

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

CONDUCTAS AUTOLESIVAS O DE AUTOMUTILACIÓN NO SUICIDA EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE SALUD MENTAL DEL
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL SANTO SOCORRO (HMISS),
JULIO-DICIEMBRE, 2019.



Trabajo de grado presentado por Elizabeth Herrera Feliz y Jeastherly Massiel
Santos Valdez para la obtención del grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional, 2019

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción.....	10
I.1. Antecedentes.....	11
I.2. Justificación.....	13
II. Planteamiento del problema.....	15
III. Objetivos.....	16
III.1. General.....	16
III.2. Específicos.....	16
IV. Marco teórico.....	17
IV.1. Conducta autolesiva o de automutilación.....	17
IV.1.1. Historia.....	17
IV.1.2. Definición.....	17
IV.1.3. Etiología.....	21
IV.1.3.1. Motivaciones para autolesionarse.....	22
IV.1.4. Factores de riesgo.....	23
IV.1.5. Clasificación.....	28
IV.1.6. Epidemiología.....	29
IV.1.7. Incidencia y prevalencia.....	30
IV.1.8. Diagnóstico.....	32
IV.1.8.1. Criterios diagnósticos según el DSM-V.....	32
IV.1.8.2 Criterios diagnósticos según el CIE-10.....	33
IV.1.9. Tratamiento.....	34
IV.1.10. Prevención.....	36
V. Operacionalización de las variables.....	38
VI. Material y métodos.....	40
VI.1. Tipo de estudio.....	40
VI.2. Área de estudio.....	40
VI.3. Universo.....	40

VI.4. Muestra.....	41
VI.5. Criterios.....	41
VI.5.1. De inclusión.....	41
VI.5.2. De exclusión.....	41
VI.6. Instrumento de recolección de datos.....	41
VI.7. Procedimiento.....	41
VI.8. Tabulación.....	42
VI.9. Análisis.....	42
VI.10. Consideraciones éticas.....	42
VII. Resultados.....	43
VIII. Discusión.....	53
IX. Conclusión.....	55
X. Recomendaciones.....	57
XI. Referencias.....	58
XII. Anexos.....	63
XII.1. Cronograma.....	63
XII.2. Instrumento de recolección de datos.....	64
XII.3. Costos y recursos.....	67
XII.3.1 Humanos.....	67
XII.3.2 Equipos y materiales.....	67
XII.3.3 Información.....	67
XII.3.4 Económicos.....	67
XII.4. Evaluación.....	68

AGRADECIMIENTOS

Dios tu amor y tu bondad no tienen fin, gracias por permitirme sonreír ante todos mis logros que son el resultado de tu ayuda. Cada momento vivido durante todos estos años, cada oportunidad de corregir un error, y empezar de nuevo cada mañana sin importar la cantidad de faltas cometidas el día anterior son gracias a ti. Siempre estás presente en cada etapa de mi vida, este trabajo de tesis ha sido una bendición en todo sentido y espero usar mi carrera para honra y gloria tuya.

A la Universidad nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) por abrirme sus puertas para formarme como profesional. A cada uno de los maestros que hizo parte de mi proceso integral de formación, en especial a la Dra. Soriano por cada ayuda brindada durante el mismo. “Uno recuerda con aprecio a los maestros brillantes, pero con gratitud a los que tocaron nuestros sentimientos”.

A la Dra Katia Perdomo y al Dr. Ortega nuestros asesores clínicos por su ayuda para llevar a cabo este proyecto.

Al Dr. Rubén Darío Pimentel por su disposición y entrega para que este proyecto quedará perfecto.

Elizabeth Herrera Feliz

Agradezco a Dios, que en su infinita misericordia me ha permitido realizar este sueño, en todo momento de mi carrera pude ver su mano obrando a mi favor, y si hoy puedo concluir exitosamente esta etapa, es porque su diestra siempre me ha sostenido.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), mi alma mater por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella y formarme como profesional. A cada uno de los maestros que fueron partícipes de este proceso, y compartieron sus conocimientos, con excelencia.

Al coro de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), por haberme permitido ser parte del conjunto de bellas voces que representan nuestra universidad.

A la Dra. Katia Perdomo y el Dr. Luis Ortega nuestros asesores, por ayudarnos a realizar de este proyecto, por el tiempo, entrega y apoyo que nos ofrecieron.

Al Dr. Rubén Darío Pimentel, por su disposición, dedicación y observaciones las cuales fueron clave para el éxito de este proyecto.

A todos aquellos que de una manera u otra, formaron parte de mi crecimiento, contribuyeron a la realización de este sueño, y a la vez dejaron una huella en mi corazón.

Jeasthery Massiel Santos Valdez

DEDICATORIA

A Carmito Fabil y Trinidad feliz mis abuelos y padres, la dedicación la paciencia y la preocupación por mi avance y desarrollo durante esta carrera son un reflejo de amor hacia un hijo. Gracias papi Carmito por esforzarse por mí en todo momento y sacrificarse para que yo pudiera cumplir mis sueños. Gracias Mami Trini por siempre confiar en mí y velar por mi en cada larga y agotada noche de estudios . Gracias a ambos por siempre anhelar lo mejor de mí, por los valores y principios inculcados, los consejos y cada una de sus palabras que me guiarán durante mi vida.

A mis padres Luciano Herrera y Elvira Feliz gracias por ser el vehículo que Dios utilizó para traerme a este mundo y por la ayuda brindada durante mi vida. Mami Elvira gracias por siempre hacer mi carcajada más sonora y mi sonrisa más brillante en todo momento. Hoy tú Dra. Juguetes está cumpliendo uno de sus sueños.

A mis hermanos Eliezer, Elías, Ezequiel y Natalia espero que este logro sea un ejemplo para ustedes y que sepan que hay que esforzarse para conseguir lo que queremos.

A mis tíos Silvia Feliz, José Ramón Feliz y demás familiares por siempre apoyarme y ayudarme en el trayecto de mi vida.

A Marcos Martínez por siempre estar dispuesto a ayudar, y ser mi apoyo en los momentos que necesité. Eres especial en mi vida.

A Jeasthery Santos mi compañera de tesis por su ayuda y los buenos consejos recibidos durante este trayecto.

A mis amigas que me regalo medicina Stephanie Ovalle, Crisleidy Garcia, Leida Nin, Joenny Cleto, de ustedes aprendí muchas cosas durante toda esta carrera, una de ella es la perseverancia. Siempre aferradas a lo que desean y luchando por ello, le agradezco a Dios por cada una de ustedes.

Mi grupo de amigas y compañeras de rotación Vielka Soto, Charina Diaz, Lyann Uribe, Yubelis Brito, Gibert Ferreras, y Lorin Castillo. Con ustedes aprendí a trabajar en equipo, fueron de mucha ayuda durante mis rotaciones hospitalarias, siempre dispuestas ayudarme en lo que fuera y enseñarme con amor las cosas que no dominaba. Le doy gracias a Dios por sus vidas y por haberles permitido estar en la mía.

Elizabeth Herrera Feliz

A mis padres, Tobías Santos y Zarah Valdez, doy las gracias ser los promotores de este sueño, los cuales siempre me han brindado su ayuda y protección incondicional, por anteponer mis necesidades a las suyas, inculcarme los valores y principios que dieron como resultado la mujer y profesional en la que me convierto hoy. No tenga palabras para expresar mi gratitud hacia ustedes, los amo.

A mi hermanita, Nayzeth Santos, por ser mí soporte, mi compañera que siempre estuvo dispuesta a ayudarme y alentarme a seguir adelante en los momentos de dificultad.

A mis tíos María Santos, Isaac Valdez, Abraham Valdez y Loor Mateo, los cuales siempre me apoyaron e impulsaron para realizar este sueño, gracias por todo el cariño obsequiado y creer en mí desde el principio.

A Luis Jiménez, por apoyarme a largo de mi carrera, ser ese amigo que siempre tuvo palabras de aliento cuando las necesité y ser un ejemplo de superación.

A mi abuelo, Domingo Valdez, quien siempre compartió conmigo el sueño de verme siendo su Dra., y en cada oportunidad reiteró su deseo de verme culminar esta meta.

A aquellas personas que se fueron antes de verme lograr este anhelo, Rosa Céspedes, José Santos y Antonio Santos gracias por todas las enseñanzas que dejaron en mi vida, y por confiar en mí, durante el tiempo que Dios permitió que estuvieran a mi lado.

A Elizabeth Herrera, mi compañera de tesis, por darme la oportunidad de finalizar este capítulo juntas, y por el apoyo recibido en este trayecto.

A mis amigos Yeins Cárdenas, Naomi Jiminián, Melida Valdez, Yessica Gómez, Franshelly Amarante, Elianny Rosario, Rafelina Méndez, Lorin Castillo, Lyann Uribe, Vielka Soto, por brindarme su amistad sincera, su compañía en los momentos de adversidad y ayuda, gracias a ustedes mis días tuvieron más color y mis risas se multiplicaron.

A Johanny Vargas y Silvia Bonifacio por ser mis ejemplos a seguir y fuente de inspiración. Gracias por sus consejos y siempre estar ahí para mí.

Este logro no es solo mío, también es de ustedes. Gracias por ser parte de él, espero que este solo sea uno de muchos que nos faltan por alcanzar.

Jeasthery Massiel Santos Valdez

RESUMEN

Con el objetivo de determinar las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes que acudieron a consulta de salud mental en el hospital Materno-infantil Santo Socorro (HMISS), se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes que presentaron conductas autolesivas, a estos se les aplicó como instrumento de recolección de datos, la escala de pensamiento y conductas autolesivas la cual cuenta con variables demográficas tales como, edad, sexo, tipo de familia además de evaluar el tipo de autolesión, influencia y consumo de sustancias. Las autolesiones son más frecuentes en el sexo femenino con un 78.3 por ciento, mientras en el masculino es de 21.7 por ciento. Los resultados evidencian que el 46.7 por ciento se realizan más de una autolesión, y el 53.3 por ciento solo se realiza cortes superficiales. En cuanto a los resultados de los tipos de autolesión un 45.3 por ciento de los pacientes se realizan cortes superficiales, el 14.5 por ciento se realiza mordidas, el 9.4 por ciento se golpea a propósito, otro 9.4 por ciento se pellizcan, el 7.7 se arranca el pelo, el 5.1 por ciento se realiza arañazos, 5.1 por ciento se hurga heridas, un 2.9 se realiza tatuajes y el 0.9 se realiza quemaduras.

Palabras clave: Conductas autolesivas no suicida, automutilación, adolescentes, lesiones físicas.

ABSTRACT

In order to determine the self-injurious or non-suicidal self-mutilation behaviors in adolescents who attended a mental health consultation at the Santo Socorro Maternal and Child Hospital (HMISS) an observational, descriptive, prospective and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 60 patients who presented self-injurious behaviors, these were applied as a data collection instrument, the scale of thinking and self-injurious behaviors which has demographic variables such as age, sex, type of family in addition to assessing the type of self-harm, influence and substance use. Self-harm is more frequent in females with 78.3 percent, while in males it is 21.7 percent. The results show that 46.7 percent perform more than one self-injury, and 53.3 percent only make superficial cuts. As for the results of the types of self-injury, 45.3 percent of the patients are superficial cuts, 14.5 percent are taken bites, 9.4 percent are hit on purpose, another 9.4 percent are pinched, 7.7 is started the hair, 5.1 percent is scratched, 5.1 percent scavenges wounds, 2.9 tattoos are performed and 0.9 burns are performed.

Keywords: Self-injurious non-suicidal behavior, self-mutilation, adolescents, physical injuries.

