supervisión directa del investigador, para resolver las dudas que pudieran surgir durante este.
<b>Posibles riesgo y molestias:</b>	Las molestias que puedes presentar al participar en la realización de este estudio son las propias de contestar el cuestionario.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	La información sobre los resultados generales se entregará a las autoridades institucionales, se le proporcionara tanto a padres como alumnos, información sobre instituciones de atención, en caso de identificar grupos con casos específicos con conducta de riesgo.
<b>Participación o retiro</b>	En caso de no quieras participar o quieras retirarte durante el estudio lo podrás hacer libremente sin que esto te genere algún problema.
<b>Privacidad y confidencialidad</b>	La información que se nos proporcionen y respuestas a los cuestionarios será guardada de manera confidencial y por separado. El equipo de investigadores y las personas que estén involucradas en el cuidado de su salud sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que se nos proporcione durante la participación en este estudio, al menos que usted así lo solicite. Sólo proporcionaremos información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley, dentro de las limitaciones que implica el anonimato del cuestionario. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada, serán manejados solo números de folios.
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	Los resultados de este estudio permitirán realizar una evaluación del estado emocional, depresión, ansiedad, factores de riesgo para conductas dañinas Si detectamos alteraciones que requiera atención especializada se proporcionara orientación a servicios específicos.

<b>DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	SE ME HA EXPLICADO CON CLARIDAD EN QUE CONSISTE ESTE ESTUDIO, ADEMÁS HE LEÍDO (O ALGUIEN ME HA LEÍDO) EL CONTENIDO DE ESTE FORMATO DE CONSENTIMIENTO A MI SATISFACCIÓN. SE ME HA DADO UNA COPIA DE ESTE FORMATO. AL FIRMAR ESTE FORMATO ESTOY DE ACUERDO DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN QUE AQUÍ SE DESCRIBE.
<b>EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS AL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:</b>	
<b>INVESTIGADOR RESPONSABLE:</b>	Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, IMSS. Teléfono: 52362700 ext: 15720 Correo electrónico: <a href="mailto:blanca.ruizb@imss.gob.mx">blanca.ruizb@imss.gob.mx</a>
<b>COLABORADORES:</b>	Dra. Astrid Noemi Pérez Acuña Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, IMSS. Teléfono de contacto: 52362700 ext: 15720 Correo electrónico: <a href="mailto:autolesionesnosuicidas@gmail.com">autolesionesnosuicidas@gmail.com</a>

1. NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

<b>Nombre del Estudio</b>	<b>“Prevalencia de autolesiones no suicidas y factores psicosociales asociados, en adolescentes escolarizados de 12-19 años de la Ciudad de México”</b>
<b>Lugar y fecha:</b>	Ciudad de México a ____ de ____ del 20 ____
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Por medio de la presente te estamos invitando a que participes en un proyecto de investigación que se llevará a cabo en adolescentes de 12 a 19 años de edad de la Ciudad de México. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de las autolesiones no suicidas y sus factores de riesgo psicosociales entre los adolescentes. El cual proveerá de información a los tomadores de decisiones para la implementación de estrategias enfocadas a este grupo específico de la población. Los principales beneficiados serán los adolescentes y sus familias al ser orientados y derivados a centros donde se les pueda brindar una atención dirigida y adecuada, evitando un desenlace fatal.
<b>Procedimientos</b>	En los grupos seleccionados se expondrá el tema a los adolescentes, Posteriormente al contar con el consentimiento y asentimiento firmado se aplicará el cuestionario por auto reporte a los adolescentes, el cual tiene una duración aproximada de 40-50 minutos, dentro de las instalaciones institucionales, de acuerdo con las disposiciones de las autoridades y bajo supervisión directa del investigador, para resolver las dudas que pudieran surgir durante este.
<b>Posibles riesgo y molestias:</b>	Las molestias que puedes presentar al participar en la realización de este estudio son las propias de contestar el cuestionario.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	La información sobre los resultados generales se entregará a las autoridades, se le proporcionara tanto a padres como alumnos, información sobre instituciones de atención, en caso de identificar grupos con casos específicos con conducta de riesgo.
<b>Participación o retiro</b>	En caso de no quieras participar o quieras retirarte durante el estudio lo podrás hacer libremente sin que esto te genere algún problema.
<b>Privacidad y confidencialidad</b>	La información que se nos proporciones y respuestas a los cuestionarios será guardada de manera confidencial y por separado. El equipo de investigadores y las personas que estén involucradas en el cuidado de su salud sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que se nos proporcione durante la participación en este estudio, al menos que usted así lo solicite. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley, dentro de las limitaciones que implica el anonimato del cuestionario. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada, serán manejados solo números de folios.
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	Los resultados de este estudio permitirán realizar una evaluación del estado emocional, depresión, ansiedad, factores de riesgo para conductas dañinas Si detectamos alteraciones que requiera atención especializada se proporcionara orientación a servicios específicos.



