

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

**Asociación entre Rasgos de Insensibilidad Emocional y
autolesiones en una muestra de adolescentes.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
PSIQUIATRÍA**

Presenta:
Yariela Delgadillo González

**Tutora Teórica:
Dra. Cecilia Bautista
Tutora Metodológica:
Dra. Lilia Albores Gallo**

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA.

A Hiram mi esposo, por su paciencia y apoyo incondicional, quien me motiva a continuar esforzándome.

A mi Madre y hermanas por creer en mi todo el tiempo y por impulsarme a no dejar proyectos.

A todos los amigos y maestros que conocí en este maravilloso Hospital, que marcaron un antes y después en mi vida.

A mi hospital, lugar del cual me siento orgullosa de haber formado parte.

AGRADECIMIENTOS.

Dra Lilia Albores.

Lo que pueda escribir en estas líneas no lograra transmitir cuanto le agradezco.

Estos años he aprendido mucho de usted, principalmente el gusto por la investigación que se refleja en el resultado de sus proyectos. Me tarde en entender que la investigación puede ser apasionante. Gracias doctora.

Dra Cecilia Bautista.

Gracias por ayudarme a concluir este proyecto, además del tiempo y conocimientos invertidos para este fin.

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
Rasgos de insensibilidad emocional	7
Autolesiones	11
Definición	11
Prevalencia	13
Diferencias por género	13
Factores protectores y de riesgo	14
Métodos utilizados en autolesiones.	15
Motivaciones y funciones de las autolesiones	16
Autolesiones en México	17
Autolesiones sin intención suicida y comorbilidad.....	19
Autolesiones y Rasgos de insensibilidad emocional	20
JUSTIFICACIÓN	21
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	22
OBJETIVOS.....	22
OBJETIVO GENERAL.	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
HIPÓTESIS	23
METODOLOGÍA.....	23
Tipo de estudio.....	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	24
Criterios de eliminación.....	24
Unidades de medición.	24
PROCEDIMIENTO.....	25
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES.....	35
ANEXOS.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los rasgos de insensibilidad emocional forman parte del constructo de psicopatía (Hare 2003). Además distinguen a adolescentes con impulsividad, agresividad, mayor riesgo de conducta delictiva a lo largo de la vida, aumento de la probabilidad de encarcelamiento además de pobre respuesta al tratamiento (Frick, 2009).

La frecuencia de los rasgos de insensibilidad emocional es de 7 a 10% en la comunidad, es más frecuente en hombres y tres veces mayor en población reclusa. La propuesta de integrar el constructo en el DSM-V tiene el propósito de distinguir entre trastorno disocial con y sin rasgos de insensibilidad emocional (Frick y Mofitt, 2010).

Aunque se sabe que los rasgos de insensibilidad emocional interfieren en la regulación de las emociones y que los adolescentes practican las autolesiones con y sin intención suicida con el propósito de regular las emociones (Klonsky, 2009; Mikolajczak, 2009), falta investigar la relación entre estos dos constructos (autolesiones y rasgos de insensibilidad emocional) .

Las autolesiones sin intención suicida se definen como el comportamiento directo e intencional para causar daño a si mismo, por razones que no son sancionadas por la sociedad y en las que no existe intención suicida. Siendo la intencionalidad suicida lo que distingue entre ambas autolesiones (Pattinson, 1983; Nock, 2006). En adolescentes de la población abierta la prevalencia es del 15 a 17% y en población clínica hasta 60%. Por sexo existen inconsistencias en los estudios ya que algunos encuentran mayor prevalencia

en las mujeres (Hawton, 2002) y otras prevalencias semejantes en ambos sexos (Lundh, 2011; Muehlenkamp, 2012).

Son un marcador de riesgo para suicidio. Además esta población presenta mayor riesgo de perder años productivos de vida (hasta 30), debido a muerte prematura por causas naturales y medicas, motivos importantes para ampliar su estudio (Bergen, 2012).

Otra factor de riesgo descrito en las autolesiones con y sin intención suicida es la presencia de psicopatología, encontrando con mayor frecuencia los trastornos internalizados, seguidos de los trastornos externalizados (Laye-Guindu, 2005; Stanford, 2009).

Los rasgos de insensibilidad emocional son parte del trastorno disocial, que se clasifica como uno de los trastornos externalizados que son un marcador de riesgo en autolesiones con y sin intención suicida (Andover, 2012).

La relación con los rasgos de insensibilidad emocional se ha estudiado poco, a pesar de que ambos constructos comparten ciertas características, como tener niveles elevados de reactividad emocional, conducta impulsiva, evitativa (Evans, 2005; Sourander, 2006) y problemas de regulación de las emociones (Klonsky, 2009).

Con el propósito de estudiar la relación entre el RIE (rasgos de insensibilidad emocional) y las autolesiones se realizó un análisis secundario a partir de las investigaciones: *El acoso escolar y su asociación con la presencia de rasgos de insensibilidad emocional en una muestra de escolares en México y Autolesiones y Acoso escolar*, realizadas en el hospital psiquiátrico J. N. Navarro en el 2012 (Delgadillo, 2012; García, 2012) Los datos provienen de alumnos, adolescentes de los tres grados de secundaria, que contestaron los

cuestionarios VEA (valoración escolar de acoso), RIE (rasgos de insensibilidad emocional) y AUTOLES (autolesiones)

MARCO TEÓRICO

Para hablar de los rasgos de insensibilidad emocional es necesario revisar el término psicopatía que se utilizó en adultos inicialmente y se aplicó a niños y adolescentes más tarde.

La psicopatía es un constructo que forma parte de los trastornos externalizados. Hace referencia a un estilo interpersonal tendiente al engaño, falta de culpa y remordimiento, manipulación, egocentrismo y afecto superficial. Estos aspectos se relacionan con un tipo de conducta persistentemente violenta. Tres dimensiones lo caracterizan: impulsividad, narcisismo y rasgos de insensibilidad emocional (Hare, 1993).

En el DSM-III (1980) se asignó el nombre de trastorno disocial de la personalidad a la psicopatía, que consiste en conducta persistente de violaciones a las normas sociales, mentiras, robo, ausentismo escolar y desempeño laboral inconsistente. La mayoría de los psicópatas cumplen criterios para trastorno disocial, pero no todos aquellos que tienen trastorno disocial son psicópatas.

Rasgos de insensibilidad emocional

Los rasgos de insensibilidad emocional forman parte del constructo de psicopatía, permiten diferenciar a un grupo de jóvenes con comportamiento antisocial más agresivo grave, crónico y persistente a lo largo de la vida, que se asocia con conducta delictiva y pobre respuesta al tratamiento. Por lo anterior los rasgos de insensibilidad emocional se consideran los precursores

de la conducta psicopática en los niños y adolescentes. (Leistico, 2008; Frick, 2009; Muñoz, 2007).

En la comunidad los adolescentes expresan Rasgos de Insensibilidad Emocional (RIE) en 7 a 11%, aumentando la frecuencia a 12 a 33% en jóvenes infractores con trastorno de conducta, la frecuencia (Frick & Moffitt, 2010).

La población con rasgos de insensibilidad emocional tienen problemas para identificar apropiadamente las expresiones faciales de miedo y tristeza, así como el tono de voz y señales de castigo. Lo anterior se atribuye a que la amígdala que es la encargada de estas funciones, presenta una hipo reactividad en estos sujetos. (Blair, 2006; Dads, 2006; Jones, 2009; Marsh, 2008). Además tienen una respuesta disminuida de la ínsula anterior izquierda que les impide reconocer las expresiones de enojo en los demás (Sebastián, 2012).

Los individuos con rasgos de insensibilidad emocional muestran una combinación de agresión reactiva (impulsiva) y proactiva (planeada) a diferencia de quienes no cuentan con estos rasgos que provoca mayor daño (Crapanzo, 2010). Por tanto, los agresores que presentan una mezcla de ambos tipos de agresión tienen peor pronóstico.

Los sujetos con rasgos de insensibilidad emocional minimizan el castigo y las consecuencias de su comportamiento (Edens, 2008; Pardini, 2003). Además tienen reactividad emocional disminuida, comportamiento de búsqueda de la emoción, novedad y peligro, mayor necesidad de recompensa por su conducta y menos rasgos de ansiedad y neurosis que quienes no los presentan (Frick, 2009; Essau, 2006).

En cuanto a la etiología, los niños con trastorno de conducta y rasgos de insensibilidad emocional tienen un componente genético mayor y poca influencia del medio ambiente compartido. En contraste los niños con trastornos de conducta sin rasgos de insensibilidad emocional tienen problemas que se atribuyen principalmente al medio ambiente. (Viding, 2008)

Además los padres de estos niños, tienen estilos de crianza autoritarios, tendientes al maltrato y con atención enfocada principalmente a las emociones negativas (Pasalish, 2012).

