

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



**TESIS:**

Síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de la comunidad con y sin autolesiones

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

Elizabeth Celia Valdespino Coss

**TUTORA:**

Dra. Lilia Albores Gallo

---

**CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2016**



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.

## HOJA DE DATOS

**Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Autor: Elizabeth Celia Valdespino Coss

Correo electrónico: elizabethvaldespino@gmail.com

**Nombre del Tutor (a):**

Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliialbores@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las autolesiones no suicidas (ALNS) son una estrategia de regulación emocional, que constituyen un factor de riesgo para comportamiento suicida. Esta conducta se asocia hasta en un 50% con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La bulimia nervosa y el trastorno por atracón son los dos trastornos que con mayor frecuencia se asocian a ALNS. Esta presentación comórbida, incrementa el riesgo de presentar daños graves a la salud física y mental.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de la comunidad con y sin autolesiones no suicidas.

**Material y Métodos:** Se realizó un análisis secundario de base de datos de una muestra comunitaria de niños y adolescentes de entre 7 y 14 años, de escuelas públicas de la CDMX. Se evaluaron 426 niños que completaron la Cédula de Autolesiones (AUTOLES) y la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI) para niños y adolescentes. El análisis comparativo de variables nominales se utilizó chi cuadrada, para el análisis comparativo de medias se realizó prueba T de student y la comparación entre grupos por ANOVA.

**Resultados:** Se obtuvo una frecuencia del 11.7%, para autolesiones no suicidas, con una media de 12 años. El síntoma de TCA más frecuente fue el temor a subir de peso. Los adolescentes de la comunidad con autolesiones no suicidas presentaron más síntomas de anorexia, bulimia y atracones que los que no se autolesionaban.

**Conclusiones:** Con estos resultados podemos recomendar que en todo adolescente con autolesiones se investigue la presencia de síntomas de TCA.

**Términos MeSH:** Autolesiones no suicidas, trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes.

## ÍNDICE

### Índice General

Introducción.....	5
Marco Teórico.....	6
Autolesiones no suicidas.....	6
Trastornos de la conducta alimentaria.....	9
Autolesiones no suicidas y trastornos de la conducta alimentaria.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	12
Hipótesis.....	12
Objetivo General y Específicos.....	13
Material y Métodos.....	13
Resultados.....	18
Discusión.....	21
Conclusión.....	24
Limitaciones y recomendaciones.....	24
Referencias.....	25
Anexos.....	29

## Índice de tablas y gráficas

Tabla 1. Resultados por sexo del total de la muestra .....	<b>19</b>
Tabla 2. Resultados por grupo de edad del total de la muestra.....	<b>20</b>
Gráfica 1. Distribución de conductas autolesivas en niños y adolescentes de la comunidad .....	<b>20</b>
Tabla 3. Porcentaje de síntomas de TCA entre los grupos con y sin autolesiones .....	<b>21</b>
Tabla 4. Diferencias en las medias de TCA en adolescentes con y sin autolesiones no suicidas .....	<b>21</b>

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia se establece como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en un desajuste psicológico.

Las autolesiones no suicidas se definen como cualquier conducta no aceptada socialmente que cause daño intencional tisular, que no se realice con intención suicida y que regule estados emocionales negativos. Su prevalencia es alta y a menudo se relaciona con otros trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad y trastornos de la alimentación.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos psiquiátricos graves que alteran la función cognitiva, la capacidad de juicio, la estabilidad emocional y restringen la actividad diaria de los que lo sufren. La importancia de estos trastornos reside en su potencial gravedad (mayor índice de mortalidad que otros trastornos psiquiátricos), su aumento de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, su tendencia a la cronicidad y su resistencia a las diferentes estrategias terapéuticas. Además, el inicio en la infancia o adolescencia, advierte que el impacto personal y sociofamiliar de estos trastornos sea profundamente negativo.

La mayor parte de los estudios que investigan la asociación de autolesiones y trastornos de la alimentación se han realizado en población clínica de adultos, sin embargo hay muy pocos estudios que hagan esta referencia en adolescentes en la comunidad.

De aquí la importancia de identificar las conductas de riesgo en la conducta alimentaria, con el fin de implementar medidas de prevención o de intervención que contribuyan a mejorar la salud mental del adolescente en su vida adulta.

## MARCO TEÓRICO

### Autolesiones no suicidas

Las autolesiones o conductas autolesivas no suicidas son conductas no aceptadas socialmente, que causan daño intencional directo a los propios tejidos del cuerpo, que se realizan sin intención suicida, y que ayudan a regular afectos o sentimientos interpersonales negativos (Claes y Muehlekamp, 2015)<sup>1</sup>.

El comportamiento autolesivo se encuentra tanto en población general como psiquiátrica y hay autores que proponen que se considere un síndrome por sí mismo. Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio, múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas autolíticas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas, ya que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0.5 y el 2% en el año siguiente. Algunos investigadores plantean un *continuum* entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que ambos comparten un elemento esencial que es la autoinflcción de daño y únicamente se diferencian en la severidad de la lesión causada<sup>2</sup>.

Las autolesiones no suicidas (ALNS) son un fenómeno en aumento entre los adolescentes, con una incidencia cada vez más alta. En distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo, se cifra en un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas<sup>3 y 4</sup>.

En México de acuerdo a los datos del Sistema de Información en Salud, el aumento de los suicidios en los últimos cinco años y las prevalencias estimadas de autolesiones se han incrementado notablemente, reportándose un aumento entre el 14 y 21%. Durante los últimos 10 años se ha documentado que entre el 7 y el 14% de los adolescentes se autolesionan sin fines suicidas y esto es significativamente más frecuente en mujeres. Sin embargo, datos más recientes sugieren que la frecuencia, tanto en hombres como en mujeres, ha aumentado hasta en un 24%<sup>5</sup>.



Con respecto a la edad, la conducta autolesiva, en sus diferentes variantes, se detecta ya en la adolescencia temprana o incluso en la niñez, incrementándose en la adolescencia media y tardía. Hankin et al., encontraron que la edad media a la que empieza esta conducta se sitúa a los 11 años o incluso puede detectarse en edades inferiores<sup>6</sup>.

En las últimas décadas diversos investigadores han propuesto incluir a las ALNS como una categoría diagnóstica dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), sin embargo es hasta la versión del DSM-5 que se incluye dentro de los padecimientos que requieren mayor investigación antes de ser considerado como una entidad diagnóstica independiente. Se espera que, una definición precisa, con criterios de frecuencia y disfunción para diferenciarlas del intento suicida, permitan al clínico o investigador mayor claridad diagnóstica, ya que uno de los principales problemas en su estudio es la diversidad de conceptos existentes<sup>4</sup>.

La definición propuesta y aceptada en el DSM-5 (APA, 2013), se describe a continuación:

A. En el último año, el individuo ha dedicado 5 o más días a ocasionarse daños intencionales autoinflingidos en la superficie del cuerpo, con la posibilidad de provocarse sangrado, hematomas o dolor (por ejemplo: cortar, quemar, apuñalar, golpear o excesiva fricción) con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales) con la intención de que las lesiones solo conducirán a daños físicos leves o moderados (es decir, sin intento suicida).

B. El individuo que incurre en conducta auto-lesiva lo realiza con una o más de las siguientes expectativas:

1. Para obtener alivio de un sentimiento o estado cognitivo negativo.
2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado emocional positivo.

C. La lesión intencional se asocia con al menos uno de los siguientes:

1. Dificultades interpersonales, sentimientos o pensamientos negativos, como la depresión, la ansiedad, la tensión, la ira, la angustia o la autocrítica, que se producen en el período inmediatamente antes del acto de auto-lesión.
2. Antes de incurrir en el acto, presenta un período de preocupación (pensamientos alrededor de) a cerca de la conducta a realizar, que es difícil de resistir.
3. Piensa frecuentemente en autolesiones, incluso cuando no las está realizando.