<b>DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	SE ME HA EXPLICADO CON CLARIDAD EN QUE CONSISTE ESTE ESTUDIO, ADEMÁS HE LEÍDO (O ALGUIEN ME HA LEÍDO) EL CONTENIDO DE ESTE FORMATO DE CONSENTIMIENTO A MI SATISFACCIÓN. SE ME HA DADO UNA COPIA DE ESTE FORMATO. AL FIRMAR ESTE FORMATO ESTOY DE ACUERDO DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN QUE AQUÍ SE DESCRIBE.
<b>EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS AL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:</b>	
<b>INVESTIGADOR RESPONSABLE:</b>	Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, IMSS. Teléfono: 52362700 ext: 15720 Correo electrónico: <a href="mailto:blanca.ruizb@imss.gob.mx">blanca.ruizb@imss.gob.mx</a>
<b>COLABORADORES:</b>	Dra. Astrid Noemi Pérez Acuña Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, IMSS. Teléfono de contacto: 52362700 ext: 15720 Correo electrónico: <a href="mailto:autolesionesnosuicidas@gmail.com">autolesionesnosuicidas@gmail.com</a>

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD  
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA



## CARTA DE ASENTIMIENTO

Nombre del Estudio **“Prevalencia de autolesiones no suicidas y factores psicosociales asociados, en adolescentes escolarizados de 12-19 años de la Ciudad de México”**

Lugar y fecha: Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

**Hola**

**Soy la Doctora Astrid Noemi Pérez Acuña y te estoy invitando para participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo estimar la prevalencia de las autolesiones no suicidas y sus factores de riesgo psicosociales entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad de la Ciudad de México.  
Tus papas ya aceptaron que participes, pero esto solo sucederá si tú estás de acuerdo.  
Si decides aceptar te haremos algunas preguntas sobre tu situación familiar y emocional, causando las molestias propias de contestar un cuestionario.  
La participación en este estudio es voluntaria, si no quieres participar no hay problema.**

**Escribe tu nombre si estás de acuerdo en participar en el estudio**

---



**“Prevalencia de Autolesiones no suicidas y factores asociados en adolescentes escolarizados de 12-19 años de edad en la Ciudad de México”**

Instrumento de recolección de datos

FOLIO:

Instrucciones:

- 1.- LEE CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA, Y EN CASO DE DUDA, PUEDES SOLICITAR AYUDA.
- 2.- MARCA CON UNA "X" EL CUADRO DE LA RESPUESTA
- 3.- TRATA DE CONTESTAR CADA UNO DE LOS APARTADOS LO MÁS HONESTAMENTE POSIBLE
- 4.- NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

¡TU PARTICIPACIÓN ES IMPORTANTE!