I. INTRODUCCIÓN

La conducta autolesiva no suicida en adolescentes, se puede definir como: Toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte. Esta conducta tiene otros motivos, ya sea aliviar el malestar (a menudo denominado “automutilación”, por ejemplo, cortes superficiales en las extremidades y abdomen, o arañazos, golpes o quemaduras) o generar cambios en otros o en el medio ambiente. Tradicionalmente se ha descrito que las conductas autolesivas son más frecuentes en la población adolescente.^{1,2}

En los individuos que presentan conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS) su capacidad para solucionar sus problemas se encuentra deficiente. Los autolesionadores tienen insuficientes recursos cognitivos, esto es: tienden a la autovaloración negativa, baja autoestima y una elevada propensión a evitar enfrentarse a los problemas. El individuo que se autolesiona se aprecia a sí mismo con un bajo control en ambientes que demandan soluciones a dificultades interpersonales.³

Se estableció un vínculo estrecho entre las conductas autolesivas sin intención suicida y haber sufrido un trauma emocional, caracterizado como una interrupción del proceso de desarrollo adecuado en la infancia. Entre estos sobresalen el abuso físico y/o sexual, abandono emocional y conflictos familiares durante la infancia y/o la adolescencia y se identifican como indicadores de la gravedad y cantidad de comportamientos autolesivos.³

Las conductas autolesivas a nivel mundial constituyen una problemática social, la cual su práctica en los adolescentes va en incremento. Estudios comunitarios aplicados en población general, describen que el trece a cuarenta y cinco por ciento de los adolescentes han presentado estas conductas al menos una vez en la vida, dichos estudios ubican la edad de comienzo entre los diez y quince años. Durante los últimos años en América latina las CASIS han presentado una alta prevalencia, conllevando así a múltiples consecuencias negativas, que podrían desencadenar a la muerte.^{1,10}

En República Dominicana las CASIS no han sido objeto de gran estudio, por lo que no se cuenta con una estadística aproximada del por ciento de adolescentes que padecen este tipo de conducta.

I.1. Antecedentes

Villaroel G. J, Jerez C. S, Montenegro M. A y colaboradores, en 2019 realizaron un estudio sobre: la relación entre estilos parentales y conductas autolesivas sin intención suicida en población ecuatoriana, con el objetivo de desvelar la relación entre conductas autolesivas, llamada de atención y ciertos estilos parentales, en el cual utilizaron como método distintos análisis correlacionales (utilizando una r de Pearson) con una muestra de 881 estudiantes de secundaria y universitarios, entre los diferentes estilos parentales, las conductas autolesivas y la intención de realizarse un tatuaje, en lo que se obtuvo como resultado que las conductas parentales como: el control materno correlacionan tanto con la realización de tatuajes como con ciertas conductas autolesivas (El control materno correlaciona positivamente de forma significativa con las conductas de autolesión por debajo de la piel, $r(881) = 0,067$, $p < 0,05$). La negligencia materna, correlaciona significativamente de forma positiva tanto con las conductas de autolesión por debajo de la piel, $r(881) = 0,1$, $p < 0,003$, como con las de autolesión por encima de la piel, $r(881) = 0,082$, $p < 0,001$,). El amor parental de ambos progenitores, por el contrario, es un factor protector que correlaciona negativamente con este tipo de conductas de autolesión, es decir a mayor amor recibido por el hijo por parte de los padres, menor necesidad de llamar la atención y por tanto, menor nivel de conductas autolesivas. El dato más claro reside en la correlación positiva entre la negligencia parental (la falta de atención) con las conductas autolesivas.⁴

Ulloa Flores R, Mayer Villa P, De la peña Olvera F, Palacio Cruz L, Victoria Figueroa G. en 2018, realizaron una investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Ciudad de México, con el título de: Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones, donde se tomó una muestra de 585 adolescentes con historia previa de autolesiones, cuyo objetivo era determinar la frecuencia de este diagnóstico y examinar las variables asociadas. Como resultado se obtuvo el diagnóstico de lesiones autoinfligidas con fines no suicidas en 351 pacientes (60 por ciento). Se concluyó que más de la mitad de los adolescentes con autolesiones de la población clínica cumplen los criterios diagnósticos de lesiones autoinfligidas con fines no suicidas del DSM-5 a la vez existen características clínicas como son: trastornos de conducta, de personalidad, síntomas depresivos, de ansiedad y demográficas que pueden asociarse con este diagnóstico.⁵

Kosti J, Ziki O, Stankovic M, Nikoli G, en 2018 realizaron un estudio titulado: Autolesiones no suicidas entre adolescentes en el sureste de Serbia, con el objetivo de explorar la variedad de comportamientos de autolesión, así como la función de *NSSI* entre los adolescentes en el sudeste de Serbia, este incluía a cincuenta adolescentes de ambos sexos, con edades entre trece y dieciocho años, que deliberadamente se autolesionaron al menos una vez, el estudio se utilizó con un cuestionario sociodemográfico general y el Inventario de declaraciones sobre autolesiones (ISAS). Como resultado este arrojó: la edad promedio de los encuestados fue de quince años; los métodos más comunes de *NSSI* fueron el corte (60 por ciento), seguido de mordeduras y rasguños severos (14 por ciento); la edad promedio de inicio fue de catorce años; la mayoría confirmó experimentar dolor durante la autolesión (42 por ciento). Hubo más mujeres que hombres encuestados, y en su mayoría los encuestados declararon que no querían dejar de autolesionarse (56 por ciento). En términos de la función *NSSI*, las puntuaciones obtenidas fueron las más altas para la regulación afectiva, auto castigo y marcado de angustia.⁶

Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. En 2015, Madrid, España, realizaron un estudio sobre: La prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental, con el propósito de evaluar características de la ideación suicida, la planificación, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida. Para este estudio se obtuvo una muestra total de 267 adolescentes entre 11 y 18 años, fueron reclutados de las consultas ambulatorias del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz del primero de noviembre de 2011 al 31 de octubre de 2012. Se administró a todos los pacientes la escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas que evalúa la presencia, frecuencia y características de la ideación suicida, la planificación suicida, los gestos de suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida. El 47,6 por ciento de los adolescentes refirieron haber tenido a lo largo de su vida al menos una de las conductas estudiadas y el 47,2 por ciento de ellos señalaron dos o más de estas conductas. En relación a la función atribuida a las conductas examinadas, la mayor parte se realizaron con la intención de regular emociones, a excepción de los gestos suicidas (que mostró una función relacionada con el contexto social). Conclusiones: Dadas las elevadas cifras en población clínica de prevalencia y comorbilidad, unido al conocido riesgo de transición de unas conductas

autoagresivas a otras, se recomienda la evaluación sistemática y rutinaria de dichas conductas en los adolescentes atendidos en salud mental.⁷

Referencias nacionales:

Luego de una búsqueda exhaustiva en revistas indexadas, no encontramos evidencia de publicaciones del tema en estudio.

I.2. Justificación

Tras décadas se ha presenciado un incremento progresivo en la incidencia de autolesiones no suicida entre adolescentes y adultos jóvenes, así como un creciente interés científico, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ha incluido el trastorno por autolesiones no suicida como un diagnóstico que necesita más estudio.

El significativo incremento de su prevalencia los últimos años, y el hecho de que las autolesiones recurrentes pueden conllevar múltiples consecuencias negativas como, por ejemplo, una lesión física, infecciones, hospitalizaciones o la muerte accidental.

Estudios con diferentes muestras de diferentes partes del mundo, sugieren que el trece a cuarenta y cinco por ciento de adolescentes de la comunidad se han autolesionado al menos una vez a lo largo de la vida. En el caso de los adultos jóvenes sería de entre el cinco y el treinta y cinco por ciento.⁸

Se ha podido evidenciar el aumento de esta conducta de forma transcultural. El comportamiento ocurre a una tasa alarmantemente alta. En cuanto a género, hay investigaciones que demuestran que hay más prevalencia en mujeres, las cuales reportan empezar a una edad más temprana que los hombres.⁹

Según la OMS, casi un millón de personas mueren por suicidio cada año, lo que arroja una tasa de mortandad de dieciséis de cada cien personas, o una muere cada cuarenta segundos. En los cuarenta y cinco años pasados, las tasas de suicidios aumentaron sesenta por ciento en el mundo. La autolesión es la antesala del suicidio.¹⁰

Entrevistas con expertos en el área, reportan que en su experiencia laboral durante los últimos cinco años, se ha presentado un incremento de casos de intentos o conductas autolesivas en la población adolescente, debido a esto, consideramos importante esta investigación para conocer los límites de dicha conducta, las formas en las que se manifiestan e identificar los factores que han incidido en el aumento de estos eventos,

con la finalidad de proponer un abordaje diagnóstico y terapéutico eficaz. Nuestro objetivo con esta investigación es ayudar a mejorar la salud mental de la población infanto juvenil y así brindarles una mejor calidad de vida.

Como aporte deseamos realizar un llamado a la intervención de las autoridades de salud para la promoción, prevención y ayuda a las familias y jóvenes, buscando así fomentar el apoyo a los adolescentes, por parte de los individuos que conforman su entorno social.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia se configura 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. Esta etapa definirá la trayectoria positiva o proyectará elementos de destrucción o decadencia. Este proceso no solo va acompañado de cambios físicos que llevarán su maduración, sino también, implica cambios de tipo cognoscitivo y socio-emocionales (Morris y Maisto, 2005).^{11,12}

Las conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS) en los adolescentes son un fenómeno frecuente en esta etapa de desarrollo, la cual es manifestada físicamente y sin intención suicida, lo cual resulta particularmente relevante, considerando de esta forma el incremento en el número de adolescentes que han adoptado esta práctica.³

Estudios clínicos y poblacionales sitúan la edad de iniciación entre los 10 y 15 años, se ha descrito en la mayoría de los documentos que en las mujeres las conductas autolesivas son más frecuentes, reflejado con suficiente evidencia en la población adolescente. En el 2015 en España se reportó que el 32,20 por ciento de 1 864 adolescentes había cometido autolesiones graves y autolesiones, en general, el 55,60 por ciento. El 48,01 por ciento de la muestra había mantenido alguna vez la conducta de morderse y esta actitud se percibía como un comportamiento aceptable y normal.

Estos hallazgos se corroboraron posteriormente determinando una prevalencia para México de 5,60 por ciento en los adolescentes, con una edad promedio de inicio de 11,9 años, aunque se detectó que podía presentarse, incluso, desde la edad de 6 años. La prevalencia ha aumentado a 17,10 por ciento si se consideran las conductas repetitivas que los adolescentes no consideran como autolesiones graves. Sin embargo, un estudio más reciente en población escolarizada de la Ciudad de México desarrollado en 2016, reportaba que el 27,90 por ciento de los adolescentes se autolesionan. Al igual que lo reportado en otros países y en estudios previos.³

Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 30 a 40 por ciento de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva.¹

Ante la situación planteada, nos preguntamos: ¿Cuáles son las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes que acuden a consulta de salud mental en el hospital Materno-infantil Santo Socorro (HMISS), Julio-Diciembre, 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes que acuden a consulta de salud mental en el hospital Materno-infantil Santo Socorro (HMISS), Julio-Diciembre, 2019.

III.2. Específicos:

Determinar las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes que acuden a consulta de salud mental en el hospital Materno-infantil Santo Socorro (HMISS), Julio-Diciembre, 2019, según:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Tipo de autolesión.
4. Motivos
5. Tipo de familia
6. Lugar entre los hermanos.
7. Influencia de otros adolescentes.
8. Consumo de sustancias.

IV.1. MARCO TEÓRICO

IV.1. Conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes

IV.1.1. Historia

Las primeras referencias acerca de estos comportamientos se tienen en las historias bíblicas donde un hombre poseído por un demonio estaba «llorando y cortándose con piedras» y por tanto fue curado por Jesús mediante exorcismo. También ha ido apareciendo en el mundo literario y artístico.

Aunque últimamente se cree que este comportamiento se ha hecho muy popular, Graff y Mallin en 1967 decían que era un problema psiquiátrico principal puesto que «han llegado a ser los nuevos pacientes crónicos en hospitales mentales, sustituyendo a los esquizofrénicos». Los esfuerzos para caracterizar el problema comenzaron en 1970, y alrededor de 1980, algunos especulaban si la autolesión constituiría una entidad diagnóstica propia.

