

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y
Salud Mental.

Título

**Descripción y evaluación de las conductas autolesivas en
relación a actitudes compulsivas e impulsivas en
Adolescentes Hospitalizados.**

Tesis que presenta para Obtener el diploma de “Especialización en
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia”

Presenta. Dra. Raquel González Burns

Tutor Metodológico
Dra. Rosa Elena Ulloa

Tutor Teórico
Dr. Manuel Isaías López Gómez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I. Antecedentes.....	1-12
Definición del Concepto y su evolución	
Teorías explicativas	
Prevalencia y diferencias de Género	
Factores contribuyentes	
Comorbilidad	
Pronóstico	
II. Planteamiento del problema.....	12-13
III. Objetivos de la Investigación.....	13
IV. Material y Método.....	14-16
Descripción de la muestra	
Diseño	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Definición de variables y unidades de medida	
V. Instrumentos.....	16-19
Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)	
Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (CY-BOCS)	
Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)	
Autorreporte de autolesiones	
VI. Procedimiento.....	19-20
Organización de la Investigación y Cronograma	
Análisis Estadístico	
VII. Resultados.....	21-27
VIII. Discusión.....	28-36
IX. Conclusión.....	36
X. Bibliografía.....	37-39
XI. Anexos.....	40

INDICE

I. Antecedentes.....	1-12
Definición del Concepto y su evolución	
Teorías explicativas	
Prevalencia y diferencias de Género	
Factores contribuyentes	
Comorbilidad	
Pronóstico	
II. Planteamiento del problema.....	12-13
III. Objetivos de la Investigación.....	13
IV. Material y Método.....	14-16
Descripción de la muestra	
Diseño	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Definición de variables y unidades de medida	
V. Instrumentos.....	16-19
Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)	
Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (CY-BOCS)	
Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)	
Autorreporte de autolesiones	
VI. Procedimiento.....	19-20
Organización de la Investigación y Cronograma	
Análisis Estadístico	
VII. Resultados.....	21-27
VIII. Discusión.....	28-36
IX. Conclusión.....	36
X. Bibliografía.....	37-39
XI. Anexos.....	

Descripción y evaluación de las conductas autolesivas en relación a actitudes compulsivas e impulsivas en Adolescentes Hospitalizados.

Definición del concepto y su evolución

Los clínicos e investigadores concuerdan en que los actos de autolesión pueden organizarse en tres categorías: los actos autolesionantes de los trastornos psicóticos, los actos estereotípicos de las autolesiones asociados a etiologías orgánicas, vgr. Síndrome de Tourette y las autolesiones “moderadas”(1). Esta última categoría es la menos comprendida, ha recibido la menor atención de los investigadores y continúa siendo una forma compleja, con tratamientos no siempre eficaces y con límites difusos en la psicopatología.(2)

En los 90s, el concepto de actos autolesivos se asoció con trastornos de la personalidad, según el DSMIII-R, se enlistaba conductas autolesivas como síntomas de trastorno límite, trastorno de personalidad múltiple, masoquismo sexual y como parte de síntomas físicos de trastorno facticio. Sin embargo, la visión actual predominante de las autolesiones ha sido modificada por uno de sus líderes de opinión, el Dr. Favazza lo ha integrado como un trastorno del control de los impulsos: un síndrome específico en la que los actos autolesivos se establecen como respuesta repetitiva a síntomas psicológicos o eventos ambientales.(3)

El término de autolesiones ha sido utilizado para describir un rango de conductas voluntarias pero sin una intención suicida conciente, otros términos como “autocortes delicados”, “automutilaciones patológicas”, “autolesiones deliberadas” han sido utilizadas como sinónimos, aunque por su traducción al idioma español, es preferido el primer término. La conducta en estudio se refiere a lo que los investigadores Favazza y Rosenthal (4), reconocidos por sus aportaciones en el tema, han definido como cualquier lesión en el tejido corporal considerada superficial o moderada y que se da en ausencia de problemas del desarrollo o de síntomas psicóticos. Posteriormente agruparon estas autolesiones superficiales en compulsivas si hay urgencia egodistónica (vgr. tricotilomanía, onicofagia) e impulsiva descrita como episódica, repetitiva y gratificante (5). Las conductas representativas de este último tipo incluyen cortes de piel, rasguños, mordeduras o quemaduras.

Teorías explicativas

Los *modelos funcionales* de autolesiones que han sido revisados se refieren a una extensa práctica que tiene bases culturales diversas: su papel en la ornamentación de las tribus en varios continentes, su simbolismo como ritos de transición, su utilización entre los adolescentes de sociedades industrializadas para la identificación de grupo, el cada vez más común uso de “piercing” para identificarse y reconocerse “distintos”, un elemento indispensable en el desarrollo adolescente.

Por otra parte, el modelo psicoanalítico de la depresión ha sido utilizado para explicar las autolesiones que se incluyen en la psicopatología, definiendo a la conducta autolesiva como una reacción a la pérdida o abandono (15). Los modelos animales que provocan autolesiones han sido utilizados para comparar las mismas conductas en los humanos. Se ha visto que los chimpancés separados de sus madres desde el nacimiento y cuyas necesidades son satisfechas sólo a un nivel básico, tienden a golpearse a sí mismos cuando la deprivación afectiva se mantiene.

Estos resultados se han utilizado para explicar lo que sucede entre los humanos: en el caso de los pacientes con autolesiones se ha asociado como antecedente reportado por los propios pacientes la separación temprana de la madre (crianza en instituciones, orfandad) y los trastornos del vínculo (varios y cambiantes cuidadores). (16, 17)

La teoría psicodinámica, complementa a la previa utilizando el modelo de regulación del afecto, que describe la dificultad para tolerar experiencias internas y su relación con la expresividad y mantenimiento de un tono emocional. De acuerdo con este modelo, el acto de autolesión ayuda a estabilizar el estado emocional permitiendo la expresión de emociones que el individuo no puede tolerar. Un ejemplo es la ira dirigida contra sí mismo, esto previene que se dirija y destruya a la persona que es la fuente del afecto. La función *reguladora del afecto* de las autolesiones ha sido explorada en mujeres adultas con Trastorno límite de personalidad, con una elevación importante del afecto y una disminución de la disociación luego de realizarse la autolesión (18). En una muestra de mujeres adultas, el autorreporte mostró disminución de la ansiedad, temor, “hartazgo”, miedo y soledad luego de lesionarse. (19)

Teorías cognitivas: cuando hay un enfrentamiento a una situación difícil, aparecen soluciones dicotómicas (blanco y negro), lo que hace difícil identificar las opciones más útiles. La rigidez demostrada en este estilo de pensamiento caracteriza a los pacientes con autolesiones, que cuando se exponen a un estrés mayor, predomina el pensamiento de que serán incapaces de afrontar la situación efectivamente. Estas características psicológicas pueden incrementarse en respuesta a la deprivación

social, lo que conduce a un sentimiento de desesperanza que incrementa el riesgo de autolesiones.

Impulsividad vs Compulsividad

Se ha propuesto una división de las autolesiones en impulsivas y compulsivas, la primera de ellas sería más común en los pacientes con trastorno del control de los impulsos o con trastorno límite de personalidad, y las segundas se presentarían en pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. No obstante, estos dos aspectos pueden coexistir: los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y alta impulsividad, así como sujetos impulsivos con síntomas obsesivos han sido descritos. (6,7)

Para aclarar estas dos presentaciones de las conductas autolesivas, los investigadores propusieron construir “un trastorno de personalidad multi-impulsiva” (4,8,9). Para estudiarlas se han utilizado modelos de psicopatologías específicas: la relación de las autolesiones con trastornos del control de los impulsos (vgr.bulimia nervosa) y Trastorno obsesivo compulsivo. En todos han encontrado una urgencia irresistible por cometer el acto, con un incremento de la tensión cuando los intentos individuales evitan la conducta y con sensación de alivio después de realizar el acto (10,8).

Esto ha sido apoyado con la teoría de la desregulación serotoninérgica pues parece responder positivamente a los inhibidores de la recaptura de serotonina (5-HT). (11)

Respecto a la asociación con síntomas obsesivo compulsivos, se ha utilizado al síndrome de Tourette para evaluar la relación. Esta se explica porque las autolesiones pueden considerarse como tics motores complejos y compulsiones. Desde este punto de vista, el mejor modelo para las autolesiones incluye la variable de la compulsividad. En tanto que las autolesiones severas (daño extenso de piel o mucosas, enucleación, castración) se correlaciona más con impulsividad. Esto encaja con la hipótesis de que las autolesiones en el síndrome de Tourette se relacionan a problemas de regulación del afecto, o incluso lleve a postularlas como otro trastorno neuropsiquiátrico (12)

Para explicar la relación entre rasgos impulsivos y compulsivos algunos autores han elaborado una hipótesis unidimensional que consiste en un *continuum* de compulsividad a impulsividad (10). Por lo contrario, otros han teorizado un modelo ortogonal donde la impulsividad y la compulsividad representan aspectos separados pero que frecuentemente coexisten en los rasgos psicológicos (13).

Algunos otros autores han hipotetizado la existencia de un “síndrome de autolesión repetitiva”, con fases alternantes de conducta compulsiva y fases de otra conducta impulsiva, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria. (4, 14)

Una teoría que apoya el ***carácter adictivo*** de las autolesiones, con la característica esencial de “falla

recurrente para resistir impulsos” (4). El investigador Faye, quien ha sido uno de los pioneros en la investigación al respecto, revisó la literatura de este tipo de conductas, citando sus características adictivas y notando en particular su carácter reforzador dado sus propiedades de liberar la tensión.

Específicamente, algunos pacientes que experimentan tensión excesiva crean caminos para autolesionarse como el único medio de obtener alivio. A través del tiempo, se da el incremento en la frecuencia y severidad de las autolesiones para alcanzar el mismo efecto.

