

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



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

**PRÁCTICAS PARENTALES Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN
ADOLESCENTES CON AUTOLESIONES**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Mónica Ixchel Sánchez Pérez

TUTORA:

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

ASESORA:

Dra. Miriam del Valle Ortega

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

Antecedentes: Una lesión deliberadamente autoinfligida es aquella conducta dirigida a ocasionar daño físico directo, sin la intención de morir como consecuencia. En general la prevalencia a lo largo de la vida en adolescentes es de 12 a 37.2%.

Desde la perspectiva familiar se postulan diferentes procesos relacionados: trastornos en la comunicación padre-hijo, conflictos familiares y disfunción familiar grave; en los estilos parentales se ha encontrado que la baja supervisión materna y una alta imposición paterna influyen en las conductas problemáticas de los jóvenes.

El afrontamiento, es el esfuerzo cognitivo y conductual para manejar las demandas específicas externas y/o internas que van más allá de los recursos del individuo. Se ha encontrado una correlación entre el uso de estrategias de evitación y malestar psicológico.

Objetivo: describir los estilos parentales percibidos y las estrategias de afrontamiento de los adolescentes que presentan autolesiones.

Métodos: participaron pacientes que acudieron a la preconsulta o que se encontraban hospitalizados en el HPI "Juan N. Navarro". Se aplicó el MINI-KID, Escala de Prácticas parentales, Escala de Afrontamiento para Adolescentes, Cuestionario de prácticas parentales.

Resultados: la muestra fue de 60 pacientes (14 años), la mayoría fueron mujeres. Las estrategias de afrontamiento más frecuentes fueron: diversiones relajantes, distracción física, reservarlo para sí, autoinculparse. Los padres reportan altos niveles de control y los adolescentes la perciben mayormente.

Conclusiones: los adolescentes con autolesiones utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución del problema, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo; perciben a ambos padres como controladores y estos comparten estrategias parentales.

Palabras clave: Autolesiones; Prácticas parentales; Estrategias de afrontamiento.

INDICE

RESUMEN	- 2 -
INDICE	- 3 -
INTRODUCCIÓN	- 5 -
MARCO TEORICO	- 6 -
Autolesiones	- 6 -
Estilos parentales.....	- 11 -
Estrategias de Afrontamiento.....	- 13 -
Justificación.....	- 17 -
Planteamiento del problema.....	- 18 -
HIPOTESIS.....	- 18 -
OBJETIVO GENERAL:	- 18 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	- 18 -
MATERIAL Y MÉTODOS	- 18 -
Criterios de inclusión:	- 19 -
Criterios de exclusión:.....	- 19 -
Criterios de eliminación:	- 19 -
Procedimiento:	- 19 -
Instrumentos:	- 20 -
Análisis estadístico:.....	- 24 -
RESULTADOS	- 25 -
Características sociodemográficas de la muestra.....	- 25 -
Características clínicas de la muestra.	- 25 -
Características de la conducta autolesiva.	- 26 -
Estrategias de afrontamiento.....	- 26 -

Prácticas parentales.....	- 29 -
A) AUTOREPORTE DE LOS PADRES DE PRÁCTICAS PARENTALES.....	- 29 -
B) REPORTE DE PRÁCTICAS PARENTALES SEGÚN EL HIJO.....	- 30 -
C) CORRELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PRÁCTICAS PARENTALES.....	- 31 -
DISCUSIÓN.....	- 33 -
Autorreporte de padres:	- 35 -
CONCLUSIONES	- 37 -
LIMITACIONES.....	- 37 -
Bibliografía	- 38 -
ANEXOS	- 44 -

INTRODUCCIÓN

Lo que constituye la autolesión sin intención suicida se ha convertido en un tema de debate, tanto por su etiología, características, e incluso su definición; sin embargo la presencia de este fenómeno sigue en aumento en poblaciones cada vez más jóvenes.

Las teorías sobre su etiología son múltiples, así como los factores de riesgo que se han asociado; sin embargo continúa siendo un tema a estudiar.

Cuando evaluamos y/o tratamos con adolescentes y niños, debemos estar pendientes de la familia en la que se desenvuelve; ya que los padres son los primeros y principales moldeadores, además de influir directamente en la formación del individuo. Así tenemos que los estilos parentales influirán en diversas características del individuo y de la forma en la que éste se relaciona con otros y con su medio.

Ya que las autolesiones son un fenómeno que se vuelve común, es necesario conocer más acerca de sus características y de los factores que pueden influir en ellas para poder realizar estrategias de acercamiento y tratamiento para estas personas; debido a lo anterior se propuso estudiar los estilos parentales y las estrategias de afrontamiento en los adolescentes con autolesiones.

MARCO TEORICO

La adolescencia es un período de cambios significativos durante el cual los jóvenes pasan por los cambios físicos asociados con la pubertad y se enfrentan a retos nuevos en su transición hacia la escuela media superior, donde se encuentran con pares y mayor presión académica¹.

El número de jóvenes que experimentan problemas emocionales y del comportamiento aumenta cada vez más; investigaciones en neurociencia^{2,3} han contribuido a la comprensión de por qué el riesgo de estos problemas aumenta durante esta etapa, sugiriendo que existe una demora del desarrollo, entre la intensificación de los estados emocionales y conductuales que acompañan los cambios hormonales de la pubertad en la adolescencia temprana y el dominio de habilidades de afrontamiento cognitivas (p. ej.: hacerse ilusiones, preocuparse, ignorar el problema, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema) y emocionales (p. ej.: buscar apoyo social, pertenencia, invertir en amigos íntimos) que aparecen a través del desarrollo cortical durante la adolescencia tardía y adultez temprana. Esta demora deja a los adolescentes más vulnerables y propensos a cambios de humor con un mayor sesgo en la interpretación de las experiencias, de autocrítica, un juicio pobre, y estrategias de afrontamiento basadas en las emociones¹.

Autolesiones.

Estas características del desarrollo de los adolescentes también podrían contribuir al aumento en estrategias de afrontamiento erróneas como son las lesiones autoinflingidas deliberadamente (LAD), que se ha observado en los últimos años. Los adolescentes son particularmente vulnerables a percibir los problemas como abrumadores y buscar soluciones de “todo o nada”¹.

Algunas personas pueden infringirse daño directa o indirectamente a sí mismos, sin la intención de morir, en formas muy diversas, algunas culturalmente sancionadas y patológicas. El fenómeno de la autoagresión es heterogéneo en naturaleza, indicador de mala adaptación, provocando un impacto tanto en quien lo realiza como a los que le rodean, encontrando su fuerza en los sentimientos de autodestrucción, y por supuesto, son una llamada para una intervención efectiva. Otros sinónimos de las conductas autolesivas pueden ser suicidio parcial, antisuicidio, pseudosuicidio, autolesión deliberada, autocortes

finos, síndrome de las muñecas cortadas (Wrist-cutting síndrome) y automutilación (self-harm behaviors)⁴.

En cuanto a la clasificación de las autolesiones muchos autores expertos en el campo opinan que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) ofrece pocas e inconsistentes guías al respecto, siendo común que sean vistas como un síntoma dentro de un trastorno psiquiátrico. Los estudios muestran que un 4% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos se lesionan cortándose, siendo la proporción mujer-hombre de casi 3 a 1⁴.

Una LAD es toda aquella conducta dirigida a ocasionar deliberadamente daño físico directo al propio cuerpo, sin la intención de morir como consecuencia de esta conducta⁴.

Es una *conducta deliberada*, es decir, consciente en su motivación, por lo tanto aquellos actos cometidos en estado disociativo no entran en este grupo de conductas, así como tampoco las accidentales. *Daño físico directo*, implica daño que es bastante más inmediato en impacto; por lo que se excluye el fumar y el tomar alcohol en forma excesiva; el daño físico puede ser externo; como el cortarse la piel, picarse; o interno, como la ingestión de objetos afilados. Por otro lado, *sin la intención de morir*, es uno de los aspectos más difíciles de obtener, pues los individuos pueden presentar a menudo un intenso estado disfórico, de tristeza o desesperación cuando se autolesionan y pueden experimentar ideas suicidas. Sin embargo, estos pacientes llegan a describir su conducta autodestructiva sin la intención de morir, e inclusive hablan de la disminución del estado disfórico después de la autolesión⁴.

Esta forma de autolesión incluye lesiones que son: a) compulsivas (rituales y rara vez premeditadas como tirar del pelo o tricotilomania), b) episódica (de vez en cuando y sin identificarse como alguien que se autolesiona), y c) repetitivas (realizadas sobre una base regular e identificándose como una persona que se autolesiona). Las LAD comunes pueden ser leves, moderadas o graves, dependiendo de la letalidad de las lesiones. Aunque las LAD pueden y ocurren junto con enfermedades mentales clasificadas en el DSM-IV-TR, tales como depresión, ansiedad, etc.; cada vez es más evidente que pueden presentarse de forma independiente⁵.

En general, las investigaciones en Estados Unidos, tienden a encontrar que la prevalencia de las LAD a lo largo de la vida oscilan entre el 12 a 37.2% en jóvenes de

secundaria⁶ y entre el 12 a 20%⁷ en la adolescencia tardía y en jóvenes adultos. Muestran una edad de inicio promedio entre los 11 y 15 años⁶, con una edad distribuida entre los 10-24 años⁶. De todos los jóvenes que reportan autolesiones, más de tres cuartos las reportan de forma repetitiva y un 6-7% reportan lesiones repetitivas en el último año⁶. En general, aproximadamente un cuarto de todos los adolescentes y adultos jóvenes con LAD informan que esta solo fue una vez en su vida^{8,9}, pero ya que incluso un solo episodio se correlaciona con historia de abuso y con ansiedad o tendencias suicidas, puede haber un grupo de adolescentes en el que solo un incidente de LAD sirva como indicador de riesgo para otras conductas de riesgo o patologías⁶. La duración de estas conductas no se ha estudiado ampliamente, sin embargo se ha visto que la mayoría (79.8%) de los jóvenes que se autolesionan de forma repetida reportaron que dicha conducta terminó en los 5 años siguientes y el 40% en el siguiente año⁶.

Aunque la mayoría a menudo asocia las LAD con “cortes”, las formas más comunes entre los jóvenes incluyen rayarse, cortarse, perforarse, golpear objetos, darse puñetazos o golpearse a uno mismo, morderse, rasgar o romper la piel; escarbarse o quemarse^{9,11}. Los lugares en los que se realizan estas lesiones son diversos, como cara, ojos, cuello, región yugular, pecho o genitales, que pueden ser indicativos clínicamente de mayor perturbación psicológica que las que se causan en otros lugares. La mayoría de los jóvenes que reportan LAD de repetición también reportan varios métodos y lugares⁶.

En general, las razones para las LAD se dividen en tres categorías generales: razones psicológicas, sociales y biológicas. De estas funciones, las psicológicas son las más citadas y se centran en la reducción del dolor psicológico, expresar y aliviar la angustia psicológica, y el reorientar su atención lejos de estímulos negativos^{6, 12,13}. Razones menos comunes son el “que alguien les preste atención” y “para conseguir un incremento de energía”. Ambos destacan el papel de los modelos psicológicos y biológicos en el mantenimiento de las LAD.

Los modelos sociales señalan el cumplimiento de múltiples funciones al mismo tiempo por medio de las LAD, muchas de las cuales son intrapersonales (regulación emocional), sin embargo algunas son interpersonales fundamentalmente. Además de identificarlas como un factor que predispone al adolescente en una situación de riesgo, se toma como una liberación de emociones negativas¹⁴⁻¹⁶, la investigación encuentra factores interpersonales que también contribuyen al mantenimiento de las LAD^{14,15}.