D. El comportamiento no es socialmente sancionado (por ejemplo, perforaciones en el cuerpo, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a quitarse una costra o morderse las uñas.

E. La conducta y sus consecuencias causan malestar o deterioro clínicamente significativo o interfieren en el funcionamiento interpersonal, académico o de otras áreas importantes

F. El comportamiento no se produce exclusivamente durante estados de psicosis, delirium, intoxicación o abstinencia por sustancias. En las personas con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de conductas estereotipadas. El comportamiento no es mejor explicado por otro trastorno mental o condición médica.

Las autolesiones no suicidas, propuestas como nueva categoría del DSM 5, son una estrategia de regulación emocional que, si bien no siempre llevan al suicidio consumado, son un factor más de riesgo. Los pacientes que presentan estas conductas tienen asociados, elevados niveles de disociación, agresividad, impulsividad, problemas de autoestima y emociones negativas. Las tasas de autolesiones no suicidas, tienden a ser más altas en ciertos trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria; especialmente la bulimia nervosa<sup>7-10</sup>.

Se sabe poco sobre la neuroquímica de las autolesiones, sin embargo algunos investigadores refieren que podrían originarse por una disfunción del sistema dopaminérgico, tanto a nivel del transportador de dopamina como de la expresión del receptor D1 dopaminérgico<sup>11</sup>.

Sandman et al., encontraron una disfunción del sistema opioide en una de sus investigaciones en pacientes con discapacidad intelectual, planteando que el daño tisular ocasionado por repetidas conductas autolesivas produce liberación de betaendorfinas, las cuales, originan un estado de relativa analgesia y de ánimo placentero que condiciona la realización necesaria de autolesiones para mantener una liberación crónica de opioides endógenos<sup>12</sup>.

## **Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la alimentación o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades psiquiátricas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, que se caracterizan por alteraciones del comportamiento en relación al a ingesta, con una percepción distorsionada de su imagen corporal<sup>13</sup>.

Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos es una proporción de 1:10. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, dado el riesgo que implican para la salud. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastornos Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nervosa (AN) y, finalmente, el de Bulimia Nervosa (BN)<sup>13</sup>. En México se estima que casi el 1% de púberes y adolescentes manifiestan un elevado riesgo de desarrollar un trastorno alimentario<sup>14</sup>.

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM 5), plantea diversas innovaciones sobre los TCA, siendo la más relevante la constitución de una categoría diagnóstica propia para el trastorno por atracón. Hebebrand et al., destacan las importantes repercusiones que estas modificaciones implican en los TCA, en sus prevalencias, cursos, desenlaces y tratamiento. Las recomendaciones incluyen la conservación de las categorías de TCA agregando un componente dimensional, eliminar el criterio de amenorrea para AN y los subtipos de AN y BN, considerar el trastorno por atracón un diagnóstico oficial y unificar la frecuencia y duración de puntos de corte para BN y trastorno por atracón a una vez por semana durante 3 meses<sup>15</sup>.

Es poco frecuente encontrar pacientes que inicialmente reúnen los criterios diagnósticos para AN, luego los de BN, presentando un estado mixto. Algunas pacientes, excepcionalmente son capaces de mantener un control estricto a través del tiempo, presentando una AN persistente, preocupante y difícil de tratar, constituyendo una pequeña minoría de los TCA.

Por otro lado, los factores de riesgo, son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermarse y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma<sup>16</sup>. Estudios previos han informado que los grupos más vulnerables a los factores de riesgo asociados con TCA son los adolescentes debido a su preocupación por su imagen corporal y la apariencia física, suelen sentirse insatisfechos con su cuerpo, desean perder peso, se someten a dietas restrictivas, tienen temor de perder el control sobre la alimentación y son más frecuentes en mujeres jóvenes<sup>17</sup>.

Previamente a los TCA, se presentan problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social.

Se ha estudiado la relación que existe con los estilos de apego y las conductas autolesivas. Noma et al., informaron de que los estilos de apego inseguro, que incluyen un estilo de apego ansioso, con baja autoestima y conflictos interpersonales pueden estar relacionados a conductas autolesivas no suicidas<sup>18</sup>.

### **Autolesiones no suicidas y trastornos de la alimentación.**

Las conductas autolesivas ocurren en el 13-40% de los adolescentes, especialmente entre aquellos que tienen un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y/o un trastorno límite de la personalidad<sup>19</sup>. Los pacientes con trastornos de la alimentación tienen una prevalencia aumentada de autolesiones no suicidas que va del 25.4% al 55.2% según lo reportado por Claes et al., (2003 y 2014). Algunos de los factores comunes implicados en las autolesiones y los trastornos de la alimentación son impulsividad, disregulación afectiva, disociación, autocrítica y la necesidad de control. Claes et al., reportaron que la mayoría de los pacientes (42.8%) informaron que la autolesión ocurrió inesperadamente, el 33.3% considera que actuó de manera incontrolable, el 9.5% no recordaba cómo ocurrió y el 4.8% admitió que la autolesión fue planeada<sup>20</sup>.

Ambos trastornos son comunes en mujeres y en adolescentes. Un estudio reciente mostró que en comparación con los jóvenes que se autolesionan sin trastornos de la alimentación las adultas jóvenes que se autolesionan con trastornos de la alimentación muestran métodos y topografía semejantes y tienen un inicio tardío de autolesiones de 17 años frente a 11 años (Claes, 2015)<sup>1</sup>.

En un estudio de adolescentes con trastornos de la alimentación, se encontró que la mayoría de ellos buscaron tratamiento para otras alteraciones emocionales o conductuales como depresión, autolesiones no suicidas o problemas de conducta<sup>21</sup>.

En una muestra de adolescentes que se presentaron específicamente para el tratamiento de bulimia nervosa, también se encontraron tasas altas de autolesiones no suicidas y abuso de sustancias<sup>22</sup>. Una posible explicación de la alta co-ocurrencia entre los trastornos de alimentación y las autolesiones no suicidas puede ser que ambos tipos de comportamiento funcionan como estrategia de regulación de emociones. Algunos modelos sugieren que el manejo de experiencias emocionales negativas es un importante predictor en la etiología y el manejo de los trastornos de la alimentación, particularmente de la bulimia nervosa<sup>23</sup>. De manera similar, también se han conceptualizado las autolesiones no suicidas como una conducta de evitación o un mecanismo de regulación del afecto, así mismo se ha documentado que la razón más común por la que los individuos desarrollan autolesiones no suicidas, es para escapar de, o aliviar un estado emocional aversivo<sup>24</sup>.

En un estudio realizado por Muehlenkamp (2009), en el que se evaluaron los estados de ánimo de pacientes con bulimia nervosa antes y después de las autolesiones en tiempo real se encontró que efectivamente las autolesiones no suicidas tienen una función de regulación emocional y sugiere que la presencia de estas puede ser una señal de mayor psicopatología entre los individuos con diagnóstico de bulimia nervosa<sup>25</sup>.

La mayor parte de los estudios que investigan la asociación de autolesiones y trastornos de la alimentación se han realizado en población clínica de adultos, sin embargo es poco lo que se encuentra reportado para niños y adolescentes en la comunidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las autolesiones no suicidas supone un riesgo mayor para la salud del niño y del adolescente, sin embargo en población pediátrica no clínica, se desconoce qué síntomas de TCA se asocian con más frecuencia a conductas autolesivas no suicidas. Por lo tanto, esta investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué síntomas de los trastornos de la alimentación se presentan en niños y adolescentes con y sin autolesiones en la comunidad?

