

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Correlación del funcionamiento familiar con la conducta autolesiva
en pacientes adolescentes deprimidos.

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

Silvia Espíndola Morales

TUTOR:

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN

Antecedentes: La conducta autolesiva sin finalidad suicida, un fenómeno cada vez más frecuente en los adolescentes, puede realizarse para el autocontrol, regulación o descarga emocional. Esta puede exacerbarse cuando existe presencia de algún trastorno psiquiátrico. En diversos estudios se ha visto, que la alteración en el funcionamiento familiar o tener una familia disfuncional, puede estar involucrado con la presencia de este tipo de conductas.

Objetivo: Establecer la asociación de nivel de funcionamiento familiar con la presencia de conducta autolesiva en adolescentes deprimidos. Así como identificar los diagnósticos más frecuentemente asociados a este tipo de conducta.

Material y Métodos: Estudio transversal donde participaron 93 adolescentes (edad media 8.25 ± 1.3 años) de un hospital psiquiátrico infantil. Todos los participantes fueron evaluados mediante la entrevista diagnóstica semi-estructurada K-SADS-PL y la escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL.

Resultados: La conducta autolesiva se presentó en el 48.4% de la muestra y de estos la mayoría tuvieron antecedente de un intento suicida. Los diagnósticos más frecuentes asociados a la depresión fueron distimia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por déficit de atención e hiperactividad; No se encontró una asociación entre la presencia de conducta autolesiva y el grado de disfunción familiar.

Conclusiones: En nuestro estudio no encontramos diferencias en el funcionamiento familiar entre los adolescentes con y sin presencia de conducta autolesiva. Posiblemente estos resultados se deban a la presencia de depresión y otras comorbilidades en toda la muestra estudiada.

Palabras clave, MeSH: Familia, Adolescencia, Autolesión.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
2.1 CONDUCTA AUTOLESIVA	
2.2 FAMILIA	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
4. JUSTIFICACIÓN... ..	7
5. HIPÓTESIS.....	7
6. OBJETIVOS.....	7
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
• Tipo de diseño	
• Muestra	
• Criterios de inclusión	
• Criterios de exclusión	
• Criterios de eliminación	
• Variables	
• Procedimiento	
• Instrumentos de medición	
• Análisis Estadístico	
• Consideraciones éticas	
8. RESULTADOS.....	14
9. DISCUSIÓN	17
10. CONCLUSIONES.....	20
11. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	21
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
13. ANEXOS.....	27

1. INTRODUCCIÓN

Se puede definir a la familia como una unidad social primaria universal. Su importancia radica en su composición, organización, interacción, y en las funciones que desarrolla como entidad biopsicosocial. La familia como agrupación social basada en el parentesco ha sido desde el origen de la humanidad el principal pilar de la sociedad ya que dentro de ella se satisfacen las principales áreas para el desarrollo de los individuos como lo son: crianza, alimentación, educación, aspectos culturales y emocionales, siendo el equilibrio de estos la base del desarrollo pleno de los individuos que la conforman. Algunas de las funciones esenciales de la familia son establecer límites y roles bien definidos, que haya jerarquías claras entre sus miembros, procurar comunicación abierta y explícita así como efectividad y cooperación entre sus integrantes, aspectos que llevarán a sus integrantes a una adecuada adaptación a cambios o estresores cuando estos se presenten.

Se ha visto que cuando las relaciones son cálidas, estrechas y cooperativas los integrantes se fortalecen y se fomenta el crecimiento personal y que si sucede lo contrario, prevalece la incertidumbre y el malestar, de volverse crónicos pueden llevar al desarrollo de psicopatología como depresión, ansiedad, presencia de autolesiones e incluso al intenso suicida. Anteriormente podíamos hablar de las autolesiones como el síntomas de una constructo más amplio, desde trastornos afectivos hasta trastornos de la personalidad, sin embargo hoy en día podemos decir que las autolesiones son desde hace ya varias décadas un problema generalizado en adolescentes y adultos, no todas ellas con fines suicidas y no todas las veces como parte de otro trastorno.

En base a estos principios radica la importancia de este proyecto de investigación, ya que actualmente podemos abordar la conducta autolesiva como un constructo

aparte que podría tener su origen en la disfunción o desequilibrio de algunas de las áreas familiares mencionadas o ser este desequilibrio un perpetuante de estas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conducta autolesiva

La conducta autolesiva es un problema generalizado, aunque a menudo oculto tanto en adolescentes como adultos jóvenes. Aunque la mayoría de las autolesiones deliberadas se pueden clasificar como "autolesión no suicida", algunos llegarán a cometer suicidio¹.

Existen diversas clasificaciones para la autolesiones una de ellas se basa en la frecuencia de las conductas autolesivas, denominándolas ocasionales y repetitivas. Las primeras se realizan una a cuatro veces a lo largo de su vida y las conductas autolesivas repetitivas son aquellas donde se realizan cinco o más veces en la vida. De acuerdo con investigaciones recientes, las ocasionales son mucho más frecuente (71.3%) que las repetitivas² pero estas últimas están asociadas con más problemas psicológicos³.

Algunos autores mencionan que las autolesiones son frecuentes cuando hay sentimientos de soledad⁴ o con el fin de regular emociones abrumadoras e intolerables⁵, lo cual sucede frecuentemente cuando hay síntomas depresivos y ansiosos.