Los modelos biológicos tienden a centrarse en el papel de las LAD en la regulación endógena de opioides. El modelo de homeostasis de las LAD, sugiere que las personas que se lastiman a sí mismas pueden tener niveles bajos de opioides endógenos de forma crónica. En este modelo, la LAD es correctiva, representando un intento para corregir hacia un nivel normal. Estos niveles bajos pueden ser el resultado de una historia de abuso, trauma, negligencia, o el ser dotado biológicamente¹⁷. Estos modelos son útiles para comprender cómo y por qué algunas personas perciben que dependen de las LAD para su regulación emocional.

En las poblaciones clínicas, las LAD están fuertemente asociadas a historia infantil de abuso, especialmente abuso sexual^{5, 14}. También está vinculada a los trastornos de la alimentación, el abuso de sustancias, el trastorno por Estrés Post-traumático, el trastorno de personalidad límite, depresión y trastorno de ansiedad^{14, 18-20}.

Muchos estudios alrededor del mundo han verificado la existencia de las LAD. En el año 2000, Nichols²¹, realizó una recopilación de datos epidemiológicos encontrando que la incidencia en la población general es de 1.4%. En este estudio del 85 al 97% eran del sexo femenino. Cuando se busca la incidencia de esta conducta en adolescentes puede llegar a 12%. Sin embargo las prevalencias de las autolesiones en adolescentes varían según el lugar de la investigación²²⁻²⁴.

En la siguiente tabla podemos observar las prevalencias encontradas en diferentes poblaciones del mundo.

Tabla 1. Prevalencia de Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente (LAD) en diversos estudios.

Autor	Población	Prevalencia de LAD	Factor de Riesgo
Yates	9° a 12° grado (E.U.)	26-37% (cortes)	Críticas y alienación por padres.
Li	Adolescentes (Taiwán)	1% de todas las lesiones; 80%: cortes	Consumo de alcohol.
Nixon	14 a 21 años (Canadá)	17% LAD; 83%: cortes, raspaduras, golpes	Depresión, problemas de atención.
Morey	Adolescentes (Irlanda)	9.1% LAD; 66%: cortes	ND
De Leo	Adolescentes (Australia)	6.2% LAD en los últimos 12 meses; 59%: cortes	Habilidades de afrontamiento ineficaces (autoculpa), LAD en amigos o familia.
Ystgaard	Adolescentes (Suecia)	6.6% LAD; 74%: cortes.	Baja autoestima, abuso de drogas, conducta similar en amigos, conflictos con padres
Matsumoto	Adolescentes (Japón)	9.8% LAD por cortes	ND

ND: No hay datos¹.

En nuestro país, los perfiles epidemiológicos de las LAD muestran una tendencia constante al aumento en la población escolar adolescente²⁵. Los datos de las encuestas en estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico, aplicando la Cédula de Indicadores Parasuicidas²⁶, revelan que la prevalencia en 1997 fue de 8.3 %, que aumentó a 9.5 % en 2000 y a 11.1 % en 2003. Así mismo, se ha observado que las frecuencias más elevadas se presentaron en las mujeres, en estudiantes de bachillerato y que la única o la última LAD sucedió durante los últimos años de primaria o durante la secundaria²⁵.

En un estudio realizado en el 2009 en población abierta, la prevalencia de LAD fue de 10.5%, con una frecuencia global más elevada en las mujeres a comparación de los hombres (16 y 5.7%, respectivamente); aunque los hombres tuvieron una proporción mayor de conducta recurrente (más de una vez) que ellas (72.2 versus 52.5%), pero menor de conducta única (27.8 versus 47.5%)²⁷.

Todos los jóvenes con evidencia de autolesiones deben ser tomados en serio y evaluados cuidadosamente por riesgo de suicidio.

El riesgo total de suicidio se incrementa después de un solo episodio de LAD, con un aumento del 1.7% después de 5 años, 2.4% a los 10 años, y el 3% a los 15 años. Aproximadamente el 5% de los pacientes con LAD son vistos en el servicio de urgencias o

en un hospital por cometer suicidio dentro de los 9 años después de una LAD. Los pacientes que se cortan en las muñecas tienen más riesgo que los que se cortan en los brazos, aunque la última se asocia más con disociación. En un estudio de 11.538 pacientes con LAD, realizado en Oxford, Inglaterra, entre el periodo de 1978 a 1997, se encontró que el 39% de los pacientes tenían LAD repetidas y un mayor riesgo de suicidio²⁸⁻³⁰.

Desde la perspectiva de la familia, se han postulado diferentes procesos relacionados con las lesiones autoinflingidas deliberadamente. Richman y otros estudiosos han propuesto a los trastornos en la comunicación entre padres e hijos. Syed y Khan pusieron de manifiesto que los conflictos familiares fueron el principal factor que contribuyó a la autoagresión deliberada en jóvenes de Pakistán. Además, un factor que a menudo se encuentra en muchos jóvenes que se cortan es la disfunción familiar grave que induce estados variables de despersonalización y de estados alterados en la mente como la disociación. Por último, las LAD pueden ser observadas en jóvenes que sufren de abuso sexual físico, negligencia familiar grave, separación temprana de los padres, vagabundeo o huidas de casa^{28,31}.

Estilos parentales.

A pesar de los múltiples agentes con los que se relaciona cualquier individuo, la familia sigue siendo durante gran parte de la vida un factor determinante; en la influencia que ejerce la familia los padres son fundamentales. Es por ello que los estudiosos del comportamiento humano se han preocupado por desarrollar propuestas para evaluar dicha atribución. Autores como Orlansky; Whiting y Child; Sears, McCoby y Levin; Schaefer, se dieron a la tarea de tratar de precisar algunos aspectos de los comportamientos parentales que pudieran explicar las características del comportamiento de los hijos; ya antes, Watson, Freud y Baldwin consideraban que el control y el apego eran dimensiones determinantes en su desarrollo³².

Diana Baumrind, en los años sesenta, revisó estos trabajos e hizo la propuesta de los estilos parentales, que actualmente es una aproximación teórica extensamente revisada por los científicos interesados en los procesos de socialización que ocurren en la familia³².

Baumrind reconoce dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten caracterizar su influencia en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental. La combinación de estas dos dimensiones conformará la tipología de los estilos parentales que propone³².

- *Estilo autoritario.* Se adjudica a los padres cuyo nivel de involucramiento o aceptación hacia los hijos es bajo, pero muestran un alto grado de control o supervisión. Son padres que prestan poca atención a las necesidades de los hijos, pero son muy exigentes con ellos en cuanto a las reglas de comportamiento que establecen, que difícilmente pueden ser negociadas por los hijos.
- *Estilo autoritativo o democrático.* Este estilo corresponde a los padres cuyos niveles de involucramiento o aceptación y control o supervisión son altos. Este tipo de padres son sensibles a las necesidades de sus hijos, pero sin que ello implique la negación de las suyas. Establecen altos estándares de comportamiento a los hijos y promueven en ellos la individualidad y responsabilidad.
- *Estilo permisivo.* Son aquellos padres que presentan altos niveles de involucramiento o aceptación y bajos niveles de control o supervisión. Padres muy tolerantes a los impulsos de sus hijos; las reglas de comportamiento para ellos son muy laxas.

Maccoby y Martin redefinen la tipología de Baumrind al agregar un estilo más, el negligente, que caracteriza a los padres que exhiben bajos niveles de involucramiento o aceptación y de control o supervisión hacia las conductas de los hijos. Este tipo de padres demuestran escaso afecto hacia los hijos y establecen límites deficientes, los que se pueden traducir en la poca atención a los hijos, dejando gran parte de la responsabilidad material y afectiva en manos de los mismos³².

Se ha estudiado cómo influyen las prácticas parentales en las conductas problema en los adolescentes (conducta sexual, consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio, conducta antisocial y conducta delictiva), encontrando que las prácticas parentales que influyen en las conductas problemas son una baja supervisión materna y una alta imposición paterna³³. Este resultado concuerda con numerosos estudios en los que se menciona que la supervisión parental es un factor que protege al adolescente de involucrarse en conductas problema, a diferencia del apoyo, la comunicación o la autonomía; así mismo, se encontró que una relación negativa con el padre percibida por el adolescente, es un factor que promueve conductas que afectan la salud del adolescente^{34, 35}.

En un estudio de revisión sobre los estilos parentales y las conductas de riesgo en adolescentes sanos, se encontró que los estilos parentales influyen en las conductas de

riesgo para la salud del adolescente, apoyando los resultados de otros estudios en los que se indica que los adolescentes con padres autoritarios y relaciones positivas en los que hay una comunicación abierta y una percepción de apoyo por parte de los padres, son menos propensos a reportar síntomas depresivos o a participar en el consumo de sustancias, en conductas sexuales de riesgo y conductas violentas³⁶⁻⁴⁰.

Poniendo en evidencia la gran influencia de las prácticas parentales en el desarrollo de los adolescentes. Se ha planteado que los adolescentes criados en hogares autoritarios muestran más factores protectores y menos factores de riesgo que los adolescentes de familias no autoritarias. También se pone en evidencia que los estilos parentales y las conductas relacionadas con el afecto, la comunicación y la disciplina son mediadores importantes incluyendo el rendimiento académico y la adaptación psicosocial. Otras investigaciones han demostrado que el estilo autoritario contribuye a la adaptación del niño a través del desarrollo de autorregulación y la eficacia en la resistencia³⁶.

Estrategias de Afrontamiento.

La adolescencia es una etapa en la que se experimentan cambios significativos en la personalidad; definición de identidad; elaboración de un proyecto de vida; dificultades en la toma de decisiones en relación con los estudios, y relaciones de pareja o actividad laboral. Estos cambios pueden generar estrés en el adolescente, por lo que éste se ve en la necesidad de desarrollar competencias psicosociales importantes para su posterior posicionamiento en el mundo del adulto. De no contar con estrategias de afrontamiento positivas para responder a este tipo de situaciones, se pueden generar comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad en el adolescente, afectando su desarrollo psicológico e incluso su vida³⁹.

El constructo afrontamiento ha sido ampliamente estudiado, encontrándose en la literatura científica diferentes propuestas explicativas y clasificatorias, además de variados métodos de medición. Dentro de este cuerpo, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman de 1984, es uno de los que más aceptación ha tenido entre los científicos. Aspecto que se ve reflejado en la vasta cantidad de investigaciones que examinan los modelos en que las personas enfrentan las dificultades y situaciones estresantes⁴¹.

Desde este modelo, no son las situaciones las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que realiza el sujeto de tales emociones. Desde esta perspectiva, afrontamiento es entendido como⁴¹:

[...] aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Tales estrategias se van desarrollando por medio de las experiencias vividas durante la primera etapa de la vida (niñez) y se modifican de acuerdo a los resultados obtenidos en relación a las situaciones estresantes⁴¹.

Lazarus y Folkman plantean que existen al menos dos amplios estilos de afrontamiento diferentes entre sí: “*afrontamiento focalizado en el problema*”, que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las solicitudes o eventos ambientales causantes del estrés, intentando solucionar el problema o al menos disminuir su impacto; y el “*afrontamiento focalizado en las emociones*”, que implica realizar esfuerzos para aminorar o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes. Mientras que Frydenberg y Lewis incorporan una tercera categoría a tales estilos, denominada “*afrontamiento de evitación*”, que involucra evadir el problema, no presentando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas⁴¹.

Los dos primeros son fácilmente distinguibles y se pueden poner en práctica de forma paralela. En cambio, el estilo centrado en la evitación es utilizado especialmente cuando las personas no quieren abocarse al problema, utilizando la evitación cognitiva⁴¹.