SECCIÓN I

- 1.1 FECHA DE NACIMIENTO 

d	d	m	m	a	a
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 1.2 SEXO 

1
---

 MUJER 

2
---

 HOMBRE
- 1.3 ESCUELA 

1
---

 SECUNDARIA 

2
---

 PREPARATORIA
- 1.4 GRADO QUE CURSAS 

1
---

2
---

3
---

4
---

5
---

6
---

SECCION II

- 2.1 ¿CUÁL ES EL TOTAL DE CUARTOS, PIEZAS O HABITACIONES CON QUE CUENTA TU HOGAR? (POR FAVOR NO INCLUYAS BAÑOS, MEDIOS BAÑOS, PATIOS)
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- 1 A 4
- 
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- 5 A 6
- 
- |   |
|---|
| 3 |
|---|
- 7 O MÁS
- 2.2 ¿CUÁNTOS BAÑOS COMPLETOS CON REGADERA Y W.C. (EXCUSADOS) HAY PARA USO EXCLUSIVO DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR?
- |   |
|---|
| 0 |
|---|
- |   |
|---|
| 3 |
|---|
- 
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- |         |
|---------|
| 4 O MÁS |
|---------|
- 
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- 2.3 ¿EN TU HOGAR CUENTAS CON REGADERA FUNCIONANDO EN ALGUNO DE LOS BAÑOS?
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- NO TIENE
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- SI TIENE
- 2.4 CONTANDO TODOS LOS FOCOS QUE UTILIZAS PARA ILUMINAR TU HOGAR, INCLUYENDO LOS DE TECHOS, PAREDES Y LÁMPARAS DE BURÓ O PISO, DIME ¿CUÁNTOS FOCOS TIENE TU VIVIENDA?
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- 0 A 5
- |   |
|---|
| 4 |
|---|
- 16 A 20
- 
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- 6 A 10
- |   |
|---|
| 5 |
|---|
- 21 O MÁS
- 
- |   |
|---|
| 3 |
|---|
- 11 A 15
- 2.5 EL PISO DE TU HOGAR ¿ES PREDOMINANTEMENTE DE TIERRA O DE CEMENTO O DE CUALQUIER OTRO TIPO DE MATERIAL?
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- TIERRA O CEMENTO
- 
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- OTRO TIPO DE MATERIAL O ACABADO
- 2.6 ¿CUÁNTOS AUTOMÓVILES PROPIOS, EXCLUYENDO TAXIS, TIENEN EN SU LUGAR?
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- |         |
|---------|
| 3 O MÁS |
|---------|
- |         |
|---------|
| NINGUNO |
|---------|
- 2.7 EN TU HOGAR ¿CUENTAN CON ESTUFA DE GAS O ELÉCTRICA?
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- NO TIENE
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- SI TIENE
- 2.8 PENSANDO EN LA PERSONA QUE APORTA LA MAYOR PARTE DEL INGRESO EN TU HOGAR, ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE COMPLETO?
- |   |
|---|
| 1 |
|---|
- NO ESTUDIO
- |   |
|---|
| 8 |
|---|
- PREPARATORIA INCOMPLETA
- 
- |   |
|---|
| 2 |
|---|
- PRIMARIA INCOMPLETA
- |   |
|---|
| 9 |
|---|
- PREPARATORIA COMPLETA
- 
- |   |
|---|
| 3 |
|---|
- PRIMARIA COMPLETA
- |    |
|----|
| 10 |
|----|
- LICENCIATURA INCOMPLETA
- 
- |   |
|---|
| 4 |
|---|
- SECUNDARIA INCOMPLETA
- |    |
|----|
| 11 |
|----|
- LICENCIATURA COMPLETA
- 
- |   |
|---|
| 5 |
|---|
- SECUNDARIA COMPLETA
- |    |
|----|
| 12 |
|----|
- DIPLOMADO O MAESTRÍAS
- 
- |   |
|---|
| 6 |
|---|
- CARRERA COMERCIAL
- |    |
|----|
| 13 |
|----|
- DOCTORADO
- 
- |   |
|---|
| 7 |
|---|
- CARRERA TÉCNICA
- |    |
|----|
| 14 |
|----|
- NO SABES



### SECCION III

3.1 CONSIDERAS QUE PERTENECES A ALGUNA TRIBU URBANA

1 SI  2 NO

SI LA RESPUESTA ES NO PASA A LA PREGUNTA 3.3

3.2 ¿CUÁL?

<input type="checkbox"/> 1 SKATO	<input type="checkbox"/> 4 EMO	<input type="checkbox"/> 7 GRAFITEROS	<input type="checkbox"/> 10 BICIMANIACOS O XTIALS
<input type="checkbox"/> 2 CHOLO	<input type="checkbox"/> 5 HIPSTER	<input type="checkbox"/> 8 FRESA	<input type="checkbox"/> 11 DARKS O GÓTICOS
<input type="checkbox"/> 3 HIPPIE	<input type="checkbox"/> 6 PUNKETO	<input type="checkbox"/> 9 REGGAETONERO	<input type="checkbox"/> 12 OTROS (ESPECIFICA)

3.3 ¿PADECES ALGUNO DE ESTOS TRASTORNOS MENTALES?

<input type="checkbox"/> 1 TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD
<input type="checkbox"/> 2 ESQUIZOFRENIA
<input type="checkbox"/> 3 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
<input type="checkbox"/> 4 TRICOTILOMANÍA
<input type="checkbox"/> 5 NINGUNA

### SECCION IV

CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON: CASI SIEMPRE, AVECES O CASI NUNCA

	CASI SIEMPRE	AVECES	CASI NUNCA
4.1 ESTOY SATISFECHO CON EL APOYO QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO ALGO ME PERTURBA.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2 ME GUSTA LA MANERA EN LA QUE MI FAMILIA HABLA Y COMPARTE SUS PROBLEMAS CONMIGO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.3 ME GUSTA COMO MI FAMILIA ME PERMITE HACER LAS COSAS NUEVAS QUE QUIERO HACER	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4 ME GUSTA LO QUE MI FAMILIA HACE CUANDO ESTOY FÉLIZ, TRISTE, ENFADADO/A...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.5 ME GUSTA COMO MI FAMILIA Y YO COMPARTIMOS TIEMPO JUNTOS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

### SECCION V

CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO A LO QUE HAS SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