Pattison y Kahan trataron de incluir en el DSM-III el síndrome de autolesiones deliberadas, dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos. Sin embargo, la única mención explícita de autolesiones sin intención suicida, (ANS) en el DSM-IV está como criterio del Trastorno Límite de Personalidad (TLP).⁹ En el proyecto de desarrollo del DSM-V se propone incluir a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el Trastorno Autolesión No Suicida, (NSSI por sus siglas en inglés).¹³

IV.1.2. Definición

Adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia está dividida en tres etapas: 10-13 años se le conoce como adolescencia precoz; 14-16 se le conoce como adolescencia media; 17-19 se le conoce como adolescencia tardía. La adolescencia es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se

Clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad.

Con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en que viven y cómo afecta dicho entorno el desarrollo, la conducta y las relaciones sociales. Estos entornos, entre ellos: la familia, los grupos de pares, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio, están al mismo tiempo en un estado de cambio constante. Todo ello implica que las intervenciones deben tener en cuenta estas dimensiones y además incluir de forma obligada a los propios adolescentes, sin olvidar el rol que pueden tener los profesionales de la salud.¹⁴

Esta etapa se divide en tres fases las cuales son:

- Adolescencia temprana: comprende entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.
- Adolescencia media: comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.
- Adolescencia tardía: comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona.

Durante las mismas, se presentan en los adolescentes, ocho características principales:

1. Proyecto de Vida: el o la adolescente organiza su vida en función de sus sueños, y comienza a elaborar su estrategia para lograrlos; aunque muchas ideas y pensamientos iniciales surgieron desde su infancia. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezca y del esfuerzo del propio adolescente.
2. Sexualidad: es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida, hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad. (Aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones)

3. Crecimiento y Desarrollo: este es una continuación del proceso que comienza en el momento de la fecundación. En esta etapa la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son un incremento acelerado en la estatura y el peso y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo.
4. Búsqueda de Identidad: la búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.
5. Creatividad: el o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permitan explotar y estimular su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.
6. Autoestima: el adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas. En este aspecto es muy importante la relación que entablen con el grupo de pares.
7. Juicio Crítico: en la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.
8. Proceso Educativo: este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro de la familia y del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario. Todo esto se convierte en un importante insumo para desarrollar la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten «integrarse» a la vida y descubrir su propio «Yo». De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan una comprensión, más amplia e integradora, de los acontecimientos.¹⁵

Hipersensibilidad del adolescente:

En la adolescencia es habitual vivir estas situaciones difíciles y dolorosas con mayor intensidad que en la edad adulta, tanto por el momento vital de la persona, como por la falta de experiencias previas. Es por esto que los pensamientos de muerte en la adolescencia son más habituales de lo que pensamos. Afortunadamente, la mayoría de ellos se resuelven en la propia intimidad del adolescente, sin mayor repercusión ni escalada de gravedad.

Sin embargo, hay experiencias que ponen al adolescente en una situación de vulnerabilidad, ya sea por la gravedad de la situación, por su condición de larga duración, o por traer acumuladas una serie de experiencias vitales estresantes o de sufrimiento durante la infancia. Las situaciones pueden ser variadas y varias al mismo tiempo: conflictos relacionales con iguales, problemas de vinculación y de aceptación en grupos de pertenencia, problemas familiares como conflictiva o ruptura familiar, problemas académicos, problemas relacionados con enfermedades orgánicas o mentales, fallecimiento de familiares o personas significativas, etc.

Es en estos adolescentes en situación de vulnerabilidad en los que pueden darse con mayor frecuencia conductas relacionadas con la muerte.¹⁶

Autolesiones:

Las autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin finalidad suicida (*NSSI*: «*Non-suicidal Self-Injury*») como por ejemplo cortes en la piel («*Self-cutting*»), quemaduras, golpes, arrancarse el pelo, punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse, entre otros comportamientos anómalos.¹⁷ Suele producir sangrado, hematoma o dolor, con daño físico leve o moderado.¹⁸

Que este acto sea deliberado hace referencia a que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. En general no existe intención de morir; sin embargo, en la práctica clínica se encuentra que puede haber cierta ambivalencia al respecto.

La literatura anglosajona se refiere a las conductas no suicidas deliberadamente provocadas en el propio cuerpo como «*deliberate self harm*», «*self destructive behaviors*» y «*autoinjurious behaviors*». La denominación propuesta para el manual DSM-V es «*non suicidal self injurious*» (NSSI).

Para conceptualizar las conductas autolesivas deliberadas es necesario precisar que éstas no constituyen una patología en sí mismas, sino son un síndrome posible de ser encontrado en diversas patologías psiquiátricas.¹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su cuarta versión, consideraba las conductas autolesivas exclusivamente como un síntoma del trastorno límite de la personalidad, no obstante, en su quinta versión se le ha considerado como una condición independiente con su propia sintomatología. Sin embargo, no se descarta que ésta puede presentarse en comorbilidad con otros trastornos como los del estado de ánimo, los de ansiedad, los alimenticios y el trastorno límite de la personalidad (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006).¹⁹

IV.1.3. Etiología

La autolesión es un trastorno grave del control de los impulsos que a menudo se asocia con otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo:

- Trastorno de personalidad limítrofe (más común)
- Depresión
- Abuso de sustancias (alcoholismo o consumo de drogas)
- Trastornos alimenticios (anorexia o bulimia)
- Psicosis
- Trastornos de personalidad antisocial
- Trastorno de estrés postraumático
- También puede relacionarse con trastornos neurológicos o metabólicos como:
- Siringomielia (trastorno que causa la formación de quistes en la columna vertebral)
- Síndrome de Tourette (trastorno neurológico)

- Autismo (trastorno que provoca problemas sociales, conductuales y del habla)
- Síndrome de Lesch-Nyhan (trastorno genético).²⁰

IV. 1.3.1. Motivaciones

Podemos describir seis grupos de motivos para que alguien se autolesione:

- Para llamar la atención: las autolesiones son muy llamativas y hacen que los demás sientan la necesidad de estar pendientes de la persona por miedo a que lo vuelva a hacer, en algunos casos buscan atención, afecto, que se les escuche y que se haga lo que ellos quieren. Muchas veces se utiliza la lesión como amenaza («si me dejas me autolesionaré») o para culpar a la otra persona y hacer que se sienta mal.

- Para castigarse: una baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, de no ser merecedor de algo, de ser responsable por algo negativo, pueden llevar a la persona a pensar que son «malos» y que merecen un castigo. Muchas veces representan sentimientos de odio, rechazo o disgusto hacia uno mismo.

- Para evadir un malestar emocional: el malestar físico (el dolor) tiene prioridad sobre cualquier otra sensación, detiene el proceso del pensamiento, interrumpe los sentimientos. Cuando sentimos dolor no pensamos en nada más, y esto es lo que se busca en estos casos de una autolesión. Cuando hay pensamientos negativos constantes, ansiedad, depresión, la persona puede lesionarse por el propio malestar que estos producen, pero también porque la autolesión bloqueará temporalmente esos pensamientos. Es una forma de controlar las emociones. Es como una válvula que libera esa tensión emocional.

- Como conducta parasuicida: muchos suicidas habían llevado a cabo tentativas previamente. Por ejemplo, cortes en las muñecas previos al corte más profundo. A veces es para ver si son capaces, para saber qué van a sentir en el momento. A veces demuestra inseguridad y en el momento frenan la conducta antes de que sea letal. Se calcula que un quince por ciento de las personas que se autolesionan tienen tendencias suicidas.

- Para asumir un control sobre situaciones que sobrepasan a la persona: esto sería similar a lo que ocurre con la anorexia; en este tipo de conductas dañinas para uno

mismo pueden influir sentimientos o necesidad de control, aun cuando uno no puede controlar a los demás o lo que le rodea, sí puede controlar su propio cuerpo. Esta necesidad de sentir control sobre uno mismo puede asociarse junto con los otros factores que hemos comentado e influir en la conducta autolesiva.

- Por sentimientos de vacío crónico: muchas veces estos sentimientos de vacío, de que falta algo o de que no se puede sentir nada pueden ser muy frustrantes y llevar a la persona a desear sentir algo, por malo que sea. La autolesión causa dolor y sentimientos que pueden hacer que la persona los utilice para suplir esos episodios de vacío existencial, para hacerles sentir «vivos».¹⁷

IV.1.4. Factores de riesgo

A continuación se describen de forma más exhaustiva los diferentes factores involucrados en el riesgo de desarrollar este trastorno en los adolescentes:

Factores sociodemográficos:

Sexo: en primer lugar ser mujer ha sido identificado como un factor de riesgo para presentar autolesiones. En ellas tienen gran impacto la negligencia emocional por parte de sus progenitores, una relación inestable con el padre y experimentar abuso sexual en la infancia. Un estudio encontró que las mujeres iniciaban las autolesiones por “motivos sociales directos” (por ejemplo captar la atención de alguien. En contraste en el sexo masculino es más relevante la separación prematura en la infancia o haber experimentado violencia física. Además en los hombres, en el anterior estudio se mostró que el inicio de la autolesión se daba por “motivos sociales indirectos” (Por ejemplo estar enfadado con alguien). En adición, en otro estudio la razón que dieron la mayoría de las chicas para autolesionarse fue la soledad, por el contrario los chicos no explicitaban ninguna razón para su comportamiento.

Edad: A pesar de que en un estudio se determinó que estadísticamente los chicos comienzan a autolesionarse antes que las chicas, en otros ensayos este dato no se confirma taxativamente. Se detecta en sus diferentes variantes, en la adolescencia temprana, incluso en la niñez, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía.

Otros investigadores han señalado que el incremento progresivo en mujeres se observa hasta la adolescencia media, mientras que en los hombres la prevalencia de las conductas se mantiene estable. Por otro lado, ya en la adolescencia tardía suele producirse un leve declinar.

Factores caracteriales o rasgos de personalidad: Durante la adolescencia los niveles de impulsividad y reactividad emocional son mayores, lo que supone un riesgo para el desarrollo de autolesiones. Uno de los comportamientos en los que se subdivide la impulsividad (de acuerdo con la UPPS-R, escala de comportamiento impulsivo) es la urgencia de acción en respuesta a sentimientos negativos. Este tipo de impulsividad es la que presentan algunos individuos que se autolesionan.

Otro de los factores notables que se ha encontrado presente en adolescentes que se autolesionaban es la falta de autoestima así como la autocrítica, la cual se asocia con sentimientos de fracaso e inferioridad.

La presencia de agresividad en el individuo se asocia con emplear métodos más violentos (golpearse fuertemente) al autolesionarse, ya que están familiarizados con esta práctica. Además se relaciona con un aumento del riesgo de suicidio y casos de autolesiones en adolescentes con antecedentes criminales.

Es importante además, reseñar que algunos estudios han determinado que los pacientes que se autolesionan presentan dificultades para la expresión e identificación de sus sentimientos (alexitimia) lo que está relacionado con otros trastornos psiquiátricos como el consumo de alcohol y drogas.

Factores psicosociales: Hay una gran asociación entre las autolesiones y separaciones en la infancia, relación disfuncional con los padres y una excesiva actitud crítica por parte de estos. Además una relación inadecuada con la madre se relaciona con la existencia y la severidad del acto autolesivo, mientras que la relación con el padre afecta exclusivamente a la intensidad del comportamiento. Los padres cuyos hijos se autolesionan presentan diferentes patologías. En el caso de las madres se observan que éstas padecen tasas superiores de depresión, ansiedad y estrés, en comparación con la población general. Mientras que en los padres se detecta una deficiente comunicación y escasa demostración de afecto.²¹

El orden en el que nacen los niños influencia su personalidad

Existen varios factores determinantes que influyen en la formación de una persona. Principalmente, son influenciados por su condición socioeconómica, luego por su educación y finalmente el lugar que ocupan en la constelación familiar.

Las constelaciones familiares se refieren al rol que ejercen los distintos miembros de la familia dentro de ella. Las familias funcionan como un sistema en el que cada miembro ejerce funciones específicas que ayudan a mantener un orden preestablecido y conseguir que el sistema siga funcionando.

Cada vez que ingresa un nuevo miembro en la familia, ese bebé estará programado para amar a sus padres y adquirir comportamientos que lo ayuden a pertenecer y ser amados. Esto generalmente resulta en la adopción de conceptos, actitudes, valores, etc, que definirán al joven miembro hasta su adultez. Además, el orden de nacimiento de los hijos juega un papel fundamental en la formación de la personalidad de los niños.