Frydenberg y Lewis afirman que es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo con el que el adolescente encara cualquier situación (general) y una problemática particular (específico). Es por esta razón que, los autores subdividen los tres estilos de afrontamiento en 18 estrategias diferentes⁴¹.

- a) *Estilo de afrontamiento focalizado en las emociones*: buscar apoyo social, buscar pertenencia, invertir en amigos íntimos, acción social, buscar apoyo espiritual, buscar ayuda profesional;
- b) *Estilo focalizado en la solución del problema*: concentrarse en resolver el problema, esforzarse para tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física;

- c) *Estilo focalizado en la evitación*: preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí.

En relación a la utilización de las estrategias, cada sujeto tiende a utilizar las que domina, ya sea por aprendizaje previo o por hallazgo fortuito. Estas estrategias estarían condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos con que se cuenta para hacerle frente (evaluación secundaria). A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar adaptativas, cuando reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, o inadaptativas cuando reducen el estrés solo a corto plazo, provocando un efecto nocivo en la salud a largo plazo. La adaptabilidad o inadaptabilidad de las estrategias de afrontamiento depende de la frecuencia con la que se utilicen⁴¹.

Es por esto que se ha generado un creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento, al reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de estas situaciones estresantes⁴¹.

Diversos estudios consideran la existencia de una interacción entre el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y el desarrollo de enfermedades psíquicas⁴².

En un estudio realizado con jóvenes catalanes se encontró una correlación significativa entre el uso de estrategias de evitación y la manifestación de malestar psicológico. Por otro lado, encontraron que las estrategias de aproximación del problema parecen no influenciar en la manifestación de psicopatología al analizarlas globalmente; sin embargo al hacerlo de forma específica se encontró que para los hombres es el hecho de buscar guía lo que les lleva a un aumento del malestar psicológico mientras que para las mujeres la explicación de la manifestación psicopatológica se da a través de un mayor uso del análisis lógico y de un menor uso de resolución de problemas; es decir, el hecho de utilizar estrategias de resolución de problemas les protege del desarrollo de psicopatologías⁴³.

En otro estudio se observó que los estilos de afrontamiento pueden tener un papel importante como factores de protección o de riesgo del consumo de drogas y de la conducta

antisocial al inicio de la adolescencia. El estilo de afrontamiento productivo parece tener cierto efecto protector, tanto en el consumo de drogas como la conducta antisocial⁴⁴.

En los pacientes con consumo de tabaco se observó un menor empleo del estilo de evitación en los no consumidores, pero esas referencias no son significativas para el alcohol, cannabis, ni para la conducta antisocial⁴⁴.

En cuanto a las lesiones autoinflingidas deliberadamente, éstas se han estudiado en población reclusa, encontrando que utilizaban estrategias de tipo evitativo con mayor frecuencia que aquellos que no se autolesionaban. En dicho estudio se propone la teoría de que la utilización de un mayor número de estrategias de aproximación que de evitación se relacionaría con mayor nivel de ajuste psicológico, mientras que la utilización indiscriminada de ambos tipos de estrategias y un acortamiento de distancias entre la proporción de estrategias de acercamiento versus de evitación, se relacionaría con un peor nivel de ajuste⁴⁵.

Justificación.

Numerosos estudios establecen que las LAD son una forma de regulación emocional y se describen diferentes motivos para realizarlas; en este sentido destaca que los hombres señalan motivos que pertenecerían al ámbito emocional (experimentar rechazo, desprecio, problemas personales y depresión entre otros), mientras que las mujeres lo atribuyen a situaciones interpersonales (violencia familiar, problemas con la familia o el novio).

A pesar de los múltiples agentes con los que se relaciona cualquier individuo, la familia sigue siendo durante gran parte de la vida un factor determinante; en la influencia que ejerce la familia son fundamentales los padres.

Las investigaciones han especificado como el ámbito familiar y específicamente las prácticas parentales tienen una influencia significativa sobre las conductas problema, así como con resultados conductuales positivos o negativos en los adolescentes.

La percepción por parte de los jóvenes de que sus padres les proveen apoyo aumenta su autoestima, su sentido de integración social, la percepción de control y la efectividad de sus mecanismos de afrontamiento.

Se define como conducta de afrontamiento a los esfuerzos psicológicos conductuales para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, o como una preparación para la acción que se realiza para evitar los daños del estresor.

Uno de los mayores recursos de que dispone una persona es la percepción de una relación contenedora de parte de sus padres. De ahí la importancia del desarrollo de un adecuado estilo de relación parental y de que éste sea percibido como tal por el niño.

Debido a lo anterior nos propusimos estudiar cómo se relacionan las prácticas parentales y los mecanismos de afrontamiento con las lesiones autoinflingidas deliberadamente, ya que su conocimiento nos permitirá implementar estrategias terapéuticas en el adolescente, en el ámbito familiar y posiblemente en la interacción entre los padres y el adolescente.

Planteamiento del problema.

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que presentan los adolescentes con autolesiones deliberadamente autoinflingidas sin intención suicida; así como las prácticas parentales percibidas por los adolescentes y las ejercidas por sus padres?

HIPOTESIS.

Los pacientes con autolesiones mostrarán una mayor frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento evitativas y los estilos parentales serán principalmente del tipo inconsistente o negligente.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir los estilos parentales percibidos y las estrategias de afrontamiento de los adolescentes que presentan autolesiones deliberadamente autoinflingidas sin intención suicida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con autolesiones.
- Determinar la frecuencia, tipo de autolesiones y motivo para realizarlas.
- Determinar los tipos de estilos parentales que se asocian a las autolesiones.
- Determinar los mecanismos de afrontamiento que se asocian a las autolesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio: Descriptivo, transversal, prolectivo.
- Universo del estudio: Se seleccionó a los pacientes que acudían a valoración a la consulta externa y urgencias, así como los que se encontraban ingresados en unidades de hospitalización que contaban con lesiones autoinflingidas deliberadamente sin intención suicida.
- Muestra: estuvo formada por 60 pacientes con lesiones autoinflingidas deliberadamente; la decisión del tamaño de la muestra se seleccionó en base a la n de estudios previos publicados y al número de pacientes vistos por LAD en el servicio de urgencias y preconsulta de nuestro hospital, los cuales fueron 137 pacientes en el

2010⁴⁶. El método del muestreo fue no aleatorio, tomando a los usuarios de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización que contaban con los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de cualquier sexo.
- Pacientes de 12 años a 17 años 11 meses de edad.
- Pacientes que tengan conductas autolesivas infringidas deliberadamente sin intención suicida en más de una ocasión.
- Pacientes que cuenten con ambos padres/figuras parentales.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que acepten participar en el estudio por medio de consentimiento informado, al igual que sus padres.
- Pacientes que se encuentren en los primeros días de contacto con los servicios del hospital.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastorno psicótico, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, trastorno psiquiátrico secundario a enfermedad médica.
- Pacientes con autolesiones como parte de un intento suicida.
- Pacientes con dificultad para comunicarse y cooperar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no deseen continuar con el estudio o que no concluyan las entrevistas.

Procedimiento:

Se realizó un tamizaje en los adolescentes que acudían a preconsulta por medio de la Cédula de autolesiones, para saber si contaban con esta conducta y posteriormente se verificó contaran con los criterios de inclusión y exclusión; también se buscaron pacientes en los servicios de hospitalización que cumplieran con dichos criterios. Se solicitó la autorización de ambas figuras parentales y del paciente para la participación en el estudio.

Se les informó sobre el procedimiento y se obtuvo la aceptación del estudio por escrito por medio del consentimiento y asentimiento informado.

Se aplicó a los pacientes una entrevista estructurada (MINI KID) para obtener los posibles diagnósticos comórbidos. Posteriormente se aplicó la Escala de Estilos Parentales y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes.

A ambas figuras parentales se les aplicó el Cuestionario de Crianza Parental.

Los datos obtenidos se procesaron en base de datos electrónica (SPSS), con el fin de proceder al análisis estadístico de la información.

Instrumentos:

Se realizó una entrevista con los pacientes para saber si estos contaban con autolesiones y las características de éstas; de ser así, quiénes eran sus figuras parentales, y cuáles eran sus datos sociodemográficos.

1.-MINI KID (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE 10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. La versión en español de la MINI fue realizada por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gilbert, M. Soto, O. Soto.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos⁴⁷.

2.-Escala de Prácticas Parentales (PP-A) de Andrade y Betancourt (2008). Para su realización se integraron reactivos de la Escala de estilos parentales de Palacios y Andrade y de la Escala de Control materno y paterno para adolescentes de Betancourt, eligiendo los reactivos con mayor carga factorial y conformando dos escalas de 40 reactivos, una para evaluar las prácticas de la madre y otra para las del padre.

Este instrumento aporta información de la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. Evalúa la comunicación del adolescente con sus papás, la autonomía que fomentan sus padres en él, la imposición y el control psicológico que ejercen los padres hacia los adolescentes; en el caso de la madre se evalúa también la supervisión y conocimiento que tiene la madre de las actividades de los hijos. Esta última dimensión forma parte de la dimensión de comunicación en el caso del padre. Se desarrolló

para evaluar la percepción que tienen adolescentes de 12 a 18 años de los comportamientos que tienen sus padres hacia ellos cuando los educan.

Es un instrumento auto aplicable de 80 reactivos (40 para cada uno de los padres), con cuatro opciones de respuesta: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre.

La escala se califica asignando el 1 a la opción de respuesta: nunca, el 2 a la opción algunas veces, el 3 a muchas veces y el 4 a siempre. Para obtener el puntaje en cada dimensión se suman los reactivos que conforman la dimensión y se dividen entre el número total de reactivos por dimensión, o sea que en el caso de papá se obtienen cuatro calificaciones y en el de la mamá cinco.

Un mayor puntaje indica que el adolescente percibe con más frecuencia la presencia de esa dimensión.

Para obtener la validez y confiabilidad de la escala se llevó a cabo un estudio con 980 adolescentes, hombres y mujeres, estudiantes de escuelas públicas de la Ciudad de México, con un promedio de edad de 15.2 años. La validez se obtuvo mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales donde se identificaron cuatro dimensiones para el papá (Comunicación y control conductual paterno, Autonomía paterna, Imposición paterna, Control psicológico paterno) y cinco para la mamá Comunicación materna, Autonomía materna, Imposición materna, Control psicológico materno y Control conductual materno). La confiabilidad se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach, todas las dimensiones obtuvieron niveles altos de confiabilidad⁴⁸.

3.-Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (1996). Este inventario consta de 80 ítems, 79 de tipo cerrado y uno final abierto, que permite evaluar 18 estrategias de afrontamiento diferentes, agrupadas en tres Al final son dos estilos básicos de afrontamiento: 1.- Dirigido a la emoción y 2.- Afrontamiento improductivo. Los 79 elementos cerrados se puntúan según una escala de tipo Lickert de cinco puntos (Anexo).

El ACS fue elaborado por Frydenberg y Lewis (1993) en Australia, y luego adaptado por Pereña y Seisdedos (1995) en España, siendo esta adaptación la utilizada en la presente investigación⁴⁹.

Es un inventario de autoinforme compuesto por 80 elementos, uno abierto y 79 de tipo cerrado, que permite evaluar con fiabilidad 18 escalas o estrategias de afrontamiento que se han identificado conceptual y empíricamente. Se puntúan mediante una escala de tipo Likert

de 5 puntos que abarca desde "No se me ocurre nunca o no lo hago" (puntuación 1), hasta "Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia" (puntuación 5). El último elemento es una pregunta abierta acerca de otras estrategias que utiliza el adolescente para enfrentarse a sus problemas.