5.1 ¿TE HAS SENTIDO MUY EXITADO, NERVIOSO O TENSIONADO?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.2 ¿HAS ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.3 ¿TE HAS SENTIDO MUY IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.4 ¿HAS TENIDO DIFICULTADES PARA RELAJARTE?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.5 ¿HAS DORMIDO MAL O HAS TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.6 ¿HAS TENIDO DOLORS DE CABEZA O NUCA?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.7 ¿HAS TENIDO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: TEMBLORES, HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES O DIARREA?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.8 ¿HAS ESTADO PREOCUPADO POR TU SALUD?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO
5.9 ¿HAS TENIDO DIFICULTADES PARA QUEDARTE DORMIDO?	<input type="checkbox"/> 1 SI	<input type="checkbox"/> 2 NO



#### SECCION VI

- |   |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 6.1 ¿TE HAS SENTIDO CON POCA ENERGÍA?                                     | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.2 ¿HAS PERDIDO EL INTERÉS POR LAS COSAS?                                | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.3 ¿HAS PERDIDO LA CONFIANZA EN TI MISMO?                                | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.4 ¿TE HAS SENTIDO SIN ESPERANZA?  | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.5 ¿HAS TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARTE?                           | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.6 ¿HAS PERDIDO PESO? (POR DE FALTA DE APETITO)                          | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.7 ¿TE ESTAS DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?                             | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.8 ¿TE HAS SENTIDO ENLENTECIDO?  | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |
| 6.9 ¿CREES TÚ QUE HAS TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARTE PEOR EN LAS MAÑANAS? | <input type="checkbox"/> 1 SI | <input type="checkbox"/> 2 NO |

#### SECCION VII

POR FAVOR CONTESTA LAS PREGUNTAS CONSIDERANDO LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA:

- |   | CASI NUNCA<br><input type="checkbox"/> 1 | ALGUNAS VECES<br><input type="checkbox"/> 2 | LA MITAD DE LAS VECES<br><input type="checkbox"/> 3 | LA MAYORÍA DE LAS VECES<br><input type="checkbox"/> 4 | CASI SIEMPRE<br><input type="checkbox"/> 5 |
|---|--|---|---|---|--|
| 7.1 PERCIBO CON CLARIDAD MIS SENTIMIENTOS                                     | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.2 PRESTO ATENCIÓN A COMO ME SIENTO  | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.3 VIVO MIS EMOCIONES COMO ALGO DESBORDANTE Y FUERA DE CONTROL               | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.4 NO TENGO NI IDEA DE COMO ME SIENTO  | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.5 TENGO DIFICULTADES PARA COMPRENDER MIS SENTIMIENOS                        | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.6 ESTOY ATENTO A MIS SENTIMIENTOS   | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.7 DOY IMPORTANCIA A LO QUE ESTOY SINTIENDO                                  | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.8 ESTOY CONFUSO/A SOBRE LO QUE SIENTO                                       | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.9 CUANDO ME SIENTO MAL, RECONOZCO MIS EMOCIONES                             | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.10 CUANDO ME SIENTO MAL, ME ENFADO CONMIGO MISMO POR SENTIRME DE ESA MANERA | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.11 CUANDO ME ENCUENTRO MAL, ME DA VERGÜENZA SENTIRME ASÍ                    | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.12 CUANDO ME SIENTO MAL, TENGO DIFICULTADES PARA SACAR EL TRABAJO ADELANTE  | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.13 CUANDO ME SIENTO MAL PIERDO EL CONTROL                                   | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |
| 7.14 CUANDO ME SIENTO MAL, CREO QUE ESTARE ASÍ DURANTE MUCHO TIEMPO           | <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2                  | <input type="checkbox"/> 3                          | <input type="checkbox"/> 4                            | <input type="checkbox"/> 5                 |



7.15 CUANDO ME ENCUENTRO MAL, CREO QUE ACABARÉ SINTIÉNDOME MUY DEPRIMIDO/A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.16 CUANDO ME SIENTO MAL, ME RESULTA DIFÍCIL CENTRARME EN OTRAS COSAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.17 CUANDO ME ENCUENTRO MAL, ME SIENTO FUERA DE CONTROL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.18 CUANDO ME SIENTO MAL, ME SIENTO AVERGONZADO CONMIGO MISMO DE SENTIRME DE ESA MANERA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.19 CUANDO ME SIENTO MAL, ME SIENTO COMO SI FUERA DÉBIL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.20 CUANDO ME ENCUENTRO MAL, ME SIENTO CULPABLE POR SENTIRME ASÍ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.21 CUANDO ME SIENTO MAL, TENGO DIFICULTADES PARA CONCENTRARME	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.22 CUANDO ME SIENTO MAL, TENGO DIFICULTADES PARA CONTROLAR MI COMPORTAMIENTO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.23 CUANDO ME SIENTO MAL, ME IRRITO CONMIGO MISMO/A POR SENTIRME ASÍ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.24 CUANDO ME ENCUENTRO MAL, EMPIEZO A SENTIRME MUY MAL SOBRE MI MISMO/A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.25 CUANDO ME SIENTO MAL, CREO QUE REGODEARME EN ELLO ES TODO LO QUE PUEDO HACER	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.26 CUANDO ME SIENTO MAL, PIERDO EL CONTROL SOBRE MI COMPORTAMIENTO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.27 CUANDO ME SIENTO MAL, TENGO DIFICULTADES PARA PENSAR SOBRE CUALQUIER OTRA COSA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.28 CUANDO ME SIENTO MAL, MIS EMOCIONES PARECEN DESBORDARSE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SECCION VIII