Las investigaciones muestran que los diferentes factores ecológicos a nivel individual, de la familia, compañeros y sociedad están relacionados con la autolesión deliberada⁶. Las autolesiones y pensamientos suicidas son muy comunes entre los 16 y 17 años. Aunque la mayoría del comportamiento autolesivo no va acompañado de un deseo de morir, todas las conductas de autolesión independientemente de la motivación, se asocian con aumento del

riesgo de pensamientos y planes suicidas, particularmente cuando se lleva a cabo repetidamente^{7,8}. Muchos estudios de todo el mundo han comprobado la existencia de comportamiento autolesivo como un fenómeno establecido en los jóvenes. Nixon y colaboradores (2008) realizaron un estudio basado en examinar la prevalencia de conductas de autolesivas en una comunidad de jóvenes de entre 14 a 21 años de edad señalando que el 17% informó presencia de comportamiento autolesivo con una edad media de inicio de 15.2 años de edad, reportando que el 83% de las conductas autolesivas implicó rayarse, golpearse y cortarse⁶; por su parte Yates ha descrito edades de inicio para las conductas autolesivas desde los 12-14 años³. Morey y colaboradores hicieron un estudio transversal de 3, 881 adolescentes y observaron que el 9.1% tenía un historial de conducta autolesiva, siendo esta más frecuente en el sexo femenino (13,9% vs 4,3%). Otro estudio realizado en Gran Bretaña por O'Loughlin y Sherwood identificó 4,474 episodios de autolesión deliberada en una ciudad británica desde 1981 hasta 2000. La tasa de autolesión fue más alta en mujeres, las cuales tendían a usar sobredosis como su método de autolesión más frecuente, frente a los hombres que eran más propensos a cortarse. La cohorte con la mayor tasa de comportamiento autolesivo fue el grupo de 15 a 24 años de edad y hubieron autolesiones deliberadas menos repetitivas si el primer episodio fue seguido de atención psiquiátrica^{9,10}.

Otros autores han observado que los adolescentes tienen mayor vulnerabilidad a presentar conductas de autolesión si hay baja autoestima, baja expresión emocional o disociación y que aquellos que ya presentan estas conductas cursan con emociones negativas como desesperanza, ansiedad, depresión y agresividad¹¹⁻¹³.

De acuerdo a varios estudios, la depresión se encuentra presente en 9 de cada 1000 pre-escolares, en 20 de cada 1000 escolares (6 a 11 años) y en por lo menos 50 de cada 1000 adolescentes (12-18 años). Investigaciones revelan que más de la mitad de adolescentes deprimidos eventualmente se autolesionaran y

realizaran un intento suicida, y aproximadamente el 10 % de estos terminara en suicidio consumado dentro de los 15 años posterior a su diagnóstico psiquiátrico^{14,15}.

2.2 La Familia

Todo individuo pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario que corresponde a la familia, la cual se encarga de satisfacer los requerimientos biológicos, económicos, educativos, culturales y emocionales de sus integrantes¹⁶. La familia desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos. También la familia, al ser un factor social, actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en relaciones del individuo con el medio ambiente, propiciando una menor o mayor adaptación al mismo, así como vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud¹⁷; por ejemplo, los preescolares expuestos a violencia verbal presentarán a largo plazo más síntomas depresivos y delincuencia, como lo refiere Donovan en su estudio sobre la agresión de madres a sus hijos¹⁸.

Richman propuso que los trastornos de comunicación y el secretismo excesivo son los factores familiares que pueden llevar a un comportamiento suicida. Resultados de la investigación demostraron que la mala comunicación entre padres y adolescentes se asoció con conducta autolesiva e ideación suicida en adolescentes¹⁹. En un estudio Syed y Khan demostraron que los conflictos familiares fueron el factor principal que contribuyo a la autolesión deliberada en jóvenes de Pakistán²⁰. De acuerdo a estos autores un factor importante que a menudo se encuentra en el comportamiento autolesivo es la disfunción familiar severa que induce estados variables de despersonalización y a un estado alterado de la mente o disociación. En dicho estudio concluyen que las autolesiones se pueden observar en los jóvenes que sufren de abuso sexual o físico, negligencia familiar grave, la separación temprana de los padres, personas sin hogar y en

aquellos que huyen de casa. Otra investigación reciente señala la importancia de la alienación parental (críticas intensas de los padres hacia los hijos) en adolescentes con tendencias de autolesión no suicida (tales como la cortes, golpes y quemaduras⁶.

En el estudio de la relación entre condiciones familiares y desarrollo de psicopatología en adolescentes, se han destacado ciertas condiciones como la presencia de trastornos mentales en los padres, conflictos familiares, hogares monoparentales, cuidado y supervisión de los padres, hostilidad y maltrato, con lo que se han encontrado evidencias de la importancia de los factores familiares, sin embargo, no es claro si estos factores contribuyen por igual en los diferentes estadios del desarrollo y posteriormente en la manifestación de diferentes síntomas psiquiátricos²¹.

Algunos investigadores han estudiado las conductas autolesivas de la población adolescente en función de la frecuencia de presentación. Por ejemplo Brunner y colaboradores investigaron los principales factores asociados a las conductas autolesivas clasificándolas en ocasionales y repetitivas. Encontraron que principalmente las autolesiones ocasionales se relacionaban con problemas familiares crónicos como enfermedades médicas de larga evolución en alguno de los padres². Además, se ha descrito que una acumulación del estrés temprano parental y familiar está asociado con las autolesiones, así como una mala comunicación padres-hijos^{22,23}.

Existe evidencia de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida , y no solamente la conducta autolesiva²⁴. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y suelen crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. Otros estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación

parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio y las conductas autolesivas^{1,13,21,23,25}.