El hijo mayor fue el centro del universo de sus padres y a la llegada de un nuevo miembro, su rol dentro de la constelación cambia, ya que debe compartir la atención con su hermano menor y se ve obligado a desarrollar características como el liderazgo, sentido de responsabilidad, entre otras comunes en los hermanos mayores. Es habitual que los padres influyan para que sus primogénitos asuman el papel de líderes y que se sientan responsables de sus hermanos pequeños. Esto puede resultar en un posterior rechazo de los hermanos mayores, por adquirir posiciones de liderazgo a la hora de formar sus propias familias o fuera del núcleo familiar, gracias a un resentimiento inconsciente que tienen hacia sus padres quienes los llevaron a asumir muchas responsabilidades desde pequeños.

Los hijos del medio suelen ser los que menos atención reciben, sin embargo en familias pequeñas esto puede ser menos acentuado. Sin embargo, aquellos que tienen hermanos mayores y menores, suelen hacer esfuerzos inconscientes para llamar la atención de sus padres y así no sentirse eclipsados por sus hermanos.

Los hijos menores generalmente son percibidos como bebés por períodos más prolongados de tiempo. Suelen ser consentidos por sus padres y además por sus hermanos. Además, a menudo no tienen las mismas responsabilidades que sus hermanos mayores, lo que en ocasiones suele generar el enfado de estos, quienes eventualmente se sienten cansados de encargarse de ellos.

Los hijos únicos a pesar de que suelen ser los más difamados, son los únicos que viven liberados, porque no están afectados por las posiciones y roles que ejercen los hermanos en la constelación familiar. Por lo tanto logran alcanzar un desarrollo individual más auténtico, porque se acostumbran a estar cómodos en la soledad y rodeados de adultos. Las expectativas de sus padres suelen ser altas impulsando de esta forma la ambición, conciencia y educación del niño.²²

En algunos artículos el estudio se ha centrado en la asociación entre las autolesiones y el maltrato en la infancia. Se determinó que existe una asociación positiva entre las autolesiones y el maltrato infantil. El maltrato infantil puede ser: maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Uno de los estudios fijó el abuso sexual como el tipo de maltrato con mayor importancia.

Los eventos negativos que se producen a lo largo de la vida de un adolescente (separación de los progenitores, muerte de un ser querido, etc.) se asocian significativamente con la producción de eventos autolesivos.

Sufrir bullying y rechazo social tiene un riesgo elevado para que se produzcan estos comportamientos. Adicionalmente, en varias revisiones se encuentra que el inicio de las autolesiones es por modelado (amigos o conocidos comienzan a emprender conductas autolesivas), mientras que el mantenimiento se debe a funciones intrapersonales que se desarrollan a lo largo del tiempo. Se encontró que el 73 por ciento de las mujeres y el 57 por ciento de los hombres que se autolesionan tienen un amigo que también practica estas conductas.

Factores psicopatológicos: Las autolesiones se relacionan en su mayoría con estos cuadros psiquiátricos: trastorno de personalidad Borderline (BPD), depresión, trastornos alimenticios, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos por adicciones, trastorno bipolar y ansiedad.

- Trastornos afectivos o Depresión: Klonsky estudió este tema debido al creciente aumento de adolescentes que se autolesionan en 2007. La investigación que realizó basada en las entrevistas que realizó a 40 estudiantes que tenían comportamientos autolesivos concluyó que dicha conducta estaba vinculada con la depresión.
- Trastorno bipolar: En un estudio se determinó que un 37 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar habían realizado algún acto autolesivo a lo largo de su vida. Un

22 por ciento dijeron manifestaron haberse autolesionado en su último episodio afectivo. Estos pacientes presentan mayor desregulación del estado del ánimo.

- Trastornos alimenticios: Los pacientes con desórdenes alimenticios presentan dificultades para expresar y regular sus emociones. De esto deriva que la prevalencia de las autolesiones en esta población sea de 21-59 por ciento. La tasa es mayor en pacientes con anorexia nerviosa tipo purgativo y con bulimia nerviosa que en los que presentan anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Esto podría deberse a la asociación que los dos primeros tipos presentan con la impulsividad.
- El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: El TDAH aumenta la prevalencia de la aparición de autolesiones no suicidas. La frecuencia es mayor en el subtipo combinado.
- Adicciones: Las conductas adictivas pueden definirse como un proceso en el que se desarrolla un comportamiento caracterizado por una falta de control y continuación del acto a pesar de las significativas consecuencias negativas. Entre estas conductas encontramos el abuso de sustancias, las compras compulsivas, el uso desmesurado de internet, el ejercicio extremo, el juego patológico y la búsqueda continuada de amor y sexo. Hay que destacar el abuso del alcohol en adolescentes ya que al igual que las autolesiones tiene como finalidad aliviar los sentimientos negativos.
- Trastorno borderline de la personalidad: Se estima que la prevalencia de este trastorno en la población es de un dos punto siete por ciento. En algunos estudios se ha demostrado que estos pacientes presentan más sensibilidad a la exclusión social que la población general.
- Otros factores: Como otros factores de riesgo, menos frecuentes en los adolescentes con este tipo de conducta, que se citan en algunos de los artículos, se encuentran por ejemplo, que su tipo de música favorita es la música rock, que acuden con más frecuencia a locales nocturnos y discotecas, que su coeficiente intelectual podía ser elevado y que la homosexualidad podía ser otro factor influyente. La pertenencia a algunos grupos de «Adolescentes alternativos» (emos, góticos o punks) que se definen como grupos con una fuerte identidad de colectividad y un conjunto de valores y gustos similares favorece este tipo de conducta autolesiva.²¹

IV.1.5. Clasificación

Clasificación de las formas de presentación clínica:

Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza en 1995:

- Conductas autolesivas mayores:

Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75 por ciento ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, transexualismo y trastornos de personalidad severos.

- Conductas autolesivas estereotipadas:

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

- Conductas autolesivas compulsivas:

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis.

- Conductas autolesivas impulsivas:

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con

antecedentes de abuso sexual en la infancia. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonia, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión.

En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo. Es más común en mujeres, comienza en la pre-adolescencia, pero también puede observarse en el período de latencia y en preescolares. Persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este tipo de autoagresiones se asocia a trastornos de personalidad del Cluster B, a trastorno por estrés postraumático, a trastornos disociativos y a trastornos de la conducta alimentaria.¹

IV.1.6. Epidemiología

Según algunas investigaciones, su frecuencia parece haber aumentado durante los últimos años, especialmente entre adolescentes. La edad de inicio se encuentra entre los 12 y 14 años con una prevalencia estimada a lo largo de la etapa del trece al veintinueve por ciento. En cuanto a la prevalencia por sexos, aunque gran número de investigaciones hablan de una mayor incidencia en el sexo femenino, cada vez se acepta más que las autolesiones no presentan variaciones en relación a la raza ni a la cultura, siendo una manifestación universal.²³

Resulta complejo establecer prevalencias poblacionales basadas en la literatura científica disponible por distintas razones, primero porque la mayoría de los estudios clínicos describen las características de los sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que incurre en estas conductas; segundo, por razones de variabilidad conceptual del término, mientras algunos autores consideran una definición amplia de las conductas autolesivas (incluyendo desde la ideación de muerte hasta los intentos con fines suicidas), otros restringen el concepto excluyendo todas las conductas cuyo objetivo principal es lograr la muerte. En adelante

se discutirá sólo las estadísticas que se restringen al concepto restringido de conducta autolesiva sin fines suicidas.

Estudios clínicos y poblacionales ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años, encontrándose que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente. No obstante, en adultos los datos son contradictorios, tanto en poblaciones generales como clínicas, lo que no permite asegurar que las mujeres adultas muestren mayor prevalencia que los varones en el mismo rango etario.¹

IV 1.7. Incidencia y prevalencia

La incidencia de autolesiones está dada por las características demográficas de la población, el nivel socioeconómico bajo, asimismo, la alta frecuencia de alteraciones en el funcionamiento familiar y el antecedente de abuso sexual, han sido reportados como factores de mayor peso. Se sabe que las malas prácticas parentales y el maltrato pueden incrementar el riesgo de autolesiones, ya que están asociadas a las dificultades interpersonales durante la adolescencia, frecuentemente descritas en los sujetos con autolesiones.²⁴

Muchos de los datos sobre la incidencia se han obtenido en los servicios de urgencias de diversos hospitales, pero se cree que estos no son buenos estimadores del número real de adolescentes que realiza este tipo de conductas, ya que muchos de ellos no acuden a un servicio de urgencias. En Europa, Estados Unidos y Australia, se observó un incremento en estas conductas en la década de los 60. La incidencia pareció estabilizarse en los años 80, aunque desde los 90 se ha observado un nuevo aumento. En Inglaterra y Escocia se han llevado a cabo varios estudios en los que se estima que hasta uno de cada 130 adolescentes puede autolesionarse. Se recogieron datos en un estudio de monitorización de conductas autolesivas en Oxford entre los años 1985 y 1995; la población diana incluía todos aquellos pacientes menores de 20 años que acudían al Hospital General de Oxford con autolesiones. Durante el tiempo que duró el estudio, 1.840 individuos acudieron al servicio de urgencias con autolesiones. Se observó que la incidencia aumentaba con la edad y que eran más frecuentes en mujeres que en hombres. Además las mujeres acudían con más frecuencia que los hombres debido a ingestas medicamentosas: 91,2 por ciento de mujeres frente a 82,5 por ciento de hombres. En el año 2001 se realizó una encuesta sobre la salud mental de niños y

adolescentes en el Reino Unido que proporcionó información en lo que respecta a trastornos emocionales y conductuales. La información se obtuvo de 10.438 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Tanto los jóvenes como sus padres fueron entrevistados, lo que permitió obtener datos diferenciales. En total, 4.249 jóvenes de entre 11 y 15 años fueron entrevistados, de los cuales 248 reconocieron haberse autolesionado, pero solo 78 de los padres entrevistados informaron de que sus hijos se habían autolesionado en algún momento. Un análisis detallado de los datos informó asimismo de que un seis punto cinco por ciento de mujeres y un cinco por ciento de hombres se habían autolesionado previamente al estudio. La incidencia de autolesiones era más alta entre aquellos jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, comparados con el grupo sin patología. La prevalencia era mayor entre aquellos jóvenes que padecían depresión, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad. Asimismo, otros datos mostraron cómo las autolesiones eran más frecuentes en niños adoptados, niños que vivían con uno solo de sus padres y en aquellos que convivían con más de cinco hermanos. Se dan en un cuatro por ciento de la población general, especialmente en la época de la adolescencia, llegando al 14-15 por ciento. Las tasas son más elevadas si se ha hecho alguna vez anteriormente y si nos referimos a la población psiquiátrica. Las mujeres se autolesionan más con cortes, los hombres con quemaduras. La frecuencia observada según el tipo de lesión es la siguiente: cortes en la piel (85 por ciento), quemaduras (30 por ciento), golpes (32 por ciento), arrancarse el pelo (siete por ciento), punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse.¹⁵

Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21 por ciento de los adultos y el 30 a 40 por ciento de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica, es porque se han provocado alguna conducta autolesiva. En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29 por ciento de los adolescentes y el 4 a 6 por ciento de los adultos ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida.¹ Los últimos estudios, indican que la prevalencia de conductas autolesivas se sitúa en torno a un 20 por ciento de los adultos hospitalizados en el servicio de salud mental, del cual un 35 por ciento son adolescentes.²⁵

El mayor estudio poblacional publicado reporta conductas autolesivas repetidas (cuatro o más veces al año) en el cuatro por ciento de la población adolescente.¹

IV. 1.8. Diagnóstico

Para el diagnóstico es imprescindible la colaboración del psiquiatra infantojuvenil. La aproximación diagnóstica comprende la valoración más ajustada de cuál ha sido el acontecimiento que ha provocado esta conducta (acontecimientos vitales, motivos y circunstancias, posible abuso de alcohol y otras circunstancias del entorno que puedan hacer prever una ideación suicida) y la realización de una correcta y completa historia clínica: antecedentes familiares de depresión, alcoholismo, otro trastorno psiquiátrico o suicidio, conductas autolesivas previas, trastorno psiquiátrico previo (diagnóstico y tratamiento), evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa. El profesional competente realizará un examen del estado mental y se intentará llegar a un diagnóstico psiquiátrico o, cuanto menos, un diagnóstico funcional.²⁶

Con frecuencia, las personas que se automutilan se sienten culpables o avergonzados por su conducta e intentan ocultarlo. Para ser diagnosticado, los síntomas deben presentar el siguiente criterio:

- Preocupación por el daño físicamente provocado
- Imposibilidad para resistirse a las conductas autodañinas que resultan en lesiones de tejido
- Incremento de la tensión previa a la autolesión una y sensación de alivio después del acto
- No tener una intención suicida en la automutilación.¹⁸

IV. 1.8.1. Criterios diagnósticos según el DSM-V

A. El individuo en el último año, durante al menos 5 días, se ha auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado o moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales – piercing-, etc.), pero realizados con la esperanza que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o bien se puede inferir a que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal (cuando en duda, codificar con NOS 2). La conducta no es de naturaleza común ni trivial como es el hurgarse una herida o morderse las uñas.