- 8.1 EN ALGUNA OCASIÓN TE HAS LESIONADO INTENCIONADAMENTE PARA PRODUCIR SANGRADO, MORETONES O DOLOR.  1 SI  2 NO SI LA RESPUESTA ES NO PASA A LA PREGUNTA 9.1
- 8.2  1 1 A 4  2 5 O MÁS DÍAS  
¿CUÁNTAS DÍAS LO HAS HECHO EN EL ÚLTIMO AÑO?
- 8.3 LA INTENCIÓN DE HACERTE LAS LESIONES ¿ES EL SUICIDIO?  1 SI  2 NO
- 8.4 ¿QUÉ TIPO DE LESIONES TE HAS PROVOCADO?  1 CORTES  5 OTRAS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_  
 2 GOLPES  
 3 APUÑALAMIENTO  
 4 FROTAR PARA PROVOCAR QUEMADURAS
- 8.5 LUGARES DONDE TE LESIONAS COMUNMENTE  1 MANOS  2 BRAZOS  3 PIERNAS  
 4 OTRAS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_
- 8.6 ¿CUÁL ES LA INTENSIÓN POR LA QUE TE LESIONAS?  1 PARA OBTENER ALIVIO DE UN SENTIMIENTO MALO O DOLOROSO.  
 2 PARA RESOLVER UNA DIFICULTAD PERSONAL  
 3 PARA SENTIRTE MEJOR



8.7 ¿CUÁNDO TE LESIONAS SE ASOCIA CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

- 1 DIFICULTADES PERSONALES, SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS DOLOROSOS PARA TI (COMO SENTIRTE TRISTE, DESESPERADO, ENOJADO)  
 2 AL ENFRENTARTE A PROBLEMAS O PREOCUPACIONES QUE SON DIFÍCILES DE RESOLVER  
 3 PIENSAS FRECUENTEMENTE EN LESIONARTE, SIN QUE ESTO LLEGUE A SUCEDER

8.8 EL CAUSARTE LESIONES O SUS CONSECUENCIAS CAUSAN ANGUSTIA, INTERFIEREN EN TU PERSONA, EN LA ESCUELA O EN ALGÚN ASPECTO DE TU VIDA

- 1 SÍ  2 NO

SECCION IX

9.1 ¿ALGUIÉN EN TU FAMILIA O AMIGO/A HA INTENTADO EL SUICIDIO O LO HAN LLEVADO A CABO?

- 1 SÍ  2 NO SI LA RESPUESTA ES NO PASA A LA PREGUNA 10.1

9.2 ¿QUIÉN?

- 1 MADRE  2 PADRE  3 HERMANOS  
 4 TÍO/A  5 PRIMO/A  6 AMIGO  
 7 OTRO (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

SECCION X

10.1 ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE TE CUIDA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, CUANDO ESTAS EN TU CASA? ELIGE SOLO UNA OPCIÓN

- 1 MAMÁ O SUSTITUTA  5 HERMANO/A  
 2 PAPÁ O SUSTITUTO  6 OTRA(ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_  
 3 ABUELO/A  7 NADIE ME CUIDA  
 4 TÍO/A

10.2 CUIDAS A HERMANO/A/S MENORES QUE TÚ, CUANDO NO HAY ALGUIEN MAYOR DE EDAD EN TU CASA?

- 1 SÍ, SIEMPRE  3 NUNCA CUIDO A MIS HERMANOS MENORES  
 2 SÍ, ALGUNASVECES  4 NO TENGO HERMANOS MENORES

10.3 ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA ESTÁS SÓLO/A EN TU CASA, SIN LA PRESENCIA DE ALGUIEN MAYOR QUE TÚ?