## **JUSTIFICACIÓN**

La adolescencia, es la etapa del desarrollo en la que se inician con mayor frecuencia las conductas autolesivas no suicidas; mismas que se han asociado a trastornos psiquiátricos graves como depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS), sitúa a los TCA en niños y adolescentes dentro las enfermedades mentales de mayor prioridad, por el riesgo que implican para la salud. En México hasta el 1% de los púberes, presentan un riesgo elevado de desarrollar un TCA y de estos el 25 al 50% pueden presentar de manera comórbida ALNS; lo que incrementa de manera exponencial el riesgo de presentar intento de suicidio, suicidio consumado y daños graves a la salud física y mental<sup>14</sup>. El propósito de este estudio fue conocer la relación y frecuencia de los síntomas de TCA y las conductas autolesivas no suicidas en niños y adolescentes de la comunidad, con el fin de estimar la frecuencia de asociación de dichos síntomas y elaborar estrategias preventivas para evitar emergencia de comorbilidad. Cabe señalar, que el tema ha sido poco investigado en nuestro país, y solo contamos con datos epidemiológicos internacionales.

## **HIPÓTESIS**

Los niños y adolescentes con autolesiones no suicidas tienen más síntomas correspondientes a trastornos de la conducta alimentaria que los niños y adolescentes sin autolesiones.

## OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

### General

Describir la frecuencia de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de la comunidad con y sin autolesiones no suicidas.

### Específicos

1. Describir la frecuencia de autolesiones no suicidas en una muestra de niños y adolescentes evaluados en la comunidad.
2. Describir la frecuencia de síntomas de TCA en una muestra de niños y adolescentes evaluados en la comunidad.
3. Evaluar las diferencias en los síntomas de anorexia, bulimia y atracón en una muestra de niños y adolescentes evaluados en la comunidad, con y sin autolesiones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de Diseño:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y comparativo.

**Muestra:** El tamaño mínimo de muestra, se calculó en función de prevalencia estimada de sobrecarga ponderal del 32.5%, considerando un error relativo de 5% para estimarse en 500 sujetos.

**Criterios de Inclusión:** Niños y adolescentes de ambos sexos, de 7 a 14 años de edad, que aceptaron participar en el estudio y cuyos padres firmaron el consentimiento informado y los participantes el asentimiento informado; que comprendieran los reactivos.

**Criterios de Exclusión:** Niños y adolescentes con antecedentes de cualquier enfermedad crónica, que estuvieran tomando medicamentos.

**Criterios de Eliminación:** Todos los sujetos que no completaron el llenado de los instrumentos.

### Variables Independientes

Edad (variable cuantitativa)

- Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.
- Definición operacional: Años de vida que tiene el niño y el adolescente al momento de la aplicación de los instrumentos.

### Sexo (variable dicotómica)

- Definición conceptual: Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.
- Definición operacional: Hombre / Mujer.

### Anorexia (variable cuantitativa)

- Definición conceptual: Síntoma frecuente en distintas enfermedades y estados fisiológicos que consiste en la reducción del apetito, lo que puede llevar a que la persona comience a ingerir menos alimentos.
- Definición operacional: Puntuación obtenida en la sub-escala para anorexia de la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI) que incluye 6 reactivos (20,29,61,63,72 y 114).

### Bulimia, (variable cuantitativa)

- Definición conceptual: Entidad nosológica independiente caracterizada por excitación, ingesta compulsiva, culpa y conductas purgativas o restrictivas.
- Definición operacional: Puntuación obtenida en la sub-escala para bulimia de la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI) que incluye 4 reactivos (20,29,61 y 63).

### Atracón (variable cuantitativa)

- Definición conceptual: Episodios de ingesta compulsiva de forma recurrente, en donde el individuo tiene la sensación de perder el control reportado para niños y adolescentes en la comunidad.
- Definición operacional: Puntuación obtenida en la sub-escala para atracón de la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI) que incluye 2 reactivos (61 y 63).

## **Variable Dependiente**

### Autolesiones no suicidas

- Definición conceptual: En el último año el individuo ha dedicado 5 o más ocasiones a causarse daños intencionales autoinflingidos en la superficie del cuerpo, con la posibilidad de provocarse sangrado, hematomas o dolor (ej. cortes, quemaduras, golpes, fricción excesiva, etc.) con la intención de que las lesiones sólo conducirán a daños físicos leves o moderados, sin intención suicida.
- Definición operacional: Resultado obtenido en la Cédula de Autolesiones (AUTOLES) mediante un algoritmo diagnóstico basado en la propuesta del DSM 5 para ALNS.



## Procedimiento

Se realizó una revisión de análisis estadístico de la base de datos de un escrutinio realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en 2012-2013. El nombre del proyecto original es “Frecuencia de Estilos de comer premórbidos de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos”, con número de registro: II3-02-0512 y fecha de aprobación del comité de investigación el 07 de mayo de 2012. El actual proyecto de investigación se deriva del antes mencionado y cuenta con número de registro II3-02-0512-Te, ante el comité de investigación. (Anexo 1).

Los datos de la base fueron obtenidos por pasantes del servicio social, nutriólogas y médicos residentes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en escuelas oficiales de nivel primaria y secundaria de la CDMX en la Delegación Tlalpan. Se invitaron a participar a todos los niños con una edad entre los 7 y 14 años; en caso de aceptar su participación se firmó el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y por el menor respectivamente. En un primer tiempo se aplicó la Cédula de Autolesiones (AUTOLES) y posteriormente la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI) versión para niños y adolescentes, los cuales se entregaron en sobres cerrados por separado. Previo a la evaluación, se realizaron pláticas informativas y de orientación a todos los participantes. Al cumplir con los criterios de selección del estudio fueron incluidos o excluidos según cada caso. La información obtenida se compiló y se capturo en una base de datos electrónica para completar el análisis estadístico. Para esta investigación se realizó un análisis secundario de base de datos.

Recursos humanos: Elizabeth Valdespino Coss, Autora de tesis.

Dra. Lilia Albores Gallo, Tutor de tesis.

Recursos materiales: Equipo de cómputo y software para el análisis de datos.

Recursos a solicitar: Ninguno.

## Cronograma

<b>Actividades</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Marzo</b>	<b>Junio</b>	<b>Octubre</b>
Elaboración de protocolo				
Análisis estadístico				
Discusión de resultados				
Elaboración de documento final				

## **Instrumentos de Medición**

### **Cédula de Autolesiones AUTOLES (Anexo 4)**

La Cédula de Autolesiones (AUTOLES) es un instrumento autoaplicable, por lo que no requiere adiestramiento. Consta de 86 reactivos de respuesta dicotómica si/no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 de respuesta abierta. Explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida a lo largo de la vida, en los últimos 12, 6 y 1 mes. El tiempo de aplicación depende de las habilidades lectoras del sujeto. Examina de dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y la topografía corporal de las lesiones, así como la edad de inicio de la conducta, si existen familiares que se lesionen. Permite explorar el componente comportamental de las autolesiones como son: los precipitantes psicológicos, las urgencias, preocupaciones, las respuestas contingentes y algunas variables explicativas. El instrumento se basa en los criterios propuestos en el DSM-5 ("Home | APA DSM-5,") para autolesiones sin intención suicida. Además, las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta explorando la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado. La Cédula de Autolesiones (AUTOLES) se validó en la Ciudad de México, con una muestra de 590 adolescentes divididos en dos grupos: el clínico con 57 casos y el comunitario fue constó de 533 adolescentes de la comunidad (Altamirano, 2014). El instrumento mostró una consistencia interna excelente con un coeficiente KR=0.96. Las correlaciones entre los reactivos de intento suicida y no suicida de la cédula de autolesiones con las del estándar de oro, Self-injurious Thoughts and Behaviors Interview SITBI, fueron moderadas. Las tres dimensiones del instrumento mostraron puntajes promedio más elevados para el grupo clínico comparados con los adolescentes del grupo comunitario mostrando que es capaz de discriminar población clínica de población comunitaria. La sensibilidad y especificidad del instrumento osciló entre 0.56 a 1.0<sup>26</sup>.