Genética

Las autolesiones, una conducta relacionada al suicidio es un problema de salud pública con una prevalencia 8 a 15 veces mayor que el suicidio. Los elevados índices de conducta suicida y autolesiva ha conducido a investigar además de los factores ambientales, los genéticos a fin de esclarecer una probable predisposición transmitida familiarmente.(51)

Uno de los sistemas más estudiados en la conducta suicida es el de la serotonina (5-HT, 5-hidroxitriptamina) y en particular la asociación con variantes en el gene de la triptófano hidroxilasa (THP). Un estudio de los polimorfismos de este gene entre pacientes con autolesiones vs un grupo control encontró que el alelo TPH A779 fue más común entre el primer grupo ($p=0.03$), concluyendo que esta variación alélica del gene TPH es un factor de riesgo para las autolesiones.(52)

Otro estudio amplió la investigación a la asociación de autolesiones con polimorfismos de la TPH y del receptor 5-HT_{2c} (cisteína-serina). El grupo de estudio fue de seguimiento durante un año con autolesiones repetitivas. Los resultados indicaron que los hombres con la variante serina de 5-HT_{2c} fueron más impulsivos que aquellos con la variante cisteína.(53)

Por otra parte, los estudios sobre polimorfismos en el gene transportador de serotonina y su asociación a individuos con autolesiones apoyan la hipótesis de que la variación alélica puede contribuir en la expresión de síntomas de ansiedad. (54)

Además se ha investigado la conducta autolesiva y su asociación a una historia familiar de conducta suicida. Se encontró que en un 36% de las pacientes adolescentes con autolesiones existió historia de conducta suicida entre sus padres y que las autolesiones fueron más frecuentes entre las madres (17%) que en los padres (3%). (55)

También ha sido investigada la asociación familiar del trastorno límite de personalidad a otras psicopatologías: los resultados significativos ha sido para la asociación con los trastornos de control de los impulsos y con la psicopatología misma. Se menciona a los problemas metodológicos como la principal causa de que aún no se tengan resultados concluyentes.(56)

Han existido otros estudios que han abordado la agregación familiar de los trastornos de personalidad, en uno de ellos, se utilizaron los criterios del DSMIII con la Entrevista clínica semiestructurada, los resultados de mayor relación entre adolescentes y familiares de primer grado fueron para los trastornos del cluster A (personalidad esquizoide, esquizotípica y paranoide) y la personalidad límite.(57)

La agregación familiar del Trastorno límite de personalidad y el riesgo para trastornos del control de los impulsos y trastornos afectivos en familiares de primer grado, se ha abordado comparando esta asociación en grupos con trastornos límite de personalidad vs esquizofrenia y otros trastornos de personalidad. Las conclusiones sugieren que existe una transmisión familiar especial en el caso de trastornos del control de los impulsos asociada al trastorno límite de personalidad.(58)

Bioquímica

Los *sistemas bioquímicos* estudiados respecto al origen de las conductas autolesivas y su perpetuación son tres:

1. Serotonina. El primer estudio que evaluó las posibles bases neurobiológicas de las conductas autolesivas en pacientes con trastorno límite de personalidad fue realizado por Gardner en 1990(22). En este estudio se encontró que los pacientes con trastorno límite de personalidad, intentos suicidas y actos autolesivos tuvieron menores niveles de concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito de la serotonina) en el LCR al compararlos con un grupo de pacientes psiquiátricos sin autolesiones y con controles sanos. Por otra parte se identificaron que los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cerebroespinal mostraba asociación en diferentes estudios a las autolesiones en pacientes deprimidos, intentos suicidas, conducta agresiva y conducta violenta impulsiva y no violenta (23). Los estados orgánicos específicos y anormalidades bioquímicas se han considerado factores que predisponen a las autolesiones. Las investigaciones se enfocan a que existe un sustrato neuroquímico común para esta conducta independientemente del trastorno a que se asocia. (16)

2. Opiáceos. Se ha planteado que tras el daño tisular por la conducta repetitiva se produce una liberación de beta endorfinas que origina un estado de relativa analgesia y ánimo placentero que condiciona el desarrollo de un ciclo en el que es necesaria la autolesión para mantener una liberación crónica de opioides endógenos. De esta manera se produce un estado parecido a la dependencia. En pacientes autistas con conducta autolesiva se ha reportado una disfunción del sistema opioide: el uso de antagonistas opioides disminuyó la frecuencia de conductas autolesivas a corto plazo en un subgrupo de pacientes autistas (24). Entre el 30% y 70% de los pacientes con autolesiones han mostrado disregulación en el sistema opioide o en el sistema de pro-opiomelanocortina, que incluye los neuropéptidos beta-encefalina, encefalina, hormona adrenocorticotrópica y estimulante de los melanocitos. Las autolesiones repetitivas se asocian con una elevación del nivel medio plasmático de metencefalina y un incremento en la secreción de beta-endorfina inmediatamente después del episodio de autolesión. En algunos pacientes con autolesiones por más de 2 años (con comorbilidad variada, especialmente trastorno límite de personalidad), la respuesta de beta-endorfina está desacoplada de la respuesta a ACTH, una forma de tolerancia a opiáceos, que explica el reforzamiento de la autolesión. (25)

3. Dopamina. Respecto al tercero de los sistemas bioquímicos involucrados, de los estudios realizados en ratas tras la administración de psicoestimulantes (pemolina, anfetaminas, cafeína), se puede concluir que la conducta autolesiva podría resultar de una disfunción del sistema dopaminérgico, tanto a nivel del transportador de dopamina, como de la expresión del receptor D1 dopaminérgico. Este sistema juega un papel determinante en la percepción del dolor y por lo tanto en la génesis de la conducta, específicamente en núcleos relacionados con la integración cognoscitivo-afectiva, tales como el área tegmental ventral, la corteza anterior del cíngulo y el tálamo anterior. (26)

Prevalencia y diferencias de género

La prevalencia de automutilación en la población general se ha cuantificado entre 3-4%. Sin embargo, debido a los pocos estudios que existen sobre el tema, debe tenerse precaución en interpretar estos porcentajes. (19)

En tanto que la prevalencia a lo largo de la vida entre paciente psiquiátricos se ha reportado en 61% (27), siendo la adolescencia la edad de inicio más común para estas conductas. (1, 28)

Por otra parte, los estudios sobre prevalencia de autolesiones en población adolescente abierta han reportado un incremento progresivo, siendo del 14% en varias investigaciones a finales de los años

80's (6,26) y con reportes que llegan al 35% entre adolescentes hospitalizados en centros psiquiátricos, durante los años más recientes. (29)

Respecto a la diferencia de género, la mayoría de los estudios de prevalencia a mediados de los años 80's reportaban que las autolesiones eran predominantes entre el sexo femenino, e incluso se llegó a identificar como sujeto típico de estas prácticas a la mujer caucásica de alrededor de los 28 años, quien generalmente había iniciado a autolesionarse a los 14 años de forma repetida. (2)

Los estudios recientes de prevalencia en población psiquiátrica adulta han mostrado equivalencia para hombres y mujeres (30, 31), resultados que han sido reproducidos entre población adulta no psiquiátrica. Sin embargo existe controversia al respecto, ya que hay más estudios que reportan la predominancia en mujeres vs hombres aunque sólo entre población psiquiátrica (15, 32, 33)

Factores contribuyentes de las autolesiones y Motivaciones

La revisión de la literatura identificó que los factores psicológicos y psicosociales que contribuyen a las autolesiones en adolescentes, fueron en primer lugar la disfunción familiar, los problemas en el funcionamiento social incluyendo las presiones en la identificación sexual, las relaciones conflictivas entre pares y las presiones académicas. Los factores psicológicos más relevantes fueron la impulsividad, la dificultad para resolver problemas y el trastorno depresivo. La combinación de estos factores tienen un efecto mayor que su presentación aislada. (34)

Se ha observado que la motivación primaria frecuentemente descrita en este tipo de autolesiones incluye el deseo de expresar, validar o regular los afectos disfóricos, depresivos, con cargas importantes de tensión, dolor o ansiedad que parecen tener un rol en la inducción o terminación de síntomas disociativos (15), esto se ha utilizado para explicar su mayor frecuencia entre el sexo femenino, considerando que esto se debe a que las mujeres tienden menos a exteriorizar sus frustraciones en forma de agresión heterodirigida. (35)

Las motivaciones tienen diferencias entre géneros: las mujeres exponen más razones sobre deseos de castigarse y de que lo hacen para aliviar el estado de tensión. En tanto que los hombres expresan más frecuentemente el deseo de morir y demostrar qué mal se sentían. (36)

En un estudio practicado entre adolescentes internados en un centro Psiquiátrico con prácticas autolesivas, se encontró que el motivo principal del internamiento había sido la ideación suicida en 83% y 72% para hombres y mujeres respectivamente, un trastorno depresivo fue la segunda causa con igual proporción entre los sexos, la sobredosis fue la tercera causa con similares resultados a la anterior. La edad de inicio de estas conductas en los hombres fue más tardío (15 años) en comparación con las

mujeres (12 años). Otros estudios sólo describen como la edad de inicio típico de estas conductas entre los 14 y 24 años, aunque sin diferencia de género. (1, 32)

La comorbilidad tuvo mayores diferencias de género respecto a los trastornos de la conducta alimentaria (53% y 33% mujeres y hombres respectivamente), abuso de alcohol y drogas en 47% vs 16%, antecedente de abuso sexual en 58% de las mujeres y ningún caso entre el sexo masculino.

El 76% reportaron que la idea de autolesionarse fue personal, mientras que el 11.9% aceptó que la idea provino de ver a otros que se autolesionaban. La conducta fue solitaria en 95% de los casos y un 19% de éstos lo mantuvieron como secreto. Las actividades alternativas para no autolesionarse fueron utilizadas en el 86% de los casos, y estas fueron: hablar con otros 35%, actividad física 28%, escribir o tocar un instrumento 27%, mantener las manos ocupadas en 17%.

El tipo de autolesiones también tuvo variación genérica: sólo cortarse fue más frecuente entre el sexo masculino (100% vs 87%); entre las adolescentes mujeres predominó rasguñarse (77% vs 66%), golpearse (69% vs 50%), interferir con la cicatrización de heridas (52% vs 33%), arrancarse el pelo (66% en mujeres, ningún caso en hombres), morderse (61% vs 16%), morderse las uñas hasta sangrar (47% vs 33%), quemarse (47% vs 33%), picarse con agujas (30% en mujeres, sin casos entre hombres), y tratar de provocarse fracturas (16% en mujeres, sin casos entre hombres). Un sesgo de esta investigación es que se trata de una muestra pequeña y con un predominio de mujeres (N=36, de los cuales, 6 fueron hombres).

Otros estudios coinciden en que el corte de piel parece ser la forma más común de autolesión, en hasta el 70% de los individuos, entre el 21-44% se golpean, entre el 15-35% se queman la piel.

Los sitios más utilizados para autolesionarse, en el caso de los adolescentes del sexo masculino fueron los antebrazos y muñecas (83%), los brazos y codos (50%) y las manos y dedos (33%); para las mujeres adolescentes fueron más los sitios utilizados pero el más frecuente: los antebrazos y muñecas (100%) seguidos por porcentajes similares en brazos y codos (58%), piernas y tobillos (47%), muslos y rodillas (44%), manos y dedos (36%) y abdomen (30%).