B. La lesión intencional está asociado con al menos dos de lo siguiente:

B1. Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurran en el período inmediatamente antes del acto de autolesión.

B2. Antes de incurrir en el acto, un período de preocupación (pensamientos alrededor de) a cerca de la conducta a realizar que es difícil de resistir.

B3. El impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se tenga que actuar sobre él.

B4. La actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.

C. La conducta y sus consecuencias causan de manera clínicamente significativa aflicción, o un deterioro funcional en áreas como la interpersonal, académica u otras.

D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En individuos con un trastorno de desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no puede deberse a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, Síndrome de Lesch-Nyhan).

Posibles categorías NOS (no especificado de otra manera, NOS por sus siglas en ingles), si el DSM-V adopta la subtipificación de las categorías del NOS

- Trastorno de Autolesión No Suicida, no especificada de otra manera (NOS), Tipo 1, Subumbral: El paciente reúne todos los criterios del trastorno *NSSI* (Autolesión No Suicida, *NSSI* por sus siglas en inglés), pero se ha lastimado menos de 5 veces en los últimos 12 meses. Esto puede incluir individuos que, a pesar de la baja frecuencia de la conducta piensan frecuentemente en realizar el acto.
- Trastorno de Autolesión No Suicida, no especificada de otra manera (NOS), Tipo 2, Intención Incierta: El paciente cumple con los criterios de autolesión no suicida, pero insiste que además de los pensamientos expresados en B4, hay un intento de suicidio.¹³

IV. 1.8.2. Criterios diagnósticos según el CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad.

B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterios,

a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:

- 1- Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
- 2- Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
- 3- Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
- 4- Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
- 5- Sentimientos crónicos de vacío.²⁷

IV .1.9. Tratamiento

Todavía no se ha desarrollado el protocolo ideal para acabar con las conductas automutilantes. La asociación de estas conductas a distintos síndromes y situaciones, hace necesario la consideración individualizada de cada caso. El tratamiento se establecerá de acuerdo con la gravedad del comportamiento y la capacidad del paciente: comportamientos más agresivos requerirán acción inmediata mediante técnicas restrictivas, mientras que manifestaciones menos severas, que no pongan en peligro la integridad de los pacientes, permitirán el uso de técnicas de modificación de conducta para la extinción de estos comportamientos automutilantes. El factor fundamental será determinar la causa de estas conductas autolesivas ya que el tratamiento más efectivo es el que elimina la causa.²⁸

La terapia psicológica deberá ser imprescindible. Desde ella se abordarán técnicas conductuales y cognitivas que modificarán la conducta y los pensamientos asociados a ella y nos permitirán entender por qué la persona empezó a autolesionarse. Solo el 10 por ciento de personas que se autolesionan pide ayuda, el resto sufren en silencio.¹⁴

En una revisión sistemática reciente se han identificado cuatro terapias cognitivo-conductuales efectivas a aplicar en el caso de comportamientos autolesivos:

- *Manual assisted cognitive-behavioural therapy (MACT)*: Integra una terapia de solución de problemas con técnicas cognitivas en las que se incluye técnicas de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas.
- *Dialectical behavioural therapy for adolescents (DBT-A)*: Es una terapia dialectica conductual en la que se combina entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta y técnicas de *mindfulness*.

- *Cognitive behavioural therapy (CBT)*: Terapia en la que se entrenan habilidades y actitudes necesarias para estimular la resolución de problemas de forma eficaz.
- *Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A)*: Esta terapia está basada en la mentalización. Consiste en sesiones individuales y familiares en las que se trata de incrementar la capacidad de autocontrol y la regulación emocional.

Ninguna de las terapias anteriores ha demostrado ser más eficaz que las otras. Para evaluar las relaciones entre los miembros de una familia se propone usar el «*Lausanne Trilogue Play*» (LTP), en el que a una familia (madre, padre e hijo) se les pide completar una tarea para evaluar como son las relaciones familiares. Este test sirve a la vez como terapia, ya que a los participantes se les graba y se les enseña el video posteriormente.¹⁸

En lo referente a medicación:

En algunas ocasiones se indicarán ISRS (antidepresivos) por su función reguladora de la serotonina y del estado de ánimo (alteración asociada a estos episodios). Los niveles de serotonina bajos se asocian a las autolesiones, impulsividad y agresividad. También pueden estar indicados los antipsicóticos.¹⁴

- La mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos han sido dirigidos a algunos de los factores de riesgo relacionados, como la depresión. Respecto a este tema existe una notable controversia con los ISRS existiendo estudios, quince en los que se constató un ligero incremento en la incidencia de autolesiones tras la administración de esta medicación.

- En cuanto a los fármacos aplicados exclusivamente para la remisión de la conducta autolesiva se postula como tratamiento el uso de antagonistas de los opioides como naloxona y naltrexona, debido a que bloquean la sensación de recompensa que producen los opioides al realizar el acto de la autolesión.

- Además, a causa de la relación que hay entre las autolesiones y el sistema CRH-ACTH se han visto resultados muy positivos en el uso de antagonistas del receptor CRF1. No obstante los hallazgos acerca del tratamiento farmacológico presentan ciertas limitaciones condicionado por la escasez de estudios experimentales. Hay evidencia de que el ejercicio físico podría ser un buen tratamiento para mitigar la necesidad de cometer un acto autolesivo.

En resumen, como primera línea de tratamiento se emplean las terapias cognitivo-conductuales, ayudando al individuo a controlar sus emociones y a desarrollar técnicas para mejorar sus habilidades sociales y de resolución de problemas. En segundo plano está el tratamiento farmacológico, el cual hoy en día está más enfocado a tratar los trastornos subyacentes que la misma autolesión.¹⁹

El tratamiento de los procesos desencadenantes puede ser fundamental, como en el caso del autismo, depresión, esquizofrenia, tendencias suicidas, trastornos alimentarios, trastorno bipolar, trastorno del control de impulsos y trastorno límite de la personalidad.¹⁵

IV.10. Prevención

Respecto a la prevención, cabe señalar las intervenciones dirigidas a los adolescentes que se autolesionan y aquellas focalizadas en las personas significativas (Padres y profesores) del ámbito del individuo. En cuanto a las primeras se realizan psicoterapias grupales manualizadas, en comparación al uso del apoyo psicológico estándar. Para ello se incorporan técnicas de resolución de problemas y de atención plena a estos programas protocolizados. En cuanto a las intervenciones con padres y profesores se realizan terapias familiares y programas psicoeducativos. En cuanto a la prevención en la población general es imprescindible que los adolescentes, así como progenitores y comunidad educativa cuenten con técnicas de distracción y estrategias para hacer frente a este problema.¹⁹

Los eruditos del tema del suicidio y la autoagresión entre adolescentes puntan algunas medidas preventivas. A continuación se encuentran algunas de ellas:

- Programa de entrenamiento en habilidades de bienestar psicológico en escuelas.
- Formación de guardianes (por ejemplo, profesores de la escuela, pares).
- Proyecciones para identificar aquellos que pueden estar en riesgo.
- Restricción de acceso a los medios utilizados para la autoagresión y el suicidio.
- Fomentar el comportamiento de búsqueda de ayuda.
- Campañas de sensibilización al público.
- Fuentes de ayuda en Internet.
- Reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda.

- Intervenciones psicosociales para adolescentes con riesgo de autoagresión o suicidio (como ser adolescentes deprimidos, personas abusadas, y niños que escapan de sus casas).²⁹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Conductas autolesivas	Toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Años cumplidos 	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Nominal
Tipo de autolesión	Diversidad de lesiones realizadas en el cuerpo sin finalidad suicida. (NSSI: « <i>Non-suicidal Self-Injury</i> »)	<ul style="list-style-type: none"> - Cortes en la piel («<i>Self-cutting</i>») - Quemaduras - Golpes - Arrancarse el pelo - Punciones - Arañazos - Pellizcos - Entre otros comportamientos anómalos. 	Nominal
Motivos	Causa que determina la manera de actuar de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de vacío - Sentimiento de culpabilidad - Llamar la atención - Liberar tensión - Problemas familiares. - Problemas de pareja - Castigarse - Bullying 	Nominal
Tipo de familia	Clasificación dada por distintos factores como la cantidad de miembros, las circunstancias sociales, económicas y conyugales.	<ul style="list-style-type: none"> - Nuclear - Extensa o consanguínea - Monoparental - Reconstituidas - Familia acogedora. 	Nominal

Lugar entre los hermanos.	Posición que ocupa entre los hermanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor - Mediano - Menor - Único 	Nominal
Influencia de otros adolescentes	Poder de una persona para determinar o alterar la forma de pensar o de actuar de alguien	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal
Consumo de sustancias	Uso continuo de alcohol o drogas con consecuencias negativas	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal

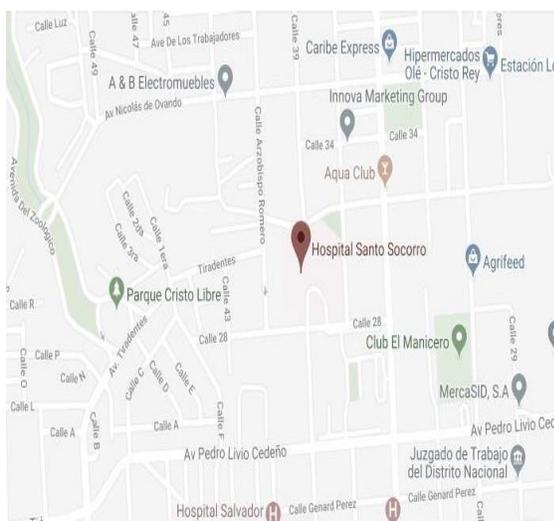
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de determinar las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes que acuden a consulta de salud mental en el hospital Materno-infantil Santo Socorro (HMISS), Julio-Diciembre, 2019. (Ver anexo XII. 1. Cronograma).

VI. 2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS) ubicado en la calle 28, N°1, ensanche La Fe; Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al norte, por la calle Félix Evaristo Mejía; al sur, por la calle 28; al este, por la calle 37; y al oeste, por la calle arzobispo Romero. (Ver mapa cartógrafo o y vista aérea).



Mapa cartógrafo



Vista aérea

VI. 3. Universo

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que acuden a consulta del área de salud mental del Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS), Julio-Diciembre, 2019.

VI. 4. Muestra

La muestra estuvo representada por 60 pacientes los cuales presentaron conductas autolesivas, que acudieron a consulta del área de salud mental del Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS), Julio-Diciembre, 2019.

VI. 5. Criterios

VI. 5.1. De inclusión

1. Adolescentes con conductas autolesiva no suicida.
2. Ambos sexos.
3. Edad de 10 – 19 años.
4. Firma del Consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en la investigación.
2. No llenar el consentimiento informado.
3. Barrera del idioma.
4. No presentar conductas autolesivas no suicidas.