El mal ambiente familiar durante la infancia está asociado a autolesiones en la adolescencia y en adultos jóvenes, en especial si hay padres divorciados o separados, o bien si la madre era muy joven, con una educación pobre o sufrieron maltrato; la psicopatología en padres, el abuso sexual en los niños y el padecer epilepsia o un reciente diagnóstico de VIH(+) son también factores de riesgo para presentar conductas autolesivas. Por otro lado, así como hay factores de riesgo, también hay factores protectores para este tipo de conductas. Por ejemplo, un cuarto de los pacientes psiquiátricos reportaron que las creencias religiosas les previnieron de un intento suicida. Otro factor protector es la orientación heterosexual, siendo más vulnerables aquellos con orientación bisexual u homosexual, especialmente si son hombres¹².

Finalmente en un estudio de Byrne y colaboradores al explorar las necesidades de los padres y cuidadores primarios de un grupo de adolescentes que se autolesinaban, se encontró que tienen importantes dificultades en la comunicación para la solución de conflictos, en la relación familiar al sentirse culpables, desconfiados y frustrados tras las conductas de sus hijos²⁶.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre el nivel de funcionamiento familiar y la presencia de conducta autolesiva en los pacientes adolescentes deprimidos que acuden a un Hospital Psiquiátrico Infantil de la ciudad de México?

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las conductas autolesivas son un problema de salud pública que afecta principalmente a niños y adolescentes de cualquier parte del mundo. Es bien sabido que este tipo de comportamiento puede ser en la mayoría de los casos el preámbulo tanto de los intentos de suicidio como de los suicidios consumados.

De acuerdo a varios estudios en todo el mundo, un mal funcionamiento familiar incrementa el riesgo de múltiples psicopatologías incluyendo la conducta autolesiva.

El poder entender el funcionamiento familiar de los pacientes que se autolesionan y que acuden a nuestra institución, proporcionará herramientas para generar intervenciones adecuadas y enfocadas a diversas áreas de funcionamiento familiar con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad asociada a este tipo de conducta.

5. HIPÓTESIS

- Hi: Los adolescentes deprimidos con conducta autolesiva exhibirán un bajo nivel de funcionamiento familiar en comparación de aquellos que no se autolesionan.
- Ho: No existirá asociación entre un nivel bajo de funcionamiento familiar y la presencia conducta autolesiva en adolescentes deprimidos.

6. OBJETIVOS

- General
- Conocer la asociación entre el grado de funcionamiento familiar y presencia de autolesiones en pacientes adolescentes deprimidos.

- Específicos
- Identificar el nivel de funcionamiento familiar asociado a la presencia de conducta autolesiva en pacientes adolescentes deprimidos.
- Identificar los diagnósticos comórbidos más frecuentemente asociados a la conducta autolesiva.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

❖ **TIPO DE DISEÑO:** El estudio fue tipo transversal y correlacional.

❖ **MUESTRA:** La muestra estuvo conformada de pacientes adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico de la ciudad de México y que presentaron depresión como principal diagnóstico con y sin presencia de conducta autolesiva. El tamaño se determinó en base a lo referido por Sudman en 1976 sobre muestras regionales y nacionales en estudios de investigación médica

❖ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Adolescentes cuyo diagnóstico principal fue depresión con y sin conducta autolesiva.
- Sujetos masculinos y sujetos femeninos.
- Que contaran con ambos padres vivos.
- Que aceptaron participar en el estudio, con previa autorización por escrito de sus padres.

❖ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que se encuentran bajo intoxicación de alguna sustancia.
- Pacientes que cursaron con alguna condición médica que puso en riesgo su salud.

❖ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completaron adecuadamente las escalas durante el estudio.
- Pacientes que decidieron retirarse del estudio.
- Pacientes quienes sus padres solicitaron no continuar en el estudio.

❖ VARIABLES

Variable independiente

- **Funcionamiento familiar:**

Definición conceptual: Dinámica interactiva y sistémica producida entre los miembros de la familia.

Definición Operacional: Se determinará en base a la escala de funcionamiento familiar FF-SIL., la cual pregunta al paciente sobre aspectos como cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles de sus integrantes y permeabilidad, esta última como la capacidad de dar y recibir ayuda de otros.

Variable Dependiente

- **Conducta autolesiva:**

Definición conceptual: Es una conducta que causa daño tisular sin intención suicida o sin que las lesiones seas extensas o severas como para tener daño letal²⁷.

Definición operacional: Se tomó como autolesión toda aquella conducta dirigida a causar daño de manera intencional con cualquier finalidad excepto la de causar la muerte. Esta se determinó mediante aplicando de la sección correspondiente a autolesiones del tamizaje de la entrevista semi-estructurada K-SADS-PL (que incluye como conductas autolesivas, a aquellas que se realicen por lo menos 4 veces al año y/o que hayan causado una lesión severa) e incluye preguntas como:

¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillos/velas? ¿Te has herido con agujas/cuchillos? ¿Con tus uñas? ¿Has puesto monedas calientes en tu piel? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué lo hacías? ¿Has tenido muchos accidentes? ¿Qué clase de accidentes? ¿Con qué frecuencia?

Algunos niños hacen estas cosas porque quieren suicidarse, y otros lo hacen porque se sienten mejor después de hacerlo ¿Por qué lo hacías?

❖ PROCEDIMIENTO

Esta investigación se llevó a cabo como seguimiento al estudio “Asociación de variantes genéticas del transportador de serotonina en adolescentes deprimidos con o sin antecedentes de lesiones autoinflingidas e intento suicida” realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” por el investigador principal Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández. Esta segunda fase del estudio inició en el primer semestre del 2013 para ello se contó con las instalaciones de la consulta externa de Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y los pacientes fueron localizados y contactados a través del expediente clínico. Poco menos de la mitad del total de la muestra aceptó participar nuevamente. A todos aquellos que aceptaron se les explicó el objetivo de esta segunda fase, y tanto a los padres o tutores como a los adolescentes que aceptaron, se les dio a firmar el consentimiento informado.