Las intervenciones terapéuticas para corregir los rasgos de insensibilidad emocional, son poco efectivas (Haas, 2011; Kolko, 2009). El perfil temperamental de estos niños es un obstáculo para el tratamiento. (Blair, 2006; Dadas, 2006). Las estrategias conductuales basadas en el castigo para tratar a estos individuos están contraindicadas, debido a que desatan respuestas con niveles de ira y venganza elevados. Además carecen de habilidades para modelar y controlar su conducta e identificar el castigo (Dadas, 2003). Esta incapacidad para aprender del castigo conduce a un mayor riesgo frustración inducida y la manifestación de agresión reactiva y posteriormente proactiva, por lo que sugieren estrategias de intervención basadas principalmente en la recompensa (Blair, 2006).

Algunos investigadores observan mejoría en la conducta de niños con rasgos de insensibilidad emocional con una combinación de terapia conductual y medicamentos, principalmente estimulantes y neurolépticos (Waschbusch, 2002; Kimonis, 2012). Otra intervención propuesta es la modificación temprana en el estilo de crianza para mejorar el vínculo entre padres e hijos con rasgos de insensibilidad emocional (Pardini, 2007).

Actualmente existe una propuesta para que el constructo de los rasgos insensibilidad emocional aparezca en el DSM-V como un trastorno que distinga del trastorno disocial con o sin rasgos de insensibilidad emocional.

Los criterios propuestos son los siguientes:

1. Cumplir con los criterios de trastorno disocial.
2. Mostrar más de dos de las siguientes características, persistentemente por más de 12 meses y en más de una relación:
 - Falta de remordimiento o culpa (no sentirse culpable cuando hace algo mal).
 - Insensibilidad o falta de empatía (ignora y no se preocupa por los demás).
 - Desinterés por el desempeño propio (no muestra preocupación por sus malos resultados o problemas en la escuela, trabajo u otras actividades).
 - Inexpresividad (no muestra sentimientos o emociones a los demás, los sentimientos que llega a mostrar son superficiales, las emociones no son consistentes con las acciones, puede cambiar rápidamente de estado de ánimo, utiliza las emociones en beneficio propio para manipular o intimidar a otros).
3. El médico debe considerar múltiples fuentes para determinar la presencia de estos rasgos. (Frick, 2010)

Autolesiones

Definición

Las autolesiones sin intención suicida es un comportamiento que practica el individuo para causar daño a si mismo directa e intencionalmente, por razones que no son sancionadas por la sociedad y en las que no existe intención suicida (Pattinson, 1983; Nock, 2006).

Para realizar el diagnóstico de autolesiones sin intención suicida, de acuerdo a la propuesta para DSM V se tendrían que cumplir los siguientes criterios:

- A. Haberse causado daño intencionalmente en el último año, en cinco o más ocasiones (días). Este daño probablemente induce dolor, sangrado o moretones y se realizó con la esperanza de que la lesión pudiera causar un daño físico menor o moderado. Además el comportamiento no se realizó por alguna causa socialmente aceptada (ejemplo: tatuajes o perforaciones). No existía ninguna intención de suicidio al participar en la conducta y la conducta no era menor como: pellizcar una herida o morderse las uñas.
- B. La lesión está asociada con dos de los siguientes ítems:
 - Emociones o pensamientos negativos (ansiedad, ira) que tienen lugar inmediatamente antes de la conducta.
 - Antes de involucrarse en el comportamiento, la persona estaba preocupada por realizarla y tenía dificultad para resistirse al acto. Este periodo de tiempo pudo haber sido breve o durar horas.
 - Experimentar una urgencia de realizar el acto y no logra detener el impulso.

- Involucrarse en el comportamiento por una razón, que puede ser el alivio del dolor emocional, de los pensamientos negativos, o para lograr un estado emocional positivo. La persona espera que estos resultados se produzcan después de participar en autolesión.
- C. La autolesión y sus consecuencias dan como resultado mayor angustia o problemas en varias áreas de la vida de la persona (trabajo, escuela, relaciones).
- D. La autolesión no se produce cuando una persona está experimentando síntomas psicóticos, delirio o intoxicación. El comportamiento no puede ser explicado por otro desorden.

Las autolesiones sin intención suicida se distinguen de los intentos suicidas por la demografía, prevalencia, la intencionalidad, la letalidad, la cronicidad, variedad de los métodos, las cogniciones y respuestas emocionales empleadas después del acto. (Muehlenkamp, 2005)

Existe una asociación importante entre autolesiones sin intención suicida y suicidio, pueden coexistir o incluso alternar en diferentes tiempos en el mismo individuo. El 70% de los adolescentes de muestras clínicas con autolesiones sin intento suicida se han intentado suicidar menos en una ocasión y el 55% lo han intentado más de una vez. Por eso debe explorarse la ideación y planeación suicida ante la presencia de autolesiones (Nock, 2006; Muehlenkamp, 2007; Apellbaum, 2011; Muehlenkamp, 2012)

A medida que la frecuencia de autolesiones sin intención suicida aumenta, también lo hace la variedad de métodos utilizados y el número de intentos

suicidas, habituando al adolescente al dolor físico y aumentando el riesgo de muerte por suicidio (Andover 2012).

Las personas que se autolesionan tienen un riesgo mayor de muerte prematura que la población general, perdiendo hasta 30 años de vida por individuo. Esto se explica por la asociación entre autolesiones y trastornos psiquiátricos que condicionan un descuido de la salud (Bergen, 2012).

Prevalencia.

La prevalencia de autolesiones sin intención suicida varía de acuerdo a la edad, tipo de población estudiada así como la nomenclatura y los instrumentos utilizados en los estudios.

En población general adulta en muestras no clínicas la frecuencia es del 6% y en población clínica es del 20% (Nock, 2004 en Víctor, 2012).

En adolescentes la prevalencia va del 15 a 17% en población abierta y hasta 60% en población clínica. Durante la adolescencia comienzan a presentarse las autolesiones (Favazza, 1999) y el pico de mayor frecuencia es de los 12 a 14 años de edad. (Lundh, 2011; Muehlenkamp, 2012.)

Se considera que estas tasas reportadas de autolesiones puedan ser más elevadas ya que la mayoría de los estudios se realizan en escuelas y excluyen a los adolescentes con inasistencias o asistencia irregular a las escuelas siendo estos últimos los que presentan tasas más elevadas de psicopatología (Lloyd-Richardson, 2007; Whitlock, 2006; Moran, 2012; Sourander, 2006; Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, 2012).

Diferencias por género

Las mujeres presentan más intentos suicidas y mayor frecuencia de autolesiones sin intención suicida, mientras que los hombres tienen riesgo

mayor de consumar el suicidio pero menor prevalencia de autolesiones sin intención suicida (Bridge et al, 2006). Sin embargo otros estudios describen que las autolesiones sin intención suicida se presentan con igual frecuencia entre hombres y mujeres (Jacobson, 2007).

Además las diferencias en la prevalencia, motivación y mecanismo de autolesión en ambos sexos, reflejan rutas diferentes en el desarrollo de la psicopatología (Lundh, 2011). En las mujeres el motivo más frecuente para autolesionarse es sentir enojo hacia sí mismas o deseos de castigarse, aceptan la intención de que los demás se den cuenta de las lesiones, sin embargo la mayoría no las realiza en público, los lugares del cuerpo donde se lesionan con mayor frecuencia son brazos, muñecas, muslos y tobillos. En cambio los hombres se autolesionan por enojo y bajo el influjo de alcohol o drogas, describen que la motivación de la conducta es para buscar sensaciones y bajo un impulso incontrolable se lesionan en lugares públicos con más frecuencia que las mujeres (Whitlock, 2011).

Factores protectores y de riesgo

Algunos antecedentes asociados a las autolesiones sin intención suicida son: la negligencia, abuso físico y sexual en la infancia (Low, 2000, Nock, 2007, Gratz, 2003). En los adolescentes con estos antecedentes tienen sentimientos de culpa, vergüenza y autocrítica severa y responden con enojo hacia sí mismos, rechazo y aislamiento, que aumentan la psicopatología (Gilbert, 2010). Otros factores de riesgo conocidos son los trastornos internalizados y externalizados. La relación entre las autolesiones y psicopatía es bidireccional, es decir la presencia de autolesiones es un predictor de trastornos psiquiátricos

y los trastornos psiquiátricos predicen la presencia de autolesiones (Lundh, 2011, Stanford, 2009).

La mala comunicación familiar, la falta de pertenencia a un grupo de pares, el acoso escolar y la orientación homosexual y nivel socioeconómico bajo también se asocian con las autolesiones (Stanford, 2009).