### **Cédula de Asignación Diagnóstica CADI (Anexo 5)**

La Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI) es un instrumento autoaplicable, por lo que no requiere adiestramiento. Cuenta con la versión para padres y para niños y adolescentes de 4-18 años. El tiempo de aplicación depende de las habilidades lectoras del sujeto. Este cuestionario investiga la psicopatología más común en niños de 4 a 18 años de edad, cuenta con 145 preguntas, que evalúan síntomas en una escala Likert de 3 puntos: 0 = no es cierto;

1 = a veces u ocasionalmente, 2 = casi siempre o muy cierta. Los resultados se organizan en 17 subescalas: Anorexia (6 reactivos), bulimia (4 reactivos), atracón (2 reactivos), trastorno bipolar tipo I (6 reactivos), TDAH inatento (7 reactivos), TDAH impulsivo (8 reactivos), TDAH combinado (15 reactivos), tics (3 reactivos), esquizofrenia (4 reactivos), trastorno de ansiedad generalizada (10 reactivos), trastorno depresivo mayor (12 reactivos), síntomas somáticos (9 reactivos), trastorno obsesivo compulsivo (4 reactivos), trastorno del espectro autista (10 reactivos), trastorno de conducta (13 reactivos), trastorno oposicionista desafiante (8 reactivos) y resiliencia (14 reactivos). Este instrumento fue realizado y validado por Albores y Reyes en 2014 en la Ciudad de México, mostrando una consistencia interna excelente con un coeficiente alfa  $>.90^{27}$ .

### **Análisis estadístico**

Se obtuvieron frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas.

Para el análisis comparativo de variables nominales se utilizó chi cuadrada, mientras que para el análisis comparativo de medias se usó prueba T de student. La comparación entre grupos se realizó con ANOVA. Se utilizó el software SPSS versión 17 para el análisis de los datos.

### **Consideraciones éticas**

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, título segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción I, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, se sometió el protocolo al Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, así como a la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación (Anexo 2). La investigación se considera de bajo riesgo por tratarse de un estudio documental. La base de datos que se utilizó, no cuenta con información personal o de identificación de los participantes para preservar su derecho a la privacidad. Se incluye también el certificado de la autora del presente proyecto, de finalización del curso de capacitación de los Institutos Nacionales de Salud NIH (Anexo 3).

## RESULTADOS

La muestra consistió en un total de 426 menores de los cuales el 56.8% (n= 242) fueron mujeres y el restante 43.2% (n=184) fueron hombres. La edad promedio de los pacientes fue de  $12.02 \pm 1.3$  años (intervalo 7-14 años). La mayor frecuencia de autolesiones se presentó en el grupo entre 11 y 12 años con 50%, seguido por 35% en los menores de 10 años y con la menor frecuencia en el grupo adolescente (13 y 14 años) con el 15% (ver Tabla1 y 2).

Del total de la muestra por medio de las respuestas obtenidas en la Cédula de Autolesiones (AUTOLES), se encontró una frecuencia de autolesiones no suicidas en 50 (11.7%) adolescentes, (ver Gráfica 1) con una media de edad de 12.08 años, que no mostró ser significativamente diferente de la del grupo de niños que no se autolesionaban, que era de 12.01 años ( $p= 0.78$ ).

De 242 mujeres incluidas en el grupo, el 12.8% (n=31) presentaron ALNS, lo que representa el 7.27% del total de la muestra. En el sexo masculino se encontraron 19 sujetos (10.3%) con autolesiones no suicidas, de un total de 184 varones, lo que correspondería al 4.4% del total de la muestra. La diferencia por sexo no fue estadísticamente significativa ( $p=0.45$ ), a pesar de observarse una mayor frecuencia en el sexo femenino (ver Tabla 1).

En cuanto a los reactivos de la Cédula de Asignación Diagnostica (CADI), el reactivo 20 que corresponde a “Tomo laxantes”, fue afirmativo en 28 (6.5%) sujetos, para el reactivo 29 correspondiente a “Me provocho el vómito” se encontraron 35 (8.1%), con 161 (37.4%) sujetos, para el reactivo 61 que interroga “Por momentos como mucho”. El reactivo 63 que evalúa “Pierdo el control de lo que como”, fue positivo en 79 (18.3%); el 72, que corresponde a “Pienso que estoy gordo (a)” en 157 (36.2%); y el reactivo 114 que pregunta “Temo subir de peso” fue el de mayor frecuencia con 168 (38.8%) sujetos (ver Tabla 3).

La media de puntaje en la suma de los reactivos para anorexia fue de 2.3 para los niños sin antecedente de autolesiones en comparación con 3.7 de media de niños con autolesiones (0.0001), la suma de puntaje en los reactivos correspondientes a bulimia en los menores con autolesiones tuvo una media de 2.1 en comparación con la media de los que no tenían

autolesiones que fue de 1.2 (0.002) y para el trastorno por atracón se observó una media de 1.7 en chicos que refirieron autolesiones y de 1.1 en aquellos que no las presentaron (0.006) (ver Tabla 4).

Al evaluar la asociación entre la presencia de autolesiones y conductas alimentarias, el reactivo 20 se asoció con autolesiones en 28 (6.5%) niños, no encontrándose diferencia estadística con los 4 (14.3%) niños que respondieron afirmativamente a este reactivo que no presentaron autolesiones ( $p=0.52$ ). El reactivo 29 mostró una frecuencia de 11 (31.4%) niños que refirieron autolesiones vs 24 (68.6%) que no se autolesionaban, mostrando una diferencia significativa ( $p=0.001$ ). De los niños que respondieron positivamente al reactivo 61; 28 (17.4%) refirieron autolesiones, mientras que 133 (82.6%) no tenían antecedente de ALNS, lo que fue significativo ( $p=0.008$ ). El reactivo 63 fue positivo en 14 (17.7%) niños con autolesiones y en 65 (82.3%) niños que no las refirieron, no siendo significativa la diferencia entre los dos grupos ( $p=0.08$ ), el reactivo 72 se observaron 28 (17.8%) con autolesiones, mientras que 129 (58.5%) no las refirieron ( $p=0.005$ ) y finalmente, los que respondieron de manera afirmativa al reactivo 114, 28 (16.7%) niños presentaban autolesiones y 140 (83.3%) no las presentaron ( $p=0.01$ ) ver Tabla 3.