Posteriormente se les aplicó una batería de 2 escalas. Primeramente, el investigador principal evaluó a todos los participantes con la entrevista diagnóstica semi-estructurada K-SADS-PL y posteriormente el investigador adjunto, Silvia Espíndola Morales aplicó la escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL. Finalmente, a cada participante, en presencia de sus padres o tutores, se les explicaron los resultados obtenidos en dichas escalas y después fueron incorporados a los expedientes clínicos con previo informe verbal a su médico tratante.

❖ INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

• ESCALA K-SADS-PL

El K-SADS-PL fue adaptado del K-SADS-P, el cual fue desarrollado por William Chambers y Joaquin Puig-Antich. Se trata de una entrevista diagnóstica semi-estructurada para evaluar episodios actuales y pasados de Psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo a los criterios del DSM III y DSM IV.

Para el llenado del instrumento se entrevista a los padres, a los niños y finalmente se incluyen otras fuentes de información como la escuela. Cuando el instrumento se administra a pre-adolescentes, se comienza con los padres. Cuando trabajamos con adolescentes, se inicia con ellos. Si existen discrepancias entre las diferentes fuentes de información, el evaluador tendrá que utilizar el mejor juicio clínico. Para la administración correcta del K-SADS-PL, es necesario la realización de 1) una entrevista no estructurada de introducción 2) una entrevista diagnóstica de evaluación 3) completar la lista del chequeo del suplemento 4) completar los suplementos adecuados de diagnóstico 5) el resumen de los diagnósticos de por vida y 6) la escala de evaluación global de la infancia.

Para su validación en nuestro país se evaluaron 40 pacientes de 6 a 17 años que acudieron a 3 instituciones públicas de atención psiquiátrica. Se realizó la traducción al español, retraducción al inglés y adaptación de la entrevista. Las entrevistas a los pacientes y sus padres, se videograban y clasificaron por 3 evaluadores independientes. Se obtuvieron coeficientes Kappa de buenos a excelentes para trastorno depresivo mayor $k=0.76$, cualquier trastorno ansioso $k=0.84$, TDAH $k=0.9$ y trastorno disocial $k=1$ ²⁸.

- **ESCALA FF-SIL**

La escala FF-SIL fue publicada en 1999 por Veitía y cols. A partir de entonces ha sido ampliamente utilizada en poblaciones de habla hispana²⁹, incluyendo México³⁰. Este cuestionario evalúa diversas categorías: Cohesión, que implica la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas; Armonía, que se define como la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo; Comunicación, cuando los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa; Adaptabilidad es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera; Afectividad, es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas los unos a los otros; Rol o papel, que cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el grupo familiar; Permeabilidad, es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Para el diseño de esta prueba se siguió el principio de que fuera un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pudiera ser aplicado por el personal que labora en las áreas de salud en general, sin que se requiriera un entrenamiento previo. Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realizará al miembro de la familia que, a criterio del equipo de salud, tenga capacidad para responderla en condiciones de privacidad adecuadas. La aplicación toma alrededor de 15 minutos.

Las categorías son distribuidas de la siguiente forma, de acuerdo a los ítems que explora: cohesión 1 y 8, Armonía 2 y 13, Comunicación 5 y 11, Adaptabilidad 6 y 10, Afectividad 4 y 14, Roles 3 y 9, y Permeabilidad 7 y 12. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítem. La escala tiene diferentes

valores de acuerdo al criterio seleccionado: casi siempre 5, muchas veces 4, a veces 3, pocas veces 2 y casi nunca 1. El diagnóstico de funcionamiento familiar según la puntuación total se divide en: a) Funcional (de 70 a 57), b) Moderadamente funcional de 56 a 43, c) Disfuncional (de 42 a 28) y d) Severamente disfuncional (de 27 a 14)³¹.

❖ ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de características clínicas y demográficas, se utilizaron porcentajes y medias. Como pruebas de hipótesis en la comparación de las familias de los adolescentes deprimidos con y sin antecedente de conducta autolesiva se utilizó la *Chi Cuadrada* y *t de student*. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los artículos 80, 81 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud se trató de un estudio de riesgo bajo. Este estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos, de acuerdo a la Declaración de Helsinki. Dicha investigación es parte de un proyecto mayor titulado “Asociación de variantes genéticas del transportador de serotonina en adolescentes deprimidos con o sin antecedentes de lesiones autoinflingidas e intento suicida”, el cual fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil bajo el registro II1/01/0512 ante el Comité de Investigación del Hospital. De igual manera, el presente estudio fue evaluado y aceptado mediante el registro II1/01/0512/T α (ver cartas de aceptación en el anexo II).