Los factores protectores para presentar autolesiones se han estudiado poco, sin embargo la inteligencia emocional es uno de ellos debido a que funciona como mediador en la elección de los mecanismos de afrontamiento a utilizar, haciendo posible que estos mecanismos sean efectivos. Otros factores protectores son la cohesión familiar y la ausencia de psicopatología en la adolescencia (Mikolajczak, 2009, Lundh, 2011, Evans, 2004).

Métodos utilizados en autolesiones.

Los métodos más utilizados en las autolesiones sin intención suicida son cortarse la piel con objetos punzocortantes y golpearse (Laye-Gindhu, 2005, Briere, 1998; Herpertz, 1995, Víctor, 2012), seguidos por quemaduras, provocarse ardor, tragar objetos o sustancias, golpearse con o contra objetos, interrumpir la circulación, pincharse, arrancarse, jalar el cabello, pellizcarse, fracturas o amputaciones que pueden implicar dedos, mamas o genitales.

Los tatuajes y las perforaciones (piercing) no se consideran autolesiones ya que se realizan con fines estéticos o de moda y no para causar daño o dolor. A mayor número de métodos empleados para lesionarse existe más riesgo suicida (Jacobson, 2007).

Los cortes en piel son el método más utilizado para autolesionarse y es el principal método por el cual se solicita atención médica hospitalaria, posterior a su realización (Hawton, 2009).

Motivaciones y funciones de las autolesiones

Existen tres mecanismos propuestos como origen de las autolesiones:

- a) Evitación de las emociones no deseadas (distrarse de sentimientos intolerables)
- b) Materialización de las autolesiones (hacer el dolor tangible) y
- c) Alteración de las autolesiones (mediante la liberación de endorfinas, que producen analgesia y bienestar a la vez) (Mikolajczak, 2009).

La motivación que origina la presencia de autolesiones, es un punto importante a investigar en la población, ya que esta información determinara el tratamiento a seguir.

Algunas de las motivaciones para realizarse autolesiones son las siguientes:

1. *Regular el afecto*, es decir utilizar esta conducta para hacer frente a la angustia, como una forma inadaptada de mecanismo de afrontamiento y esta es la principal razón que reportan los adolescentes para autolesionarse, ya que refieren la disminución del afecto negativo (ira, enojo, ansiedad, culpa, soledad, odio, tristeza) posterior a la lesión lo que implica un reforzador positivo para continuar la conducta. La autolesión trae alivio emocional temporal (Klonsky, 2009; Mikolajczak, 2009).
2. *Mecanismo anti disociación*. La autolesiones en quienes se disocian o despersonalizan pueden generar las sensaciones de sentirse real o vivo, por lo que es un método empleado con frecuencia en esta población.
3. *Anti-suicidio*. Mediante la autolesión se pueden expresar pensamientos suicidas sin llegar hasta el suicidio, por lo que puede servir como sustituto del suicidio.

4. *Modelo de influencia*. Puede servir para influir o manipular a la gente, es decir para pedir ayuda o evitar el abandono o bien para marcar pertenencia en un grupo social (Nock, 2009).
5. *Castigo*. Es utilizada como expresión de enojo a sí mismo, quienes se realizan lesiones han aprendido a castigar o invalidarse a sí mismos, por lo que esta conducta puede ser experimentada como ego sintónica y convertirse en una forma de consuelo emocional.
6. *Búsqueda de sensaciones*. Como medio para iniciar excitación o euforia, la inducción de dolor o sangrado como un medio de aliviar el estrés puede ser un intento para convertir el dolor emocional en el dolor físico el cual es más manejable (Klonsky, 2007).

La principal motivación de los adolescentes para realizar esta conducta es dejar de sentir tristeza, tensión, ansiedad, miedo o enojo, sólo una minoría reporta realizarlo para llamar atención o para castigarse a sí mismos (Laye-Guindu, 2005). En cuanto a las consecuencias se describe una combinación de alivio, vergüenza y culpa después de las lesiones, por lo que al inicio puede servir como un acto para aminorar la tensión y convertirse a largo plazo en una conducta que disminuya la angustia (Jacobson, 2007).

Autolesiones en México

Como antecedentes importantes en México respecto al tema de autolesiones en el hospital psiquiátrico infantil J. N. Navarro se han realizado investigaciones previas.

Uno de los estudios determinó los factores asociados a autolesiones en una muestra de adolescentes N= 556, de ambos sexos, de 11 a 17 años, que incluyó 23% hombres y 76.3% mujeres, la edad promedio de la población fue

de 14.46 años. Se encontró que el 74.4% de la muestra fue de nivel socio económico bajo, en el 83.5 % existía disfunción familiar, 49.5% antecedente de violencia familiar y abuso sexual en el 49%. Las autolesiones fueron el motivo de consulta en un 22.5%, siendo la tercera causa de consulta en el Hospital Psiquiátrico J. N. Navarro, después de los trastornos de conducta y las conductas suicidas. El método más frecuente de autolesión en las mujeres fueron los cortes en piel y la zona del cuerpo donde se realizaron las lesiones con mayor frecuencia fueron las muñecas y antebrazos. En cambio los hombres se autolesionaron más por golpes (Contreras, 2012).

Otro de los estudios realizados en el hospital psiquiátrico infantil J. N. Navarro investigo la psicopatología asociada a autolesiones, encontrando que los diagnósticos detectados principalmente fueron los afectivos (67.1%) seguidos de los trastornos de conducta(23%), abuso de sustancias (21.8%) y trastornos de ansiedad (13.1%). La muestra se dividió en dos grupos de autolesiones con y sin intención suicida encontrándose una mayor proporción de mujeres en el primer grupo. El antecedente de intento suicida se encontró en el 45% de la población. En la muestra con autolesiones sin intención suicida la frecuencia de trastornos de la conducta fue más alta, comparada con la muestra de autolesiones con intención suicida (28% VS 17%, $p=.003$). La proporción de hombres con trastornos de conducta fue mayor que la de mujeres (46.9% Vs 16.8%, $p=.000$). En ambos grupos con y sin trastornos de conducta las dos formas principales de autolesión fueron los cortes superficiales y los golpes. La población con trastornos de conducta se lesionó con mayor frecuencia por baja tolerancia a la frustración y conductas manipulatorias (78.1 Vs 37.7%). Así mismo se encontró que la población con

trastornos de conducta presentó menor conducta suicida (34.4% Vs 49.2%) (Paniagua, 2012).

Cabe destacar que ambos estudios presentan la limitación de ser retrospectivos ya que en ellos se describe únicamente población clínica.

Autolesiones sin intención suicida y comorbilidad.

Existen diferencias entre las autolesiones asociadas a un trastorno psiquiátrico debido a que generalmente se ocultan por la vergüenza que generan y las autolesiones realizadas como ritual de grupo o deseo de pertenencia al mismo que son un acto para desafiar y distinguirse de el resto de la población y se llevan a cabo con orgullo (Yates 2008).

La gravedad de las conductas autolesivas se relaciona con la psicopatología asociada y la motivación presente al momento de realizarlas. Las autolesiones se asocian con trastornos psiquiátricos como depresión, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de la alimentación (principalmente anorexia), consumo y dependencia de sustancias (alcohol, nicotina y marihuana), trastornos de conducta y acoso escolar o bullying (Sourander, 2006; Hayes, 1996; Nock, 2006). Además a mayor frecuencia de autolesiones, mayor la asociación con trastornos psiquiátricos (Appelbaum, 2011; Giletta, 2012).

La frecuencia de depresión en las autolesiones sin intención suicida es del 41.6 a 58%. Se sabe que los individuos con depresión tienen 8 veces más riesgo de autolesionarse que el resto de la población. El trastorno límite de la personalidad se presenta hasta en 51% de los que se autolesionan (Jacobson, 2007).

Por otro lado los adolescentes de la comunidad con autolesiones cursan con niveles elevados de ansiedad, hostilidad, conductas antisociales, reactividad emocional, ideación suicida, alexitimia y mayor consumo de tabaco que quienes no presentan autolesiones. Esto hace pensar que las autolesiones son un marcador de psicopatología subyacente (Laye-Guindu,2005; Stanford, 2009).

Los individuos con ambos tipos: autolesiones con y sin intención suicida, tienen mayor psicopatología asociada, ya que son una población clínicamente más grave, debido a que son más propensos a presentar trastorno oposicionista desafiante, trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno límite de la personalidad que los adolescentes con intento suicida únicamente (Andover, 2012).