Respecto a las motivaciones para autolesionarse, el número promedio de estas fue de 8, la más común fue “cuando estoy al tope de deprimido (a)” en mujeres y hombres con un 86% y 66% respectivamente. Sólo un pequeño porcentaje utilizó las de “para que me pongan atención”, “sentirme excitado”, o “pertenecer a un grupo”. Al investigar el estado emocional durante el acto autolesivo, se expresó vergüenza en 64%, culpa en 59% y frustración en 50%.(37)

Los estudios en la población adolescente abierta han determinado como factores asociados a las autolesiones los siguientes: tener amigas (os) que recientemente se hayan autolesionado, miembros de la familia que se autolesione, uso de drogas, depresión, ansiedad, impulsividad, baja autoestima,

antecedentes de abuso sexual y el efecto del contagio en las unidades de tratamiento (27, 39)

Los estudios en relación a las autolesiones en mujeres jóvenes han identificado que entre el 50% y el 62% tienen el antecedente de haber sufrido abuso sexual o físico en la infancia o adolescencia. Esta asociación alcanza sus cifras mayores cuando se combina un trastorno depresivo, aunque la severidad del trastorno *per se* no es suficiente para provocar la asociación con autolesiones. Otros factores identificados incluyen el abuso físico y los conflictos parentales y el consumo de alcohol y drogas. Esto se ha utilizado para explicar por qué algunas mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia llegan a autolesionarse y otras no. (1,46)

Comorbilidad

Varios son los trastornos psiquiátricos asociados a las autolesiones entre los adolescentes y la población psiquiátrica adultos. Del eje I: trastornos afectivos y conductuales, incluyendo trastorno depresivo, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad; los del eje II, son los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite. En este último se ha reportado que entre el 70% y 80% presentan conductas autolesivas que inician en la adolescencia, persisten por décadas y ocasionan gran disfunción personal y social. (44, 27, 38, 39, 40, 41, 42, 43)

En un estudio realizado en adolescentes cuyo motivo de asistencia a un centro psiquiátrico fue el haber tenido una autolesión, se identificaron los siguientes trastornos psiquiátricos en mujeres y hombres respectivamente: Trastorno depresivo en 73% vs 71%, abuso de alcohol en 38% vs 20%, abuso de otras sustancias psicoactivas en 4% y 15%, los trastornos de ansiedad, somatomorfos y adaptativos conjuntaron un 24% y 11%, trastornos de la alimentación 14% y 2%, esquizofrenia y otras psicosis no afectivas 5% y 3%.

Respecto a los trastornos de personalidad, estos se identificaron en 46% de los casos, el 17% cumplieron criterios para un trastorno de personalidad, 13% para dos y el 15% para tres o más. Los más comunes fueron el ansioso, anancástico y paranoide (20).

Las variaciones reportadas entre Trastorno depresivo mayor y autolesiones entre población adolescente están en rangos que van del 18% al 45%.(37,45)

Las autolesiones han sido descritas en el 60% de los pacientes con Síndrome de Tourette, con una variedad de prácticas que aumentan en severidad en forma similar a los síntomas obsesivos y conductas hostiles. Al estudiar la comorbilidad de este síndrome con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastornos afectivos y TDAH, se encontró que las conductas autolesivas se incrementaron cuatro veces

más sólo para la asociación con TOC.

En un estudio para determinar los factores predictivos de autolesiones entre pacientes con síndrome de Tourette, se encontró que para las autolesiones leves a moderadas (rasguños, mordidas, golpes o cualquier lesión que causara daño mínimo) fueron los síntomas obsesivo compulsivos, mientras que para las autolesiones severas (con daño extenso a piel o mucosas) fue la severidad de los tics. (12).

La asociación entre automutilación y tricotilomanía ha sido estudiada solamente en mujeres debido a la baja prevalencia de este trastorno en hombres. La tricotilomanía se clasifica como un trastorno del control de los impulsos y su comorbilidad con autolesiones ha sido reportada en menos de 27%. (47)

Pronóstico

Las consecuencias de las prácticas autolesivas van desde el daño físico inmediato, la discapacidad o el daño orgánico, las cicatrices y el daño cosmético a largo plazo. Por otra parte está la estadística de historia de autolesiones en 40-50% de los suicidios consumados (48). El efecto en la familia y los cuidadores ha sido también identificado. Este se refiere a mayores índices de psicopatología afectiva desarrollada posterior al contacto continuo con los pacientes que se autolesionan, la dinámica disfuncional reforzante puesto que el contexto familiar previo a las prácticas autolesivas es generalmente caótico y violento, con lo que esto se perpetúa y agrava el pronóstico tanto familiar como individual.

El efecto económico y de los servicios de salud es también importante: estos pacientes requieren internamientos frecuentes, con estancias prolongadas debido a la dificultad para obtener éxitos terapéuticos y a las particularidades de la comorbilidad con las autolesiones, ya que generalmente hay una actitud de rechazo y devaluación por las conductas autolesivas y un sentimiento de frustración familiar y médico ante los pobres resultados.

Esto implica mayores gastos para los servicios públicos, puesto que en nuestro país el sistema de seguridad social absorbe la mayor parte de la atención psiquiátrica. Los recursos humanos se tornan insuficientes para el abordaje integral que requieren estos pacientes así como las instalaciones y servicios de urgencias que continuamente se ven saturados por la necesidad de intervenciones en crisis. (49)

Planteamiento del problema

La conducta autolesiva ha ido en aumento dentro de la población adolescente en los últimos años (6,8, 26), sin embargo su reporte permanece aún muy por debajo de sus cifras reales, esto debido a que un porcentaje no mayor al 12% es el que llega a solicitar atención médica (27). Considerando que estas conductas pueden ser desde el reflejo de un periodo de crisis en la adolescencia, hasta parte de una psicopatología, es importante la detección temprana, clasificación y utilización de medidas terapéuticas apropiadas.

Los estudios de cohorte para valorar el impacto de las autolesiones sobre el riesgo de suicidio en un futuro han demostrado que las cifras se incrementan al paso de los años y especialmente para el grupo de individuos que se autolesionan en forma repetitiva (hasta el 4.7% después de 15 años), y es el grupo de mujeres aún más susceptible a este efecto. (50)

Las intervenciones tempranas son trascendentes desde la perspectiva que podrán limitar su repetición y posiblemente el desenlace a que las maniobras autolesivas repetitivas se han asociado: el suicidio. (34)

Es así que al enfrentarnos a una población tan heterogénea, la de los adolescentes con autolesiones, el abordaje exitoso es especialmente difícil. El valor de conocer la psicopatología asociada, sus motivaciones y las cualidades compulsivas estriba en que podrán permitirnos aplicar estrategias terapéuticas más exitosas en su manejo y control. La proyección posterior de estos estudios a poblaciones más grandes, con fines epidemiológicos podrán modificar la visión actual de las conductas autolesivas en la población adolescente, desde una conducta “indeseable y poco tomada en cuenta” hasta un elemento de detección y predictor clínico de severidad de la psicopatología.

Partiendo de los antecedentes conocidos sobre el comportamiento de las autolesiones en población adolescente, nos planteamos como hipótesis lo siguiente :

1. Las autolesiones tiene como principal comorbilidad, en el eje I al trastorno depresivo, y en el Eje II al trastorno límite de personalidad.
2. Las conductas impulsivas y compulsivas tienen una alta correlación con la práctica de autolesiones en estas poblaciones.

Objetivos de la Investigación

A través del estudio de adolescentes con antecedentes de autolesiones, nos proponemos

1. Evaluar el carácter compulsivo-impulsivo y las motivaciones de las autolesiones en adolescentes hospitalizados.
2. Describir la psicopatología coincidente con conductas autolesivas en adolescentes.
3. Describir los patrones de autolesión.

Material y Método

1) Descripción de la muestra

Tomando en cuenta la fórmula ideada por la Organización Mundial de la Salud $(N=Z^2 \cdot p \cdot q) / e^2$ para el cálculo de la muestra (67) en un estudio de diseño transversal de prevalencia calculada en 35% (29) y con un nivel de confiabilidad de 0.05; se seleccionará aleatoriamente un grupo 178 pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que estén internados en los servicios de Unidad de adolescentes mujeres, Unidad adolescentes varones y PAIDEIA.

Diseño

Estudio descriptivo y transversal.

Universo

Adolescentes entre 11 y 18 años, hospitalizados en un centro Psiquiátrico (H. Psiquiátrico Juan N. Navarro) por diversas psicopatologías y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión descritos en este protocolo.

Criterios de inclusión

1. Adolescentes (de 11-18 años) hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro.
2. Sexo masculino y femenino.
3. Tengan como antecedente al menos 1 conducta autolesiva en el último mes previo a su internamiento.
4. Acepten su inclusión en el estudio

Criterios de exclusión

1. La presencia de los siguientes diagnósticos psiquiátricos: trastornos generalizados del desarrollo,

todos los trastornos psicóticos, retraso mental o cualquier condición que no permita la comprensión de la entrevista y su expresividad verbal.

2. Las autolesiones que sólo hayan tenido intenciones suicidas concientes
3. Quienes hayan iniciado las conductas autolesivas luego de ingresar a la actual hospitalización
4. No acepten su inclusión en el estudio

Criterios de eliminación

1. Se nieguen a continuar su participación en el estudio

Definición de variables y unidades de medida

Variables dependientes

Autolesión: cualquier lesión en el tejido corporal considerada superficial o moderada, de carácter voluntario, sin una intención suicida conciente y que se da en ausencia de problemas del desarrollo o de síntomas psicóticos (4).

Se evaluará a través del cuestionario de autorreporte en sus características de: origen de la motivación, tipo de lesión, sitios de lesión, frecuencia en el último mes, tiempo de iniciada la práctica, si se realiza a solas o en compañía, motivaciones que la explican, existencia de maniobras para evitar autolesionarse, estado afectivo al evitar la autolesión, durante la práctica y después de realizarla.

Impulsividad: Puede ser definida como actuar un impulso, el impulso se define como la excitación mental o la súbita tendencia a actuar sin reflexión. (66). Se evaluará a través de la escala de impulsividad de Plutchik.

Compulsión: Fuerte y vivo deseo que debe ser satisfecho, en contra de la voluntad del sujeto ya sea mediante su ejecución directa o a través de su neutralización con la realización que sustituya el componente emocional e intelectual de ese deseo o necesidad imperiosa.(65)

Se evaluará a través de la Escala Yale-Brown para Trastornos Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes (CY-BOCS).

Diagnóstico Psiquiátrico: En base a los criterios del DSM-IV se evaluará con la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), para identificar el o los diagnósticos existentes en los sujetos de estudio durante su hospitalización.

Variables independientes

Edad y Sexo.