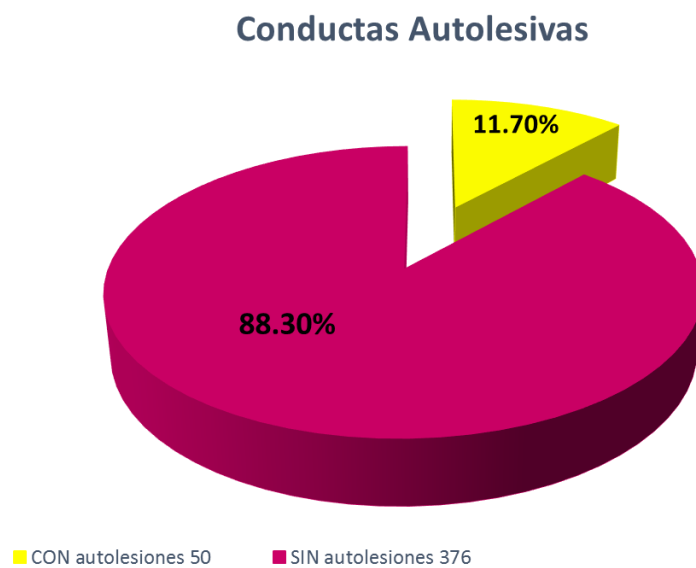
**Tabla 1. Resultados por sexo del total de la muestra**

Variable	Número	%	Chi cuadrada
HOMBRES	184	43.2 %	
<b><i>Autolesiones +</i></b>	19	<b>10.3%</b>	
MUJERES	242	56.8%	
<b><i>Autolesiones +</i></b>	31	<b>12.8%</b>	
TOTAL MUESTRA	426	100%	
<b>Diferencia por sexo</b>			<b>P= 0.45 (NS)</b>

**Tabla 2. Resultados por grupo de edad del total de la muestra**

VARIABLE	DESCRIPTIVA	
<b>EDAD media <math>\pm</math> DS</b>	<b>12.02 <math>\pm</math> 1.3</b>	
7 a 10 años	148	(35%)
11 y 12 años	214	(50%)
13 y 14 años	64	(15%)
<b>TOTAL</b>	<b>426</b>	

**Gráfica 1. Distribución de conductas autolesivas en niños y adolescentes de la comunidad**



**Tabla 3. Porcentaje de síntomas de TCA entre los grupos con y sin autolesiones.**

Síntomas de TCA	TOTAL SUJETOS	CON AUTOLESIONES	SIN AUTOLESIONES	P
R-20. Uso Laxantes	28 (6.5%)	4 (14.3%)	24 (83.6%)	0.52
R-29. Me provocho el vómito	35 (8.1%)	11 (31.4%)	24 (68.6 %)	0.001
R-61. Como mucho	161 (37.4%)	28 (17.4%)	133 (82.6%)	0.008
R-63. Pierdo el control	79 (18.3%)	14 (17.7%)	65 (82.3%)	0.08
R-72. Pienso que estoy gordo	157 (36.2%)	28 (17.8%)	129 (58.5%)	0.005
R-114. Temo subir de peso	168 (38.8%)	28 (16.7%)	140 (83.3%)	0.01

Nota: R=reactivo

**Tabla 4. Diferencias en las medias de TCA en adolescentes con y sin autolesiones no suicidas**

Variables	SIN autolesiones	CON autolesiones	Valor T	P
<b>EDAD</b>	12.01	12.08	-.227	0.78 (NS)
<b>ANOREXIA</b> (suma de reactivos)	2.3	3.7	-4.5	0.0001*
<b>BULIMIA</b> (suma de reactivos)	1.2	2.1	-3.9	0.002*
<b>ATRACÓN</b> (suma de reactivos)	1.1	1.7	-2.8	0.006*

Nota: \*=Diferencia estadísticamente significativa p<0.01 TCA=Trastornos de la conducta alimentaria NS= Diferencia no significativa

## DISCUSIÓN

Este estudio, tuvo como principal objetivo, describir la frecuencia de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de la comunidad con y sin autolesiones. Esta población, ya de por si vulnerable por todos los cambios que experimenta el propio sujeto

como parte su desarrollo, que de manera inequívoca se enfrentara a múltiples estresores ambientales, familiares, escolares y sociales. Este escenario, se torna idóneo cuando no se cuenta con una adecuada resiliencia para el desarrollo de ciertos trastornos psiquiátricos como lo son los TCA y las ALNS que sin duda suponen un gran riesgo para la salud mental y física del individuo<sup>13</sup>.

Esta investigación, encontró una frecuencia del 11.7% del total de la muestra para conductas autolesivas no suicidas, este resultado es similar al reportado por Madge et al., en un estudio epidemiológico realizado en siete países europeos, donde se obtuvo una prevalencia a lo largo de la vida de 11.5% para autolesiones no suicidas<sup>29</sup>. Un estudio semejante, realizado en Alemania por Brunner et al., encontró una frecuencia de 10.9%, en adolescentes estudiantes, muy similar a lo ya descrito en la literatura europea. Ambos estudios reportaron una mayor proporción en mujeres<sup>30</sup>. Por otro lado, en uno de los más grandes estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos en población pediátrica no clínica (n=61,767) por Taliaferro et al., la prevalencia menor, con 7.3%<sup>31</sup>.

En México, en un estudio realizado por Albores et al., la prevalencia de ALNS, en una muestra de niños y adolescentes de la comunidad, según los criterios del DSM 5 para este trastorno del 5.6%, con una frecuencia mayor en mujeres<sup>28</sup>. Este resultado es consistente con estudios europeos que usaron definiciones semejantes, como el estudio de Zetterqvist et al., que reportó una prevalencia del 6.7%, en adolescentes suecos de la comunidad, utilizando los criterios diagnósticos del DSM 5 para ALNS<sup>32</sup>. Probablemente el aumento en la prevalencia de nuestro estudio se deba a que, en los últimos tres años las conductas autolesivas no suicidas, han ganado territorio en los medios de comunicación, en la literatura clínica y en los medios sociales, lo que podría haber influido en la población adolescente.

Aun cuando las autolesiones no suicidas pueden presentarse a cualquier edad, el inicio de la conducta se ubica entre los 10 y 15 años (Hankin, 2011), rango de edad en la que también se encontraba nuestra población muestra, con una media de 12 años<sup>6</sup>. En relación al sexo y según lo reportado en algunas de las más recientes publicaciones, las ALNS se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (relación que también se observó en este estudio a pesar de no alcanzar una diferencia estadísticamente significativa<sup>33</sup>.



Durante esta etapa se define también, la construcción de la imagen corporal que es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. Espinoza et al., refieren que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia al inicio de la pubertad en las niñas<sup>34</sup>. La preocupación por el peso se refleja en el deseo de los niñas y niños de un cuerpo ideal, delgado y/o musculoso; esta internalización de los ideales de la belleza, pone en riesgo al adolescente de presentar insatisfacción corporal y conductas de riesgo de TCA cuando no se logra el peso deseado<sup>35</sup>. En un estudio europeo realizado en adolescentes por Nicholls et al. (2011), se encontró que el “miedo a engordar” estuvo presente en el 71% de los niños y adolescentes, el 67% de ellos estaban preocupados por el peso y el 51% de la forma<sup>36</sup>. Si bien, el porcentaje de este síntoma no fue tan alto en esta investigación, si fue el más frecuente de los síntomas de TCA en nuestra población estudiada (38.8%), seguido de “por momentos como mucho” (37.4%) y “pienso que estoy gordo” (36.2%). Acorde, con lo reportado por Nakai, en 2014 en un estudio descriptivo, realizado en mujeres adolescentes japonesas, reportó que el síntoma más frecuente de TCA, fue el miedo a subir de peso (82.3%), seguido de alteraciones en la imagen corporal (69.1%), atracón (33.4%) y conductas purgativas (11.8%). Aunque la prevalencia es mayor en estos estudios, debe tomarse en cuenta que la población evaluada en este estudio fue mixta en comparación con las investigaciones que se enfocaron solo a las mujeres, en donde sabemos, es más frecuente la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.