Tiene dos formas de aplicación (general y específica) que difieren sólo en la consigna. En el ACS-forma general se le pide al sujeto que diga, en general lo que suele hacer para enfrentar los problemas o dificultades. En la forma específico, se le pide que describa su preocupación principal y responda los ítems de acuerdo a ésta.

Cada una de las estrategias de afrontamiento está conformada por un número diferente de reactivos. Las estrategias de afrontamiento son: Buscar diversiones relajantes (Dr), Esforzarse y tener éxito (Es), Distracción física (Fi), Fijarse en lo positivo (Po), Concentrarse en resolver el problema (Rp), Buscar apoyo espiritual (Ae), Invertir en amigos íntimos (Ai), Buscar ayuda profesional (Ap), Buscar apoyo social (As), Buscar pertenencia (Pe), Acción social (So), Autoinculparse (Cu) Hacerse ilusiones (Hi), Ignorar el problema (Ip), Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na), Preocuparse (Pr), Reservarlo para sí (Re) y Reducción de la tensión (Rt).

Estas 18 escalas o estrategias de afrontamiento se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento:

- 1) Dirigido a resolver el problema.
- 2) Afrontamiento no productivo.
- 3) Referencia a otros.

Para cada una de estas estrategias se obtiene la calificación promedio de los reactivos que la conforman, los resultados se interpretan de manera cualitativa.

En los estudios realizados para la construcción y validación del ACS se encontró que las escalas presentaban distribuciones normales de las puntuaciones y una aceptable correlación test-retest. La adaptación española fue realizada por TEA (Frydenberg y Lewis, 1996a) y reporta resultados similares⁵⁰.

4.- *Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) de Roa y Del Barrio (2001)*; adaptado del Parent-Child Relationship Inventory (Gerard, 1994), que mide las actitudes paternas y maternas hacia la crianza de sus hijos.

Está compuesto por 78 ítems, con cuatro opciones de respuesta: en total desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo. Estos 78 ítems se agrupan en siete escalas que son:

Apoyo: nivel de apoyo social y emocional que una madre o padre está recibiendo. Incluye ítems como “cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a”.

Satisfacción con la crianza: satisfacción que obtiene una madre o padre por el hecho de serlo. Por ejemplo “a menudo me pregunto qué ventajas tiene criar hijos”.

Compromiso: grado de interacción y conocimiento que los padres tienen de su hijo. Expresado mediante ítems como “quiero a mi hijo/a tal como es”.

Comunicación: percepción que los padres tienen de la efectividad de la comunicación con su hijo. Incluye ítems como “cuando mi hijo/a está molesto por algo, generalmente me lo dice”.

Disciplina: nivel de exigencia de cumplimiento de las normas impuesto por los padres. Por ejemplo “cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta”.

Autonomía: habilidad de los padres para proporcionar independencia al hijo. Expresada mediante ítems como “me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño”.

Distribución de rol: actitudes de los padres acerca del papel que desempeña el género en la crianza. Con ítems como “las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños”.

Por último, también se incluye una pequeña escala para detectar la tendencia de respuesta hacia la deseabilidad social.

En general, una alta puntuación en cualquiera de las escalas indica una buena actitud hacia la crianza, mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo.

La consistencia interna del instrumento para todas las escalas que lo componen, obtenida mediante el coeficiente alpha de Cronbach, oscila entre 0,48 y 0,68. Presentando una buena validez de constructo, dadas las correlaciones entre las distintas escalas del cuestionario, sobre todo en las escalas más importantes de la crianza como son Compromiso-Satisfacción con la crianza (0,58), Compromiso-Comunicación (0,64), Disciplina-Apoyo (0,52), Disciplina-Autonomía (0,44) y Satisfacción con la crianza-Disciplina (0,43)⁵¹.

Análisis estadístico:

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas. Se utilizó la Rho de Spearman para correlacionar las prácticas parentales reportadas por las figuras parentales, y percibidas por el adolescente; así como se buscó la correlación entre las estrategias de afrontamiento improductivas y las prácticas parentales.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra total estuvo formada por 60 adolescentes; en la cual la mayoría fueron mujeres; la edad promedio se encontró alrededor de los 14 años. La mayoría de los adolescentes se encontraban estudiando (Tabla 2).

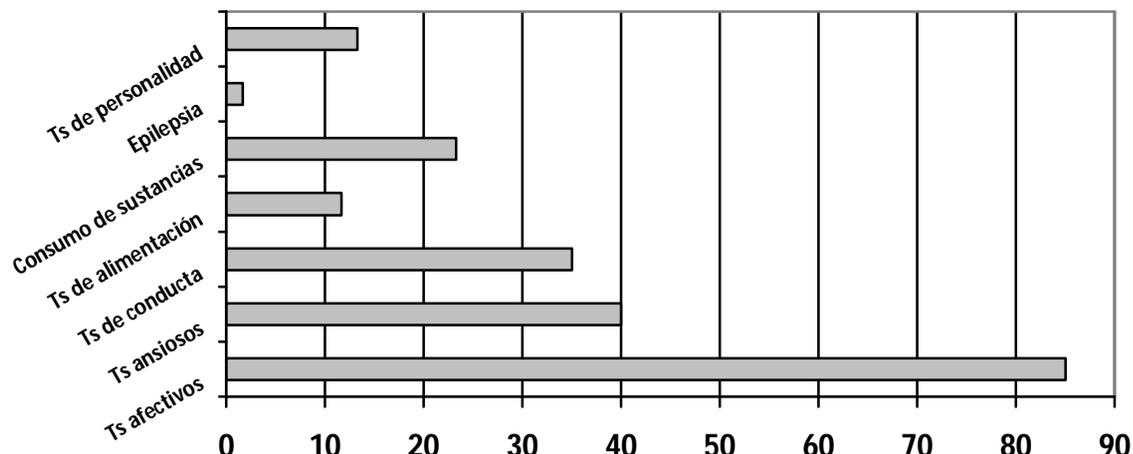
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra.

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	51	85%
	Masculino	9	15%
Ocupación	Estudiante	49	81.7%
	Ninguna	11	18.3%
Religión	Católica	47	78.3%
	Cristiana	6	10%
	Atea	7	11.7%
	Media		D.E.
Edad		14.25	1.53
Escolaridad (años)		7.73	1.58

Características clínicas de la muestra.

En la figura 1 se observa la frecuencia de psicopatología que presentaron los adolescentes, observando que la mayoría presentó algún trastorno afectivo.

Figura 1 Psicopatología asociada.



Características de la conducta autolesiva.

En la Tabla 3 se describen las características de las autolesiones. Se observa que el método más utilizado fue el de cortarse, así como la causa más frecuente fue la afectiva.

Tabla 3. Descripción de autolesiones.

Característica	No (%)
Frecuencia de autolesiones	
1-4 veces/año	30 (50)
> 4 veces/año	30 (50)
Método	
Cortes	57 (95)
Quemaduras	7 (11.7)
Golpes	7 (11.7)
Jalones de cabello	9 (15)
Pellizcos	4 (6.7)
Mordeduras	10 (16.7)
Rasguños	16 (26.7)
Causas de lesión	
Síntomas afectivos	46 (76.7)
Síntomas ansiosos	17 (28.3)
Problemas de conducta	8 (13.3)
Pertenencia a un grupo	1 (1.7)
Imitación	2 (3.3)

Estrategias de afrontamiento

La Tabla 4 muestra los promedios de las subescalas del ACS, dividiendo las estrategias de afrontamiento en productivas (enfocadas a resolver el problema y afrontamiento en relación con los demás) y en improductivas.

Tabla 4. Calificaciones promedio de estrategias de afrontamiento

Estrategias productivas	M (DE)	Estrategias improductivas	M (DE)
Apoyo social	56.8 (20.1)	Preocuparse	59.8 (19.9)
Concentrarse en resolver el problema	55.1 (19.8)	Hacerse ilusiones	56.6 (18.8)
Esforzarse y tener éxito	58.47 (17.9)	Falta de afrontamiento	53.47 (18.4)
Invertir en amigos íntimos	57.8 (19.3)	Reducción de la tensión	54.3 (17.5)
Buscar pertenencia	60.8 (16.5)	Ignorar el problema	49.6 (18.5)
Acción social	36.8 (13)	Autoinculparse	66 (21.6)
Buscar apoyo espiritual	43.33 (16.1)	Reservarlo para sí	65 (22.5)
Fijarse en lo positivo	56.5 (18.8)		
Buscar ayuda profesional	51.8 (21.2)		
Buscar diversiones relajantes	74.67 (17.6)		
Distracción física	61.7 (25.6)		

En la figura 2 se muestra la distribución del uso de algunas estrategias improductivas y en la figura 3 de algunas estrategias productivas. A partir de 70 se considera un uso frecuente de esa estrategia.

Figura 2 Histogramas de estrategias improductivas.