Autolesiones y Rasgos de insensibilidad emocional

La asociación entre autolesiones, intentos suicidas, conductas disociales muestra que estos individuos tienen en común niveles elevados de reactividad emocional, mayor uso de comportamiento evitativo y disminución de la expresividad (Evans, 2005). Los adolescentes con un manejo inapropiado de la agresión pueden tener un umbral inferior al dolor, condición propicia para autolesionarse. Estos datos son consistentes con el estudio de Lundh en 2000 quien demostró que el mejor predictor de autolesiones fue la presencia de problemas de conducta (Lundh, 2011). Este resultado es consistente con otras investigaciones que muestran asociación del trastorno oposicionista desafiante, el trastorno disocial y las autolesiones (Sourander, 2006; Hayes, 1996; Nock, 2006).

En contraste las mujeres con rasgos de insensibilidad emocional muestran correlación negativa con el intento suicida, (Verona, 2005; Javdani, 2011) además de apoyar la hipótesis de que la psicopatía puede ser adaptativa y transitoria en algunos contextos incluso en la adolescencia (Sadeh, 2009).

En mujeres reclusas con rasgos de insensibilidad emocional, se reportan autolesiones en el 50%, en contraste con los hombres que sólo reportaron el 30%. Estas cifras duplican las tasas de frecuencia de la población general. entre los reclusos de ambos sexos el método de autolesión más común fueron los cortes en la piel que la mayor parte de las veces no ameritó tratamiento médico. El 52% de las personas que se autolesionan en centros penitenciarios presentan trastornos de personalidad Cluster B. (Borril, 2003; Appelbaum, 2011) presencia de ansiedad, depresión y autoestima baja (Knowles, 2012). Sin embargo otros estudios muestran resultados inconsistentes reportando menor frecuencia de autolesiones, por encontrarse en un ambiente más controlado, con menos necesidades educativas, disponibilidad directa de servicios, restricción del consumo de sustancias y mayor supervisión.

JUSTIFICACIÓN

Las autolesiones sin intención suicida son un problema común entre los adolescentes que muestra un incremento en su frecuencia, se consideran un problema de salud pública por las repercusiones físicas y psicológicas que provocan el corto y mediano plazo.

Por lo mismo es muy importante estudiar qué factores condicionan su presencia o predicen la gravedad y cronicidad de este comportamiento. Aunque las autolesiones y los RIE comparten problemas de regulación emocional es necesario investigar más la relación que tienen. Del mismo modo

en que la presencia de RIE en los niños con conducta oposicionista permite identificar a un subgrupo con peor pronóstico, pudiera también ayudar a identificar a un subgrupo de adolescentes con autolesiones con peor pronóstico.

La identificación de adolescentes con autolesiones sin intención suicida y peor pronóstico permitirá implementar estrategias de manejo más efectivas para prevenir intentos de suicidio, suicidio consumado y muerte prematura

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Los rasgos de insensibilidad emocional son un factor que favorece la presencia de autolesiones con y sin intención suicida en adolescentes?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la asociación que existe entre los rasgos de insensibilidad emocional y las autolesiones con y sin intención suicida en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la frecuencia de autolesiones con y sin intención suicida.
- Describir la frecuencia de rasgos de insensibilidad emocional.
- Comparar las tres dimensiones de rasgos de insensibilidad emocional (insensibilidad, desinterés e inexpresividad) y las autolesiones con y sin intención suicida.

HIPÓTESIS

- Los rasgos de insensibilidad emocional, se asociaran con una frecuencia mayor de autolesiones con y sin intención suicida.

VARIABLES

Dependiente:

Autolesiones. Variable cualitativa dicotómica, la cual se medirá mediante la cédula AUTOLES.

Autolesiones con intento de suicidio

Autolesiones sin intento de suicidio

Independiente:

Rasgos de insensibilidad emocional. Variable cuantitativa, la cual se medirá a través del cuestionario RIE.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, trasversal, descriptivo, correlacional, comparativo.

Criterios de inclusión

- Adolescentes cursando de 1º a 3 er año de secundaria.
- Adolescentes de ambos sexos que tengan de 11 a 17 años de edad.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio y que hayan firmado el asentimiento informado

- Adolescentes cuyos padres hayan autorizado su participación en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no acepten participar en el estudio.
- Adolescentes cuyos padres no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Adolescentes que no hayan completado los instrumentos aplicados.

Unidades de medición.

Cédula de Autolesiones.

Es un cuestionario auto aplicable, integrada por 64 ítems de respuesta dicotómica sí-no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 de respuesta abierta. Explora sobre las prácticas auto lesivas: dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y topografía corporal de las lesiones, la frecuencia en el último año, edad de inicio de la conducta y si esta práctica se realiza en solitario o de manera grupal, motivaciones y efecto sobre el estado de ánimo al intentar frenar la conducta, emociones y afecto presente antes, durante y después de realizar la autolesión. El tiempo de aplicación promedio es de 15 minutos. Cuenta con un alpha de Cronbach de 0.96 que muestra que es una herramienta que tiene consistencia interna. Está orientada hacia el DSM-V pues contiene un algoritmo a partir de estos criterios para detección de los individuos que presentan autolesiones de aquellos que no lo presentan.

Inventario de Rasgos de Insensibilidad Emocional de Frick (R.I.E).

Escala validada en México, es una traducción y adaptación al español de la versión *Inventory of Callous-Unemotional Traits* (Kimonis, 2008) en su formato auto aplicable. Este instrumento cuenta con 24 ítems, los cuales se contestan mediante una escala tipo Likert de 4 opciones, 0=totalmente falso, 1=parcialmente cierto, 2=bastante cierto, 3=definitivamente cierto. Los ítems 1,3,5,8,13,14,15,16,17,19,23 y 24, se califican de forma inversa. El puntaje total se obtiene de la suma de todos los ítems. A través de este instrumento se obtienen los siguientes factores: a) **Insensibilidad** (*Callousness*), dimensión del comportamiento que incluye carencia de empatía, culpa y remordimiento (ítems 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 20 y 21); b) **Despreocupación** (*Uncaring*), dimensión que incluye conductas relacionadas con la ausencia de cuidado por el propio desempeño y por los sentimientos de los otros (ítems 3, 5, 13, 15, 16, 17, 23 y 24) y c) **Inexpresividad** (*Unemotional*), describe la ausencia de expresión afectiva (ítems 1, 6, 14, 19 y 22).

Es un instrumento confiable y válido, en población comunitaria y en conflicto con la ley, de ambos sexos, entre 11 y 21 años de edad. Identifica los rasgos de insensibilidad emocional, tiene alfa de Cronbach en .76 para el total de la escala, en .66 para el factor Insensibilidad, en .69 para el factor Despreocupación y .59 para el factor Inexpresividad. (Galván, 2011).

PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo un análisis secundario de datos obtenidos a partir de un estudio realizado en el hospital psiquiátrico infantil J. N. Navarro en el que se investigaron los temas de autoagresiones, acoso escolar (bullying) y rasgos de

insensibilidad emocional (Anexos 1, 2 y 3). Esta investigación se realizó en el 2012, se evaluaron a estudiantes de secundaria de los tres grados escolares en edades de 12 a 16 años.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio a partir del cual se realizó el análisis secundario de datos fue presentado y aprobado por el comité de ética de hospital psiquiátrico infantil J. N. Navarro. La obtención de datos se llevo a cabo a través de la aplicación de cuestionarios mediante los cuales no se realizo ninguna modificación ni intervención de las variables estudiadas, por lo que de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud fue clasificado como una investigación sin riesgo. Los adolescentes que participaron en la investigación y sus padres firmaron el asentimiento y consentimiento informado respectivamente, en el que se explicó que la participación era voluntaria, confidencial y no habría repercusión de ningún tipo en caso de que no desearan participar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se usó estadística descriptiva para describir las variables demográficas. Para las variables categóricas se utilizo una prueba de chi cuadrada y para las variables dimensionales la prueba t de Student.

Se sumaron todos los ítems de la escala RIE para formar el puntaje Total del RIE, después se sumaron los ítems (2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 20 y 21) para integrar la subescala de Insensibilidad, los items (3, 5, 13, 15, 16, 17, 23 y 24) para despreocupación y (1, 6, 14, 19 y 22) para Inexpresividad.

Para analizar los datos de autolesiones se diseñó un algoritmo basado en los

criterios del DSM-V (autolesiones sin intención suicida) que consistió en sumar los ítems del:

1. Criterio A (tipo de autolesión evaluado con los ítems 1-13).
2. Criterio B (precipitantes psicológicos evaluados con los ítems 14-28) y (motivaciones evaluados con los ítems 61-63) y
3. Criterio C (interferencia en la funcionalidad evaluada con los ítems 29-31).