- 1 1 A 2 HORAS  4 7 O MÁS HORAS  
 2 3 A 4 HORAS  5 SIEMPRE HAY ALGUIEN MAYOR QUE YO EN CASA  
 3 5 A 6 HORAS

10.4 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿CUÁNTAS VECES HAS TENIDO UN ACCIDENTE GRAVE, (QUEMADO, CAÍDO, ETC.) ESTANDO SOLO/A EN TU CASA? ESPECIFICA:

- NÚMERO DE VECES  
 0 NO ME HE ACCIDENTADO

CONSIDERANDO LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA, POR FAVOR CONTESTA LAS PREGUNTAS

NUNCA	NO LO HIZO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PERO SI ANTES, CUANDO ERA MÁS CHICO/A	1 A 11 VECES AL AÑO	1 A 4 VECES AL MES	POR LO MENOS 2 VECES A LA SEMANA	DIARIO O CASI DIARIO
1	2	3	4	5	6

10.5 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEÑALA ¿CON QUÉ FRECUENCIA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS INTENCIONALMENTE, TE GOLPEÓ O PEGÓ AL PUNTO DE QUE SANGRASTE TE DEJÓ MORETONES O TUVISTE ALGUNA FRACTURA?

10.5.1 MADRE O SUBSTITUTA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10.5.2 PADRE O SUBSTITUTA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10.5.3 HERMANO/A/S	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10.5.4 OTROS (ESPECIFICAAR) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10.6 ¿HAS TENIDO QUE IR ALGUNA VEZ EN TU VIDA AL HOSPITAL O AL CONSULTORIO POR LESIONES PRODUCIDAS POR LOS GOLPES O CASTIGOS FÍSICOS QUE HAS RECIBIDO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS?

	NUNCA	UNA VEZ	2 A 5 VECES	6 A 10 VECES	MÁS DE 11 VECES
10.6.1 MADRE O SUBSTITUTA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.6.2 PADRE O SUBSTITUTA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.6.3 HERMANO/A/S	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.6.4 OTROS (ESPECIFICAR) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



CONSIDERANDO LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA, POR FAVOR CONTESTA LAS PREGUNTAS

NUNCA	NO LO HIZO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PERO SI ANTES, CUANDO ERA MÁS CHICO/A	1 A 11 VECES AL AÑO	1 A 4 VECES AL MES	POR LO MENOS 2 VECES A LA SEMANA	DIARIO O CASI DIARIO
1	2	3	4	5	6

10.7 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES CUANDO SE HA PRESENTADO ALGÚN DESACUERDO O PROBLEMA ENTRE TU MAMÁ (O SUSTITUTA) Y TÚ, ¿CON QUÉ FRECUENCIA ELLA HA ACTUADO DE LA SIGUIENTE MANERA?:

10.7.1	TE HA GRITADO	1	2	3	4	5	6
10.7.2	TE HA CASTIGADO SIN GOLPEARTE	1	2	3	4	5	6
10.7.3	TE HA DICHO QUE NO TE QUERIA	1	2	3	4	5	6
10.7.4	TE HA ENCERRADO	1	2	3	4	5	6
10.7.5	TE HA INSULTADO	1	2	3	4	5	6
10.7.6	TE HA DICHO GROSERIAS	1	2	3	4	5	6
10.7.7	SE HA BURLADO DE TI ENFRETE DE OTRAS PERSONAS	1	2	3	4	5	6
10.7.8	TE HA DICHO QUE ERES UNA CARGA O QUE YA NO TE SOPORTA	1	2	3	4	5	6
10.7.9	TE HA DEJADO DE HABLAR POR VARIAS HORAS	1	2	3	4	5	6
10.7.10	TE HA QUITADO PRIVILEGIOS(NO SALIR, NO VER LA TELE)	1	2	3	4	5	6
10.7.11	TE HA AMENAZADO CON GOLPEARTE O AVENTARTE ALGÚN OBJETO	1	2	3	4	5	6
10.7.12	TE HA AVENTADO COSAS	1	2	3	4	5	6
10.7.13	TE HA JALADO EL CABELLO O LAS OREJAS	1	2	3	4	5	6
10.7.14	TE HA EMPUJADO O SACUDIDO	1	2	3	4	5	6
10.7.15	TE HA DADO NALGADAS	1	2	3	4	5	6
10.7.16	TE HA PATEADO MORDIDO O TE HA DADO UN PUÑETAZO	1	2	3	4	5	6
10.7.17	TE HA QUEMADO CON ALGO (CIGARRO, PLANCHA, AGUA CALIENTE)	1	2	3	4	5	6
10.7.18	TE HA GOLPEADO O TRATADO DE GOLPEARTE CON OBJETOS	1	2	3	4	5	6
10.7.19	TE HA DADO UNA GOLPIZA	1	2	3	4	5	6
10.7.20	TE HA AMENAZADO CON UN CUCHILLO, PALO O ARMA	1	2	3	4	5	6
10.7.21	TE HA DICHO QUE TE VA A CORRER DE LA CASA O A ECHARTE A PATADAS	1	2	3	4	5	6
10.7.22	HA USADO CUCHILLOS, PALOS U OTROS OBJETOS PARA LASTIMARTE	1	2	3	4	5	6