2) Instrumentos

a. Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

Desarrollada dentro de la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines como el K-SADS, ISC, DISC y el SCAN. Se diseñó para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales IV edición (DSM-IV). Es una entrevista semiestructurada para ser aplicada por clínicos entrenados en la misma. Está integrada por cuatro partes: 1) datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual; 2) que explora propositivamente síntoma por síntoma de las diferentes psicopatologías; 3) se interroga al padre sobre los antecedentes generales del paciente y la 4) donde se abordan los apartados del desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol, drogas y evaluación del funcionamiento psicosocial. En conjunto la ESA, consta de 21 apartados distribuidos en estas cuatro secciones, se compone de 243 preguntas. Tiene un tiempo de aplicación de 60-90 minutos, pero dependiendo de la familiarización del clínico con el instrumento y de la cooperación del adolescente y el padre. Para registrar la evaluación se cuenta con una hoja de respuestas que consigna el síntoma y su duración durante su evolución en los últimos seis meses como parte de las manifestaciones actuales; evalúa el síntoma a lo largo de la vida, si se ha presentado en diferentes episodios y cuánto duró en cada uno; permite consignarlo como rasgo del paciente o bien si existe duda en torno a la codificación, pese a una exploración completa, además se puede consignar si la exploración del síntoma ha sido incompleta. (64)

En la confiabilidad interevaluador, los coeficientes Kappa para las principales categorías diagnósticas fueron: trastorno depresivo mayor (TDM) 0.92, trastorno distímico (TD) 0.81, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 0.75, trastorno de conducta (TC) 0.97, y abuso de alcohol y drogas (AAD) 0.99. Los coeficientes de correlación Kappa para los resultados de confiabilidad temporal fueron: TDM 0.59, TD 0.40, TDAH 0.78, TC 0.85 y para ADD 0.65.

b. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown para Niños y Adolescentes (CY-BOCS)

Descripción

La CY-BOCS es una escala diseñada para evaluar la gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo-

compulsivo sin que influya el tipo o número de obsesiones y/o compulsiones del sujeto (68). Es sensible y selectiva a los cambios de severidad de la sintomatología, sin ser un instrumento diagnóstico. Consta de un total de 19 ítems; los 10 primeros son los que verdaderamente constituyen la escala, y los 9 restantes proporcionan información útil al clínico. Los 10 que constituyen la escala propiamente dicha se agrupan en dos subescalas: la subescala de obsesiones: ítems 1 al 5; la subescala de compulsiones: ítems 6 al 10. La calificación total puede obtenerse de forma independiente (una calificación para obsesiones y otra para compulsiones). Los 9 ítems restantes evalúan los siguientes aspectos: conciencia de enfermedad, evitación, indecisión, responsabilidad, enlentecimiento, duda patológica, gravedad global, mejoría global y fiabilidad de la información proporcionada por el paciente. Todos los ítems con la excepción de los 3 últimos se puntúan según una escala Likert de gravedad que oscila entre 0 (ninguna gravedad) a 4 (gravedad extrema). La escala tiene un sencillo manual de administración en el que figuran las preguntas que hay que realizar para poder valorar el ítem y los criterios operativos detallados para asignar las puntuaciones. También cuenta con un listado de síntomas previo, descriptivo, para identificar la naturaleza y el número de obsesiones y compulsiones, que después se valorará con la escala propiamente dicha. Es un instrumento heteroaplicado. Ha sido traducida y probada clinimétricamente en México.(62)

Para su corrección se debe considerar que proporciona una puntuación de gravedad total y puntuaciones en las dos subescalas. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en los ítems 1 a 10. Esta puntuación oscila entre 0 y 40. Las puntuaciones en las subescalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, esto es, obsesiones (1 a 5), y compulsiones (6 a 10). La puntuación en cada subescala oscila entre 0 y 20. Los puntos de corte propuestos para la puntuación total de la escala son: 0-7: subclínico. 8-15: leve. 16-23: moderado. 24-31: grave. 32-40:muy grave.

c. Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Descripción

La EI es una escala diseñada para evaluar conductas impulsivas. Consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a «hacer cosas sin pensar» o de forma impulsiva. Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas: capacidad para planificar (3 ítems), control de los estados emocionales (3 ítems), control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems), control de otras conductas (6 ítems). Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los reactivos 4, 6,

11 y 15 se puntúan en sentido inverso (0, casi siempre; 3, nunca). Es un instrumento autoaplicado y para su corrección e interpretación la puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 45. En la versión española, los autores proponen un punto de corte de 20. (60, 61)

d. Del Autorreporte de autolesiones

Este formato de autorreporte fue elaborado por el equipo de investigación expresamente para los objetivos del estudio, su diseño es el de una entrevista semiestructurada, donde el clínico pregunta al paciente acerca de sus prácticas autolesivas, de dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y el (los) sitios corporales utilizados, la frecuencia en el último mes, el tiempo de iniciada la conducta, si ésta se realiza en compañía o a solas, la razón (s) para hacerlo, prácticas alternantes para evitar la autolesión, el efecto sobre el estado de ánimo al intentar frenar la autolesión, las emociones durante la autolesión y después de ellas. El autorreporte consta de 11 ítems .

Este cuestionario se realizó en base a los requerimientos y a autorreportes previos utilizados por otros estudios(23,36). No existen antecedentes de su utilización en otras investigaciones y es la primera vez que será utilizado con el objetivo de conocer las características de autolesión en los pacientes adolescentes.

3) Procedimiento

Organización de la Investigación y Cronograma

Se iniciará con la selección de pacientes según los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos y durante la primera semana de estancia hospitalaria en los servicios de Unidad de Adolescentes Mujeres, Varones y PAIDEIA. Las entrevistas se realizarán dentro de la unidad de Hospitalización y se requerirá la presencia y autorización de los padres para la participación durante la aplicación de la Entrevista Semiestructurada para adolescentes.

Se les informará sobre el procedimiento de la investigación y se obtendrá la aceptación al estudio por escrito en un formato elaborado para este motivo (anexo).

Se aplicará el cuestionario de autorreporte, en presencia del médico residente a cargo de la investigación para resolver dudas de los sujetos de estudio.

Posteriormente se aplicará la Entrevista Semiestructurada para adolescentes (ESA, anexo) y en una

segunda sesión se realizará la Encuesta para obsesiones y compulsiones de Yale Brown así como la escala de impulsividad de Plutchik (anexo).

Los datos obtenidos de estos instrumentos se analizarán con el programa estadístico SPSS 10.

Se proyecta el periodo de mayo a noviembre del presente para la reclutación de pacientes y aplicación de los instrumentos de investigación.

El análisis y resultados deberán concluirse en diciembre del presente para entregar el trabajo de tesis terminado en febrero del 2006 para su revisión en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, UNAM.

Recursos humanos: Asesor Metodológico: Dra. Rosa Elena Ulloa, Jefa del Programa de Calidad en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, asesor teórico: Dr. Manuel Isaías López Gómez, Profesor del Curso de Especialización en Psiquiatría infantil y del adolescente, UNAM. Residente de Psiquiatría infantil y del Adolescente: Dra. Raquel González Burns.

Recursos materiales: Formatos de entrevistas y hojas para vaciado de datos (anexos), formato para aceptar la participación en la investigación, programa estadístico SPSS 10.

4) Análisis Estadístico

Se utilizará estadística descriptiva, se compararán las frecuencias y porcentajes por medio de χ^2 y los promedios por medio de *t de Student*. Se considerará significativo un valor de $p =$ igual o menor a 0.05.

Resultados

I. Características demográficas

Los resultados del análisis demográfico de la población de estudio (N=50) arrojó las siguientes características concentradas en la tabla 1.

Tabla 1. Factores demográficos

Característica	N(%)
Sexo Femenino	37(74%)
Sexo Masculino	13(26%)
Edad, en años	14.7 +/-1.74(11-17)
Escolaridad, en años	8+/-1.63(4-11)
Religión Católica	37(74%)
Familiar informante	
Madre	40(80%)
Padre	3(6%)
Tía(o)	3(6%)
Escolaridad Informante, en años	8.5+/-3.1(4-16)
Convivencia con el informante	42(84%)

II. Descripción clínica

El análisis clínico buscó identificar por qué se presentaron los pacientes a solicitar atención psiquiátrica de urgencias y el diagnóstico al que se llegó luego de la aplicación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Se observa la proporción de causas que motivaron la consulta en la tabla 2. Los diagnósticos por su frecuencia se concentran en la tabla 3.