Cada alumno (a) se asignó al grupo de Autoles (+) si cumplió con al menos: un ítem del criterio A dos ítems del criterio B y un ítem del criterio C

Además de cumplir con:

4. La frecuencia investigada en el ítem 44 (prevalencia en un año: 5 eventos en un año)

El grupo de Autoles (-) fueron todos los individuos que no cumplieron con el algoritmo del DSM-V.

Además también se calculó la prevalencia de autolesiones por medio de;

- 1.- El ítem 51 (sin intencionalidad suicida).
- 2.- El ítem 50 (con intencionalidad suicida).

Para analizar las diferencias entre las dimensiones del RIE (rasgos de insensibilidad emocional) y los grupos de autolesiones con y sin intención suicida se realizará un análisis de varianza con pruebas post hoc.

RESULTADOS

Rasgos de insensibilidad emocional

La muestra se conformó por 533 adolescentes que contestaron el cuestionario RIE (rasgos de insensibilidad emocional) y la cédula de AUTOLESIONES

La prevalencia de rasgos de insensibilidad emocional se calculó a partir de un punto de corte de ≥ 36 , encontrando que el 9.38% (N=52 adolescentes) tuvieron rasgos de insensibilidad emocional, 11% hombres ($M=26.42 \pm 7.58$) y 6.6% de mujeres ($M=22.08 \pm 8.44$), el rango de edad de los participantes fue de 11 a 16 años ($M= 13.37 \pm .953$), tres adolescentes no identificaron su edad.

Subescalas de Rasgos de insensibilidad emocional

Se obtuvieron las subescalas de insensibilidad emocional en todos los adolescentes que contestaron el cuestionario RIE (N=533), la subescala con mayor puntuación fue la de despreocupación (tabla 1).

Tabla 1. Subescalas de rasgos de insensibilidad emocional en el total de la muestra.

	Total N= 533	
RIE*	Media	DS
Insensibilidad	8.18	4.79
Despreocupación	8.81	4.73
Inexpresividad	7.10	3.07
Total RIE	24.10	8.37

*RIE= Rasgos de insensibilidad emocional.

Autolesiones

De la muestra (n=533) que contestó el cuestionario RIE (rasgos de insensibilidad emocional) y la cedula AUTOLES (autolesiones) del acuerdo al algoritmo DSM-V, 30 adolescentes (5.63%) reportaron autolesiones, y tuvieron una media en el puntaje total del RIE que fue 25.13 ± 10.09 , $F=. 702$, $t=-693$, 531 gl y un nivel de significancia de 0.489. De los cuales fueron 20(3.8%) fueron mujeres y 10(1.9%) hombres , $p=0.11$. Los adolescentes varones

tuvieron más rasgos de insensibilidad emocional $M= 29 \pm 10.24$, $F=4.835$, $t= -1.112$, 251 gl , $p=.267$ que las mujeres cuya media fue 23.20 ± 9.69 , $F=.212$, $t= -.622$, 278 gl , $p= 0.646$.

Rasgos de insensibilidad emocional y autolesiones

Se calcularon las sub escalas del RIE: insensibilidad, despreocupación e inexpressividad, en los adolescentes con autolesiones, diferenciando por sexo. Los adolescentes varones con autolesiones sin intención suicida tuvieron más insensibilidad emocional $M= 12 \pm 5.41$, $F=4.075$, $p= 0.045$ que las mujeres 7.95 ± 5.68 , $F=.258$ y $p= 0.612$, más despreocupación $M=9.0 \pm 4.87$, $F=0.97$ y $p=.755$, que las mujeres $M= 8.25 \pm 5.29$, $F=0.0$, $p= 1.0$ y mayor inexpressividad $M= 8.0 \pm 3.55$, $F=0.10$ y $p= .920$, que las mujeres $M= 7.00 \pm 3.29$, $F=.918$, $p=.339$, aunque estas diferencias no fueron significativas como puede verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Sub escalas de rasgos de insensibilidad emocional en hombres y mujeres con autolesiones de acuerdo al algoritmo DSM V.

	Hombres N (%) 10 (1.87)				Mujeres N (%) 20 (3.75)			
	Máx.	Mín	Media	DS	Máx	Mín	Media	DS
Insensibilidad*	20.00	4.00	12.00	5.41	27.00	2.00	7.95	5.68
Despreocupación*	15.00	2.00	9.00	4.87	21.00	0.00	8.25	5.29
Inexpressividad*	13.00	3.00	8.00	3.55	12.00	0.00	7.00	3.29
Total*	15	1.00	7.90	2.89	15	0.00	6.37	3.04

Nota* = No se encontraron resultados estadísticamente significativos

Al analizar la pregunta “ ¿Te lesionas sin la intención de quitarte la vida?” del total de la población $N=533$, el 17% $N= 91$ respondieron afirmativamente, y

tuvieron una media de RIE total de ($M=24.40 \pm 8.85$), $F=416$, $p.519$. De los cuales $N=25$, 9.88% fueron hombres con rasgos de insensibilidad emocional de ($M=27.36 \pm 8.45$) y $N=67$, 23.57% corresponden a mujeres, con rasgos de insensibilidad emocional ($M=23.28 \pm 8.80$).

Se analizó la población de adolescentes que se autolesionaban sin intención suicida y las sub escalas de rasgos de insensibilidad emocional por género (Tabla. 3, Gráfica 1)

Tabla 3. Comparación entre sub escalas de rasgos de insensibilidad emocional y autolesiones con y sin intención suicida en hombres y mujeres.

Autolesiones				
RIE	Autoles (-)		Autoles (+)	
	Hombres M (DE) 228 (90.1)	Mujeres M (DE) 213 (76)	Hombres M (DE) 25 (9.8)	Mujeres M(DE) 67 (23.5)
Insensibilidad	8.90 (4.8)	7.25 (4.4)	9.84 (4.3)	8.03 (5.1)
Despreocupación	9.50 (4.6)	8.20 (4.7)	8.96 (4.3)	8.39 (4.9)
Inexpresividad	7.83 (2.8)	6.21 (3.0)	8.56 (3.1)	6.86 (3.1)

Nota* = No se encontraron resultados estadísticamente significativos
Autoles(-)= Sin intención suicida, Autoles (+)= con intención suicida.

De acuerdo a la pregunta ¿Te lesionas con la intención de quitarte la vida?. Del total de los participantes $N=533$, sólo $N=27$ (5%), respondieron de manera afirmativa, presentando rasgos de insensibilidad emocional de ($M=27.40 \pm 9.34$). $F=.392$, $p.532$. Por género se encontró que: ,de los hombres, $N=6$ 2.37% presentaron autolesiones con intención suicida con rasgos de insensibilidad emocional de ($M=25.0 \pm 10.0$) y en las mujeres que se autolesionaban con intención suicida $N= 21$, 7.5%, obtuvieron rasgos de insensibilidad emocional de ($M=28.0 \pm 9.28$) se autolesionó con la intención de

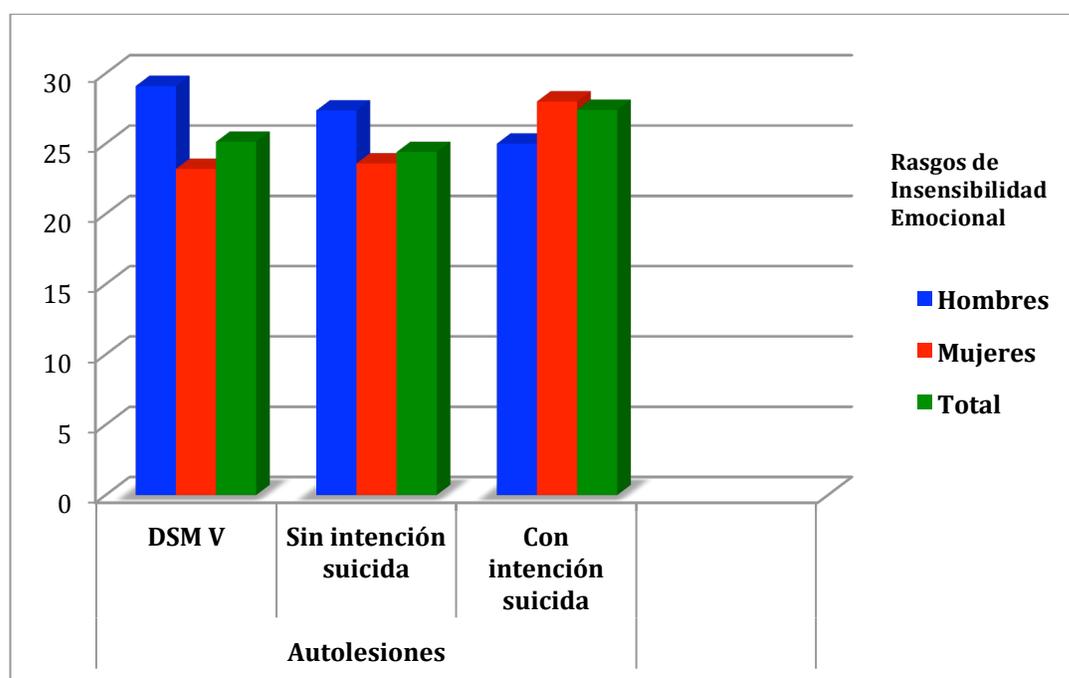
quitarse la vida (tabla, 4). Como observamos en la grafica 1, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes con autolesiones con intención y el grupo sin intención suicida.