8. RESULTADOS

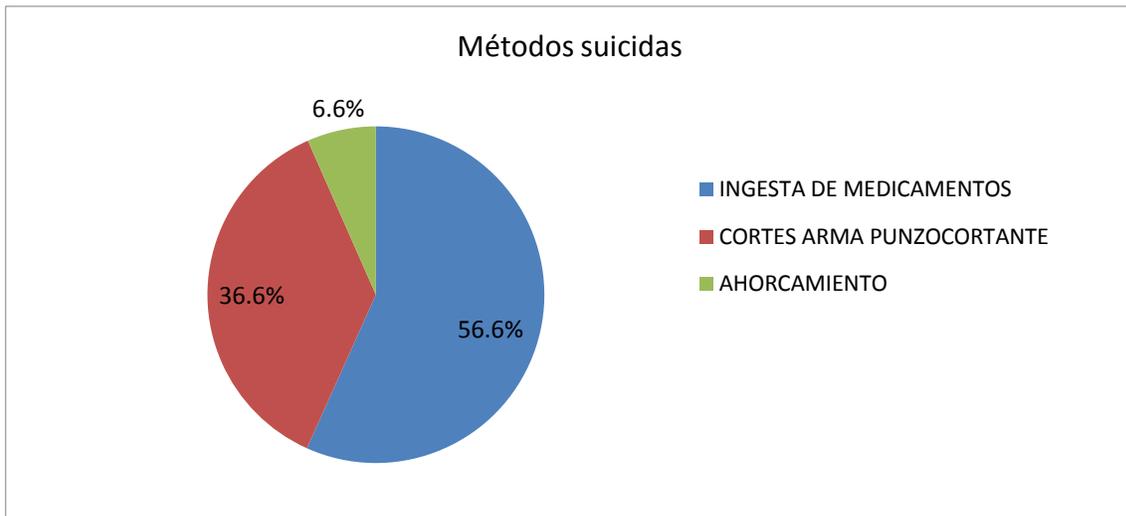
• CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Nuestro estudio incluyó un total de 93 pacientes de los cuales el 32.3% (n= 30) fueron hombres y el restante 67.7% (n=63) fueron mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 14.20 \pm 1.4 años (intervalo 11-17 años). El nivel de escolaridad reportado en el momento del estudio tuvo una media de 8.25 \pm 1.3 años (intervalo de 6 a 11 años de estudio). De la muestra total el 83% continuaba estudiando, mientras que el restante 17% había abandonado sus estudios.

• CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA

Del 100 % de la muestra, el 48.4% (n=45) tenía conducta autolesiva y el restante 51.6% (n=48) no había presentado este tipo de conducta al momento del estudio. De los 45 pacientes que presentaron conducta autolesiva, el 100% se realizaba cortes superficiales en alguna parte de su cuerpo, principalmente en antebrazos. Un dato interesante fue que 30 de los 45 pacientes (66.67%) con conducta autolesiva tenía el antecedente de por lo menos un intento suicida reciente. El promedio de intentos suicidas de los pacientes fue de 2.0 \pm 1.0 intentos (rango 1-5 intentos suicidas). Doce pacientes reportaron haber tenido de 3 a 5 intentos suicidas. En la Gráfica 1 se muestran los principales métodos empleados en el último intento suicida reportado por los pacientes.

GRAFICA 1. Métodos empleados en el intento suicida de los adolescentes encuestados en el estudio de Correlación del funcionamiento familiar con la conducta autolesiva.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la muestra clínica estudiada. HPIJNN, 2013.

Cuando se buscó la asociación de los trastornos comórbidos con la presencia de conducta autolesiva e intento suicida, únicamente la distimia mostró una diferencia estadísticamente significativa, ($\chi^2=5.090$, $gl=1$, $p=0.021$ y $\chi^2=4.396$, $gl=1$, $p=0.033$, respectivamente).

La distribución de los diagnósticos comórbidos de los pacientes incluidos de acuerdo al K -SADS-PL se muestra en la tabla 1. La principal comorbilidad fue la distimia (29%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada (19.4%), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante (18.3% cada uno).

TABLA 1. Comorbilidades psiquiátricas de los pacientes encuestados en el estudio de correlación del funcionamiento familiar con la conducta autolesiva.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	PORCENTAJE
Distimia	29
Trastorno de Ansiedad Generalizada	19.4
TDAH	18.3
Trastorno Negativista Desafiante	18.3
Trastorno Disocial	4.3
Bulimia Nerviosa	3.2
Trastorno de pánico	2.2
Fobia Social	2.2
Trastorno de Estrés Postraumático	2.2
Enuresis	2.2
Abuso de Etanol	2.2
Ansiedad de Separación	2.2

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la muestra clínica estudiada. HPIJNN, 2013.

• FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Al dividir y comparar a los pacientes por grupos, de acuerdo a su funcionamiento familiar, considerándose como familias funcionales (puntajes de 43 a 70) vs familias disfuncionales (puntajes de 42 a 14), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de conducta autolesiva ($X^2 = 3.031$, $gl=1$, $p=0.092$). En la tabla 2 se observa el número de familias y el porcentaje del nivel de funcionamiento familiar según la puntuación total de la escala FF-SIL .

Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de intentos suicidas al comparar grupos de pacientes con y sin disfunción familiar ($X^2 = .106$, $gl=1$, $p=0.459$).

TABLA 2. Funcionamiento familiar de los pacientes encuestados en el estudio de Correlación del funcionamiento familiar con la conducta autolesiva.

NIVELES DE FUNCIONALIDAD	NÚMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Funcional	17	18.3
Moderadamente Funcional	40	43.0
Disfuncional	30	32.3
Severamente Disfuncional	6	6.5
Total	93	100

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la muestra clínica estudiada. HPIJNN, 2013.

9. DISCUSION

Diferentes modelos que pretenden explicar el origen de autolesiones sostienen que estas conductas no sólo sirven para expresar y exteriorizar emociones abrumadoras o intolerables, sino también para regular estas emociones, por ello es importante examinar los posibles orígenes del desarrollo de disfunciones en la regulación de las emociones que llevan a los individuos a participar en ellas³².

En este estudio lo que se pretendió fue comprobar que los adolescentes deprimidos que presentaban conducta autolesiva exhibían un bajo nivel de funcionamiento familiar, así como de manera secundaria, identificar los diagnósticos más frecuentemente asociados con la conducta autolesiva. Esto con la finalidad de localizar grupos de adolescentes en alto riesgo de desarrollar este tipo de conductas y poder disminuir la morbi-mortalidad asociada.