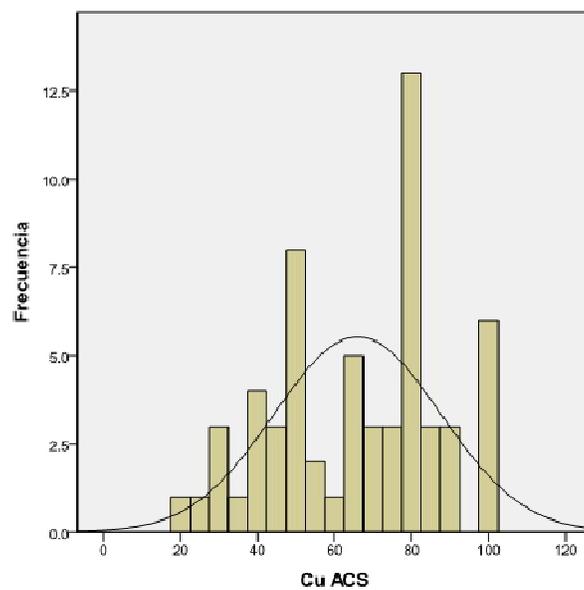
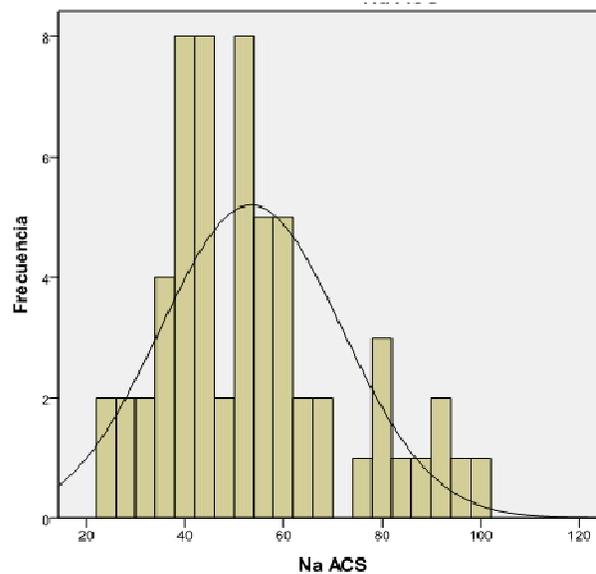
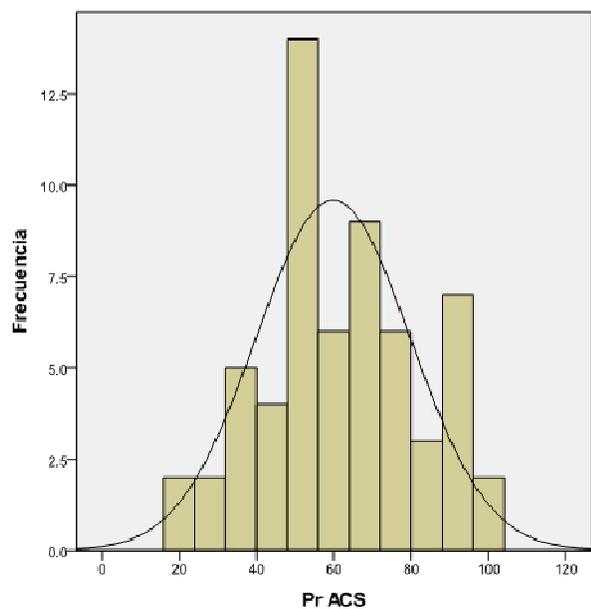
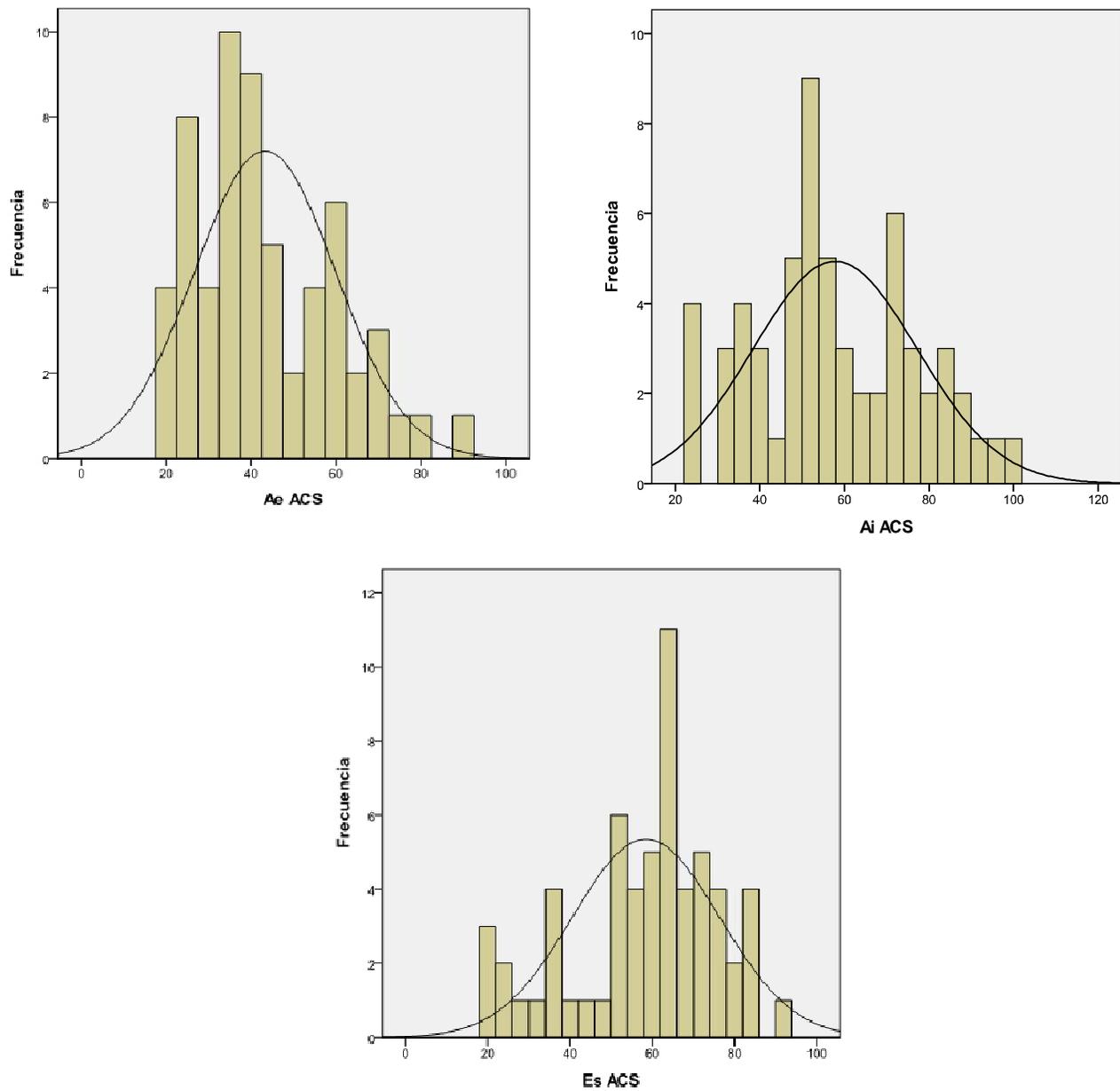


Figura 3 Histogramas de estrategias productivas.



Prácticas parentales

A) AUTOREPORTE DE LOS PADRES DE PRÁCTICAS PARENTALES

1.-DESCRIPTIVOS

La tabla 5 muestra que ambos padres reportan una mayor calificación en las subescalas de compromiso y disciplina; además de haber una semejanza entre las calificaciones de ambos.

Tabla 5. Calificaciones promedio de las escalas del PCR-I

Dimensión	Madre M (DE)	Padre M(DE)
Apoyo	21.6 (3.7)	22.4 (2.9)
Satisfacción con la crianza	27.3 (3.9)	27.9 (4.1)
Compromiso	32.4 (4.9)	33.9 (4.9)
Comunicación	22.1 (4.3)	21.8 (3.1)
Disciplina	29.4 (5.9)	30.8 (5.5)
Autonomía	23.4 (4.2)	24.8 (3.8)
Distribución de rol	21.8 (4.2)	22.6 (4)
Deseabilidad social	15 (3.6)	14.4 (2.6)

2.-CORRELACIONES ENTRE MADRE Y PADRE

Se encontró una correlación positiva en las puntuaciones del padre y de la madre en las variables de compromiso, disciplina y autonomía (Tabla 6).

Tabla 6. Coeficientes de correlación entre las escalas del estilo de crianza de los padres y las madres

Variables correlacionadas	Rho de Spearman	Significancia
Compromiso	0.324	0.012
Disciplina	0.227	0.081
Autonomía	0.310	0.016

B) REPORTE DE PRÁCTICAS PARENTALES SEGÚN EL HIJO

1.- DESCRIPTIVOS

La Tabla 7 muestra las calificaciones promedio y el porcentaje de uso bajo de las prácticas parentales percibidas por los adolescentes; observando que las subescalas de control psicológico y control conductual son las más reportadas.

Tabla 7. Calificaciones promedio de subescalas del PPA.

Dimensión	Madre M (DE) Mediana	Padre M (DE) Mediana	% Uso bajo Madre/ Padre	
Autonomía	2.4 (0.7) M:2.4	2.6 (0.7) M:2.6	48.3	45
Imposición	2.2 (0.7) M:2.2	1.9 (0.8) M:1.6	48.3	46.7
Control psicológico	2 (0.7) M:1.8	1.9 (0.5) M:1.8	41.7	46.7
Control conductual	2.6 (0.7) M:2.7	2.3 (0.8) M:2.25	45	50
Comunicación	2.5 (0.8) M:2.6		48.3	

2.- CORRELACIONES ENTRE PADRE Y MADRE DE ACUERDO AL HIJO

Al buscar la correlación entre las prácticas de la madre y el padre percibidas por los adolescentes observamos que éstas se correlacionan entre sí, siendo mayor la correlación en las prácticas que forman parte de la dimensión control (Tabla 8).

Tabla 8. Coeficientes de correlación entre las estrategias parentales del padre y madre percibidas por los adolescentes.

Variables correlacionadas	R	p
Comunicación	0.26	0.04
Autonomía	0.34	0.008
Imposición	0.42	0.001
Control	0.45	0.000

C) CORRELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PRÁCTICAS PARENTALES

En la Tabla 9 se muestran los coeficientes de correlación entre las estrategias de afrontamiento improductivo con las subescalas de Imposición y Control psicológico de ambos padres, donde podemos observar una asociación significativa.

Tabla 9. Correlación entre estrategias de afrontamiento y subescalas de estilos parentales del autorreporte de los padres.

	Autoinculparse	Hacerse ilusiones	Ignorar el problema	Falta de afrontamiento	Preocuparse	Reservarlo para sí	Reducción de la tensión
Imposición materna	R:0.473 P:0.000	0.34 P:0.799	0.320 P:0.013	0.333 P:0.009	-0.007 P:0.958	0.327 P:0.011	0.295 P:0.022
Control psicológico materno	0.570 P:0.000	0.192 P:0.142	0.421 P:0.001	0.404 P:0.001	-0.051 P:0.699	0.362 P:0.005	0.396 P:0.002
Imposición paterna	0.431 P:0.001	0.200 P:0.125	0.271 P:0.037	0.333 P:0.009	0.151 P:0.248	0.244 P:0.060	0.344 P:0.007
Control psicológico paterno	0.359 0.005	0.367 P:0.004	0.370 P:0.004	0.399 P:0.002	0.281 p:0.030	0.220 P:0.90	0.381 P:0.003

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue examinar y describir las estrategias de afrontamiento (EA) y las prácticas parentales de los pacientes con autolesiones y sus padres. De acuerdo a la hipótesis que los pacientes con autolesiones mostrarían una mayor frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento improductivas (autoinculparse, hacerse ilusiones, ignorar el problema, falta de afrontamiento, preocuparse, reservarlo para sí y reducción de la tensión) y los estilos parentales serían principalmente del tipo inconsistente (uso alto de comunicación, autonomía y control conductual y bajo de imposición y control psicológico) o negligente (uso bajo de todas las estrategias previamente descritas) encontramos lo siguiente.

La distribución por género, los patrones de comorbilidad y la frecuencia de los diferentes tipos de autolesiones de la muestra son similares a los reportados en otros estudios con autolesiones^{28, 52-55}, incluyendo a trabajos previos en este hospital⁵⁶.

Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron mayor puntaje en la muestra fueron la búsqueda de diversiones relajantes, autoinculparse, reservarlo para sí, distracción física y buscar pertenencia. Se observó que el patrón de uso de las estrategias de afrontamiento improductivas no era uniforme en la muestra, el autoinculparse fue reportado “con mucha frecuencia” por un número mayor de pacientes, el uso de otras estrategias improductivas como preocuparse mostró una distribución normal o incluso, estrategias como la falta de afrontamiento mostraron un patrón de uso poco frecuente en esta población.

La estrategia de autoinculparse tiene que ver con el sentirse responsable de los problemas y preocupaciones²⁸, lo que supone una dificultad para encontrar una solución a los problemas, orientándose más hacia la evitación; estudios previos en adolescentes sanos han mostrado que aquellos con estilos de afrontamiento improductivo suelen desconfiar de sus propias capacidades^{57,58}. No se puede descartar que estos pacientes tuvieran una proporción alta de comorbilidad con depresión, por lo que futuros estudios deberán examinar la frecuencia de uso de esta estrategia controlando la presencia de este diagnóstico.

Se ha buscado la implicación de las estrategias de afrontamiento en la salud mental de los adolescentes, encontrando una correlación entre el uso de estrategias de evitación y manifestación de malestar psicológico⁴³. Al buscar la asociación de bienestar psicológico con las estrategias de afrontamiento, se ha encontrado que los adolescentes que perciben un menor bienestar presentan estrategias de estilo improductivo con mayor frecuencia; dentro

de éstas la estrategia más alta fue “reservarlo para sí”, indicando que aquellas personas que utilizan con más frecuencia la huida de los demás como mecanismos de afrontamiento tendrán un nivel más bajo de bienestar, además tienden a utilizar mecanismos como somatizar, autoinculparse o ignorar el problema conscientemente. Buscan sentirse mejor mediante la ingesta de alcohol, u otras sustancias. Como forma de protegerse del sufrimiento que podría acarrear una nueva frustración, evitan que los demás conozcan su situación, reservándola para sí mismos^{59, 60}. Algunas estrategias de afrontamiento no se han podido asociar al bienestar psicológico, como sería el preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, acción social y diversiones relajantes; ya que posiblemente se deba a que se trata de características propias de la adolescencia en sí, excediendo las diferencias individuales⁵⁹.