Tabla 4. Rasgos de insensibilidad y autolesiones de acuerdo a DSM-V, autolesiones sin intento suicida y autolesiones con intento suicida.

Autolesiones		
RIE	Autoles (-) M (DE)	Autoles (+) M (DE)
Hombres	27 (8.4)	25 (10.0)
Mujeres	23 (8.8)	28 (9.28)
Total	24 (9.3)	27(9.34)

* *No se encontraron resultados estadísticamente significativos*
Autoles (-)= sin intención suicida, Autoles (+)= con intención suicida .

Grafica 1. Comparación del Total de Rasgos de insensibilidad en hombres y mujeres en los grupos de: Autolesiones con intención suicida, Autolesiones sin intención suicida y Autolesiones según definición del DSM-V



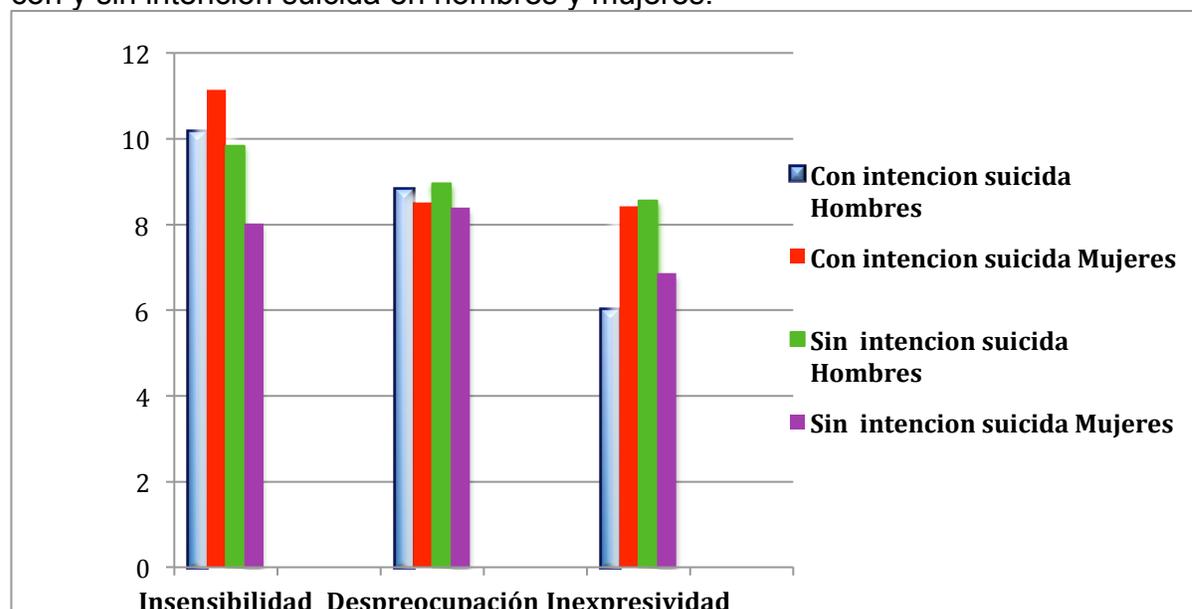
Se comparó las medias del RIE entre los grupos de autolesiones con y sin intención suicida, por sexo. Se observó que las mujeres tuvieron puntaje más alto en las subescalas de insensibilidad y despreocupación, $p > 0.005$ (tabla. 5, gráfica 2).

Tabla 5. Sub escalas de rasgos de insensibilidad emocional y autolesiones con y sin intento suicida en hombres y mujeres.

Autolesiones				
RIE Media(DE)	Sin intento		Con intento	
	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	Mujeres N (%)
		275(97.62)	259(92.5)	6(2.37)
Insensibilidad^a	8.97 (4.82)	7.13 (4.40)	10.16 (4.4)	11.14(6.05)
Despreocupación	9.44 (4.54)	8.22 (4.80)	8.83 (7.19)	8.52 (4.68)
Inexpresividad^b	7.95 (2.89)	6.20 (3.00)	6.00 (2.60)	8.42 (2.85)

Nota: a y b= Comparación entre las medias de los puntajes de insensibilidad e inexpresividad en mujeres con autolesiones sin intento suicida V.S mujeres con autolesiones con intento suicida, $p > 0.005$.

Gráfica 2. Sub escalas de rasgos de insensibilidad emocional y autolesiones con y sin intención suicida en hombres y mujeres.



DISCUSIÓN

En este estudio investigamos la relación entre los rasgos de insensibilidad emocional y las autolesiones en una muestra de adolescentes de la comunidad.

La frecuencia de rasgos de insensibilidad emocional fue de 9.38% resultado consistente con las cifras de Frick 2010, que van del 7 a 11% en población comunitaria y 12 a 33% en población con trastornos de conducta.

Los adolescentes mexicanos de la comunidad tuvieron más rasgos de despreocupación seguidos de insensibilidad e inexpresividad, estos resultados son semejantes a un estudio nacional y otro internacional en los que se utilizó el mismo instrumento. En ambos estudios la subescala con mayor puntuación fue la de despreocupación y las medias de RIE total en ambos estudios es de 24 (Roose, 2010, Galván, 2011 y Luna, 2010).

En cuanto al objetivo de este estudio que fue describir las diferencias entre los niveles de rasgos de insensibilidad emocional y la práctica de autolesiones se encontró que según el algoritmo de autolesiones propuesto para el DSM-V, los hombres obtuvieron medias más elevadas de RIE comparado con las mujeres (29 ± 10.24 Vs 23.20 ± 9.69), esta información puede apoyar lo ya descrito respecto a que los hombres tienen niveles más altos de RIE, además de darle sustento a la propuesta de Rasgos de insensibilidad emocional para el DSM-V (Frick, 2010).

Al comparar el grupo con autolesiones sin intención suicida y el grupo sin autolesiones tuvieron rasgos de insensibilidad emocional semejantes ($M=24.10$

± 8.37 vs. $M=24.40 \pm 8.85$) respectivamente, mientras que el grupo de autolesiones con intención suicida los rasgos de insensibilidad emocional fueron mayores ($M=27.40 \pm 9.43$). Por sexo las mujeres quienes obtuvieron medias mayores a los hombres en las tres subescalas, pero solo la insensibilidad e inexpresividad fueron significativas. Este resultado coincide con las descripciones realizadas en el estudio de Swogger en 2009 en el que concluye que el sexo femenino con conductas psicopáticas presentan autolesiones con intención suicida y que la presencia de rasgos psicopáticos predice conductas violentas hacia uno mismo o los demás (Swogger, 2012). En contraste otros estudios contradicen estos resultados ya que han reportado una asociación negativa entre la psicopatía y los intentos suicidas del sexo femenino. Específicamente en adolescentes del sexo femenino existe una correlación negativa entre los rasgos de insensibilidad emocional y los intentos suicidas, desempeñando un factor protector en relación al suicidio (Verona, 2005 ó Javdani). La diferencia en cuanto a resultados puede deberse al tipo de población estudiada y los instrumentos empleados en cada estudio.

Aún cuando en ninguno de los casos se encontró diferencias significativas, se observó que ante la presencia de autolesiones con intención suicida las medias de rasgos de insensibilidad se elevan. Este resultado es importante pues ayudaría al clínico a detectar a aquellos adolescentes que realizaran un viraje de autolesionarse sin intención suicida a autolesionarse con intención suicida. Este resultado es consistente con lo reportado por Douglas 2006, quien describe que los individuos con comportamiento antisocial tienen un riesgo mayor de ideación o comportamiento suicida. Además en población reclusa

con rasgos de insensibilidad altos se describe mayor riesgo suicida, respecto al resto de la población (Pratt, 2006).

En el grupo de autolesiones sin intención suicida los hombres obtuvieron medias mayores a las mujeres en las tres subescalas (insensibilidad, despreocupación e inexpresividad) sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

El grupo de adolescentes con autolesiones presentan rasgos de insensibilidad emocional más elevados respecto al grupo sin autolesiones y estos rasgos de insensibilidad emocional aumentan más en quienes presentan autolesiones con intención suicida.