Las conductas autolesivas son especialmente comunes entre los adolescentes con síntomas de trastornos de la alimentación, aun cuando no cuenten con un diagnóstico específico de TCA. Ross et al., señalaron que los adolescentes con ALNS presentan más trastornos de la alimentación que aquellos que no las refieren, incluyendo mayor insatisfacción corporal y síntomas de bulimia (atracción)<sup>37</sup>. Estos datos son consistentes con los obtenidos en esta investigación ya que los menores que presentaron más síntomas de TCA fueron aquellos que presentaban autolesiones no suicidas. El vómito fue el síntoma más reportado en los adolescentes con conductas autolesivas (31.4%), dato consistente con el estudio de Favaro y Santonastaso, quienes describieron que aquellos sujetos que usaban como método para controlar el peso, el vómito y/o los laxantes reportaron una frecuencia significativamente mayor de conductas autolesivas<sup>38</sup>. Desde otra perspectiva, algunos autores consideran las conductas

purgativas, como formas de autolesionarse, ya que se encuentran dentro de un espectro de comportamientos autodestructivos que no tienen como finalidad la muerte (Tozzi, 2006)<sup>39</sup>.

Los adolescentes, que presentaron síntomas de la subescala de bulimia y atracón en el CADL, mostraron asociación significativa con la presencia de ALNS ( $p < 0.002$ ;  $p < 0.006$ , respectivamente), sin embargo, aquellos con síntomas de anorexia mostraron mayor asociación con autolesiones ( $p < .0001$ ), esto difiere de lo reportado en la literatura, en donde se observa mayor relación con BN que con AN. Por ejemplo, Ruuska et al., reportaron que los adolescentes que tenían bulimia nervosa (BN) presentaron mayor ideación suicida y autolesiones no suicidas que aquellos con anorexia nervosa (AN), esta asociación puede deberse al comportamiento impulsivo de la BN, en contraste con el comportamiento de sobre control que se observa en la AN<sup>40</sup>.

## **CONCLUSIONES**

1. La frecuencia de autolesiones no suicidas encontrada en este estudio es similar a la reportada en otros países en poblaciones no clínicas.
2. El síntoma de TCA más frecuente fue el temor a subir de peso.
3. Provocarse el vómito fue el síntoma más reportado en los adolescentes con autolesiones no suicidas.
4. Los adolescentes de la comunidad con autolesiones no suicidas presentaron más síntomas de anorexia, bulimia y atracones que los adolescentes sin autolesiones.
5. Con estos resultados podemos recomendar que en todo adolescente con autolesiones se investigue la presencia de síntomas de TCA.

## **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Una limitación de nuestro estudio es que debido a que el instrumento usado para medir los TCA es de reciente introducción y no cuenta con puntos de corte para estudiar las TCA de una forma categórica no pudimos estudiar la prevalencia de TCA en los adolescentes con y sin autolesiones.

Por lo mismo la interpretación de los resultados del presente estudio debe considerarse dentro del contexto de sus limitaciones.

## REFERENCIAS

1. Claes L, Luyckx K, Bijttebier P, Turner B, Ghandi A, Smets J. Non-Suicidal Self-Injury in Patients with Eating Disorder: Associations with Identity Formation Above and Beyond Anxiety and Depression. *Eur Eat Disorders Rev* 2015; 23: 119-125.
2. Stanley B, Winchel R, Molcho A, Simeon D, Stanley M. Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *Int Rev Psychiatr* 1992;4(2):149-55.
3. Safer D. Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents. *Ann Clin Psychiatry* 1997;9(4):263-9.
4. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population- Based Studies. *Suicide Life-Threat Behav* 2005;35(3):239-50.
5. Gilleta M, Scholte R, Engels R, et al. Adolescent nonsuicidal self-injury: a cross- national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United State. *Psychiatry Res* 2012;15,197(1-2):66-72.
6. Hankin B, Abela J. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2(1/2) year longitudinal study. *Psychiatry Res* 2011;186: 65–70
7. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2007;27:226–239.
8. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L. Characteristic and functions on non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 2007;37:1183–1192.
9. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41:1333–1341.
10. Anderson CB, Carter FA, McIntosh VV. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 2002;10:227–243.
11. Mendoza Y, Pellicer F. Percepción del Dolor en el Síndrome de Comportamiento Autolesivo. *Salud Mental*. 200;25(4):12
- 12.- Sandman C, Hebrick W. Opiate Mechanisms in Self-Injury. *Ment Ret Develop Dis Res Rev*. 1995;1:130-136.

13. Golden N, Katzman D, Kreipe R, et al. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 2003;33(6):496-503.
14. Hernández A, Gómez G, Cuevas C. Relación entre dieta-atracón y práctica de actividad física. *Psicología y Salud* 2012; 22: 99-106.
15. Hebebrand J, Bulik C. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2011;44 (8): 665-78.
16. Saucedo T, Unikel C. Validity of a multidimensional questionnaire to measure risk factors associated to eating disorders in Mexican pubescents. *Rev Chil Nutr* 2012; 37: 60-9.
17. Radilla C, Vega y León S, Gutiérrez R, Barquera S, et al. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2015;21(1):15-21
18. Noma S, Uwatoko T, Ono M, Miyagi T, Murai T. Differences Between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Patients With Eating Disorders. *J Psychiatric Pract* 2015;21:198.
19. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health* 2011;48:310–3.
20. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat Behav* 2001;2:263–72.
21. Swanson S, Crow S, le Grange D, Swendson J, Merikangas K. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:714–723. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22
22. Fischer S, le Grange D. Co-morbidity and high risk behaviors in treatment seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*.2007; 40:751–753. doi:10.1002/eat.20442
23. Agras W, Telch C. The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy* 1998;29:491–503.
24. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*.2002;111:198–202.

25. Muehlenkamp J, Scott E, Wadeson A, Crosby R, Wonderlich S, Simonich H, Mitchell J. Emotional States Preceding and Following Acts of Non-Suicidal Self-Injury in Bulimia Nervosa Patients. *Behav Res Ther.* 2009 Jan;47(1): 83–87. doi:10.1016/j.brat.2008.10.011
26. Emiliano Altamirano I. Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. [Tesis de especialista en Medicina]. Ciudad de México: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
27. Reyes Cruz, D. Psicopatología en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad. [Tesis de especialista en Medicina]. Ciudad de México: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
28. Albores L, Méndez J, García A, Delgadillo Y, Chávez C, Martínez O. Nonsuicidal Self-Injury in a Community Sample of Older Children and Adolescents of Mexico City. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):159-68
29. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et.al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008 Jun;49(6):667-77.
30. Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al. Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(7):641-649.
31. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2012;6:10. doi:10.1186/1753-2000-6-10.
32. Zetterqvist, M., Lundh, LG., Dahlström, Ö. et al. 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; 41: 759. doi:10.1007/s10802-013-9712-5
33. Wilkinson, P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22:(1), S75–S79. DOI 10.1007/s00787-012-0365-7
34. Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? *Body Image* 2010; 7 (1): 70-3.

35. Lawler M, Nixon E, et. al. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc* 2011; 40 (1): 59-71.
36. Nicholls D, Lynn R, Viner R, et. al. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4): 295-301.
37. Ross S, Heath N, Toste J, et. al. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry* Jan 2009;79(1):83-92. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014826>.
38. Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, Bellodi L, Mauri M, Rotondo A, Erzegovesi S, Maj M: Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity. *J Affect Disord* 2008;105(1–3):285–289.
39. Tozzi F, Thornton LM, Mitchell J, Fichter MM, Klump KL, Lilenfeld LR, et. al. Features associated with laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med* 2006;68(3):470–477.
40. Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. et al. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in Adolescent Eating Disorder outpatients *Europ.Child & Adolescent Psych* (2005) 14: 276. doi:10.1007/s00787-005-0473-8

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro", para el proyecto principal.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Investigación  
Hospital Psiquiátrico Infantil  
Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/955/0516  
Asunto: registro de tesis derivada  
México, D.F., a 2 de Mayo de 2016

Dra. Lilia Albores Gallo  
Investigador responsable  
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: **Frecuencia de estilos de comer pre mórbidos de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos**  
No. de registro: **II3-02-0512**  
Aprobación CI: **7 mayo 2012**

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: **Síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de la comunidad con y sin autolesiones**  
No. Registro: **II3-02-0512-Te**  
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**  
Tesisista: **Elizabeth Celia Valdespino Coss**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesisista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesisista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

  
Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo  
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad  
Archivo

## Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación



"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

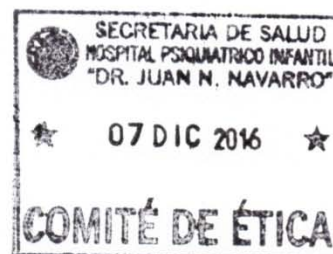
07/12/2016  
Oficio 41

**Dra. Elizabeth Valdespino Coss**  
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos secundarios derivados del proyecto: "Síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de la comunidad con y sin autolesiones".