VI.6. Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de datos, se utilizó la EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas), la cual está constituida por 54 preguntas las cuales tienen respuestas abiertas, alternativas y en escala. El test se encuentra dividido en 5 módulos que evalúan la presencia, frecuencia y características de 5 tipos de conductas autolesivas: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intentos de suicidio y autolesiones. En el test se comienza cada módulo con una pregunta de screening en la que la persona responde a la presencia o no de las dimensiones mencionadas. En caso de respuesta negativa, se pasa al módulo siguiente, pero si la respuesta es afirmativa, se busca información sobre la frecuencia, edad de inicio, método y gravedad de la conducta. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Luego de la aprobación del anteproyecto por parte de la coordinadora de la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Se procedió a solicitar la autorización en el Hospital Materno

Infantil Santo Socorro (HMISS), una vez obtenidos los permisos correspondientes, se seleccionaron los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, posteriormente se requirió el permiso de los padres o tutores y del paciente para llevar a cabo la encuesta. Se les hizo entrega de un formulario de consentimiento informado, el cual debía ser firmado por los mismos y les fue proporcionada una copia, en caso de que estuviesen de acuerdo con los términos de la investigación.

La recolección de datos fue llevada a cabo en días laborables, en horario matutino, bajo la supervisión del Dr. Luis Ortega y demás colaboradores del área, durante el período correspondiente a Julio - Diciembre, 2019. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos en el estudio fueron revisados y procesados en Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron transferidos a una tabla en Microsoft Excel, para su análisis en frecuencia simple.

VI.10. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁰ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³¹ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otras autores, será justificada por su llamada correspondiente.

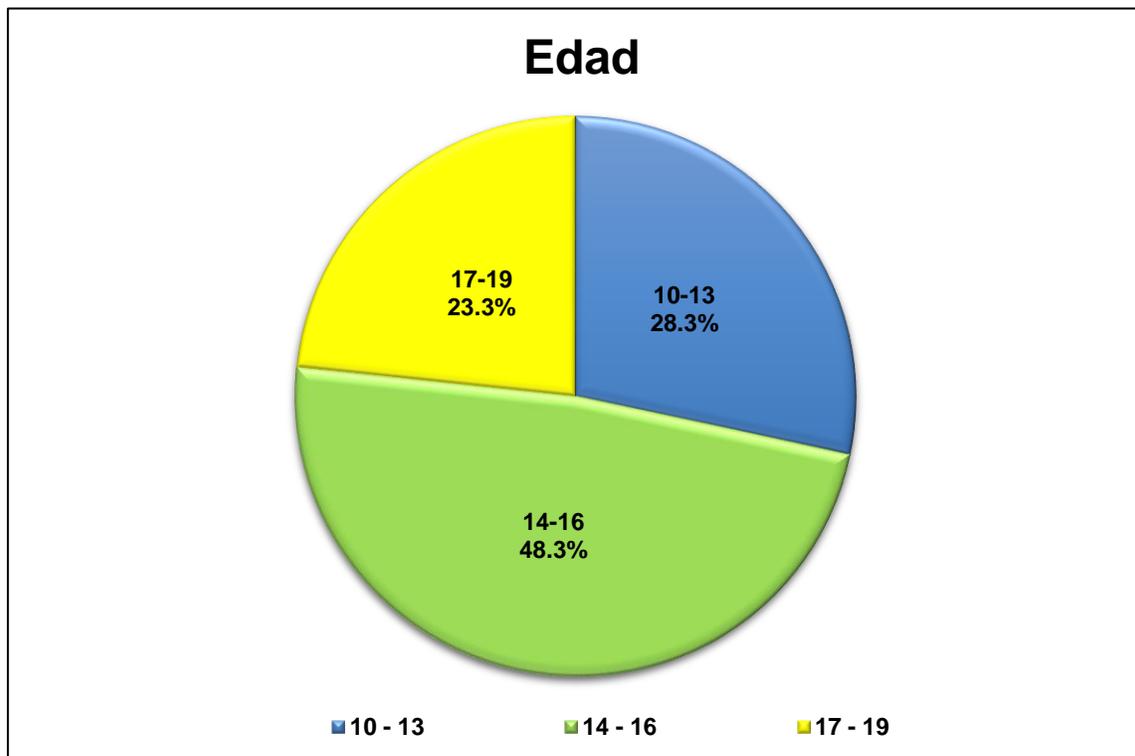
VII. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según la edad. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Rango de edad (años)	Frecuencia	%
10 – 13	17	28.3
14 - 16	29	48.3
17 - 19	14	23.3
Total:	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 1. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según la edad. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



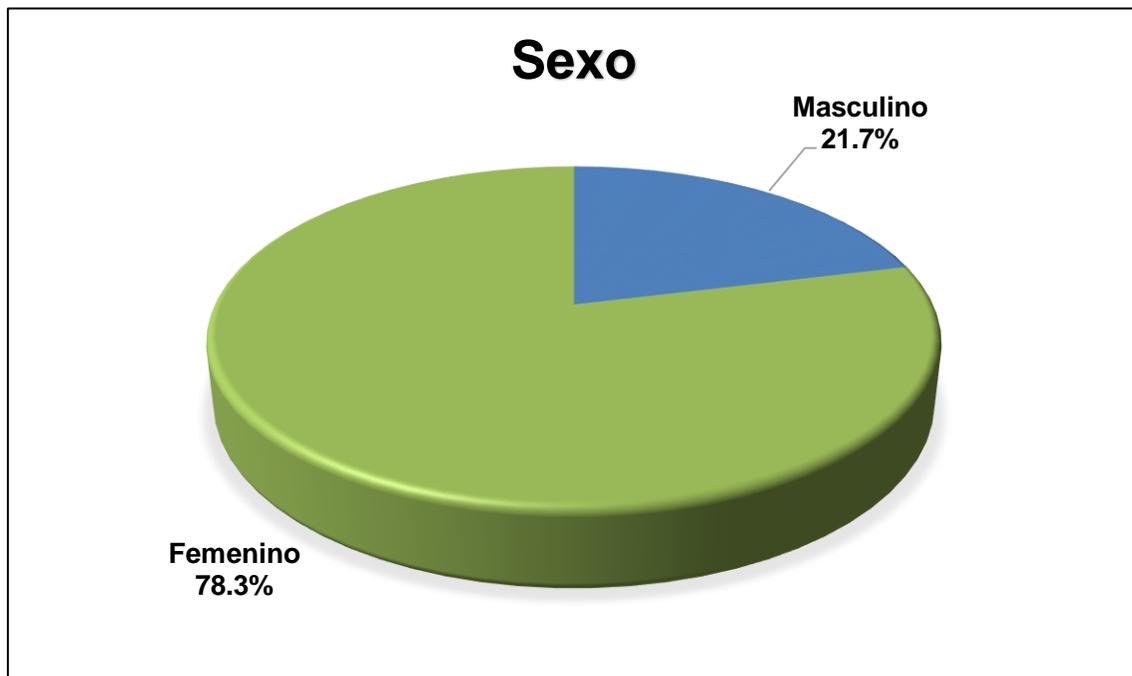
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el sexo. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	13	21.7
Femenino	47	78.3
Total:	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 2. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el sexo. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes con más de una autolesión. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Más de una autolesión	Frecuencia	%
Sí	28	46.7
No	32	53.3
Total:	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 3. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes con más de una autolesión. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 3

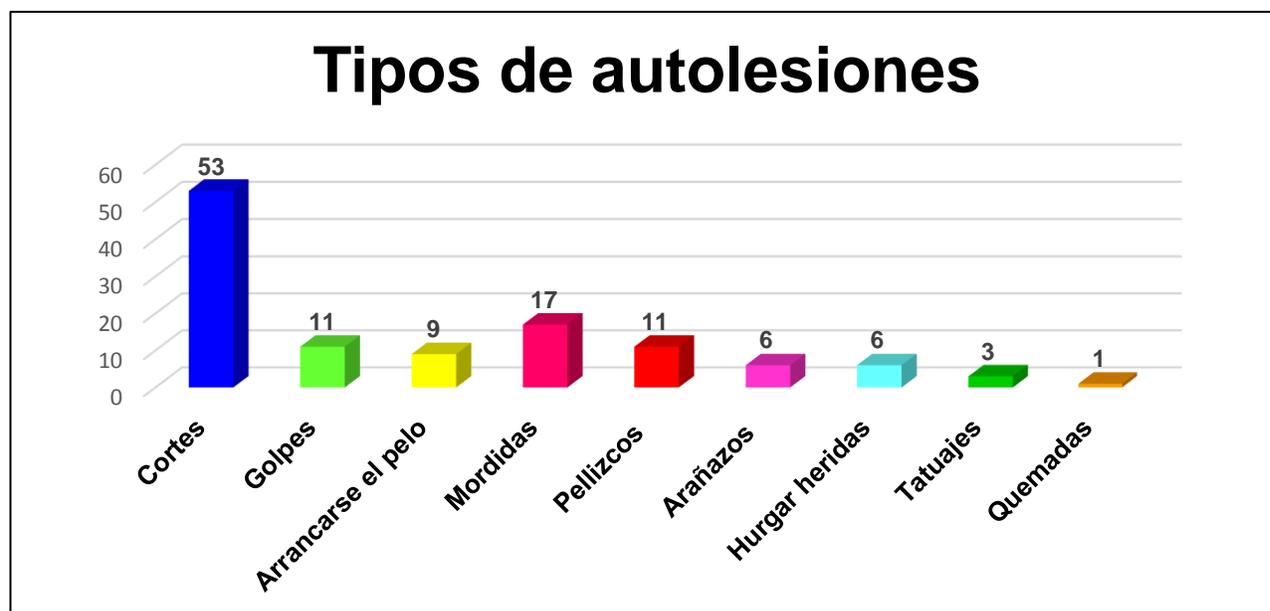
Tabla 4. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el tipo de autolesión. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Tipos de autolesiones	Frecuencia	%
Cortes	53	88.3
Golpes	11	18.3
Arrancarse el pelo	9	15.0
Mordidas	17	28.3
Pellizcos	11	18.3
Arañazos	6	10.0
Hurgar heridas	6	10.0
Tatuajes	3	5.0
Quemadas	1	1.7

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Algunos adolescentes se realizan más de una autolesión

Gráfico 4. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el tipo de autolesión. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 4

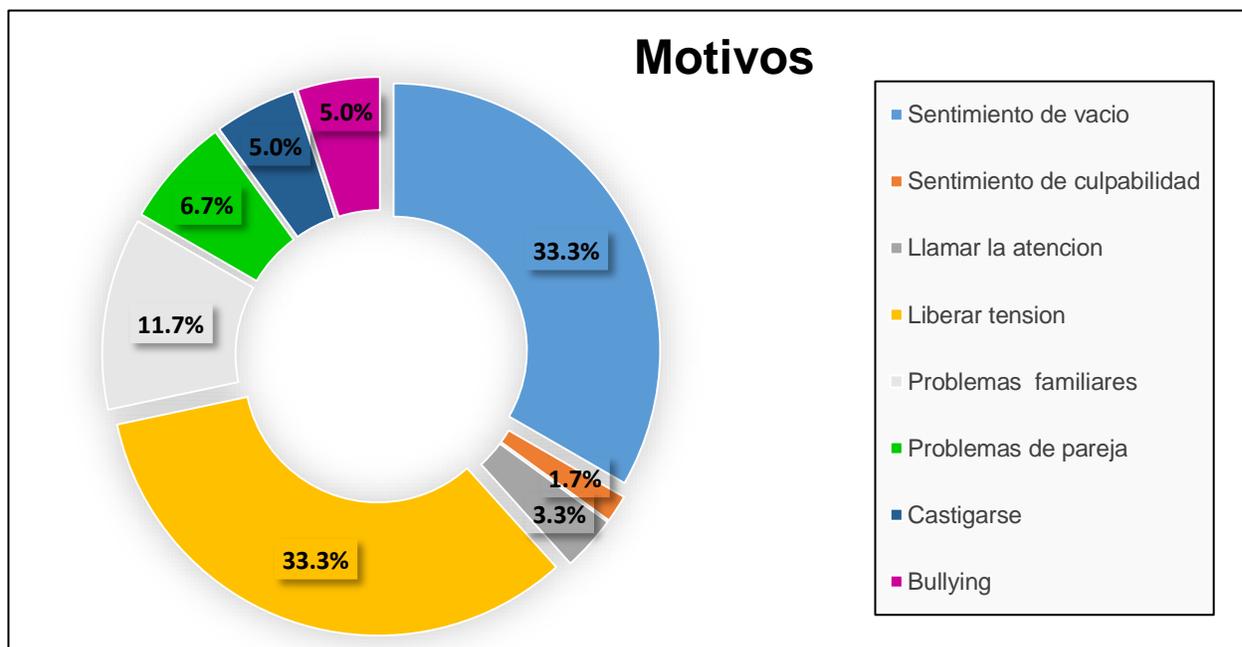
Tabla 5. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en

adolescentes según el motivo de la autolesión. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Motivos	Frecuencia	%
Sentimiento de vacío	20	33.3
Sentimiento de culpabilidad	1	1.7
Llamar la atención	2	3.3
Liberar tensión	20	33.3
Problemas familiares	7	11.7
Problemas de pareja	4	6.7
Castigarse	3	5.0
Bullying	3	5.0
Total	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 5. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el motivo de la autolesión. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