Específicamente las subescalas de insensibilidad e inexpresividad de los RIE presentan diferencias significativas en autolesiones con intención suicida. Por lo que el constructo de rasgos de insensibilidad emocional nos puede ser útil para detectar a grupos con autolesiones con mayor riesgo de intención suicida, además de que como sabemos los rasgos de insensibilidad emocional presentan un peor pronóstico debido a la pobre respuesta a tratamiento y la impulsividad asociada.

Estos resultados deben ser replicados por otros estudios. Nuestro estudio tiene limitaciones importantes. La primera es que sólo incluimos adolescentes que asisten a la escuela lo que nos impidió evaluar a adolescentes que no asisten a la escuela o que dejaron de asistir a la misma. Se sabe que este grupo presenta más uso y abuso de sustancias, mayor psicopatología y probablemente también más autolesiones.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Fecha/día/mes y año

El acoso escolar y su asociación con los Rasgos de Insensibilidad emocional en una muestra de escolares en México.

Se me ha informado que el propósito de la investigación en la que participaremos yo y mi hijo (padre y alumno), es estudiar la posible asociación que existe entre la insensibilidad emocional y el acoso escolar en adolescentes alumnos de secundaria y tiene como finalidad aportar información para identificar los diferentes roles que desempeñan los alumnos en el Acoso Escolar, así como sus características afectivas y de relaciones interpersonales.

Con mi participación voluntaria contribuiré a aportar información valiosa que será empleada en esta investigación.

La participación de mi hijo consistirá únicamente en contestar en el aula de clases los cuestionarios VEA (Valoración Escolar de Acoso) y RIE (Rasgos de Insensibilidad Emocional) en aproximadamente 35 minutos.

Mi participación como padre consistirá en contestar la escala CBCL que tiene como finalidad conocer el comportamiento del adolescente.

Beneficios

Se proporcionara información sobre el bullying en general y estrategias de prevención. En caso de que se detecte que el comportamiento del alumno de acuerdo a las escalas amerita atención profesional, se orientara a los padres al respecto.

Confidencialidad

Mi identidad y la de mi hijo no serán reveladas en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal sólo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para fines del mismo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para mi persona o para mi hijo(a). De la misma manera, mi información, será destruida en el momento en que yo decidiera ya no participar en el estudio.

Contacto

En caso de existir alguna duda respecto al estudio contactar con la Dra. Yariela Delgadillo González Tel 5537569461 correo electrónico: yarieladg@hotmail.com

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del alumno

Firma del investigador

Testigo 1 Nombre y Firma.

Testigo 2 Nombre y Firma

ANEXO 2. BULLYING Y AUTOLESIONES

El acoso escolar, conocido como “bullying” en inglés, se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones ya sea de manera verbal, psicológica o física para lastimar y dominar a otro niño, sin que hayan sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse. El acoso escolar puede ocurrir en el camino a la escuela o de regreso, aunque la mayor parte del acoso ocurre en la escuela. El participar de alguna manera, directa o indirectamente en el acoso escolar, tiene repercusiones en los participantes y la investigación que se pretende realizar, tiene como objetivo buscar la asociación entre el acoso escolar y las autolesiones, definiéndose como autolesiones como el comportamiento dirigido a ocasionar deliberadamente daño físico directo al propio cuerpo (cortes superficiales en la piel, quemar, golpear, entre otras), sin la intención de morir como consecuencia de esta conducta.

Se me ha informado ampliamente que el **propósito** de la investigación en la que participará mi hijo(a) (alumno(a)), es estudiar la posible asociación que existe entre el acoso escolar (bullying) y el riesgo de autolesiones en adolescentes alumnos de secundaria, sus características afectivas y de relaciones interpersonales.

La participación de mi hijo consistirá en contestar en el aula de clases los cuestionarios VEA (Valoración Escolar de Acoso) y el REPORTE DE AUTOLESIONES en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Beneficios

Se proporcionará información a los maestros de la escuela, a los padres y alumnos, por medio de pláticas (que se programarán de acuerdo a las necesidades y actividades de los mismos) sobre el acoso escolar, factores relacionados y complicaciones en general y estrategias de prevención. En caso de que se detecte que el comportamiento del alumno de acuerdo a los cuestionarios amerita atención profesional, se contactará específicamente a los alumnos en cuestión y a su responsable para orientarlos al respecto y de ser necesario, sugerir la asistencia al “Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro” o a la institución pertinente.

Confidencialidad

Mi identidad y la de mi hijo(a) no serán reveladas en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio, el cual servirá para la realización de la tesis para obtener el título de Psiquiatría infantil y de la adolescencia de la Dra. García Luna y posiblemente para realizar un artículo que podría ser publicado en una revista médica.

He leído el consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en el estudio. Estoy enterado que mi hijo(a) puede suspender su participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para mi persona o para mi hijo(a). De la misma manera, la información de mi hijo (a), será destruida en el momento en que él/ella decidiera ya no participar en el estudio.

Contacto

En caso de existir alguna duda respecto al estudio contactar con la Dra. Adriana Xóchitl García Luna. Tel. 5541829585 correo electrónico: adyxluna@hotmail.com o Dra. Lilia Albores Gallo, asesora de la investigación, teléfono 54854370 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” con domicilio en Calle San Buenaventura núm.86 Col. Tlalpan, Centro, México, D.F. C.P. 14000 Tel. 5573480

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma de la madre o tutora

Testigo 1 Nombre y Firma.

Testigo 2 Nombre y Firma

Firma del investigador

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3. BULLYING Y AUTOLESIONES

El acoso escolar, conocido como “bullying” en inglés, se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones ya sea de manera verbal, psicológica o física para lastimar y dominar a otro niño, sin que hayan sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse. El acoso escolar puede ocurrir en el camino a la escuela o de regreso, aunque la mayor parte del acoso ocurre en la escuela. El participar de alguna manera, directa o indirectamente en el acoso escolar, tiene repercusiones en los participantes y la investigación que se pretende realizar, tiene como objetivo buscar la asociación entre el acoso escolar y las autolesiones, definiéndose como autolesiones como el comportamiento dirigido a ocasionar deliberadamente daño físico directo al propio cuerpo (cortar la piel, quemar, golpear, entre otras), sin la intención de morir como consecuencia de esta conducta.

Se me ha informado ampliamente que el **propósito** de la investigación en la que participaré (alumno(a)), es estudiar la posible asociación que existe entre el acoso escolar y el riesgo de autolesiones en adolescentes alumnos de secundaria, sus características afectivas y de relaciones interpersonales.

Mi participación consistirá en contestar en el aula de clases los cuestionarios VEA (Valoración Escolar de Acoso) y el REPORTE DE AUTOLESIONES en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Beneficios

Me proporcionarán información sobre el acoso escolar, factores relacionados y complicaciones en general y estrategias de prevención, por medio de pláticas (que se programarán en coordinación con la dirección de la escuela y de acuerdo a mis actividades escolares). En caso de que de acuerdo a los cuestionarios, se detecte que mi comportamiento amerita atención profesional, los investigadores se comunicarán específicamente y de manera confidencial conmigo y mi tutor para orientarnos al respecto y de ser necesario, me sugerirán la asistencia al “Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro” o a la institución pertinente.

Confidencialidad

Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para fines del mismo. He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para mi persona. De la misma manera, mi información, será destruida en el momento en que yo decidiera ya no participar en el estudio.

Contacto

En caso de existir alguna duda respecto al estudio contactar con la Dra. Adriana Xóchitl García Luna. Tel. 5541829585 correo electrónico: adyxluna@hotmail.com o Dra. Lilia Albores Gallo, asesora de la investigación, teléfono 54854370 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” con domicilio en Calle San Buenaventura núm.86 Col. Tlalpan, Centro, México, D.F. C.P. 14000 Tel. 5573480

Nombre y firma del participante

Testigo 1 Nombre y Firma.

Testigo 2 Nombre y Firma

Firma del investigad

México D.F. 10 de enero 2013

A través de este medio expreso mi autorización para que Yariela Delgadillo González, utilice la información que recabe mediante el cuestionario AUTOLES, lo anterior para fines de análisis secundario, esta información será empleada en su tesis de psiquiatría la cual se titula **Asociación entre Rasgos de Insensibilidad Emocional y autolesiones en una muestra de adolescentes.**

Atte.



Adriana Xóchitl García Luna

BIBLIOGRAFÍA.