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Atte.



Dr. Julio César Flores Lázaro  
Presidente del Comité de Ética en Investigación



### Anexo 3. Certificado curso de capacitación de NIH

#### **Certificado de finalización**

La Oficina para Investigaciones Extraintitucionales de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) certifica que **Elizabeth Celia Valdespino Coss** ha finalizado con éxito el curso de capacitación de NIH a través de Internet "Protección de los participantes humanos de la investigación".

Fecha de finalización: 04/28/2015

Número de certificación: 348623

## Anexo 4. Cédula de Autolesiones (AUTOLES)

### CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Lista \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino  
 Femenino  #de años escolaridad de tú mamá \_\_\_\_\_ papá \_\_\_\_\_. Vives con ambos padres  sólo mamá   
 sólo papá  1padre o madre y pareja  Cuántos focos hay al interior de tu casa \_\_\_\_\_ Tu desempeño escolar es:  
 bueno  regular  malo

¿Alguna vez tú te has hecho **daño intencionalmente** hasta provocar sangrado o dolor de la siguiente manera?:

		<b>Tacha la respuesta verdadera</b>
		<b>Tipo de lesión</b>
Si	No	1. ¿Te has cortado la piel?
Si	No	2. ¿Te has frotado la piel con un objeto?
Si	No	3. ¿Has introducido algún objeto debajo de la piel o uñas?
Si	No	4. ¿Te has pellizcado la piel?
Si	No	5. ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel?
Si	No	6. ¿Te has rascado cicatrices?
Si	No	7. ¿Has jalado la piel que se descama después de una quemadura de sol?
Si	No	8. ¿Te has quemado la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas?
Si	No	9. ¿Has arrancado tu pelo, las pestañas o cejas (no por razones cosméticas)?
Si	No	10. ¿Te has arrancado las uñas?
Si	No	11. ¿Te has mordido?
Si	No	12. ¿Te has pegado en partes del cuerpo, en la cabeza, o te has dado cachetadas?
Si	No	13. ¿Tienes sentimientos o pensamientos negativos antes de lastimarte?
Si	No	14. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión, antes de lastimarte?
Si	No	15. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
Si	No	16. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con tensión antes de lastimarte?
Si	No	17. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje, antes de lastimarte?
Si	No	18. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con estrés, antes de lastimarte?
Si	No	19. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con autocrítica, antes de lastimarte?
Si	No	20. ¿Antes de lastimarte tienes un periodo de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
Si	No	21. ¿Cuándo te lastimas sientes preocupación por realizar esta conducta?
Si	No	22. ¿Después de lastimarte sientes preocupación por haber realizado esta conducta?
Si	No	23. ¿La necesidad de realizar los actos para lastimarte te vienen con frecuencia aunque no siempre los ejecutas?
Si	No	24. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de sentimientos negativos?
Si	No	25. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de ideas negativas?
Si	No	26. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de dificultades personales?
Si	No	27. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te despiertan sentimientos positivos?
Si	No	28. ¿La liberación de la tensión ocurre durante la práctica del acto para lastimarte?
Si	No	29. ¿La liberación de la tensión ocurre inmediatamente después de realizarlo?
Si	No	30. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
Si	No	31. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como dormir o descansar?
Si	No	32. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como socializar con tu familia o amigos?



		Tacha la respuesta verdadera
Si	No	33. ¿La idea de lastimarte vino de ti mismo(a)?
Si	No	34. ¿La idea de lastimarte vino al ver o saber que alguno de tus amigos/as lo hacía?
Si	No	35. ¿La idea de lastimarte vino al ver a algún familiar hacerlo? Menciona quién _____
Si	No	36. ¿La idea de lastimarte vino al verlo en cine, televisión, internet o comics?
Si	No	37. ¿Te lastimas en antebrazos y muñecas?
Si	No	38. ¿Te lastimas en brazos y codos?
Si	No	39. ¿Te lastimas en muslos y rodillas?
Si	No	40. ¿Te lastimas en abdomen y tórax (pecho o espalda)?
Si	No	41. ¿Te lastimas en la cara?
Si	No	42. ¿Te lastimas en cabeza?
Si	No	43. ¿Te lastimas en glúteos o genitales?
Si	No	44. ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?
Si	No	45. ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces?
Si	No	46. ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
Si	No	47. ¿Cuando te lastimas prefieres estar solo(a) ?
Si	No	48. ¿Cuando te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
Si	No	49. ¿Cuando te lastimas te escondes de los demás?
Si	No	50. ¿Le has dicho a alguien que te lastimas? menciona a quién _____
Si	No	51. ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?
Si	No	52. ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
Si	No	53. ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?
Si	No	54. ¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida?
Si	No	55. ¿Alguna vez te realizaste un tatuaje para sentir dolor? En que parte de tu cuerpo tienes tatuaje? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	56. ¿Alguna vez te realizaste una perforación (piercing) para sentir dolor? En que parte de tu cuerpo tienes perforación? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	57. ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?
Si	No	58. ¿Te lastimas porque quieres castigarte?
Si	No	59. ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?
Si	No	60. ¿Te lastimas porque consigues atención de los demás?
Si	No	61. ¿Te lastimas para evitar suicidarte?
Si	No	62. ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama?
Si	No	63. ¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo?
Si	No	64. ¿Te lastimas porque te acosan en la escuela (bullying)?
Si	No	65. ¿Te lastimas porque tu acosas a alguien en la escuela (eres bully)?
Si	No	66. ¿No sabes por qué te lastimas?
Si	No	67. ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	68. ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?
Si	No	69. ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	70. ¿Alguna vez dejaste de lastimarte por más de 6 meses?
Si	No	71. ¿Después de ese periodo reiniciaste la conducta de lastimarte?
Si	No	72. ¿Hubo alguna situación, emoción o estrategia que ocurrió para dejar de lesionarte? Menciona: _____
Si	No	73. ¿Hubo alguna situación, emoción o condición que ocurrió para volver a lesionarte? Menciona: _____
Si	No	74. Alguna vez por lesionarte te refirieron con algún psicólogo, pedagogo, médico, psiquiatra Trabajador social. En caso afirmativo: Fuiste? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si	No	75. ¿Alguna vez consultaste con un médico o fuiste a un hospital por haberte lesionado?
Si	No	76. ¿Hubo un evento que provocó que tú empezaras a lastimarte? Cual: <input type="checkbox"/> Divorcio de padres <input type="checkbox"/> Muerte de familiar <input type="checkbox"/> Terminar con pareja <input type="checkbox"/> Acoso (Bullying) Otro. Menciona _____