10.8 DESDE TU PUNTO DE VISTA, LAS VECES QUE TU MAMÁ (O SUSTITUTA) TE HA GOLPEADO HA SIDO POR UN MOTIVO

- 1 SIEMPRE HA SIDO POR UN MOTIVO JUSTO
- 2 A VECES HA SIDO JUSTO Y OTRAS NO
- 3 SIEMPRE LO HA HECHO INJUSTAMENTE
- 4 NUNCA ME HA PEGADO

10.9 DESDE TU PUNTO DE VISTA, LAS VECES QUE TU PAPÁ (O SUSTITUTO) TE HA GOLPEADO HA SIDO POR UN MOTIVO

- 1 SIEMPRE HA SIDO POR UN MOTIVO JUSTO
- 2 A VECES HA SIDO JUSTO Y OTRAS NO
- 3 SIEMPRE LO HA HECHO INJUSTAMENTE
- 4 NUNCA ME HA PEGADO

10.10 DESDE TU PUNTO DE VISTA, TU MAMÁ (O SUSTITUTA) TE GOLPEA:

- 1 TE GOLPEA DEMASIADO
- 2 TE GOLPEA LO NORMAL
- 3 TE GOLPEA POCO
- 4 NUNCA TE HA GOLPEADO

10.11 DESDE TU PUNTO DE VISTA, TU PAPÁ (O SUSTITUTO) TE GOLPEA:

- 1 TE GOLPEA DEMASIADO
- 2 TE GOLPEA LO NORMAL
- 3 TE GOLPEA POCO
- 4 NUNCA TE HA GOLPEADO

10.12 SI TU MAMÁ (O SUSTITUTA) TE HA PEGADO ¿DESDE CUÁNDO LO HA HECHO?

- 1 EMPEZÓ A LOS 5 AÑOS O ANTES
- 2 EMPEZÓ DESPUÉS DE LOS CINCO AÑOS
- 3 NO ME ACUERDO
- 4 NUNCA ME HA PEGADO

10.13 SI TU PAPÁ (O SUSTITUTO) TE HA PEGADO ¿DESDE CUÁNDO LO HA HECHO?

- 1 EMPEZÓ A LOS 5 AÑOS O ANTES
- 2 EMPEZÓ DESPUÉS DE LOS CINCO AÑOS
- 3 NO ME ACUERDO
- 4 NUNCA ME HA PEGADO





10.14 SI TU MAMÁ (O SUSTITUTA) TE HA PEGADO DESDE QUE ERAS CHICO/A, CONSIDERAS QUE AHORA:

- 1 TE PEGA MÁS QUE ANTES
- 2 TE SIGUE PEGANDO IGUAL QUE ANTES
- 3 TE PEGA MENOS AHORA
- 4 NO ME ACUERDO
- 5 NUNCA ME HA PEGADO

10.14 SI TU PAPÁ (O SUSTITUTO) TE HA PEGADO DESDE QUE ERAS CHICO/A, CONSIDERAS QUE AHORA:

- 1 TE PEGA MÁS QUE ANTES
- 2 TE SIGUE PEGANDO IGUAL QUE ANTES
- 3 TE PEGA MENOS AHORA
- 4 NO ME ACUERDO
- 5 NUNCA ME HA PEGADO

POR FAVOR CONTESTA LAS PREGUNTAS, CONSIDERANDO LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA

NUNCA	NO LO HIZO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PERO SI ANTES, CUANDO ERA MÁS CHICO/A	1 A 11 VECES AL AÑO	1 A 4 VECES AL MES	POR LO MENOS 2 VECES A LA SEMANA	DIARIO O CASI DIARIO
1	2	3	4	5	6

10.15 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES CUANDO SE HA PRESENTADO ALGÚN DESACUERDO O PROBLEMA ENTRE TU PAPÁ (O SUSTITUTO) Y TÚ, ¿CON QUÉ FRECUENCIA EL HA ACTUADO DE LA SIGUIENTE MANERA?:

	1	2	3	4	5	6
10.15.1 TE HA GRITADO	1	2	3	4	5	6
10.15.2 TE HA CASTIGADO SIN GOLPEARTE	1	2	3	4	5	6
10.15.3 TE HA DICHO QUE NO TE QUERIA	1	2	3	4	5	6
10.15.4 TE HA ENCERRADO	1	2	3	4	5	6
10.15.5 TE HA INSULTADO	1	2	3	4	5	6
10.15.6 TE HA DICHO GROSERIAS	1	2	3	4	5	6
10.15.7 SE HA BURLADO DE TI ENFRENTA DE OTRAS PERSONAS	1	2	3	4	5	6
10.15.8 TE HA DICHO QUE ERES UNA CARGA O QUE YA NO TE SOPORTA	1	2	3	4	5	6
10.15.9 TE HA DEJADO DE HABLAR POR VARIAS HORAS	1	2	3	4	5	6
10.15.10 TE HA QUITADO PRIVILEGIOS(NO SALIR, NO VER LA TELE)	1	2	3	4	5	6
10.15.11 TE HA AMENAZADO CON GOLPEARTE O AVENTARTE ALGÚN OBJETO	1	2	3	4	5	6
10.15.12 TE HA AVENTADO COSAS	1	2	3	4	5	6
10.15.13 TE HA JALADO EL CABELLO O LAS OREJAS	1	2	3	4	5	6
10.15.14 TE HA EMPUJADO O SACUDIDO	1	2	3	4	5	6
10.15.15 TE HA DADO NALGADAS	1	2	3	4	5	6
10.15.16 TE HA PATEADO MORDIDO O TE HA DADO UN PUÑETAZO	1	2	3	4	5	6
10.15.17 TE HA QUEMADO CON ALGO (CIGARRO, PLANCHA, AGUA CALIENTE)	1	2	3	4	5	6
10.15.18 TE HA GOLPEADO O TRATADO DE GOLPEARTE CON OBJETOS	1	2	3	4	5	6
10.15.19 TE HA DADO UNA GOLPIZA	1	2	3	4	5	6
10.15.20 TE HA AMENAZADO CON UN CUCHILLO, PALO O ARMA	1	2	3	4	5	6
10.15.21 TE HA DICHO QUE TE VA A CORRER DE LA CASA O A ECHARTE A PATADAS	1	2	3	4	5	6
10.15.22 HA USADO CUCHILLOS, PALOS U OTROS OBJETOS PARA LASTIMARTE	1	2	3	4	5	6

10.16 TUS PAPÁS:

	NUNCA	AVECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
10.16.1 TE LEVAN AL DOCTOR O ESPECIALISTA CUANDO TE ENFERMAS	1	2	3	4
10.16.2 TE AYUDAN A SEGUIR EL TRATAMIENTO QUE TE INDICA EL MÉDICO	1	2	3	4
10.16.3 SE PREOCUPAN PORQUE COMAS	1	2	3	4
10.16.4 SE HAN PREOCUPADO POR PONERTE TUS VACUNAS	1	2	3	4
10.16.5 SE PREOCUPAN PORQUE ESTÉS LIMPIO (TE BAÑES, TE PEINES, TE PONGAS ROPA LIMPIA, TE CORTES LAS UÑAS, ETC.)	1	2	3	4



**SECCION XI**

A CONTINUACIÓN ENCONTRARAS UNA SERIE DE PREGUNTAS EN LAS QUE SE DESCRIBEN ALGUNAS SITUACIONES QUE A VECES SUFREN ALGUNOS CHICOS Y CHICAS EN LOS INSTITUTOS EN LA RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS

	NUNCA	AVECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
11.1 MIS COMPAÑEROS ME IGNORAN	1	2	3	4
11.2 MIS COMPAÑEROS NO ME DEJAN PARTICIPAR	1	2	3	4
11.3 HABLAN MAL DE MI	1	2	3	4
11.4 MIS COMPAÑEROS ME RECHAZAN	1	2	3	4
11.5 MIS COMPAÑEROS ME INSULTAN	1	2	3	4
11.6 ME LLAMAN POR NOMBRES QUE ME OFENDEN O RIDICULIZAN	1	2	3	4
11.7 ME ESCONDEN COSAS	1	2	3	4
11.8 ME ROMPEN COSAS	1	2	3	4
11.9 ME ROBAN COSAS	1	2	3	4
11.10 ME PEGAN	1	2	3	4
11.11 ME AMENAZAN PARA METERME MIEDO	1	2	3	4
11.12 ME OBLIGAN A HACER COSAS QUE NO QUIERO CON AMENAZAS	1	2	3	4
11.13 ME INTIMIDAN CON FRASES O INSULTOS DE CARÁCTER SEXUAL	1	2	3	4
11.14 ME OBLIGAN CON AMENAZAS A SITUACIONES DE CARÁCTER SEXUAL	1	2	3	4
11.15 ME AMENAZAN CON ARMAS	1	2	3	4

**SECCION XII**

12.1 CONSIDERANDO TU PROMEDIO DEL ÚLTIMO AÑO, CONSIDERAS QUE TU APROVECHAMIENTO ES:

1	EXCELENTE
2	BUENO
3	REGULAR
4	MALO

12.2 ¿CUÁL FUE TU PROMEDIO EN EL ÚLTIMO AÑO? (AGREGA DECIMALES)

GRACIAS POR TÚ PARTICIPACIÓN