En nuestro estudio se encontró que más de la mitad, de los pacientes que se autolesionan son mujeres y una menor proporción son hombres. Los resultados encontrados por Fliege y colaboradores respecto a la edad de inicio de las autolesiones en adolescentes, concuerdan con los nuestros¹¹. Por su parte Greydanus reportó que las conductas autolesivas más comunes entre adolescentes eran rayarse, cortarse y golpearse⁶, en nuestro estudio se encontró que de los 45 pacientes que se autolesionaban, todos se realizaba cortes superficiales en alguna parte de su cuerpo.

Otro dato interesante y a la vez preocupante encontrado en nuestro estudio fue que 30 de los 45 pacientes con conducta autolesiva tenía el antecedente de por lo menos un intento suicida reciente, como lo menciona Moran cuando dice que a pesar de que la mayoría de las autolesiones producidas por adolescentes se pueden clasificar como no suicidas, un alto porcentaje llegar a cometer suicidio³³. Más aún, Kidger y Portzky sustentan que las autolesiones y pensamientos suicidas son muy comunes entre los 16 y 17 años de edad, mencionando que la mayoría de estas no van acompañadas de un deseo de morir sin embargo todas las conductas de autolesión independientemente de la motivación, aumentan el riesgo para intento suicida^{7,8,34}.

Shagle en su estudio concluye que la tasa de intentos suicidas fue más alta en mujeres, las cuales tendían a usar sobredosis como su método de elección, frente a los hombres que eran más propensos a cortarse¹⁰. Otros autores como Giletta hablan de ampliar el termino de autolesiones a no solo los cortes o golpes, sino también al envenenamiento autoinfligido como autolesión con fines no suicidas en adolescentes con presencia de síntomas como angustia, síntomas depresivos y sentimientos de soledad⁴. Estos datos se corresponden con lo encontrado en nuestro estudio, donde se observó de los pacientes que presentaron algún tipo de intento suicida, 17 fueron por la ingesta de medicamentos, 11 por cortes con arma punzocortante y 2 por ahorcamiento¹¹.

En nuestro estudio se encontró que los principales diagnósticos comórbidos fueron Trastornos afectivos de tipo depresivo y de ansiedad, lo que coincide también con lo reportado por Fliege, Webb, Pfeffer y Keith los cuales concluyen que la mitad de los pacientes que presentan autolesiones tienen depresión, mientras que otros cursan con baja autoestima, sentimientos de desesperanza y ansiedad^{7,12,13,16}.

Si bien nuestro estudio está enfocado a las autolesiones, los resultados y las investigaciones internacionales dejan ver que las autolesiones aumentan considerablemente el riesgo de presentar un intento suicida. En otros países de latinoamérica como en Cuba se reportó que el suicidio se ubica en la 6ta causa de muerte, con una tasa de 18,3 por 100 000 habitantes, y afecta principalmente a la población comprendida entre 15 y 44 años, y se reportan 6 intentos por cada fallecido por suicidio³⁵.

Con respecto a la familia, estudios realizados en adolescentes mexicanos revelan que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas³⁶.

Otro estudio en Hospital Psiquiátrico de México se encontró que las características que se encontraron con mayor frecuencia asociadas a autolesiones fueron el sexo femenino, el nivel socioeconómico bajo, la violencia intrafamiliar y el antecedente de abuso sexual³⁷. En nuestros resultados más de la mitad de los adolescentes que tenían conducta autolesiva eran de sexo femenino. Si bien en nuestro estudio no se exploró el abuso sexual o en nivel socioeconómico, si se midió el funcionamiento familiar encontrando que no hubo diferencia significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de conducta autolesiva. Se observó que seis familias resultaron severamente disfuncionales y 30 moderadamente disfuncionales, lo que contrasta con 40 que resultaron moderadamente funcionales y 17 funcionales. Nuestros resultados son contrastantes a lo

encontrado en otras investigaciones y tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en frecuencia de intento suicida al comparar grupos de pacientes con y sin disfunción familiar, resultado que también contrasta con lo encontrado en los estudios anteriores.

El motivo de la discrepancia de nuestros resultados obtenidos en comparación de otros autores nos es desconocido pero proponemos tres hipótesis posibles, muy relacionadas con las limitaciones del propio estudio. Una de ellas y desde mi particular punto de vista, es que el instrumento empleado es autoaplicable y puede haber un sesgo importante en las respuestas de los propios pacientes adolescentes, ya que con frecuencia en la práctica clínica, tienden a minimizar o negar la sintomatología que presentan. Otro factor importante por el cual nuestros resultados no coincidieron con otros estudios puede ser el tamaño de la muestra, factor preponderante a la hora del análisis estadístico. Un tercer factor y probablemente el más importante, podría ser el que todos los adolescentes incluidos en la investigación, eran pacientes psiquiátricos con diagnóstico de depresión y por lo menos 2 trastornos comórbidos. Este último punto puede ser de gran relevancia debido a que en varios estudios clínicos y epidemiológicos, se considera a la disfunción familiar como un factor de riesgo para la mayoría de los trastornos psiquiátricos^{34,35}.

10. CONCLUSIONES

En esta investigación se estableció la asociación entre el funcionamiento familiar y la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” en la Ciudad de México. Ante dicho planteamiento, se propuso la hipótesis de que sí se encontraría un bajo nivel de funcionamiento familiar en pacientes con conducta autolesiva, sin embargo los resultados no fueron consistentes.

La hipótesis de trabajo se comprobó parcialmente al encontrar que 70 de las 93 familias oscilaron entre las Moderadamente funcionales y disfuncionales, sin embargo no hubo asociación estadísticamente significativa entre la conducta autolesiva y la disfuncionalidad familiar.