Tabla 2. Motivo de consulta

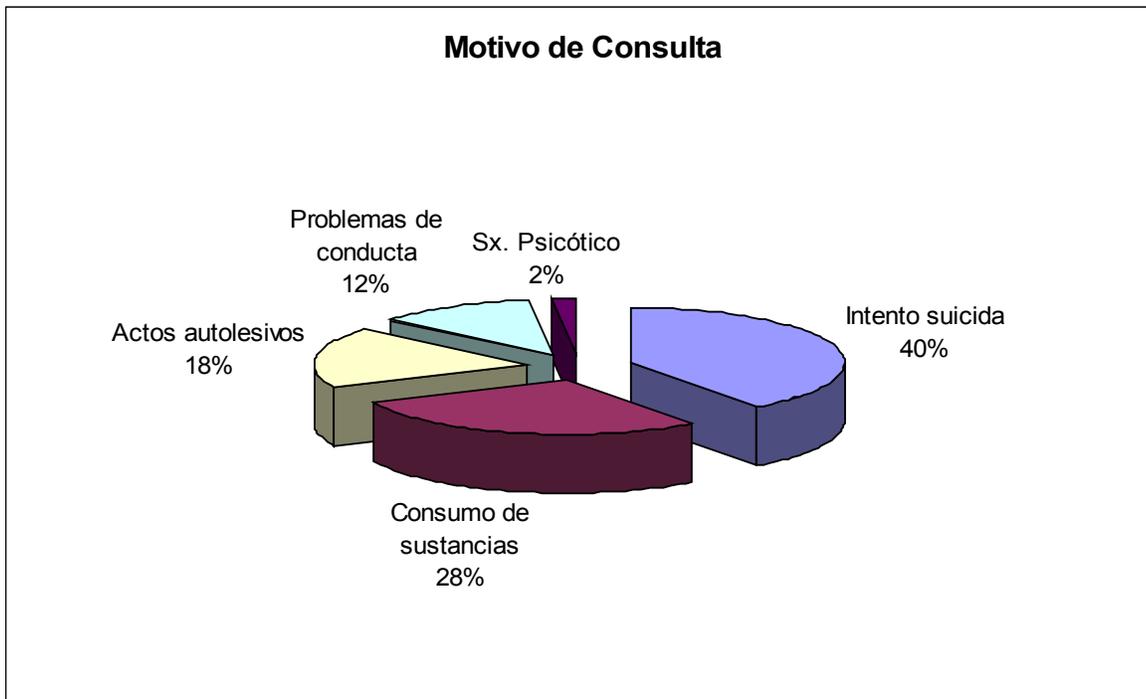
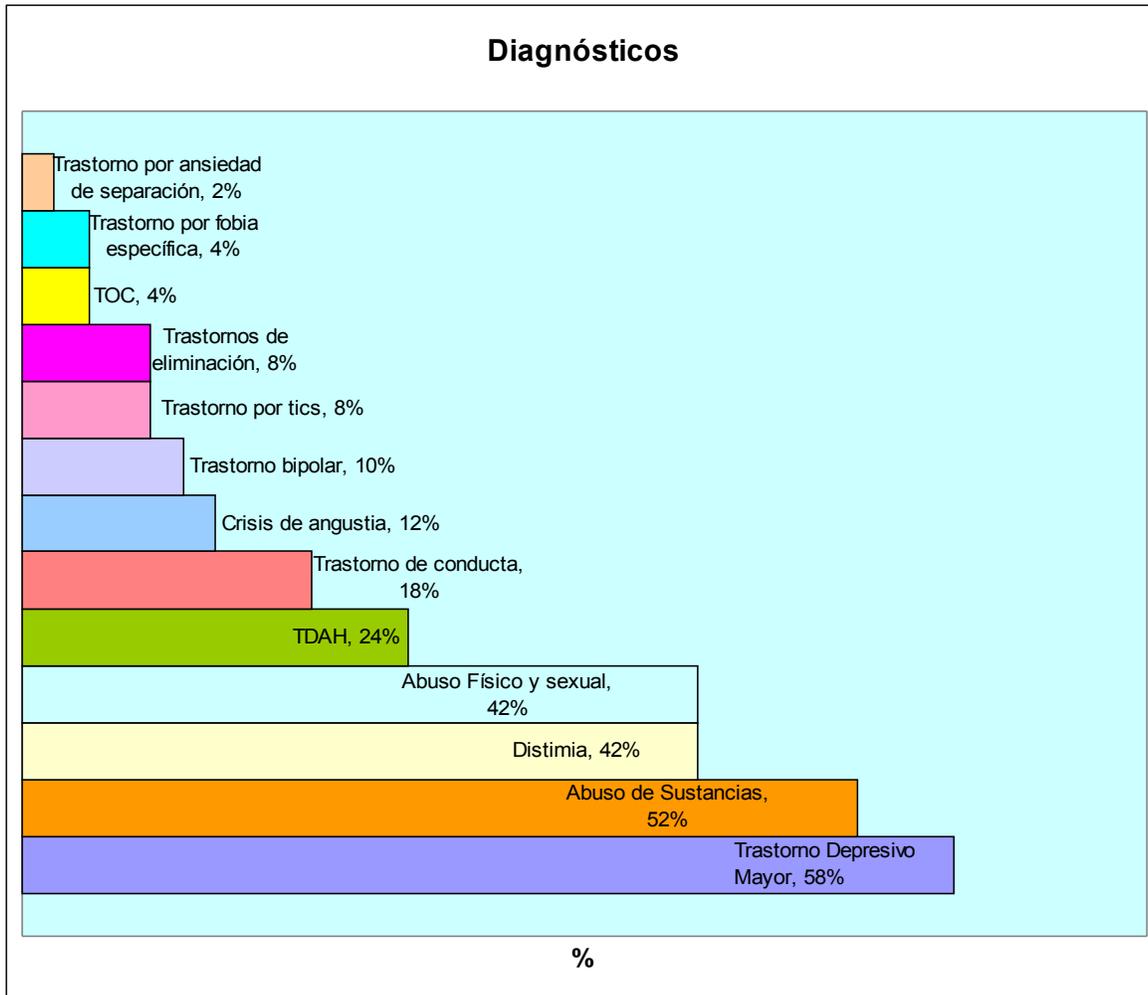


Tabla 3. Diagnósticos



Tiempo de motivo de consulta y Comorbilidad

Los pacientes presentaron los síntomas que motivaron su consulta durante 1-50 semanas, correspondiendo a 12 semanas el promedio. En el caso de los pacientes con actos autolesivos, el tiempo transcurrido entre el inicio de esta conducta y la búsqueda de atención psiquiátrica fue de 16 semanas +/-9.11(4-30 semanas).

El número de diagnósticos comórbidos en la muestra fue de 2.6+/-0.91(1-5).

III. Antecedentes

En este capítulo, se excluyó un caso por datos insuficientes en su historia del desarrollo hasta nivel preescolar, por lo que se evaluaron 49 casos. Los antecedentes obstétricos y la funcionalidad en la infancia se concentran en la tabla 4.

Tabla 4. Antecedentes Obstétricos y funcionalidad en la infancia

Antecedente	Frecuencia
Complicaciones del embarazo	
Hiperémesis gravídica	10(20%)
Sangrado, amenaza aborto, parto pretérmino	5(10%)
Infecciones	7(14%)
Preeclampsia	5(10%)
Complicaciones del nacimiento	
Presentación Pélvica	5(10%)
Circular de cordón	4(8%)
Placenta previa	1(2%)
Transfusión	1(2%)
Fórceps	3(6%)
Complicaciones postnatales	14(28%)
Funcionamiento en la etapa preescolar	
Aislado	14(28%)
Agresivo	6(12%)
Problemas de aprovechamiento	3(6%)
Funcionamiento en la etapa escolar	
Aislado	24(48%)
Agresivo	22(44%)

IV. Características de la conducta autolesiva

A través autorreporte diseñado en base a otros modelos utilizados en estudios similares (37) y considerando nuevas variables para completar un perfil sobre la conducta autolesiva, se obtuvo el siguiente perfil mostrado en la tabla 5.

Tabla 5. Autorreporte

Característica	Frecuencia	Razón para lesionarte	Frecuencia
La idea provino de		"Quería morir"	11(22%)
Sí mismos	29(58%)	"Demostrar desesperación"	18(36%)
Amigos	14(28%)	"Castigarme"	17(34%)
Familiares	3(6%)	"Asustar a alguien"	13(26%)
T.V./cine	4(8%)	"Quería atención"	7(14%)
Forma de lesión		"Que alguien volviera"	4(8%)
Pérdida de continuidad	44(88%)	"Desahogarme"	36(72%)
Contundentes	16(32%)	"Saber si me amaban"	8(16%)
Quemaduras	11(22%)	"Ser parte del grupo"	10(20%)

Otras	7(14%)
Sitios corporales	
Extremidades superiores	45(90%)
Extremidades inferiores	10(20%)
Cara	10(20%)
Cabeza	12(24%)
Otros	2(4%)
Frecuencia en el último mes	
1-3 veces	28(56%)
4 o más	22(44%)
Inicio de las autolesiones	
En el último mes	11(22%)
En el último año	26(52%)
Mas de dos años	13(26%)
Al lesionarse prefieren estar	
Sin preferencia	16(32%)
Solo	26(52%)
Acompañado	7(14%)

Evitas lesionarte o pensar en ello	
Sí	26(52%)
No	24(48%)
Al evitar lesionarse se sienten	
Igual	17(34%)
Más desesperado	29(58%)
Más tranquilo	4(8%)
Animo mientras te lesionas	
Triste	6(12%)
Avergonzado	11(22%)
Culpable	11(22%)
Frustrado	5(10%)
Enojado	9(18%)
Alegre	1(2%)
Aliviado	7(14%)
Animo al terminar la autolesión	
Igual	5(10%)
Peor	18(36%)
Mejor	27(54%)

V. Escalas

La calificación promedio de la escala de Yale-Brown fue de 12.06 (+/- 5.29), la calificación promedio de la escala de impulsividad de Plutchik fue de 22.52 (+/-5.2).

No se encontró correlación entre el total de estas escalas.

VI. Diferencias encontradas por sexos

Diferencias demográficas-clínicas

Respecto a la actividad laboral en el tutor informante, se obtuvo para los pacientes adolescentes varones (N=13) una proporción de 92.3% y para mujeres (N=37) de 54.1%, con PEF, $p=0.018$.

El motivo de consulta mostró diferencias significativas en el apartado de Consumo de sustancias, que en hombres tuvo una proporción del 61.5% y en mujeres del 16.2%, con análisis estadístico de $\chi^2(9.9)_{gl4}$, $p=0.04$.

En cuanto a los diagnósticos clínicos, fueron dos categorías que tuvieron diferencias significativas: el Trastorno de conducta disocial, con una proporción en varones de 38.5% vs 10.8% en mujeres, PEF $p=0.04$. El Trastorno por tics, que en varones fue de 23.1% y en mujeres del 2.7%, PEF $p=0.04$.

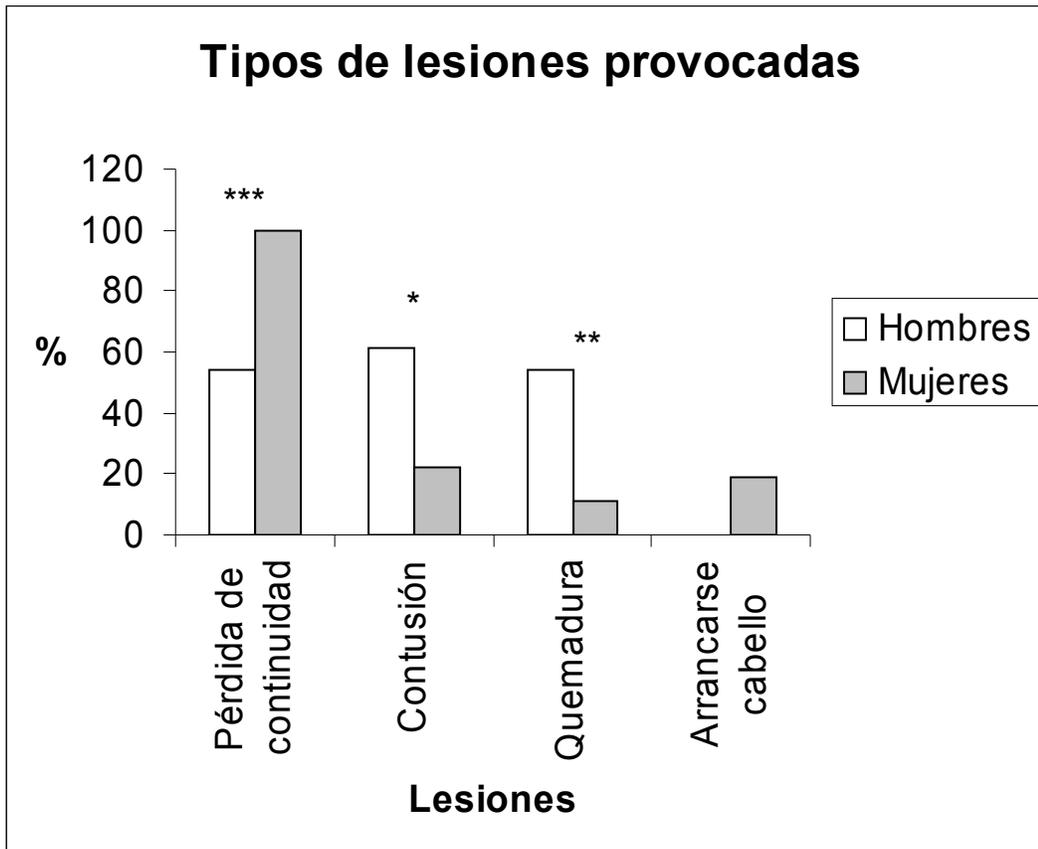
Autorreporte

Respecto al autorreporte, se encontraron diferencias significativas en dos apartados, respecto a la idea para lesionarse, que provino de los amigos en una proporción de 7.7% en varones vs 35.1% en mujeres, con una prueba estadística de $\chi^2(8.2)_{gl4}$, $p=0.08$.