En este estudio se encontró que los adolescentes con autolesiones utilizan estrategias que pertenecen a los diferentes estilos; buscan situaciones de ocio y relajantes como la lectura o la televisión, se dedican al deporte, el esfuerzo físico y a mantenerse en forma; muestran preocupación o interés en las relaciones con los demás, y específicamente por lo que los otros piensan de ellos; se ven a sí mismos como culpables de su dificultad y se aíslan e impiden que otros conozcan su preocupación. Esta información difiere con lo encontrado en la literatura donde se menciona que los adolescentes con autolesiones y en particular las mujeres utilizan más estrategias de tipo improductivo; mostrándose resignadas ante los acontecimientos negativos, evitan pensar en ellos y ventilan más sus sentimientos. Asimismo utilizan en menor medida la estrategia de resolución directa de los problemas^{61, 62}. En población de jóvenes reclusos también se ha evidenciado que un uso poco elevado de estrategias de evitación junto con un uso elevado de estrategias de aproximación era un buen predictor de conducta autolesiva durante el encarcelamiento⁶³.

El patrón de uso de estrategias productivas mostró un patrón de uso alto de esforzarse y tener éxito y un patrón de uso bajo de buscar apoyo espiritual. La estrategia de esforzarse y tener éxito tiene que ver con las conductas de trabajo e implicación personal; y la de apoyo espiritual a la tendencia a rezar y creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual frente a los problemas; estudios previos en adolescentes sanos han mostrado que enfrentan sus dificultades recurriendo a diversiones relajantes como escuchar música o ver televisión, o a través de la distracción física como el deporte. Otro grupo de pacientes reportó que tiende a

preocuparse y a trabajar intensamente⁴¹. Es importante mencionar que el buscar apoyo espiritual es considerado como una estrategia de afrontamiento en relación con los demás (productivo); en un estudio realizado con adolescentes mexicanos se consideró el afrontamiento por medio de la fe como parte del estilo improductivo, pues el tener fe en que las cosas se solucionen y/o rezar para bajar el estrés, son acciones que pueden ser interpretadas como formas no activas de responder a los estresores potenciales⁶⁴. En un estudio sobre las estrategias de afrontamiento y autolesiones solo se encontró una asociación entre ésta y estrategias productivas específicamente el realizar esfuerzos cognitivos para entender y prepararse mentalmente para enfrentar un elemento generador de estrés y sus consecuencias⁶¹; a diferencia de la población de nuestro estudio que utilizó con frecuencia el buscar diversiones relajantes, distracción física y buscar pertenencia.

Autorreporte de padres:

Los promedios de calificación de las escalas de autorreporte de prácticas parentales fueron similares entre padres y madres, como se muestra en la correlación observada en compromiso, disciplina y autonomía; en la literatura se comenta que existe un alto grado de acuerdo entre el estilo de crianza de padres y madres⁶⁵, señalando cierta congruencia en los estilos de crianza de los padres.

Esta correlación y la reportada por los pacientes hablan de prácticas parentales compartidas entre ambos padres, lo cual puede tener implicaciones pronósticas y terapéuticas, ya que un patrón compartido o consistente en la crianza se describe como factor protector, en particular esta muestra de pacientes percibe a sus padres como controladores. Esta percepción se ha encontrado en población mexicana desde 1994, refiriendo que la familia mexicana tiene un fuerte arraigo en sus tradiciones, con las que promueve valores positivos y prosociales entre sus miembros, pero entre ellos la disciplina y el respeto a los padres es fundamental, por lo que en los estudios se han encontrado altos niveles de control a pesar de los cambios sociales durante estos años⁶⁶. Sin embargo, la correlación observada entre las escalas de afrontamiento improductivas y el grado de imposición y control parental pareciera orientar hacia un factor de riesgo para la presencia de autolesiones en esta muestra. Estudios previos han mostrado a los padres como controladores⁶⁷ y en este estudio se muestra que existe una relación directa con ciertas estrategias de afrontamiento improductivas. Así como se ha mostrado que las malas

relaciones caracterizadas por el control patológico de ambos padres y la baja aceptación (control agresivo o ansiogénico y rechazante) se relaciona con afrontamiento desadaptativos en los niños, como la evitación cognitiva, la búsqueda de gratificaciones alternativas e inhibición generalizada o paralización, al mismo tiempo que experimenta soledad frente a sus pares. En aquellos casos en que el niño percibe aceptación de parte de sus padres pero acompañado de un control patológico (familias autoritarias), basado en el castigo, la ansiedad o la frialdad, aumenta la estrategia de búsqueda de apoyo que indica falta de confianza en los padres. Se ha visto que cuando se combina un desinterés del padre y el control patológico de la madre se relacionan con todos los aspectos de la depresión en los niños (autoinculparse, autovaloración negativa, falta de energía y tristeza).

Sin embargo, es importante comparar estos datos con los obtenidos en muestras de adolescentes que no se autolesionan para comprobar si estas prácticas parentales son un factor de riesgo.

CONCLUSIONES

La distribución de las características sociodemográficas, los patrones de comorbilidad y las características de las autolesiones que presentaron los adolescentes del estudio fueron similares a las reportadas en otros estudios con autolesiones.

Los adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento que pertenecen a los tres estilos (dirigido a la resolución del problema, afrontamiento en relación con los demás, afrontamiento improductivo), a diferencia de lo reportado en la literatura donde se menciona un mayor uso de estrategias de afrontamiento improductivo.

Los adolescentes perciben a ambos padres como controladores en las prácticas parentales ejercidas por estos; por su parte los padres parecen compartir estrategias parentales entre ellos, lo que nos hablaría de cierta congruencia en sus estilos de crianza; concordando con lo reportado en la literatura.

LIMITACIONES

En relación a las limitaciones del estudio, se menciona el tamaño de la muestra por lo que sería importante aumentarla para poder asegurar los hallazgos encontrados.

También se encuentra el uso de autorreportes por parte tanto de padres como adolescentes, lo que podría implicar un sesgo en el contenido de la información.

Bibliografía

1. Stoep V, McCauley E, Flynn C, Stone A. *Thoughts of Death and Suicide in Early Adolescence*. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 December; 39(6):599.
2. Giedd JN. *Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004; 1021:77–85. [PubMed: 15251877].
3. Steinberg L, Dahl R, Keating D, Kupfer DJ, Masten, AS, Pine D. *The study of developmental psychopathology in adolescence: Integrating affective neuroscience with the study of context*. In: Cicchetti, D., editor. *Handbook of developmental psychopathology*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2006.
4. Simeon D, Hollander E. *Self-Injurious Behaviors. Assesment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc. 2001.
5. Whitlock J. *Self-Injurious Behavior in Adolescents*. 2010. *PLoS Med* 7(5): e1000240. doi:10.1371/journal.pmed.1000240
6. Jacobson CM, Gould M. *The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature*. *Arch Suicide Re*. 2007; 11: 129 147.
7. Gollust SE, Eisenberg D, Golberstein E. *Prevalence and correlates of self-injury among university students*. *J Am CollHealth*. 2008; 56:491–498.
8. Boxer Paul. *Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample*. *J Clin Child Adolsc Psychol*. 2010; 39(4): 470-480.
9. Heath NL, Toste JR, Nedecheva T, Charlebois A. *An examination of nonsuicidal self-injury among college students*. *J Ment Health Counsel*. 2008; 30: 137–156.
10. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. *Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm*. *J Youth Adolesc*. 2005; 34: 447–457.
11. Taliaferro L, Muehlenkap J, Borowky I, McMorris B, Kugler K. *Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample*. *Acad Pediatr*. 2012; 12(3): 205-13.

12. Klonsky ED. *The functions of deliberate self-injury: a review of the empirical evidence*. Clin Psych Rev. 2007; 27: 226–239.
13. Gmitrowicz A, Szczepaniak A, Jablkowska K. *The evaluation of the stress coping styles and emotional intelligence in psychiatrically treated adolescent patients with deliberate self-harm in relation to chosen clinical features*. Psychiatr Pol. 2012; 46(2): 227-40.
14. Yates TM. *The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation*. Clin Psychol Rev. 2004; 24: 35–74.
15. Prinstein MJ, Guerry JD, Browne CB, Rancourt D. *Interpersonal models of nonsuicidal self-injury*. In: Nock MK, ed. 2009. Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
16. Cerutti R, Presaghi F, Manca M, Gratz KL. *Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality*. Am J Orthopsychiatry. 2012; 82(3): 298-308.
17. Sher L, Stanley B. *Biological models of nonsuicidal self-injury*. In: Nock MK, ed. *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. 2009.
18. Giletta M, Scholte R, Engels R, Ciairano S, Prinstein M. *Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and United States*. Psychiatry Research. 2012: 66-72.
19. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin J. *Lancet*. 2012; 379: 236-43.
20. Madge N, Hawton K, McMahon E, Corcoran P, De Leo D, Wilde E, et al. *Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011; 20: 499-508.
21. Nichols P. *Bad body fever and deliberate self-injury*. Reclaiming children and youth. 2000; 9: 151-6.
22. Laukkanen E; Rissanen ML, Honkañlampi K; Kylma J, Tolmunen T; Hintikka J. *The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13 to 18 year old Finnish adolescents*. Soc Psychiatry Epidemiol. 2009 Jan; 44 (1): 23-8.

23. Hankin B, Abela J. *Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study*. Psychiatry Research. 2011; 65-70.
24. Watanabe N, Nichida A, Shimodera S, Inoue K, Oshima N, Sasaki T, et al. *Deliberate self-harm in adolescents aged 12-18: a cross-sectional survey of 18,104 students*. Suicide Life Threat Behav. 2012; 42 (5): 550-60.
25. González-Forteza C, Ramos LL, Mariño MC, Pérez E. *Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos*. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 2002; 48(1-4):74-84.
26. González-Forteza C, Ramos-Lira L, Caballero-Gutiérrez M, Wagner F. *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. Psicothema 2003; 15:524-532.
27. Mitrou F, Gaudie J, Lawrence D, Silbum S, Stanley F, Zubrick S. *Antecedents of hospital admission for deliberate self-harm from a 14 year follow-up study using data-linkage*. BMC Psychiatry 2010; 10:82.
28. González-Forteza C, Romero-Basaldúa A, Jiménez-Tapia A. *Lesiones autoinflingidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (Supl 1): S41-S46
29. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. *Clinical and Psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT)*. Am J Psychiatry 2011; 168: 495-501.
30. Ougrin Dennis. *Self-harm in adolescents: the best predict of death by suicide? - reflections on Hawton et al*. J of Child Psychology and Psychiatry. 2012; 53(12); 1220-1221.
31. Greydanus D; Shek D. *Deliberate Self-Harm and Suicide in adolescents. Review*. Keio J Med. September. 2009; 58 (3): 144—151.
32. Vallejo, A; Osorno, R; Masadego, T. *Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos*. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2008; 13(1), 91-105.
33. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S, Aspillaga C, Musalem C. *Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos*. Rev Med Chile. 2011; 139: 1529-1533.
34. Palacios J, Andrade P. *Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes*. Investigación Universitaria Multidisciplinaria. Dic 2008; 7: 7-18.