Por otra parte se encontraron los diagnósticos comórbidos más frecuentemente asociados a conducta autolesiva en adolescentes deprimidos que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil , de los cuatro primeros (distimia, trastorno de ansiedad generalizada, TDAH y trastorno negativista y desafiante), solo distimia fue asociado significativamente con la conducta autolesiva.

11.RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Una de las limitaciones de este estudio fue el número de pacientes que se incluyeron para el mismo. En estudios futuros será necesario el análisis de esta u otras variables clínicas en muestras de mayor tamaño para clarificar el posible rol que juegan en la presencia de conductas autolesivas.

A pesar de que no se pudo encontrar una asociación entre el grado de disfunción familiar y la presencia de conductas autolesivas, nuestro estudio es valioso porque en él se pudo comprobar que las familias de pacientes que se autolesionan oscilan entre las moderadamente disfuncionales y disfuncionales, lo que nos da la pauta para quizás realizar un estudio de tipo longitudinal en vez de transversal y así evaluar la conducta autolesiva a lo largo de la vida en estas familias.

Otro punto podría ser el probable sesgo de que la muestra estudiada era de adolescentes con otros trastorno psiquiátrico y que ya acuden a atención a un Hospital psiquiátrico.

Por otro lado nuestro estudio fue valioso ya que en la práctica clínica las conductas autolesivas se ven constantemente asociadas a otros trastornos

psiquiátricos, principalmente a los del estado de ánimo y ansiedad y estas a su vez muy frecuentemente detonados o perpetuados por la disfuncionalidad en las familias. Además, pudimos observar que esta conducta autolesiva repetida, sí aumenta el riesgo suicida, lo que anteriormente se creía contrario. El tratamiento integral posterior a estas lesiones incluye entablar una relación empática médico-paciente, identificar los problemas familiares y asegurar soporte en caso de nuevas crisis, así como tratar los trastornos psiquiátricos comórbidos, ya que de conjuntarse la comorbilidad, la conducta autolesiva y la disfunción familiar es riesgo de un intento suicida estará presente.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Morgan S, Rickard E, Noone M, Boylan C, Carthy A, Crowley S, et al. Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help a psychosocial profile. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7(1):13.
- (2) Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007 Jul;161(7):641-9.
- (3) Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev* 2004 Mar;24(1):35-74.
- (4) Giletta M, Scholte RH, Engels RC, Ciairano S, Prinstein MJ. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res* 2012 May 15;197(1-2):66-72.
- (5) Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, et al. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. *Adv Child Dev Behav* 2011;40:301-36.

- (6) Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med* 2009 Sep;58(3):144-51.
- (7) Kidger J, Heron J, Lewis G, Evans J, Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry* 2012;12:69.
- (8) Portzky G, van HK. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Jul;20(4):337-42.
- (9) Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989 Mar;79(3):283-9.
- (10) Shagle SC, Barber BK. A social-ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *Am J Orthopsychiatry* 1995 Jan;65(1):114-24.
- (11) Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res* 2009 Jun;66(6):477-93.
- (12) Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005 Oct 22;366(9495):1471-83.
- (13) Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs* 2002 May;38(3):235-44.
- (14) Keith C. Adolescent suicide: Perspectives on a clinical quandary. *JAMA* 2001;286:3126-7.
- (15) Pfeffer C. Suicidal behavior in prepubertal children: from the 1980s to the new millennium. In: Keith C, editor. *Review of Suicidology*. Guilford ed. New York: 2000. p. 159-69.
- (16) Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling P, I. [Family and family health. A focus for primary care]. *Bol Oficina Sanit Panam* 1985 Feb;98(2):144-55.

- (17) Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(6):591-5.
- (18) Donovan K, Brassard M. Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: associations with negative view of self and social problems. *Child Abuse Negl* 2011;35(10):814-30.
- (19) Richman J. The family therapy of attempted suicide. *Fam Process* 1979 Jun;18(2):131-42.
- (20) Syed EU, Khan MM. Pattern of deliberate self-harm in young people in Karachi, Pakistan. *Crisis* 2008;29(3):159-63.
- (21) Cova F, Maganto C, Melipillán M. Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en adolescentes. *Rev Chil Neuropsiquiat* 2005;43(4):287-96.
- (22) Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord* 2006 Jul;93(1-3):87-96.
- (23) Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health* 1997 Oct;21(4):267-75.
- (24) Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 May;34(5):612-22.
- (25) Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989;9(3):335-63.
- (26) Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study

exploring the needs of parents and carers. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2008 Oct;13(4):493-504.

- (27) Russ MJ, Shearin EN, Clarkin JF, Harrison K, Hull JW. Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993 Dec;150(12):1869-71.
- (28) Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresan A, Apiquian R, et al. [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 Jan;34(1):36-40.
- (29) Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* 2014;15(3):164-8.
- (30) Legoff C. Funcionamiento familiar en población clínica de adolescentes con trastornos externalizados UNAM; 2008.
- (31) Veitía T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* 1999;15(3):164-8.
- (32) Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, et al. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. *Adv Child Dev Behav* 2011;40:301-36.
- (33) Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012 Jan 21;379(9812):236-43.
- (34) Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2013 Jul;41(5):759-73.

- (35) Guibert W, Torres N. Intento Suicida y Funcionamiento Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):452-60.
- (36) González C, Ramos L, Cabello M, Wagner F. Correlatos sociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema 2003;15:524-32.
- (37) Ulloa R, Contreras C, Paniagua K, Victoria G. Frecuencia de Autolesiones y Característica Clínicas Asociadas en Adolescentes que Acudieron a un Hospital Psiquiátrico Infantil. Salud mental 2013;36:417-20.