En cuanto a la razón para lesionarse, se expresó el deseo de morir en 29.7% de las mujeres vs ningún caso en varones, PEF $p=0.046$.

Otras diferencias se observaron en los tipos de lesiones (Tabla 6) y respecto a la preferencia de sitios autolesionados en referencia al sexo (Tabla 7).

Tabla 6. Tipo de autolesión



*** p=.000

** p=.003

* p=.012

Tabla 7. Sitios corporales afectados.

Sitios corporales afectados	Hombre N=13	Mujer N=37	p
Extremidades superiores	61.50%	100%	0.001
Extremidades inferiores	46.20%	10.80%	0.012

DISCUSION

Los datos del informante en promedio identificaron a la madre como la principal fuente, tenían estudios en promedio similar a los casos analizados y en su mayoría convivían con el paciente. Esto podría permitirnos inferir que se trató de una fuente confiable de información, por las características de datos buscados en el estudio. No existen reportes previos sobre el perfil del informante.

Los resultados arrojados en el presente estudio identificaron a las adolescentes mujeres como el grupo de mayor prevalencia de conductas autolesivas. Esto coincide con los datos analizados en estudios previos y de países caucásicos (2), para analizar los posibles mecanismos involucrados, se analizará el perfil de la conducta entre ambos sexos.

El promedio de los pacientes analizados tuvieron 15 años, eran de religión católica y tenían estudios de 1° de secundaria.

El acto autolesivo fue la tercera causa en frecuencia que motivó la atención psiquiátrica, pese a que en todos los casos estaba presente. Sólo el intento suicida y el consumo de sustancias fueron los motivos que sobresalieron a la conducta autolesiva. Los reportes de estudios similares han identificado tasas más altas de conductas suicidas en esta clase de pacientes con rangos del 64% al 71% (37), esto puede explicarse a que en esta investigación se consideró al intento suicida y no a la ideación suicida exclusivamente como motivo de consulta. Aún así, los altos índices de conducta suicida y síntomas depresivos subyacentes en la conducta autolesiva han llevado a elaborar la teoría de que la autolesión es un mecanismo para evitar la ideación suicida o su intento (modelo antisuicida)(18,51).

Los diagnósticos identificados a través de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) fueron 13 de las 15 categorías que lo abarcan. El trastorno depresivo mayor y el abuso de sustancias se encontraron presentes en más de la mitad de los casos, distimia y abuso sexual fueron los siguientes en frecuencia. Los índices de depresión son mayores respecto a otros reportes (37).

Estudios previos han coincidido en identificar a los trastornos de la conducta alimentaria, el abuso de drogas y alcohol y el abuso físico y sexual como las entidades con diferencias significativas para el sexo femenino, nuestro estudio evaluó el abuso de sustancias y el abuso físico y sexual, aunque sin encontrar ninguna diferencia por sexos El hecho de no haber utilizado un instrumento que evaluara trastornos de la conducta alimentaria representa una desventaja del estudio.

Los resultados referentes al tiempo transcurrido para solicitar atención psiquiátrica, nos permiten inferir que los actos autolesivos acompañados por el consumo de sustancias y los problemas de conducta (16 semanas en promedio), en comparación con los actos suicidas (5 semanas en promedio), pueden ser más difíciles de detectar por los tutores o bien, no representar un motivo tan urgente en el grueso de la

población psiquiátrica adolescente y sus padres.

Antecedentes de desarrollo y funcionalidad

En general el promedio de los individuos reportó un desarrollo en límites normales. Las áreas donde se identificaron dificultades fueron el control de esfínteres, por su amplio rango (14-144 meses) y la regularización del ciclo de sueño nocturno que en promedio se obtuvo casi al año y medio. Esto podría orientarnos a que son pacientes que pudieran tener un problema de base neurológica que les ha dificultado lograr regularizar estos ciclos a una edad adecuada.

Estudios donde se ha investigado la relación de los trastornos del sueño en el funcionamiento neurofisiológicos y el funcionamiento psicosocial, han identificado que la alteración en la regularización del ciclo vigilia-sueño por obstrucción de vías aéreas se han asociado con déficit de atención e inteligencia, en tanto que los trastornos primarios del sueño se han asociado a déficit en memoria y alteraciones conductuales, a través de la desorganización de la arquitectura normal del sueño en etapas críticas del neurodesarrollo (70).

Problemas en la funcionalidad se reportaron desde la etapa preescolar con exacerbación al ingresar a nivel escolar, ya que casi la mitad tenía problemas por ser aislado o agresivo.

Los registros sobre alteraciones conductuales asociados a problemas en el desarrollo han sido ya ampliamente investigados, tales como el continuo en la disfunción cortical, expresado en los trastornos del lenguaje, motores, del aprendizaje y de las funciones ejecutivas y de organización, el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la disfunción reguladora –comprendida por trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastorno del control de los impulsos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de tics. Esto por la posibilidad de hasta el 50% de que un paciente que presenta uno de estos diagnósticos tenga otro comórbido (69). Este dato podría ser un punto de búsqueda a fin de prevenir el desarrollo de conductas autolesivas en la adolescencia. Aunque para establecer una relación serán necesarios incluir a poblaciones control en nuevas investigaciones.

Características de las autolesiones

Han sido pocos los estudios que han abordado el perfil de la conducta autolesiva en los pacientes adolescentes, pero hemos encontrado algunos datos que difieren respecto a estas poblaciones (todas caucásicas). La idea de autolesionarse, fue personal en su mayor parte aunque en proporción menor respecto a estos otros estudios, donde se dieron índices de hasta el 76%, por otra parte, se encontró que

los amigos son la segunda fuente en importancia para aprender la conducta, a diferencia de otros estudios, donde el porcentaje es del 10% (37).

La forma de autolesionarse más común fueron los mecanismos que produjeron pérdida de la continuidad cutánea, como son el cortarse, rasguñarse, morderse las uñas hasta sangrarse. Otros estudios han coincidido en estos resultados (37), aunque los índices encontrados en nuestra población fueron mayores (88% vs 70%). Las lesiones contundentes y quemaduras mostraron porcentajes similares (37). El arrancarse el pelo fue una forma poco practicada en nuestra población respecto a otras muestras (14% vs 66%) (37).

Los sitios preferidos para autolesionarse fueron en promedio las extremidades superiores y la cabeza, esto reproduce parcialmente otras investigaciones (29,37), aunque existen diferencias de género y por reportar mayores prácticas de lesión en abdomen que en nuestra población.

Poco más de la mitad de los pacientes se había lesionado 1 a 3 veces en el último mes. Considerando que se trata de pacientes hospitalizadas es de llamar la atención, ya que otros estudios se han detectado a través de información del paciente, promedios de 6 lesiones en el último mes, aunque estos datos corresponden al momento en que aún no se decidía la hospitalización del adolescente. Esta variación podría considerarse parte de un sesgo, ya que las circunstancias en que se obtiene la información pueden determinar gran parte de su confiabilidad, ya que durante la hospitalización, los pacientes tratan de ofrecer una mejor impresión en el personal médico para lograr un egreso pronto, con lo que los datos del autorreporte podrían minimizarse. (28, 38).

Respecto al tiempo en que habían iniciado esta conducta, la mayor parte de los casos (74%) lo había hecho en el último año, un cuarto de los pacientes llevaba más de dos años haciéndolo. Este dato es importante, porque la identificación de la edad en que surgen estas conductas han dado la pauta para elaborar hipótesis sobre sus causas, por un lado los factores psicosociales que conlleva esta etapa crítica del desarrollo: identificación de rol, solidaridad de grupo, independencia, retos académicos, etc.

Por otra parte, la teoría serotoninérgica es la que ha sido más asociada a la conducta autolesiva por la gran comorbilidad de cuadros afectivos que la implican (16, 23), esto lo pudimos observar en las altas frecuencias que para trastornos afectivos identificamos en nuestra población de estudio, con porcentajes del 58% y 25% respectivamente para Trastorno depresivo mayor y Distimia.

Sin embargo, queda aún sin responder *¿por qué la adolescencia es el punto de arranque para esta conducta?*

Los estudios prospectivos han mostrado aumento en el volumen de sustancia blanca en forma lineal entre los 4 y 20 años, periodo caracterizado por mielinización y crecimiento axonal. Por otra parte, los cambios en la sustancia gris alcanzan un volumen máximo a los 12 años en el lóbulo frontal y a los 16

años en los lóbulos temporales, esto es seguido por un proceso de maduración que inicialmente involucra crecimiento celular, arborización, sinaptogénesis y proliferación celular, seguido por una poda que elimina el 40% de las sinapsis corticales alcanzadas y que aún continuará en la ancianidad (71). La teoría de la poda neurológica es una cuestión que podría analizarse en una nueva investigación, ya que este proceso coincide con una etapa crítica de expresión de psicopatología, como la que en este estudio abordamos.

Al organizar los resultados obtenidos se tomará en cuenta que el proceso normal de maduración cerebral y los procesos del desarrollo van unidos a la reorganización plástica cerebral y a las demandas experimentadas, esto contribuirá con la adquisición de mejores capacidades para la autorregulación y el control de impulsos durante la adolescencia (72).

Esto no es una relación causal, pero aclara el panorama al que nos enfrentamos al tratar estos pacientes adolescentes, y sobre todo, abre posibilidades de estudio.

Respecto al resto del perfil estudiado, la población analizada prefirió lesionarse cuando estaban a solas sólo en la mitad de los casos, un porcentaje mucho menor que los encontrados en otros estudios (95%). Aunque llama la atención que una gran parte de ellos no se preocupa del carácter secreto su conducta, pues les da igual estar solos o acompañados o aún prefieren estar acompañados. También otros estudios han tenido resultados con menos del 20% de los casos que guardan la conducta como un secreto. Esto se puede interpretar como que son adolescentes que de alguna manera pueden ser detectados si se les cuestiona directamente, pues la mayoría de ellos no lo reservará como un secreto, por lo tanto, podrá ofrecérseles apoyo si se detecta.