35. Jago R, Davison K, Brockman R, Page A, Thompson J, Fox K. *Parenting style, parenting practices, and physical activity in 10 to 11 year olds*. *Prev Med*. 2011 January; 52 (1-3): 44-47.
36. Newman, K; Harrison, L; Dashiff, C; Davies, S. *Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review*. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(1), 142-150.
37. Talib J, Mohamad Z, Mamat M. *Effects of parenting style on children development*. *World Journal of Social Sciences*. 2011; 1(2): 14-35.
38. Dekloet L, Starling J, Hainsworth C, Berntsen E, Chapman L, Hancock K. *Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011; 45(9): 749-755.
39. Betancourt Diana. *Las prácticas parentales como recursos familiares que modulan la sintomatología depresiva en adolescentes*. *Revista de Psicología (Nueva época)*. 2012; 9(19): 34-45.
40. Kim DH, Kim YS, Koh YJ, Leventhal BL. *Relationship between problems and perceived parentin practices in Korean youth*. *Child Care Health Dev*. 2013; 39(2):194-201.
41. Veloso C, Caqueo W, Caqueo A, Muñoz Z, Villegas F. *Estrategias de afrontamiento en adolescentes*. *Fractal Revista de psicología*. 2010; 22 (1): 23-34.
42. Li Z, Zhang J. *Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in china*. *J Nerv Ment Dis*. 2012; 200(10): 885-90.
43. Zanini D, Fornis M, Kirchner T. *Estrategias de afrontamiento: Implicación en la salud mental de los adolescentes catalanes*. 4º Congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003.
44. Gómez JA, Luengo A, Romero E, Villar P, Sobral J. *Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y conducta problemática*. *International J Clinical and Health Psychology*. 2006; 6 (3): 581-597.
45. Kirchner Teresa, Mohino Susana. *Estrategias de coping y conducta autolesiva en jóvenes reclusos*. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2003; 30 (2): 77-85
46. Registro del servicio de Urgencias y Preconsulta del Hospital Juan N. Navarro, 2010.
47. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: *The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The*

- Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview*. J. Clin Psychiatry, 1998;59(suppl 20):22-33.
48. Vallejo A; Celis BS; Osorno R. *Prácticas parentales, CESD-R y Conductas de riesgo*. Manual de aplicación. Promep.SEP.
49. Frydenberg E, Lewis R. *ACS: Escalas de Afrontamiento para a Adolescentes*. Adaptación española de Jaime Perena y Nicolás Seisdedos. [ACS: adolescent coping scale (spanish version of Jaime Perena and Nicolás Seisdedos)]. Madrid: TEA, 1997.
50. González Llana Felicia Miriam. *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2007. Capítulo 13. Instrumentos de evaluación infantil: 358-68
51. Roa L, Barrio V. *Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española*. Rev Latinoamericana de psicología. 2001; 33(3): 329-341
52. González C, Romero L, Jiménez A, *Lesiones autoinflingidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47(Supl 1): S41-S46
53. O'Connor R, Rasmussen S, Hawton K. *Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm*. B J Psych. 2012; 200: 330-335.
54. Wilkinson P, Goodyer I. *Non-suicidal self-injury*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011; 20: 103-108.
55. Barrocas A, Hankin B, Young J, Abela J. *Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample*. Pediatrics. 2012; 130: 39-45.
56. Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K. *Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes con psicopatología*. Salud mental. 2012, en prensa.
57. Fantin MB, Florentino MT, Correché MS. *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis*. Fundamentos en Humanidades. 2005; VI, 1 (11): 163-180
58. Hall B, Place M. *Cutting to cope- a modern adolescent phenomenon*. Child: care, health and development. 2010; 36 (5); 623-629.
59. Salotti Paula. *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. [Tesis]. Departamento de investigación, Universidad de Belgrano; 2006.

60. González R, Montoya I, Casullo M, Verdú J. *Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes*. *Psicothema*. 2002; 14(2): 363-368.
61. Kirchner T, Ferrer L, Forns M, Zanini D. *Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencia de género y relación con estrategias de afrontamiento*. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39(4): 226-235
62. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. *Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research*. *Psychol Bull* 2001; 127(1):87-127.
63. Kirchner T, Forns M, Mohíno S. *Identifying the risk of Deliberate Self-harm among young prisoners by means of coping typologies*. *Suicide Life-Threat Behav*, 2008; 38(4):442-8.
64. Ojeda A, Espinosa D. *Afrontamiento y autocontrol en adolescentes michoacanos: evaluando su alternativa de migrar o no migrar*. *Interamerican Journal of Psychology*. 2010; 44(1): 168-175
65. Raya Trenas A. *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. [Tesis doctoral]. Universidad de Córdoba. 2008
66. Andrade C, Morales L. *Estilos parentales y problemas en niños*. [Tesis]. Universidad Autónoma de México, 2009.
67. Richaud de Minzi MC. *Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños*. *Rev Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37(1): 47-58

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Título de la investigación.

Prácticas parentales y Mecanismos de afrontamiento en adolescentes con Autolesiones.

2. Justificación y objetivos de la investigación.

Mi hijo (a) y yo, hemos sido invitados a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar la forma en la que es criado y como enfrenta las situaciones estresantes que pueden llevarlo a lastimarse a sí mismo (autolesión); con el motivo de conocer con mayor profundidad los trastornos asociados, las motivaciones de las autolesiones y así contribuir el desarrollo de estrategias en su tratamiento y control.

3. Procedimientos del estudio.

Mi hijo (a) fue valorado (a) en esta institución por el médico especialista e identificó como uno de sus síntomas el lastimarse a sí mismo, por lo que fue referido (a) a este estudio. Para evaluar las autolesiones le aplicarán 4 cuestionarios, relacionados con la forma de enfrentar el estrés y las prácticas familiares de crianza.

Los padres responderemos un cuestionario relacionado con la forma de criarlo.

4. Beneficios posibles del estudio.

Mi hijo (a) recibirá una valoración adicional sobre su problemática que apoyará su tratamiento y estará disponible en su expediente.

5. Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.

Si mi hijo (a) y yo tenemos cualquier pregunta o duda acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Mónica I. Sánchez Pérez.

6. Derecho a retirarse del estudio.

Mi hijo (a) y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que afecte la atención médica futura de mi hijo (a) en el hospital. Si deseo retirar a mi hijo (a) del estudio debo notificarlo a la Dra. Mónica I. Sánchez Pérez.

7. Confidencialidad.

La información obtenida de mi hijo (a) se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi Hijo (a) pueden publicarse para fines científicos sin que se divulgue su identidad.

Firmas del consentimiento informado

Mi hijo (a) y yo hemos leído la información anterior, se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente aceptamos participar en este estudio de forma voluntaria. Si mi hijo (a) no puede dar el consentimiento informado, mi propia firma a continuación indica que ha dado su aprobación para participar en este estudio.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma de la madre

Fecha

Nombre y firma del padre

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

Prácticas parentales y mecanismos de afrontamiento en adolescentes con autolesiones.

Te invitamos a participar en un estudio de investigación en el que participaran 60 jóvenes de entre 12 a 17 años de edad. Buscamos a personas que se han lastimado ellas mismas.

Queremos ver cómo puede influir la forma en la que han sido criados y la forma en la que enfrentan el estrés, para que los jóvenes se lastimen.

Si decides participar en el estudio te daré a contestar unas encuestas en las que te preguntaremos sobre los episodios en los que te has lastimado, sobre cómo te han criado tus padres o las personas que lo han hecho y como enfrentas el estrés, además te haré unas preguntas sobre tus sentimientos y pensamientos.

También le daré a cada uno de tus padres o a las personas que consideres son los que te han criado un cuestionario que trata sobre la forma en la que lo han hecho.

Después de que se contesten los cuestionarios termina tu participación en el estudio y los resultados se pondrán en tu expediente.

Al participar en el estudio te haremos una valoración adicional a la que normalmente se hace y al estar los resultados en el expediente los médicos que participen en tu tratamiento podrán verlo, esto podría ayudar en tu tratamiento.

No es obligatorio que participes en este estudio, nadie se molestará si dices que no, y si decides participar y después retirarte del estudio también puedes hacerlo y no pasará nada, tu atención en el hospital continuará sin problemas con tus médicos tratantes. Puedes hacerme preguntas ahora o más tarde.

No existe ningún riesgo para ti, ya que solo contestaras unos cuestionarios.

En caso de cualquier duda sobre el estudio puedes comunicarte conmigo; Dra. Mónica I. Sánchez Pérez.

Entiendo que la investigación consiste en contestar unos cuestionarios que estudian la forma en la que me han criado y la forma en la que enfrente el estrés. Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Acepto participar en la investigación.

Nombre y Firma: _____

Fecha: _____

CEDULA DE AUTOLESIONES

En este cuestionario encontrarás una serie de preguntas sobre problemas que algunos adolescentes pueden presentar; te agradecemos que contestes con sinceridad. Te recordamos que no existen respuestas correctas o incorrectas.

DATOS GENERALES	
1) Eres: Hombre_____ Mujer_____	3) ¿Pertenece a alguna religión? a. Católica b. T. Jehová c. Cristiana d. Ateo
2) ¿Qué edad tienes?_____ años	4) ¿Cuál es el grado que estas cursando?_____
5) ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá): a. Tengo papá b. Lo sustituye (especifica)_____ c. No tengo papá y nadie lo sustituye	6) ¿Tienes mamá? (o quien es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá): a. Tengo mamá b. La sustituye (especifica)_____ c. No tengo mamá y nadie la sustituye
AUTOLESIONES	
7) ¿Alguna vez te has herido, cortado, quemado o hecho daño a propósito?	Sí_____ Nunca_____
8) ¿Cuántas veces te has herido, cortado, quemado o hecho daño a propósito?	_____ veces
9) ¿Qué edad tenías la primera o la única vez que te hiciste daño a propósito?	Tenía_____ años
10) ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño a propósito?	Tenía_____ años
11) Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿Cuál fue el motivo para hacerlo? (selecciona una opción de las que se te presentan)	a. Tristeza b. Nervios c. Por pertenecer a un grupo d. Imitación e. Problemas de conducta f. Otro (especifica)_____
12) Esa última vez que te hiciste daño a propósito, ¿Cómo lo hiciste? (selecciona una opción de las que se te presentan)	a. Cortes b. Jalones de cabello c. Quemaduras d. Pellizcos e. Rasguños f. Mordeduras g. Tomar medicamentos h. Otro (especifica)_____

Escala Prácticas Parentales para Adolescentes: PP-A

Hola, somos personas que trabajamos en la Universidad, queremos que por favor nos ayudes respondiendo este cuestionario acerca de la forma en la que piensan y sienten los jóvenes de tu edad y la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos(as). Si tienes alguna duda por favor ten confianza y pregúntanos lo que quieras saber. Te recordamos que nadie se va a enterar de lo que contestes.