13. ANEXOS

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO (HPIJNN)

“Correlación del funcionamiento familiar con la conducta autolesiva en pacientes Adolescentes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro”

Nombre del Paciente:

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación en el cual colabora el hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), requiriendo de su consentimiento voluntario por escrito. Lea cuidadosamente la siguiente información y por favor pregunte lo que no entienda.

Propósito del estudio: El objetivo es estudiar por medio de entrevistas a pacientes con el diagnóstico de autolesiones a lo largo de su vida y sus características clínicas. Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Para el diagnóstico y evaluación de los pacientes se utilizarán entrevistas médicas para estudiar algunas características que se han relacionado con ambas conductas.

Evaluaciones clínicas: Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados junto con sus padres por un psiquiatra experimentado en el tema y se les aplicará una entrevista diagnóstica para niños y adolescentes. La duración aproximada será de 60 minutos.

Beneficios: Las entrevistas clínicas serán sin cargo económico alguno. Se brindará información amplia acerca de los resultados del paciente al momento de finalizar la entrevista diagnóstica.

Confidencialidad: Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son completamente confidenciales y no se incluirá el nombre del paciente en ningún reporte científico.

Retiro de esta investigación: La participación en el estudio es completamente voluntaria, si usted y su hijo(a) cambian su decisión sobre participar debe notificarlo al médico responsable el mismo día de la entrevista. Además usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento en esta o cualquier otra institución.

Información complementaria: Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en acudir a las instalaciones del HPI con los responsables del proyecto Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández o Dra. Silvia Espíndola Morales dentro de las instalaciones del HPI en horas de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, se me han respondido todas mis preguntas en términos que he podido entender. Basado en esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre y Firma del Paciente	Fecha
Nombre y Firma del padre o tutor	Fecha
Nombre y firma de la madre o tutora	Fecha
Nombre y Firma del Investigador	Fecha

II. CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.



Comité de Investigación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicio de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Saviere

Oficio: DI/CI/905/0714
Dictamen: Aprobado
México, D.F., a 2 de diciembre de 2013

Dra. Sílvia Espíndola Morales
Presente

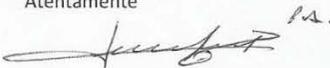
Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado **"Correlación del funcionamiento familiar con la conducta autolesiva en pacientes que acuden al HPIDJNN"**, registrado en esta División de Investigación con la clave **II1/01/0512/Ta**, ha sido dictaminado como: **Aprobado**

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

- Entregar una copia del presente a sus tutores.
- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de **Mayo** en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el **informe final** en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto 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 la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Dr. Humberto Nicolini Sánchez
Presidente del Comité de Investigación

Ccp. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández. Investigador principal del HPIDJNN. Presente
Archivo

AV. San Bernardino s/n. Col. Polanco, Cuauhtémoc, CDMX. Teléfonos: 57 14 000 y 52 42 20 70
5473-2855 5473-4869 5473-4931 dora.perez@salud.gob.mx www.salud.gob.mx

III. CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN PARA EL PROYECTO PRINCIPAL.



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



No. de oficio: CEI/141
Asunto: Dictamen de aprobación.

México D.F. A 09 de julio del 2012

**DR. EMMANUEL SARMIENTO HERNÁNDEZ
P R E S E N T E**

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado "*Genética de la conducta suicida en adolescentes*", con clave en el hospital III/01/0512, en donde usted aparece como investigador principal.

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

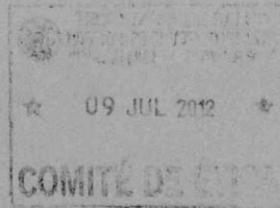
Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y fin del reclutamiento de sujetos de investigación y la finalización del estudio, así como también de entregar por escrito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

Además tenga presente que los compromisos adquiridos por usted con el hospital, incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los sujetos de estudio.

Atentamente

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

Cep. Dra. Dora María Pérez Ordaz - Directora del Hospital
L. E. O. Lucía Anselmi Buenavista - Secretaria del Comité de Investigación
Dra. Araceli Guzmán Rojas - Jefe de la División de Enseñanza y Capacitación
Dra. M. Elena Márquez Carrotero - Jefe de la División de Investigación
Archivos del Comité de Ética en Investigación.



Recibo 10/07/12

Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844

IV. K-SADS-PL

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (K-SADS-PL)

Versión México

(Versión traducida y adaptada, por Ana Fresan, Claudia Blas, Rogelio Apiquián, Rosa Elena Ulloa, Francisco de la Peña y Silvia Ortiz del Instituto Mexicano de Psiquiatría y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Comunicación: adolesc@imp.edu.mx)

Antecedentes

Entrevista Introductoria

Nombre del niño o adolescente:

Nombre del clínico que entrevista:

Nombre del adulto entrevistado: _____ Parentesco con el niño: _____

¿Existe alguna persona más cercana al niño que pueda ser entrevistado? _____
Si _____ No _____

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____
Teléfono: _____

Fecha de la entrevista: _____ Lugar de la entrevista: _____

Expediente: _____

Datos Demográficos :

1.-Fecha de nacimiento : _____ Mes _____ Día _____ Año _____

2.-Edad : _____

3.-Sexo : _____

4.-Raza (Observar)

1=Caucásica

4=Oriental

2=Indígena

5=Mestiza

3=Negra

6=Otra (especificar) _____

Padre biológico

V. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Exp: _____

Evaluador: _____ Fecha: _____

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en tu familia. Escoge y marca con una X tu respuesta según la frecuencia en que la situación se presenta.

		Casi nunca	Pocas Veces	A vece s	Muc has vece s	Casi Siem pre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					

8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbre familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbre familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					