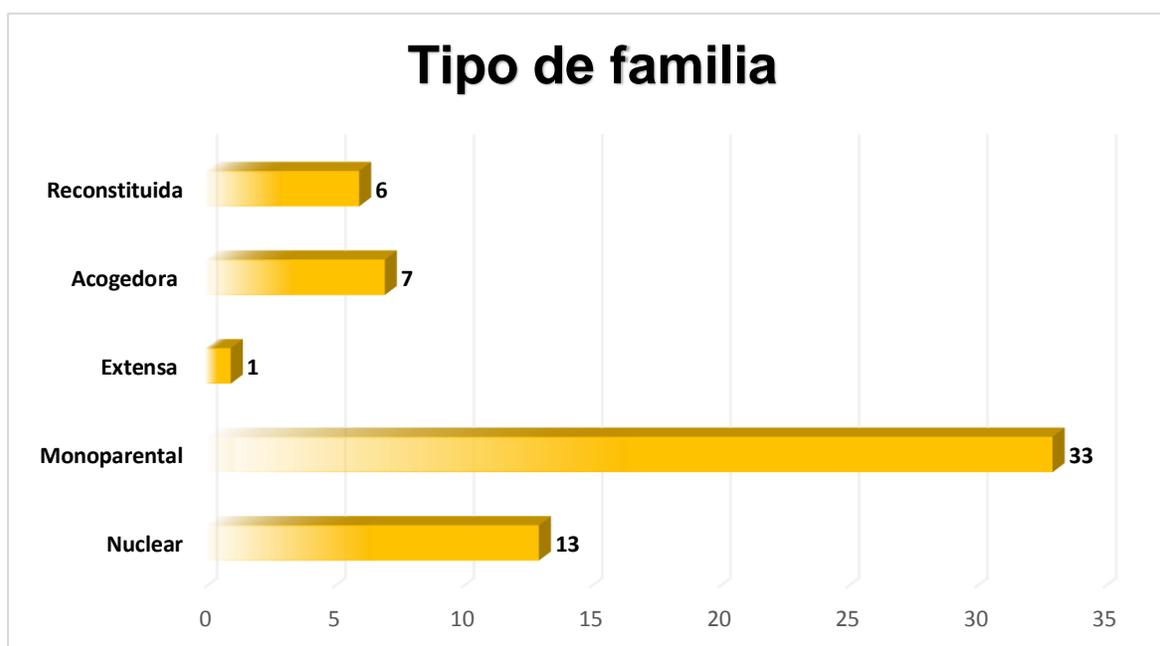
Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el tipo de familia de la que provienen. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Tipo de familia	Frecuencia	%
Familia nuclear	13	21.7
Familia monoparental	33	55.0
Familia extensa	1	1.7
Familia acogedora	7	11.7
Familia reconstituida	6	10.0
Total	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 6. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el tipo de familia de la que provienen. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el lugar que ocupa entre sus hermanos. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Lugar entre los hermanos	Frecuencia	%
Mayor	14	23.3
Medio	21	35.0
Menor	22	36.7
Único	3	5.0
Total	60	100

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 7. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el lugar que ocupa entre sus hermanos. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



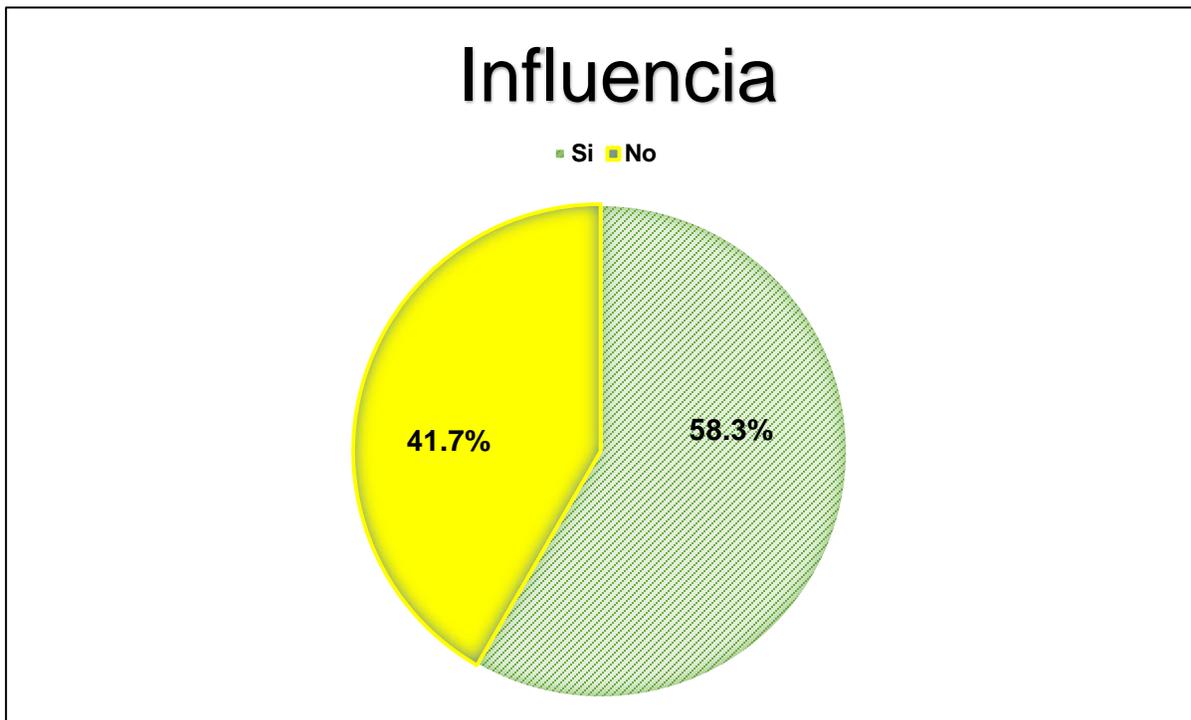
Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según la influencia que tuvieron de otros adolescentes que se autolesionan. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Influencia	Frecuencia	%
Sí	35	58.3
No	25	41.7
Total	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 8. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según la influencia que tuvieron de otros adolescentes que se autolesionan. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el consumo de sustancia. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Consumo de sustancias	Frecuencia	%
Sí	12	20.0
No	48	80.0
Total	60	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 9. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el consumo de sustancia. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el tipo de sustancia consumida. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).

Tipo de sustancia	Frecuencia	%
Alcohol	11	84.6
Drogas	2	15.4
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta- Entrevista.

Gráfico 10. Distribución de las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes según el tipo de sustancia consumida. Hospital Materno Infantil Santo Socorro (HMISS).



Fuente: Tabla 10

VIII. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar las conductas autolesivas o de automutilación no suicida en adolescentes que acudieron a consulta de salud mental, de esta forma identificar la edad y el sexo de predominio, el tipo de autolesión, los motivos por los se autolesionan los adolescentes, tipo de familia de la cual provienen, el lugar que ocupa entre los hermanos, influencia de otros adolescentes y la relación de esta conducta con el consumo de sustancias.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir:

Según las características sociodemográficas de los participantes en esta investigación se determinó que el 78.3 por ciento de los adolescentes pertenecían al sexo femenino, y el 21.7 por ciento al masculino. El rango de edad que predominó fue de 14 – 16 con 48.3 por ciento, continuándole el rango de 10 – 13 con 28.3 por ciento, y el rango de 17 – 19 con 23.3 por ciento.

Un 46.7 por ciento de los adolescentes encuestados, refirieron realizarse más de un tipo de autolesión.

En cuanto a los tipos de autolesiones más frecuentes, estuvieron: los cortes 88.3 por ciento, mordidas con 28.3 por ciento, seguido de golpes y pellizco ambos con 18.3 por ciento, arrancarse el pelo 15.0 por ciento, arañazos 10.0 por ciento de la misma forma que hurgar heridas 10.0 por ciento, tatuajes 5.0 por ciento y realizarse quemadas 1.7 por ciento. Comparado con un estudio realizado por Kosti J, Ziki O, Stankovic M, Nikoli G, en el cual los métodos más comunes de autolesiones fueron: el corte 60 por ciento, seguido de mordeduras y rasguños severos 14 por ciento.

Dentro de los motivos por los cuales expresaron autolesionarse, se destacaron los siguientes: Sentimiento de vacío con 33.3 por ciento, liberar tensión 33.3 por ciento, problemas familiares 11.7 por ciento, problemas de pareja 6.7 por ciento, castigarse 5.0 por ciento, Bullying 5.0 por ciento, llamar a la atención 3.3 por ciento, y sentimiento de culpabilidad 1.7 por ciento. Comparado con el estudio realizado por Kosti J, Ziki O, Stankovic M, Nikoli G, en términos de la función autolesiones no suicidas, las puntuaciones más altas fueron para la regulación afectiva, autocastigo y marcado de angustia.

Según el tipo de familia al pertenecían pudimos observar que el 55.0 por ciento proviene de una familia monoparental, 21.7 por ciento familiar nuclear, 11.6 por ciento familia acogedora, 10.0 por ciento familia reconstituida, y 1.7 por ciento familia extensa. De acuerdo al lugar que ocupan entre sus hermanos el resultado fue: el menor 36.7 por ciento, medio 35.0 por ciento, mayor 23.3 por ciento e hijo único 5.0 por ciento.

El 58.3 por ciento de los encuestados refiere haber tenido influencia de otros adolescentes que se autolesionaban.

Finalmente un 20.0% admitió haber utilizado sustancias, de los cuales el 84.6 por ciento consumió alcohol y un 15.4 por ciento consumió algún tipo drogas.

IX. CONCLUSIÓN

1. En los últimos años, las consultas de salud mental han visto un incremento notable de visitas de jóvenes que se autolesionan, factores como la situación familiar, el contexto social o el uso excesivo de las nuevas tecnologías han contribuido a aumentar el número de casos.
2. Se demostró que el rango de edad en las cuales las autolesiones se presentan con mayor frecuencia es de 14 a 16 en donde se obtuvo 48.3 por ciento. La mayor frecuencia de autolesiones fue en mujeres con un 78.3 por ciento, distintas investigaciones, han encontrado que esta diferencia de género pueden ser parcialmente explicadas por la mayor presencia de sintomatología depresiva, baja autoestima y desregulación emocional en el sexo femenino.
3. Los tipos de autolesiones más frecuente en los adolescentes de esta investigación fueron: los cortes 88.3 por ciento y las mordidas con 28.3 por ciento. Los adolescentes suelen recurrir a este método cuando sienten una emoción negativa que no saben cómo digerir, el corte al producir un dolor físico distrae del dolor emocional.
4. Los motivos por los cuales estos adolescentes llevaron a cabo las autolesiones fueron: Sentimiento de vacío con 33.3 por ciento y liberar tensión 33.3 por ciento. Esta práctica es una estrategia para aliviar emociones negativas y excitación afectiva, pueden constituir un grito de ayuda o un medio de evitar el abandono o una expresión de ira hacia sí mismo. Es importante saber que no son conductas que busquen el suicidio, pues las personas que se autolesionan no están necesariamente en riesgo de cometer suicidio, habiendo muchos que nunca intentan suicidarse o tienen pensamientos suicidas.
5. El 55.0 por ciento de los adolescentes que participaron en la investigación, provienen de familias monoparentales, en donde carece de uno de los padres. Estudios muestran que algunos factores familiares que pueden influir en las autolesiones en adolescentes, tales como: familias disfuncionales o desestructuradas, problemas de comunicación y vínculo emocional entre padres e hijos, entornos en los que predominan la ira, la irritabilidad y los arrebatos emocionales. Estos factores conllevan al desequilibrio emocional de los jóvenes y, por tanto, a la autolesión, el hecho de hacerse daño sería una forma de

intentar reducir la gran angustia y otras emociones que sienten.