Gracias por tu ayuda

¿Eres? Hombre () Mujer () ¿Cuántos años tienes? _____

¿Con quién vives? _____

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU MAMÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

MI MAMÁ:		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
2	Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
3	Me hace sentir que soy un(a) inútil				
4	Sabe en dónde estoy después de la escuela				
5	Me dice que soy un(a) "burro(a)"				
6	Habla conmigo sobre mis problemas				
7	Me deja tomar mis propias decisiones				
8	Me impone las cosas que ella piensa				
9	Me grita por cualquier cosa				
10	Conoce a mis amigos (as)				
11	Respeto las decisiones que tomo				
12	Cuando me castiga me hace sentir culpable				
13	Cree que todos debemos pensar como ella				
14	Se enoja conmigo por cualquier cosa				
15	Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
16	Todo lo que hago le parece mal				
17	Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
18	Cuando estoy triste me consuela				
19	Apoya mis decisiones				
20	Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
21	Ella cree que tiene la razón en todo				

22	Respeto mis ideas, sin criticarme				
23	Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
24	Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
25	Me pregunta qué hago con mis amigos				
26	Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
27	Me ayuda en mis problemas				
28	Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
29	Quiere que sea como ella es				
30	Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				
31	Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
32	Quiere que haga todo lo que ella dice				
33	Me da confianza para que me acerque a ella				
34	Me dedica tiempo para platicar				
35	Quiere que piense como ella piensa				
36	Entiende las razones que le digo				
37	Respeto mis decisiones aunque no sean las mejores				
38	Platica conmigo de las cosas que me suceden				
39	Piensa que todo lo que dice está bien				
40	En la casa se hace lo que ella dice				

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU PAPÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ:		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	Habla conmigo sobre mis problemas				
2	Me trata injustamente				
3	Platica conmigo como buenos amigos				
4	Me impone su manera de ser				
5	Me consuela cuando estoy triste				
6	Quiere que sea como él es				
7	Me culpa por todo lo que sucede				

8	Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				
9	Me amenaza, si me porto mal				
10	Me dedica tiempo para platicar				
11	Me ayuda en mis problemas				
12	Respeto mis gustos				
13	Cree que todos debemos pensar igual que él				
14	Pienso que me tiene mala voluntad				
15	Me da confianza para que me acerque a él				
16	Me culpa por cualquier cosa				
17	Le platico las cosas que me suceden				
18	Respeto mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
19	Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				
20	Respeto las decisiones que tomo				
21	Él cree que tiene la razón en todo				
22	Me deja tomar mis propias decisiones				
23	Entiende mi manera de ser				
24	Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
25	En la casa se hace lo que él dice				
26	Acepta mi forma de expresarme				
27	Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
28	Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
29	Me hace sentir que soy un(a) inútil				
30	Me grita por cualquier cosa				
31	Se enoja conmigo por cualquier cosa				
32	Apoya mis decisiones				
33	Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as)				
34	Quiere que haga lo que él dice				
35	Platica conmigo sobre todo lo que hago				
36	Me pregunta qué hago con mis amigos(as)				

37	Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarle				
38	Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela				
39	Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice				
40	Quiere que piense como él piensa				

ESCALA DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)

Instrucciones.

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en el lugar de la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que creas que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- | | |
|--|---|
| No me ocurre nunca o no lo hago | A |
| Me ocurre o lo hago raras veces | B |
| Me ocurre o lo hago algunas veces | C |
| Me ocurre o lo hago a menudo | D |
| Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia | E |

	A	B	C	D	E
1.Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuvieran el mismo problema					
2.Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema					
3.Seguir con mis tareas como es debido					
4.Preocuparme por mi futuro					
5.Reunirme con amigos					
6.Producir una buena impresión en las personas que me importan					
7.Esperar que ocurra lo mejor					
8.No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada					
9.Llorar o gritar					
10.Organizar una acción o petición en relación con mi problema					
11.Ignorar el problema					
12.Criticarme a mí mismo					
13.Guardar mis sentimientos para mí solo					
14.Dejar que Dios se ocupe de mis problemas					
15.Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves					
16.Pedir consejos a una persona competente					
17.Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión					

18. Hacer deporte					
19.Hablar con otros para apoyarme mutuamente					
20.Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades					
21.Asistir a clase con regularidad					
22.Preocuparme por mi felicidad					
23.Llamar a un amigo intimo					
24.Preocuparme por mis relaciones con los demás					
25.Desear que suceda un milagro					
26.Simplemente, me doy por vencido					
27.Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos)					
28.Organizar un grupo que se ocupe del problema					
29.Ignorar conscientemente el problema					
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.					
31.Evitar estar con la gente					
32.Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva					
33.Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas					
34.Conseguir ayuda o consejo de un profesional					
35.Salir y divertirme para olvidar mis dificultades					
36.Mantenerme en forma y con buena salud					
37.Buscar ánimo en otros					
38.Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta					
39.Trabajar intensamente					
40.Preocuparme por lo que está pasando					
41.Empezar una relación personal estable					
42.Tratar de adaptarme a mis amigos					
43.Esperar que el problema se resuelva por si solo					
44. Me pongo malo					
45.Trasladar mis frustraciones a otros					
46.Ir a reuniones en las que se estudia el problema					
47. Borrar el problema de mi mente					
48. Sentirme culpable					
49.Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa					
50.Leer un libro sagrado o de religión					
51.Tratar de tener una visión alegre de la vida					
52.Pedir ayuda a un profesional					
53.Buscar tiempo para actividades de ocio					

54.Ir al gimnasio o hacer ejercicio					
55.Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él					
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué					
57.Triunfar en lo que estoy haciendo					
58.Inquietarme por lo que puede ocurrir					
59.Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o chica					
60.Mejorar mi relación personal con los demás					
61.Soñar despierto que las cosas irán mejorando					
62.No tengo forma de afrontar la situación					
63.Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo					
64.Unirme a gente que tiene el mismo problema					
65.Aislarme del problema para poder evitarlo					
66.Considerarme culpable					
67.No dejar que otros sepan cómo me siento					
68.Pedir a Dios que cuide de mí					
69.Estar contento de cómo van las cosas					
70.Hablar del tema con personas competentes					
71.Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos					
72.Pensar en distintas formas de afrontar el problema					
73.Dedicarme a mis tareas en vez de salir					
74.Inquietarme por el futuro del mundo					
75.Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir					
76.Hacer lo que quieren mis amigos					
77.Imaginar que las cosas van mejor					
78.Sufro dolores de cabeza o del estómago					
79.Encontrar una forma de aliviar la tensión por ejemplo: llorar ,gritar, beber, tomar drogas					
80.Anota cualquier cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas					

CUESTIONARIO DE CRIANZA PARENTAL (PCRI-M)

Las frases que le presentamos a continuación describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lea cada frase con atención y decida cuál es la que define mejor lo que usted siente. Si está *muy de acuerdo* rodee con un círculo el número **1** de la pregunta que corresponda. El número **2** si está *de acuerdo*; el número **3** si está *en desacuerdo* y el número **4** si está *en total desacuerdo*.

Recuerde:

- 1= muy de cuerdo 3=en descuerdo
 2= de acuerdo 4= en total descuerdo

	1	2	3	4
1) Cuando mi hijo/a está molesto/a por algo, generalmente me lo dice				
2) Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a				
3) Estoy tan satisfecho/a de mi hijo/a como otros padres				
4) Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a				
5) Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a				
6) Cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a				
7) Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día				
8) Los padres deben proteger a sus hijos/as de aquellas cosas que pueden hacerles infelices				
9) Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué				
10) Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños				
11) Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir cómo se siente				
12) Me preocupa mucho el dinero				
13) Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a				
14) La paternidad es una cosa natural en mí				
15) Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta				
16) Quiero a mi hijo/a tal como es				
17) Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida				
18) Mi hijo/a nunca tiene celos				
19) A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos				
20) Mi hijo/a me cuenta cosas suyas y de los amigos				
21) Desearía poder poner límites a mi hijo/a				
22) Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones				
23) Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin los niños, me volveré loco/a				
24) Me arrepiento de haber tenido hijos				
25) A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren				
26) Mi hijo pierde el control muchas veces				
27) El ser madre/padre no me satisface tanto como pensaba				
28) Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel				
29) Ahora tengo una vida muy estresada				
30) Nunca me preocupo por mi hijo/a				
31) Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros				
32) Los padres deberían dar a sus hijos/as todo lo que ellos no tuvieron				

33) Como madre/padre, normalmente me siento bien				
34) Algunas veces me siento agobiado/a por mis responsabilidades paternas				
35) Me siento muy cerca de mi hijo/a				
36) Me siento satisfecho/a con la vida que llevo actualmente				
37) Nunca he tenido problemas con mi hijo/a				
38) No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca				
39) Mi hijo/a puede estar seguro de que yo le escucho				
40) A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a				
41) Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo				
42) Mi pareja y yo compartimos las tareas domésticas				
43) Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace				
44) Mi hijo sabe qué cosas pueden enfadarme				
45) Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos/as				
46) Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo comenta				
47) Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer				
48) Ser madre/padre es una de las cosas más importantes de mi vida				
49) Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños				
50) Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas				
51) Mi hijo/a me oculta sus secretos				
52) Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos/as				
53) Creo que conozco bien a mi hijo/a				
54) Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a				
55) Me pregunto si hice bien en tener hijos/as				
56) Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a				
57) Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro				
58) Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a				
59) Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a				
60) Mis hijos/as sólo hablan conmigo cuando quieren algo				
61) La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos.				
62) Es mejor razonar con los niños/as que decirles lo que deben hacer				
63) Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a				
64) Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo				
65) Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como ser una buena madre/padre				
66) A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle pero nunca lo hago				
67) Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos				
68) Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños/as				
69) Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad				
70) Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado				
71) Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño				
72) Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo/a				
73) Los niños/as menores de cuatro años son muy pequeños para estar en la guardería				
74) Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre				
75) Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso				

76) Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a				
77) No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda				
78) Para el niño/a es mejor una madre que se dedique a él por completo				

Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

Oficio: DICI/737/0911

Asunto: Aprobación

México, D.F., a 15 de Septiembre de 2011.

DRA. MÓNICA I. SÁNCHEZ PÉREZ
PRESENTE

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Prácticas parentales y mecanismos de afrontamiento en adolescentes con autolesiones", registrado en esta División de Investigación con la clave IT2/14/0811, como trabajo de tesis para obtener la diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, ha sido Aprobado y debe pasar al comité de ética para su evaluación.

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

- Entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de diciembre del año en curso con firma del co-responsable, así como los productos derivados,
- Entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de su escuela y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. LILIA ALBORES GALLO
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.

C.c.p. Dra. Rosa Elena Ulloa Flores. Asesor Metodológico HPIDJNN, presenta.
Dra. Miriam del Valle. Asesor Técnico, presenta.
Registro de productividad del HPIDJNN
Archivo.

Comisión Nacional de Institutos de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

No. de oficio: CEI/112

Asunto: Dictamen de aprobación



México, D.F., a 31 de octubre de 2011

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD

DRA. MÓNICA IXCHEL SÁNCHEZ PÉREZ
RESIDENTE DEL HOSPITAL

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado: *"Prácticas parentales y mecanismos de afrontamiento en adolescentes con autoleSIONES"*, con clave de identificación en el hospital *IT2/14/0811*, presentado por usted a este Comité, como la investigación de tesis para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, apareciendo como asesor teórico la Dra. Miriam Del Valle, y como asesor metodológico la Dra. Rosa Elena Ulloa.

El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

No omitimos hacer la siguiente sugerencia para mejorar la presentación del protocolo y, en consecuencia, para beneficio de los sujetos de investigación: Debe cambiar el párrafo "4. Beneficios posibles del estudio", debido a que no puede plantear como beneficio el "ningún costo" de los procedimientos del protocolo de investigación, debido a que constituye una práctica obligada del investigador, y no un otorgamiento de utilidad para los sujetos y sus familias. Por lo que la aclaración de costos se debe presentar en el apartado "5. Procedimientos del estudio".

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio del reclutamiento y la finalización del estudio, y de entregar por escrito un informe final.

Los compromisos con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los participantes en el protocolo como sujetos de estudio.

Atentamente,


PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN
PRESIDENTE DEL COMITÉ
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN


PSIC. MARÍA DEL CARMEN CORONA GONZÁLEZ
VOCAL DEL COMITÉ
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



C.c.p. Dra. Elena María Pérez Ordoña.- Directora del Hospital.
Archivo de la Comisión de Investigación
Archivo del Comité de Ética en Investigación.