Las razones para la autolesión, este punto representa una cuestión difícil de analizar, pues en muchos pacientes se expresaron hasta cuatro razones, la más frecuente fue el de desahogarse y esto coincide con otros estudios en que se han expresado razones similares como “estar al tope de síntomas depresivos, ansiedad y miedo”. Aún cuando se les aclaró que en la investigación se hablaba de conductas autolesivas sin intención suicida, poco menos de un cuarto de pacientes aún expresaron el desear morir como una razón de su conducta autolesiva, aunque la mayor parte de los pacientes tenía claro que sus lesiones no les provocaría la muerte. Esta fantasía de muerte a través de la autolesión podría ser un indicador de esta asociación alta de la conducta autolesiva a conducta suicida que ha sido reportada en otros estudios (48,55), aunque en este caso no fue motivo de análisis.

El evitar autolesionarse o pensar en ellos fue mucho menos realizado entre la población estudiada (52%) que en otras investigaciones, donde hasta el 86% de los casos utiliza alguna maniobra para distraerse de la conducta (32, 37). Esto podría estar asociado a las razones que motivan la conducta y a la emoción experimentada si se evita realizarlo: *mayor desesperación*.

A diferencia de estudios previos, en este se analizaron los afectos experimentados por los adolescentes durante cada fase de autolesión, esto es, antes, durante y al final. Casi la mitad de los pacientes experimentaron vergüenza y culpabilidad, la frustración fue mucho menos expresada respecto a otros estudios (37). Esto también podría tomarse con reservas por que el reporte puede verse afectado por la situación de hospitalización que tenían los adolescentes. Las teorías psicodinámica (regulación del afecto) y cognitiva (soluciones dicotómicas ante situaciones inmanejables) son las únicas que han intentado explicar este efecto en los pacientes, sin embargo, los estudios hasta ahora sólo han sido realizados en adultos (18,19).

Dos han sido las características que han fortalecido el “carácter adictivo de las autolesiones” y una de ellas es el mejoramiento del ánimo tras la autolesión (4, 27, 37). Sin embargo, el carácter compulsivo también puede ser reforzado por este efecto logrado tras la autolesión. Podemos pensar que esta parte de la población que experimenta mejoría tras la conducta autolesiva, será la más difícil de abordar y puede ser útil en la clasificación de la población psiquiátrica con autolesiones con el fin de elaborar programas que distingan este carácter.

Diferencias de género

Las diferencias en el tema demográfico: fueron más las madres de los varones adolescentes quienes estaban fuera del hogar por motivos laborales con respecto a las mujeres, este dato en forma aislada es insuficiente pero podría orientarnos a analizar una situación de disfunción familiar y otros factores psicosociales que impactan negativamente en la crianza.

Por otra parte, el motivo de consulta (y de internamiento) por abuso de sustancias predominó en varones en niveles significativos, estos resultados son muy diferentes a otros reportes de poblaciones con prácticas autolesivas, donde el consumo de sustancias es más prevalente en mujeres, esto pudiera deberse a que en México el comportamiento en consumo de sustancias no se equipara a estas poblaciones, además están las características del Hospital Psiquiátrico, donde la demanda de hospitalización para adolescentes mujeres sobrepasa a la de varones, por lo que muchas veces se tiene que manejar ambulatoriamente a las adolescentes que consumen sustancias, dándose prioridad a cuadros con intentos suicidas. La diferencia significativa en cuanto a las categorías diagnósticas fueron para T. Disocial y Tics, ambos más prevalentes en varones. Este fue un hallazgo, pues en estudios previos se han identificado a los trastornos de personalidad límite y ansioso, como los más asociados a la conducta autolesiva (20). Por otra parte, los trastornos ansiosos fueron poco prevalentes.

Los reportes en otras poblaciones han tenido resultados diferentes, con predominio de Trastorno límite

de personalidad, de la conducta alimentaria y de abuso sexual con mayor predominio en mujeres. En este estudio sólo se pudo evaluar el abuso sexual, para el cual no hubo diferencia entre los géneros, en tanto que no se evaluaron las categorías de Trastorno límite de personalidad ni de la conducta alimentaria, por los instrumentos utilizados.

Las diferencias significativas en la conducta autolesivas fue en el caso de las mujeres, preferir usar mecanismos de pérdida de la continuidad –cortes, rasguños, morderse las uñas hasta sangrar y morderse- en tanto que los varones prefieren mecanismos contundentes –golpearse con los puños o contra la pared u otros objetos-, y las quemaduras. Por otra parte, todas las mujeres utilizan las extremidades superiores como blanco de sus lesiones, en tanto que los varones prefieren tanto las extremidades superiores como inferiores aunque con mayoría en las primeras. Otra diferencia significativa fue que las mujeres expresaban “quererse morir” como una motivación de sus lesiones, en tanto que ningún varón adolescente la consideró.

El resto de las diferencias genéricas nos permiten aún sin resultados significativos sintetizar el comportamiento de autolesiones en las mujeres de la siguiente forma: Son adolescentes que reconocen haber tenido la idea de lesionarse a partir de sí mismas pero también con una proporción importante por reconocer a los amigos como fuente de esta idea, que han iniciado con esta conducta en el último año, que prefieren lesionarse las extremidades superiores y con objetos cortantes y con una frecuencia de 1-3 veces en el último mes, prefiriendo estar a solas cuando lo hacen, sus razones principales expresadas para lesionarse son el deseo de desahogo y mostrar su desesperación, seguidas por desear morir y castigarse en igual proporción. La mayoría evitan lesionarse o pensar en ello, si lo evitan se sienten más desesperadas y durante el acto se sienten avergonzadas y culpables, y al terminar de lesionarse su ánimo casi con la misma proporción puede mejorar o empeorar.

En tanto que los adolescentes varones se reconocen más frecuentemente a sí mismos como la fuente de la idea de lesionarse, que iniciaron esta conducta casi en la misma proporción entre el último y penúltimo año al momento de acudir a urgencias, la mayor parte de la población de varones llevaba más tiempo lesionándose al momento de solicitar atención que las mujeres, prefieren lesionarse las extremidades superiores pero también lo hacen en forma importante en las inferiores, cara y cabeza a través de mecanismos contundentes seguido estrechamente por mecanismos de pérdida de la continuidad y quemaduras en idéntica proporción, con frecuencias que oscilan entre 1 y 3 veces en el último mes. Los varones en su mayoría no le da importancia a estar a solas o acompañados durante sus autolesiones, en tanto que sus razones principales son el de desahogarse y castigarse; la mayoría no evita lesionarse o pensar en ello y si lo hacen su desesperación es mayor, durante sus autolesiones se sienten culpables y enojados, y al termina de lesionarse su ánimo mejora.

Escalas

Uno de los objetivos del estudio fue analizar si predominaba el carácter impulsivo vs compulsivo, ya que la sensación de urgencia por realizar la autolesión, el incremento de la tensión cuando los intentos individuales evitan la conducta y el alivio posterior a la lesión se ha identificado en ambas conductas.

Los resultados mostraron marcada impulsividad en los pacientes analizados, expresado no sólo en la conducta autolesiva sino en varios aspectos de su vida diaria. El grado de compulsividad fue bajo.

Un siguiente nivel de investigación podría utilizar inhibidores de la recaptura de serotonina en ambos grupos y evaluar el grupo con mayor efecto terapéutico.

El punto es que la complejidad del cuadro dificulta su abordaje, pues se trata de un grupo heterogéneo desde el punto de vista clínico, sería necesario plantear un estudio con estricto control diagnóstico para identificar grupos en los que se pueda analizar la correlación de la conducta impulsiva vs compulsiva.

CONCLUSION

En síntesis, los objetivos alcanzados en este estudio fueron que identificamos una población adolescente mayoritariamente femenina, de alrededor de los 15 años, con estudios de 1o secundaria y en quienes su psicopatología se integró por cuadros depresivos, abuso de sustancias, distimia y abuso físico y sexual. Se pudieron identificar los perfiles de la conducta autolesiva y sus diferencias por género. Respecto al elemento más involucrado en la realización de las conductas, fue la impulsividad el que dominó.

Esperamos utilizar estos resultados en la formulación de nuevos proyectos de investigación a fin de probar estrategias terapéuticas según el tipo de conducta y su comorbilidad.

Las autolesiones son un fenómeno complejo, su prevalencia está incrementándose, particularmente entre mujeres adolescentes y adultos jóvenes. El manejo de los individuos que se autolesionen requiere que se comprenda la dinámica relacionada y la habilidad para ganarse la confianza del paciente. Los clínicos debemos entender la complejidad y propósitos de la conducta autolesiva lo mejor posible para proveer a nuestros paciente el soporte, promoción de desarrollo y experiencias terapéuticas. La psicoeducación puede ser una herramienta para reforzar el efecto de la alianza terapéutica.

Bibliografía

1. Favazza AR; Conterio, K: Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989, 79.
 2. Clarke, L: Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *J Clin Nurs*. 1998, 7(2).
 3. Favazza AR; DeRosear L, Conterio K: Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 1989, 19.
 4. Favazza AR; Rosenthal RJ: Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*. 1993, 44.
 5. Favazza, AR; Simeon, D: Self-mutilation: Impulsivity and Agresión .Hollander, E; Stein, DJ, eds. New York:Wiley, 1995.
 6. McElroy, SA: Validation of the structured interview for the disorders of extreme stress. *Compr Psychiatry*. 1995, 38.
 7. Lacey JH; Evans, C: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict*. 1986, 81.
 8. Winchel, RM; Stanley, M: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991, 148.
 9. Herpertz, SH: Impulsivitat und Impulskontrolle: zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptionalisierung. *Nervenarzt*. 1997, 68.
 10. Hollander, W:The plight of chronic self-mutilators. *Community Ment Health J*. 1998, 24.
 11. Kaye, WA: The relationship between dissociative symptoms alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self mutilation. *Compr Psychiatry*. 1991, 37.
 12. Mathews, C; Waller, J: Self injurious behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. *J Neurol, Neuros & Psy*. 2004, 75(8).
 13. Rasmussen, RA; Eisen, K: Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord*. 1994, 81.
 14. Favaro, A; Santonastaso, P: Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa: Prevalence and Psychological Correlates. *The Jour of Nerv & Men Dis*. 1998, 186(3).
 15. Suyemoto, KL: The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998, 18.
 16. Jones, IF; Daniels, B: An Ethological Approach to Self-Injury. *The Brit Jour of Psy*. 1996, 169(3).
 17. Simpson, MA: Self-mutilation and suicide. In *Suicidology: Contemporary Developments* 1976.
 18. Kemperman, SR: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*. 2002, 325(7374).
 19. Briere, J; Gil, E: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998, 68.
 20. Haw C; Hawton, K; Houston, K; Townsend, E: Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*. 2001, 178.
 21. Horrocks, J: Self-poisoning and self-injury in adults. *Clin Med*. 2002, 2(6).
 22. Gardner, EG ; Nock, MK: Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *J of Abnor Psychology*. 2005, 114(1).
 23. Winchel, RM; Stanley, M: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991, 148.
 24. Sandman, TA; Nock, MK: A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *J of Consul & Clin Psychology*. 2004, 72(5).
 25. Villalba, R; Harrington, CJ: Repetitive self-injurious behavior: a neuropsychiatric perspective and review of pharmacologic treatments. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2000, 5.
 26. Sotres, RS ; Bayón, G ; Symons, FJ: The early development of stereotypy and self-injury: a review of research methods. *J of Intellectual Disability Res*. 2005.49(2).
 27. DiClemente, RJ; Ponton, LE; Hartley, D: Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991, 30.
 28. Pattison, EM; Kahan, J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983, 140.
 29. Gratz, KL: Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopat and Behav Asses*. 2001, 23.
 30. Klonsky, E; David, MA; Oltmanns, TF: Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *The Am Jour of Psychiatry*. 2003, 160(8).
-
31. Stanley, B; Gameroff, MJ; Michalsen, V; Mann, JJ: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?