Si	No	77. ¿Hay eventos que disminuyen los actos para lastimarte? <input type="checkbox"/> Entretenimiento <input type="checkbox"/> Estar ocupado(a) <input type="checkbox"/> Tener pareja <input type="checkbox"/> Estar de viaje Otro. Menciona _____
Si	No	78. ¿Conoces a alguien que realiza actos para lastimarse como los que mencionamos? Quién: amigo(a) <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> compañero(a) de la escuela <input type="checkbox"/>
Si	No	79. ¿Alguna vez has compartido con algún amigo(a) los objetos con los que te cortas?
Si	No	80. ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer SIDA, hepatitis y otras enfermedades?
Si	No	81. ¿Tomas algún medicamento? Cuál _____
Si	No	82. ¿El medicamento induce o aumenta el deseo de lastimarte?
Si	No	83. ¿El medicamento disminuye el deseo de lastimarte?
Si	No	84. ¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas? A quién _____
85. ¿A quién te gustaría decirle que te autolesionas? Puedes seleccionar más de uno a) maestro(a), b) padre/madre, c) psicólogo, d) médico, e) pediatra, f) trabajador social, g) psiquiatra h), enfermera i) amigo(a), j) hermano(a) k) padre de la iglesia		
86. ¿Cuánto tiempo pasó desde que te comenzaste a lastimar hasta que alguien se dió cuenta (o tú le dijeras que te autolesionas)? Menciona _____ años, o _____ meses		
87. ¿Si has solicitado atención para tus autolesiones, cuánto tiempo pasó desde que comenzaste a lastimarte hasta que solicitaste la atención medica? Menciona _____ años, o _____ meses		
88. ¿La búsqueda de ayuda fue porque descubrieron que te lesionabas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cómo lo descubrieron y quién lo hizo _____		
89. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a realizar actos para lastimarte? _____ años		
90. ¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti? A qué edad: _____ años		
91. ¿Recientemente cambió la forma en que te autolesionas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Aumentó de intensidad <input type="checkbox"/> Disminuyó de intensidad <input type="checkbox"/> Cambiaste la parte del cuerpo que te autolesionas <input type="checkbox"/> otro menciona _____		
92. Usa esta sección para agregar comentarios que creas importante y que ayuden nuestra comprensión de porque los adolescentes se lesionan u otro comentario general		
Gracias por participar.		



## Anexo 5. Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI)

### CADI Cédula de Asignación Diagnóstica (7- 18 años)

Auto reporte del adolescente 7-18

FOLIO **00731**

**INSTRUCCIONES**

A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca el número que mejor te describa ahora o dentro de los 6 últimos meses.

Califica con: **0** si no es cierto o no es aplicable a tu persona  
**1** si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y *Por favor contesta todos los puntos.*  
**2** si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta

**IMPORTANTE**

USE LAPIZ DEL No. 2

- Ponga marcas oscuras
- Ejemplo:
- Rellene completamente los óvalos
- Borre completamente para cambiar marcas

POR FAVOR, NO ESCRIBAS SOBRE ESTA ZONA

Nombre: \_\_\_\_\_

	(0)	(1)	(2)
1. Soy confiable	(0)	(1)	(2)
2. Tengo dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas	(0)	(1)	(2)
3. Tengo mucha energía	(0)	(1)	(2)
4. Parece que no escucho cuando me hablan	(0)	(1)	(2)
5. Soy independiente	(0)	(1)	(2)
6. No comprendo las emociones y sentimientos de los demás	(0)	(1)	(2)
7. Soy desorganizado (a)	(0)	(1)	(2)
8. Pierdo mis útiles escolares	(0)	(1)	(2)
9. Me gusta ordenar las cosas	(0)	(1)	(2)
10. Me distraigo fácil	(0)	(1)	(2)
11. Soy olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas	(0)	(1)	(2)
12. Soy físicamente inquieto (a)	(0)	(1)	(2)
13. Me molesto fácilmente	(0)	(1)	(2)
14. Evito actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa)	(0)	(1)	(2)
15. Hablo mucho	(0)	(1)	(2)
16. Tengo dificultad para esperar turnos (filas)	(0)	(1)	(2)
17. Me preocupo excesivamente	(0)	(1)	(2)
18. Soy responsable	(0)	(1)	(2)
19. Soy nervioso (a)	(0)	(1)	(2)
20. Tomo laxantes	(0)	(1)	(2)
21. Difícilmente me quedo sentado (a) o quieto (a)	(0)	(1)	(2)
22. Perdi el interés por actividades que antes disfrutaba	(0)	(1)	(2)
23. Me siento deprimido (a)	(0)	(1)	(2)
24. Tengo sueño en el día	(0)	(1)	(2)
25. Me siento culpable	(0)	(1)	(2)
26. Repito palabras o frases	(0)	(1)	(2)
27. Soy sociable	(0)	(1)	(2)
28. Evito comer ciertos alimentos	(0)	(1)	(2)
29. Me provocho el vómito	(0)	(1)	(2)
30. Alguien me persigue o quiere dañarme	(0)	(1)	(2)
31. Me cuesta trabajo poner atención y cometo errores por descuido	(0)	(1)	(2)
32. Tengo excelente autoestima	(0)	(1)	(2)
33. Duermo poco	(0)	(1)	(2)
34. Intento cosas nuevas	(0)	(1)	(2)
35. Tengo ideas extrañas. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
36. Soy atrevido	(0)	(1)	(2)
37. Veo personas, cosas o animales que nadie más ve	(0)	(1)	(2)
38. Como mucho	(0)	(1)	(2)
39. Falto a clases	(0)	(1)	(2)
40. Tengo miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
41. Cambio de postura, muevo manos/pies	(0)	(1)	(2)
42. Tengo pensamientos repetitivos. Describe: _____	(0)	(1)	(2)

## Continuación de Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI)

43. Cuento, repito palabras o rezo para controlar pensamientos	0	1	2
44. Salto de una idea a otra	0	1	2
45. Pensamientos de muerte/morir	0	1	2
46. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración	0	1	2
47. Me canso fácil	0	1	2
48. Estoy "en marcha" o moviéndome	0	1	2
49. Me siento triste	0	1	2
50. Soy capaz de resolver problemas	0	1	2
51. Soy justo (a) con los demás	0	1	2
52. Contesto antes de que completen la pregunta	0	1	2
53. Soy optimista	0	1	2
54. Tengo poca energía	0	1	2
55. Soy puntual	0	1	2
56. Soy lento (a)	0	1	2
57. Cumpló con las metas que me propongo	0	1	2
58. Tengo poco control de mi nerviosismo	0	1	2
59. Me siento agitado (a)	0	1	2
60. Orino en mi cama o ropa	0	1	2
61. Por momentos como mucho	0	1	2
62. Soy rencoroso (a) o vengativo (a)	0	1	2
63. Pierdo el control de lo que como	0	1	2
64. Estoy convencido que partes de mi cuerpo son defectuosas	0	1	2
65. Pienso sobre un accidente o agresión que sufrí o vi	0	1	2
66. Me preocupa enfermarse	0	1	2
67. Interrumpo conversaciones y actividades de otros	0	1	2
68. Finjo síntomas o enfermedades	0	1	2
69. Regreso comida a mi boca después de haberla pasado	0	1	2
70. Me apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas	0	1	2
71. Evito hablar con los otros	0	1	2
72. Pienso que estoy gordo (a)	0	1	2
73. Me cuesta quedarme dormido (a)	0	1	2
74. Molesto a otros	0	1	2
75. Como cosas no comestibles (gises, goma, yeso, tierra, etc)	0	1	2
76. Me despierto en las noches o la madrugada	0	1	2
77. Enciendo fuego	0	1	2
78. Tengo mucho sueño en el día	0	1	2
79. Lastimo con objetos o armas	0	1	2
80. Soy explosivo (a)	0	1	2
81. Ronco	0	1	2
82. Lavo mucho mis manos	0	1	2
83. Camino dormido (a)	0	1	2
84. Discuto con adultos	0	1	2