6. Se comprobó que el 58.3 por ciento de los adolescentes que participaron en esta investigación tuvo influencia de otro adolescente al momento de autolesionarse. Esto se debe a que los años de la adolescencia son los más sensibles, en lo que respecta a la construcción de la propia identidad, donde se intenta encajar. Esta necesidad de formar parte de algún grupo, es habitual que cuando se produzca una autolesión haya un efecto de imitación.

X. RECOMENDACIONES

1. Proveer al paciente con conductas autolesivas, alternativas o estrategias para la resolución de problemas.
2. Educar y concientizar al paciente y sus familiares sobre salud mental y la conducta que presenta.
3. Evaluar la frecuencia y los métodos de autolesión que practica el paciente.
4. Explorar las tendencias suicidas, hacer una evaluación completa de la salud mental, y tomar en cuenta otros trastornos mentales que tenga el paciente.
5. Implementar psicoterapias para los pacientes con conductas autolesivas no suicida.
6. Emplear terapia de familia con la finalidad de solucionar conflictos familiares y mejorar las habilidades de comunicación.
7. Promoción y ejecución de programas por parte de las autoridades de salud, sobre esta problemática, haciendo partícipes a los maestros, padres y la población infanto-juvenil.
8. Realizar estudios con una recolección de datos mayor de seis meses, donde a la vez se incluya seguimiento, para conocer la evolución del paciente.

XI. REFERENCIAS

1. Villaroel G. J, Jerez C. S, Montenegro M. A, Montes A. C, Igor M. M, Silva I. H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Revista científica electrónica en línea. 2013; 51(1):38-45. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art06.pdf>
2. Jans T, Vloet T, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conductas autolesiva. Manual de salud mental infantil y adolescente. 2018; 4:2-10. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf>
3. Flores-Soto Md, Cancino-Marentes ME, Figueroa Varela MR. Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. Revista Cubana Salud Pública. 2018;44(4): Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1113>
4. Vilchez J, Santiago vanegas O, Samaniego-Chalco M, Vilchez tornero M, Sigüenza campoverde W. Relación entre estilos parentales conductas autolesivas sin intención suicida en población ecuatoriana. Revista cubana de Medicina Militar. 2019; 48(1):2. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/250>
5. Ulloa Flores R, Mayer Villa P, De la peña Olvera F, Palacio Cruz L, Victoria Figueroa G. Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. Revista colombiana de psiquiatría. 2018; 04:2-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745018300453>
6. Kosti J, Ziki O, Stankovic M, Nikoli G. Autolesiones no suicidas entre adolescentes en el sureste de Serbia. Redirecting. Doi.org. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2019.06.002>
7. Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martinez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. Revista Medes medicina en español. 2015; 8:137–145. Disponible en: <https://medes.com/publication/101236>
8. Vega D, Sintés A, Fenandez M, Puntí J, Soler J, Santamaria P. et al. Revisión y actualización de la autolesiones no suicida: ¿Quién, cómo y por qué? .Actas

- españolas psiquiátricas. 2018; 46(4):146-55. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/268802896> Conducta autolesiva en adol escentes prevalencia factor
9. Nieto Martínez A. Autolesión no suicida. Factores predisponentes/mantenedores y su relación con la conducta suicid. Sociedad internacional de autolesion. 2017. Disponible en: <http://www.autolesion.com/2017/01/26/autolesion-no-suicida-factores-predisponentesmantenedores-y-su-relacion-con-la-conducta-suicida-2017/>
 10. Barrera Canela D. La autolesión, una respuesta a las tensiones emocionales en las adolescentes. Psicología-Online. 2018:1. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/la-autolesion-una-respuesta-a-las-tensiones-emocionales-en-las-adolescentes-2843.html>
 11. Díaz Rodríguez A, González Sandoval A, Minor Ferra N, Moreno Almazan O. La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidades en adolescentes mexicanos.Revista electrónica del psicología iztacala. 2008; 11(4): 48. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art4.pdf>
 12. Kirchner T, Ferrer L, Fornis M, Zanini D. Conductas autolesica e ideacion suicida en estudiantes de enseñanza secuandria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. Actas españolas psiquiátricas. 2011; 39(4):226-35. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>
 13. Santos Bernard D. Diagnósticos propuestos de autolesión no suicida en el Manual de Trastornos Mentales DSM-V.Sociedad internacional de autolesion. 2012. Disponible en: <http://www.autolesion.com/2012/04/19/diagnosticos-propuestos-de-autolesion-no-suicida-en-el-manual-de-trastornos-mentales-dsm-v-traduccion/>
 14. Borrás Santisteban. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad.Revista científica electrónica en línea.2014; 18(1): 05-07. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-

43812014000100002

15. Campos Campos R, Valerio Rojas J, Padilla Calvo S, Cruz Soto C, Monge Montero M, Lobo H. et al. Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. 2004; 4. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserrri1.pdf>
16. Villar Cabeza F, Villa Grifoll M, Sanchez Fernandez B. Conductas suicida y adolescencia: factores de protección y signos de alarma. Faros Sant Joan de Deu. 2017; 1-3. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/conducta-suicida-adolescencia-factores-proteccion-signos-alarma>
17. Fleta Zaragoza J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. Artículo especial. 2017; 47(2):37-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6393711.pdf>
18. Garcia de la Banda G. Intervención grupal para el tratamiento psicológico de autolesiones no suicidas en adolescentes: un estudio piloto. Master universitario en psicología general sanitaria. 2017; 70. Disponible en: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146365/tfm_201617_MPGS_cfb64_0_643.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. . Garza-Laguera, A. y Castro, C. Terapia Breve en un caso de Autolesión no suicida. Revista Psicología Científica. 2016; 9(11). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida>
20. Rick A. Autolesión: definición, causas, factores de riesgo, síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención. Sociedad internacional de autolesión. 2011; 1-5. Disponible en: <http://www.autolesion.com/2011/11/16/autolesion-definicion-causas-factores-de-riesgo-sintomas-diagnostico-tratamiento-y-prevencion/>
21. Imaz Roncero C. Autolesiones en la adolescencia. Revisión bibliográfica de psiquiatría. 2018; 6-12. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/30252/1/TFG-M-M1124.pdf>
22. Flaimberg C. El orden en el que nacen los niños influencia su personalidad - Inspirulina.com. Inspirulina.com. 2012. Disponible en: <https://www.inspirulina.com/el-orden-en-el-que-nacen-los-ninos-influencia-su->

personalidad.html.

23. Ulloa Flores R, Contreras Hernández C, Paniagua Navarrete K, Victoria Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Revista científica electrónica en línea. 2013; 36(5): 421-427. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252013000500010&lng=es.
24. Diaz atenza J. Autolesiones en la adolescencia. Definición clínica. Sociedad internacional de autolesión. 2016. Disponible en: <http://www.autolesion.com/2016/05/25/autolesiones-en-la-adolescencia-1-definicion-clinica/>
25. Almenara Dominguez C, Taboada Calero M, Cuadra Perez M. Conducta autolesiva en el viente psiquiátrico. Necesidad de un plan en cuidados estandarizados. Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental. 2018; 3. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/conducta-autolesiva-en-el-paciente-psiquiatrico-necesidad-de-un-plan-de-cuidados-estandarizados/>
26. Cornellà Canals J. Conductas autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. Revista psiquiátrica de la escuela EUSES. 2018; 1-5. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20e n%20el%20adolescente.pdf>
27. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10th ed. Madrid: Médica panamericana; 2000.
28. Martinez Perez M, Martinez Perez F, Planellis del pozo P. Autolesiones a nivel craneofacial: revisión de la literatura. Odontología pediátrica. 2004; 12(4):80-87. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/70_E.-M.-Mart%C3%ADnez-P%C3%A9rez.pdf
29. Correia K. Cómo prevenir el suicidio entre los adolescentes. Adventistas.Org. 2017;2-3. Disponible en: <https://noticias.adventistas.org/es/columna/karyne-correia/prevenir-suicidio-los-adolescentes/>
30. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.

31. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO).
Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1 Cronograma

Variables		Tiempo: 2018-2019	
Selección del tema	2018	Julio	
Búsqueda de referencias		Septiembre - Diciembre	
Elaboración del anteproyecto	2019	Marzo	
Sometimiento y aprobación		Junio – Noviembre	
Ejecución de las encuestas			
Tabulación y análisis de la información		Noviembre	
Redacción del informe		Diciembre	
Revisión del informe		Diciembre	
Encuadernación		Diciembre	
Presentación	2020	Enero	

<p>8. ¿De qué manera llevas a cabo estas autolesiones?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hacerte cortes 2) Golpearte a propósito 3) Arrancarte el pelo 4) Hacerte un tatuaje a ti mismo 5) Hurgar en una herida 6) Quemarte la piel (ej. Con un cigarro, cerilla u objeto caliente) 8) Insertar objetos bajo las uñas o la piel 9) Morderte (Ej. Morderte los labios) 10) Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto 11) deshacerte sangre 12) Hacerte arañazos 13) Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre 14) Otros (especificar) _____ _____
<p>9. ¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No 3) 88No aplicable 4) 99Desconocido
<p>10. ¿Por qué crees que te haces daño?</p>	
<p>11. En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿En qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4</p>
<p>12. ¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías vacío o paralizado?</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4</p>
<p>13. ¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4</p>
<p>14. ¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4</p>
<p>15. En una escala de 0 a 4, ¿En qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?</p>	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4</p>

16. ¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
17. ¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
18. ¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
19. ¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4
20. ¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4
21. Cuando realizaste estas conductas, ¿Durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	
22. ¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	1) 0 Segundos 2) 1-60 Segundos 3) 2-15 Minutos 4) 16-50 Minutos 5) Menos de un día 6) 1-2 Días 7) Más de dos días 8) Amplios periodos (abarca más de dos respuestas) 9) 88No aplicable 10) 99Desconocido
23. Antes de autolesionarte, ¿Cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	
24. Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿Cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	
25. Antes de autolesionarte, ¿En qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (Escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4
26. Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿En qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (Escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4
27. En una escala de 0 a 4, ¿Cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4

XII.3 Costos y recursos

XII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 3 asesores (1 metodológico y 2 clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • 60 Personas que participaron en el estudio 			
XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x11)	2 resmas	200.00	400.00
Papel Mistique	2 resmas	650.00	1300.00
Lápices	2 unidades	15.00	30.00
Bolígrafos	2 unidades	25.00	50.00
Sacapuntas	2 unidades	5.00	10.00
Calculadoras	1 unidad	295.00	295.00
Impresiones blanco y negro	1000	3	3000.00
Impresiones a color	170	10	1.700.00
XII.3.3. Información			
Adquisición de:		0.00	0.00
libros	2	0.00	0.00
Revistas	8	0.00	0.00
Otros documentos		0.00	0.00
Referencias bibliográficas			
XII.3.4. Económicos*			
Papelería (copias)	500 copias	2.00	1.000
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			3,500.00
Transporte			7,500.00
Empastado	10	300.00	3,000.00
Inscripción del anteproyecto	2	15,000.00	30,000.00
Inscripción de la presentación de tesis	2	15,000.00	30,000.00
Subtotal			
Imprevistos		9,000.00	9,000.00
Total			\$91,745.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por las sustentantes.

XII.4. Evaluación

Sustentantes:

Elizabeth Herrera Feliz

Jeasthery Massiel Santos Valdez

Asesores:

Dra. Katia E. Perdomo
(Clínico)

Dr. Luis Ortega
(Clínico)

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia Scharf
Directora Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____