- Am J Psychiatry. 2001, 158.
32. Nijman, HL; Dautzenberg, M; Merckelbach, HL; Jung, P: Self-mutilating behavior in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*. 1999, 14.
 33. Ogunidipe, LO: Suicide attempts vs deliberate self-harm (letter). *Br J Psychiatry*. 1999; 175.
 34. Webb, L: Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *Jour of Advanced Nurs*. 2002, 38(3).
 35. Frost, P; Anne, BA : Deliberate self-harm cases: a primary care perspective. *Nursing Stand*. 2004, 18.
 36. Rodham, K; Hawton, KD; Evans, E: Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Jour Am Acad of Child & Adolesc Psychiatry*. 2004, 43(1).
 37. Nixon, MK; Cloutier, P: Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Jour Am Acad of Child & Adolesc Psychiatry*. 2002, 41(11).
 38. Garrison, FA; Boyce, P: The problem of deliberate self-harm. *Current Opin in Psychiatry*. 2001, 14.
 39. Guertin, T: Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. *Jour Am Acad of Child & Adolesc Psychiatry*. 2001, 40(9).
 40. Karwautz, A; Resch, F; Wober-Bingol, C; Schuc, B: Self-mutilation in adolescence as addictive behaviour. *Wien Klin Wochenschr*. 1996, 108.
 41. Walsh, RS; Conner, K: Injury Hospitalization and Risks for Subsequent Self-Injury and Suicide: A National Study From New Zealand. *Am J of Pub Health*. 2003, 83.
 42. Van der Kolk, BA; Perry, JC; Herman, JL: Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*. 1991; 148.
 43. Simeon, D; Stanley, B; Frances, A; Mann, JJ; Winchel, R: Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry*. 1992; 149.
 44. Taiminen, TJ; Kallio-Soukainen, K; Nokso-Koivisto, H: Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1985, 37.
 45. Clarkin, JS ; Cooper, J : Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *Am J of Psychiatry*. 2005, 162.
 46. Gladstone, GL: Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *The Am Jour of Psychiatry*. 2004, 161(8).
 47. Boughn, S; Holdom, JJ: The Relationship of Violence and Trichotillomania. *Jour of Nurs Scholarship*. 2003, 35(2).
 48. Hawton, K: Psychosocial and pharmacological treatments for DSH. 2004.
 49. Poustie, A: Deliberate self-harm cases: a primary care perspective. *Nurs Standard*. 2004, 18(48).
 50. Zahl, DL; Hawton, K: Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The Brit Jour of Psychiatry*. 2004, 185.
 51. Severino, A; Baca-Garcia, E; Diaz-Sastre, C; Saiz, RJ: Familiar history of suicidal behavior. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003, 31(3).
 52. Pooley, EC; Houston, K; Hawton, K; Harrison, PJ: Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychol Med*. 2003, 33(5).
 53. Evans, J; Reeves, B; Platt, H; Leibenau, A; Goldman, D; Jefferson, K; Nutt, D: Impulsiveness, serotonin genes and repetition of deliberate self-harm (DSH). *Psychol Med*. 2000, 30(6).
 54. Evans, J; Battersby, S; Ogilvie, AD; Smith, CA; Harmar, AJ; Nutt, DJ; Goodwin, GM: Association of short alleles of a VNTR of the serotonin transporter gene with anxiety symptoms in patients presenting after deliberate self harm. *Neuropharm*. 1997, 36(4).
 55. Hawton, K; Haw, C; Houston, K; Townsend, E: Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2002, 106(5).
 56. White, CN; Gunderson, JG; Zanarini, MC; Hudson, JI: Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003, 11(1).
 57. Johnson, BA; Brent, DA; Connolly, J; Bridge, J; Matta, J; Constantine, D; Rather, C: Familial aggregation of adolescent personality disorders. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995, 34(6).
-
58. Silverman, JM; Pinkham, L; Horvath, TB; Coccaro, EF; Klar, H: Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1991, 148(10).
 59. Bobes, JG: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, *Ars Medica*. 2.ª Edición, 2002
 60. Plutchik, H M; Van, P: The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr*. 1989; 13 (Suppl).

61. Rubio, G; Montero, I; Jáuregui, J; Martínez, ML; Álvarez, S; Marín, JJ: Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr). 1998; 61.
62. Goodman, WK; Price, LC; Rasmussen, SA; Mazure, C; Fleischmann, RL: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989, 46.
63. Nicolini, H; Herrera, K; Páez, F; Sánchez de Carmona, M; Orozco, B; Lodeiro, G; De la Fuente, JR: Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Salud Mental. 1996, 5 (Supl 19).
64. De la Peña, F; Patiño, M; Mendizábal, A: La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), descripción del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. Salud Mental. 1998, 21.
65. Yaryura, TJ. Obsessive-compulsive disorders: patogenesis, diagnosis and treatment. 1997. Harcourt Brace de España. 2a Edición.
66. Fearnley, D; Nathan, T: Antiepileptics for aggression and impulsiveness. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005, 1.
67. Lwang SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. WHO. Geneve 1991; pp 25.
68. Ulloa, RE; De la Peña, F: Actas Españolas de Psiquiatría. 2004, 32(4).
69. Starr, DL: Understanding those who self-mutilate. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2004, 42(6).
70. Blunden, SP; Lushington, KF: Neuropsychological and Psychosocial function in children with a history of snoring or behavioral sleep problems. The Journal of Pediatrics. 2005, 146(6).
71. Bartzokis, G; Beckson, MD: Age-Related Changes in Frontal and Temporal Lobe Volumes in Men: A Magnetic Resonance Imaging Study. Archives of General Psychiatry .2001, 58(5).
72. Spessot, AL; Plessen, KJ: Neuroimaging of Developmental Psychopathologies: The Importance of Self-Regulatory and Neuroplastic Processes in Adolescence. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004, 1021.
73. Star, DL: Understanding Those Who Self-Mutilate. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2004, 42(6)

Carta de Aceptación para participación en el Estudio

Buenos días/Buenas tardes.

Estamos realizando una investigación en este centro hospitalario para conocer los síntomas que presenta su hijo (a) durante esta hospitalización, en particular en cuanto su motivo de internamiento y antecedentes de lesiones autoinflingidas. Queremos saber si usted quisiera comentarnos acerca de estas experiencias, ya que pueden estar relacionadas con la salud de su hijo.

Se trata de un estudio anónimo y confidencial, es decir, que no le preguntaremos su nombre y los datos que se obtengan servirán únicamente para analizar las respuestas globales sobre las situaciones de otros adolescentes que están siendo atendidos en este Hospital. Su participación consistirá en responder un cuestionario de exploración clínica, el cual no tendrá ningún efecto nocivo sobre la evolución de su paciente sino que permitirá conocer con mayor profundidad la razón de los síntomas e implementar mejoras terapéuticas. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación sin que esto represente alterar su atención y tratamiento. ¿Desea hacerlo?

Acepto participar en un estudio y acepto que mi hijo (a) participe para investigar las situaciones que viven los adolescentes con los mismos síntomas que él (ella) presenten. Entiendo que se trata de un proyecto de la Dra. Raquel González Burns y que la información que yo proporcione será manejada de manera confidencial. Un resumen escrito de los resultados estará disponible para mí, si así lo solicito a la terminación del estudio. Estoy consciente que mi colaboración será muy valiosa para el desarrollo de la investigación en México.

Firma del Padre o tutor legal

Testigo

Testigo

AUTORREPORTE DE AUTOLESIONES

Folio:

Fecha:

Edad:

Sexo:

1. La idea de lastimarte vino de...

Mí mismo (a)

Lo ví de unos amigos (as)

Lo ví de unos familiares

Lo ví en TV o cine

2. Señala con un X, las formas en que te has lesionado. Puede ser más de una.

Corte de piel con objetos cortantes

Rasguños

Quemaduras

Morderme las uñas hasta sangrarte

Arrancarme el cabello

Golpearme con mis propias manos

Morderme

Golpearme contra la pared o otros objetos

3. ¿En qué lugares de tu cuerpo te has lastimado así? Puede ser más de uno

Antebrazos y muñecas

Piernas y tobillos

Brazos y codos

Muslos y rodillas

Manos y dedos

Abdomen

Cara

Cabeza

4. ¿Qué tan frecuente has tenido estas conductas en el último mes?

De 1-3 veces

4 o más veces

5. ¿Hace cuanto tiempo que empezaste a lastimarte sin tener una intención suicida?

En el último mes

En el último año

Hace más de dos años

6. Cuando de autolesionas prefieres estar

Sola (o)

Acompañada de amigos (os)

Te da igual

7. Explica brevemente la razón como justificas tu autolesión

“Yo quería morirme”

“Yo quería demostrar que tan desesperada (o) me sentía”

“Yo quería castigarme”

“Yo quería asustar a alguien”

“Yo quería que alguien me pusiera atención”

“Yo quería que alguien volviera conmigo”

“Yo quería desahogarme”

“Yo quería saber si alguien realmente me amaba”

“Yo quería ser parte de un grupo (de las (os) que se lastiman”

8. ¿Haces algo para evitar lastimarte o seguir pensando en esto?

Si

No

9. Cuando evitas autolesionarte, ¿cómo te sientes?

Más desesperado (a)

Más tranquilo (a)

Igual

10. Mientras te lastimas, ¿cómo te sientes?

Triste

Avergonzada (o)

Culpable

Frustrada (o)

Enojada (o)

Alegre

Aliviada (o)

11. Cuando terminas de lastimarte, tu ánimo es...

Igual

Peor

Mejor