- American Psychiatric Association (2001) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson.
- Andover SA, Morris BW, Wren A, Bruzzese EM. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012; 6:11-18.
- Appelbaum LK, Savageau AJ, Trestman LR, Metzner LJ, Baillargeon, J. A National Survey of Self-Injurious Behavior in American Prisons. *Psychiatric services*. 2011;62(3) 285-290.
- Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, Kapur N. Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *The lancet*. 2012; 1-7.
- Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S, Mitchell DG, Pine DS. The development of psychopathy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(4): 262-276.
- Borrill J, Burnett R, Atkins R. Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black /mixed race female prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2003,13:229–240.
- Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998; 68: 609–620.
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47: 372–394.
- Contreras Hernandez Cecilia. Autolesiones en pacientes adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N.Navarro frecuencia y características clínicas asociadas. (Tesis para obtener la especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México. 2012.
- Crapanzano MA, Frick PJ, Terranova MA. Patterns of Physical and Relational Aggression in a School-Based Sample of Boys and Girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2010; 38:433–445.
- Dadds MR, Salmon K. Punishment insensitivity and parenting: Temperament and learning as interacting risks for antisocial behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2003; 6: 69-86.
- Dadds MR, Perry Y, Hawes D J, Merz S, Riddell AC, Haines DJ, et al. Attention to the eyes and fear- recognition deficits in child psychopathy. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 189: 280–281.
- Delgadillo González, Y. El acoso escolar y su asociación con la presencia de rasgos de insensibilidad emocional en una muestra de escolares en México (Tesis para obtener la especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México. 2012
- Douglas KS, Herbozo S, Poythress NG, Belfrage H, Edens JF. Psychopathy and suicide: A multisample investigation. *Psychological Services*. 2006; 3:97–116.
- Edens JF, Skopp NA, Cahill MA. Psychopathic features moderate the relationship between harsh and inconsistent parental discipline and adolescent antisocial behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008; 37: 472–476.
- Essau CA, Sasagawa S, Frick PJ. Callous-unemotional traits in community sample of adolescents. *Assessment*. 2006; 13: 454-469.
- Evans E, Hawton K, Rodham K. In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help seeking, communication and coping strategies? *Journal Adolesc*. 2005; 28:573–587.
- Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in

- adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24: 957–979.
- Frick PJ. Extending the construct of psychopathy to youth: Implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54: 803-812.
 - Frick PJ, Viding E. Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*. 2009; 21: 1111–113.
 - Frick PJ, Moffit TE. A Proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Groups to Include a Specifier to the Diagnosis of Conduct Disorder based on the Presence of Callous-Unemotional Traits. American Psychiatric Association. 2010; 1-36.
 - Galván García CS. Validez y confiabilidad del Inventario de Rasgos de Insensibilidad emocional de Frick, en una muestra de adolescentes escolares y de adolescentes en conflicto con la ley. (Tesis para obtener la especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México. 2011
 - Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, Rockliff H. Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social Rank. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010; 49: 563–576.
 - Giletta M, Scholte HJ, Engels CM, Ciairano S. Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*. 2012; 197: 66–72.
 - Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Science and Practice*. 2003;10: 192–205.
 - Hare RD. *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*. New York: Pocket Books; 1993.
 - Hawton K, Rodham K, Evans E, Harriss L. Adolescents who self-harm: a comparison of those who go to hospital and those who do not. *Child and Adolescent Mental Health*. 2009; 14:(1) 24–30.
 - Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatheral R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 325:(23); 1207-1211.
 - Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64:1152–1168.
 - Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*. 1997; 31: 451–465.
 - Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007; 11(2):129–147.
 - Javdani S, Sadeh N, Verona E. Suicidality as a Function of Impulsivity, Callous/Unemotional Traits, and Depressive Symptoms in Youth. *J Abnorm Psychol*. 2011; 120(2): 400–413.
 - Jones AP, Laurens KL, Herba C, Barker G, Viding E. Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous–unemotional traits. *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166: 95–102.
 - Kimonis RE, Armstrong K. Adapting Parent–Child Interaction Therapy to Treat Severe Conduct Problems With Callous-Unemotional Traits: A Case Study. *Clinical Case Studies*. 2012;11:(3) 234–252
 - Kolko DJ, Dorn LD, Bukstein OG, Pardini D, Holden EA, Hart J. Community vs.

- clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: A clinical trial with 3-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009; 37: 591-609.
- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2): 226-239.
 - Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*. 2009; 166: 260–268.
 - Knowles S, Townsend E, Anderson M. Factors associated with self-harm in community-based Young offenders: the importance of psychological variables. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 2011;22(4): 479–495 .
 - Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005; 34:(5) ,447–457.
 - Leistico AR, Salekin RT, De Coster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis related the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*. 2008; 32: 28–45.
 - Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Kierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37:1183–1192.
 - Low G, Jones D, MacLeod A, Power M, Duggan C. Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*. 2002; 73: 269–278.
 - Luna CM., Qualter P, Padget G. Empathy and Bullying: Exploring the Influence of Callous-Unemotional Traits. *Child Psychiatry & Human Development* 2011; 42(2): 183-196.
 - Lundh LG, Wångby-lundh M, Bjarehed J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2011; 52: 476–483.
 - Marsh AA, Finger EC, Mitchell DG, Reid ME, Sims C, Kosson DS, et al. Reduced amígdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous–unemotional traits and disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: 712–720.
 - Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin BJ, Patton CG. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The lancet*. 2012; 379: 236–43.
 - Munoz L C, Frick PJ, Kimonis ER, Aucoin KJ. Types of aggression, responsiveness to provocation, and callous–unemotional traits in detained adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2008; 36: 15–28.
 - Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005; 75: 324–333.
 - Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res*. 2007;11(1):69–82.
 - Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012; 6:10
 - Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75:707–715.
 - Nock MK. Why does People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009; 18(2): 78–83.
 - Nock MD, Joiner TE, and Gordon KL, et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relationship to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006; 144(1): 65–72.

- Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114(1): 140–146.
- Paniagua Karina. (Tesis para obtener la especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). Universidad Nacional Autónoma de México. 2012
- Pardini DA, Lochman J E, Frick PJ. Callous/ unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 364–371.
- Pardini DA, Lochman JE, Powell N. The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children: Are there shared and/or unique predictors? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2007; 36: 319-333.
- Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE. Building evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. *J Abnorm Psychol.* 2010; 119(4): 683-688.
- Pasalich DS, Dadds RM, Vincent CL, Cooper AF , Hawes JD, Brennan J. Emotional Communication in Families of Conduct Problem Children With High Versus Low Callous-Unemotional Traits. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2012; 41(3): 302–313.
- Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry.* 1983; 140: 867–72.
- Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: A populationbased cohort study. *Lancet.* 2006; 368:119–123.
- Roose A, Bijttebier P, Decoene S, Claes L, Frick P. Assessing the Affective Features of Psychopathy in Adolescence: A Further Validation of the Inventory of Callous and Unemotional Traits. *Assessment.* 2010; 17; 44-57.
- Sebastian LC, McCrory JP, Charlotte AM, Lockwood LP, De Brito AS, Fontaine MG, Viding E. Neural Responses to Affective and Cognitive Theory of Mind in Children With Conduct Problems and Varying Levels of Callous-Unemotional Traits. *Arch gen psychiatry.* 2012; 69 (8): 526-537
- Sadeh N, Verona E, Javdani S, Olson L. Examining psychopathic tendencies in adolescence from the perspective of personality theory. *Aggressive Behavior.* 2009; 35:1–9.
- Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius, H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders.* 2006; 93: 87–96
- Stanford L, Jones PM. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and ‘normal’ groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2009; 50(7): 807–815.
- Swogger M, Conner RK, Meldrum CS, Caine E. Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious behavior. *J Pers Disord .* 2009; 23 (2): 201–210.
- Swogger M, Walsh Z, Homaifar B, Caine E, Conner K. Predicting self- and other-directed violence among discharged psychiatric patients: the roles of anger and psychopathic traits. *Psychological Medicine.* 2012; 42 (02): 371-379.
- Verona E, Hicks B, Patrick C. Psychopathy and Suicidality in Female Offenders: Mediating Influences of Personality and Abuse. *J Consult Clin Psychol.* 2005; 73(6): 1065–1073.
- Victor SA , Glenn CR, Klonsky DE. Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research.* 2012; 197: 73–77.
- Viding E, Jones AP, Frick PJ, Moffitt TE, Plomin R. Heritability of antisocial behavior at 9: do callous-unemotional traits matter? *Dev Sci.* 2008;11(1): 17-22.

- Waschbusch DA. A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*. 2002; 128: 118-150.
- Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, M Abrams BG, Marchell T, et al. Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American college health*. 2011; 59(8): 691-698.
- Whitlock JL, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006; 117(6): 1939 - 1948.
- Yates MT, Luthar SS, Tracy JA. Nonsuicidal Self-Injury Among "Privileged" Youths: Longitudinal and Cross-Sectional Approaches to Developmental Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2008 by the American Psychological Association. 2008; 76(1): 52–62