



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**INSTITUTO TEMAZCALLI**

## **Asociación entre la presencia de autolesionismo y conductas de riesgo para trastornos alimenticios en adolescentes**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
PRESENTA**

**Dra. Diana Denisse Pérez Tobías**

**ASESORES:**

**Dr. Amado Nieto Caraveo**

**Dra. Marisol Orocio Contreras**

**San Luis Potosí, S.L.P, Noviembre de 2015**



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia por darme las herramientas necesarias para llegar hasta aquí.

A la Dra. Carmen Alba por acompañarme y apoyarme durante esta etapa.

Un sincero agradecimiento a mis asesores, la Dra. Marisol Orocio y el Dr. Amado Nieto, así como al personal del Departamento de Prevención del Instituto Temazcalli.

A todos mis maestros que compartieron con nosotros su conocimiento en especial a la Dra. Sarah Navarro por la confianza que nos brindó, al Ing. Santiago Cardoso, al Dr. Andrés Valderrama y al Dr. José María Hernández Mata.

A mis compañeros residentes, al Dr. Fernando García quien hizo posible la realización de este trabajo, a mis compañeros que siempre me apoyaron Ana Laura, Memo y Nelly.

A mis compañeros de generación y amigos Nuria, JJ, Isela y Diana que han sido compañeros de ruta en esta aventura.

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Manejo del adolescente con autolesionismo.

Figura 2. Prevalencia de conductas autolesivas por género.

Tabla 1. Distribución de los alumnos por grado académico.

Tabla 2. Método utilizado para autolesionarse.

Tabla 3. Factor desencadenante.

Tabla 4. Emociones registradas previas a un episodio de autolesionismo.

Tabla 5. Emociones registradas posteriores a un episodio de autolesionismo.

Tabla 6. Vivencia subjetiva posterior a autolesionarse.

Tabla 7. Finalidad del autolesionismo.

Tabla 8. Comorbilidad con consumo de sustancias.

Tabla 9. Tiempo empleado para pensar en autolesionarse previo a realizarlo.

Tabla 10. Presencia de un método de planeación.

Tabla 11. Comunicación de la intencionalidad autolesiva previo a

realizarlo.

Tabla 12. Comunicación de la conducta autolesiva posterior a realizarlo.

Tabla 13. Resultados EDI en el grupo de adolescentes con autolesionismo.

Tabla 14. Resultados EDI en el grupo de adolescentes sin autolesionismo.

Tabla 15. Análisis comparativo.

## ABREVIATURAS

CASE	Findings from the child and adolescent self-harm in Europe
CECYTE	Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos
EDI	Eating Disorder Inventory
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NICE	Centro Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica
SHQ	Cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire)
TCA	Trastorno de la conducta alimenticia

## RESUMEN

Las conductas autolesivas representan un fenómeno universal que ha ido en incremento durante las últimas décadas, convirtiéndose en un problema de salud pública; sin embargo no se cuenta con una clasificación dentro de los sistemas mundialmente reconocidos, lo cual ha dificultado su diagnóstico y tratamiento.

En México se estima que aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes se autolesiona.

Al hablarse de trastornos de alimentación como una conducta autodestructiva y al observarse una alta incidencia de autolesionismo en dicha población como parte del mismo espectro psicopatológico, resulta interesante evaluar el riesgo que una población adolescente, sí al presentar conductas de auto daño podríamos suponer que cursará entonces con mayores conductas de riesgo para trastornos de la alimentación, por lo que al encontrarse con cualquiera de estas conductas sería prioridad establecer o descartar la existencia concomitante de la otra.

El presente estudio pretende determinar si existe una asociación entre la presencia de autolesionismo con conductas de riesgo para trastornos alimenticios en adolescentes.

Se realizó un estudio transversal y analítico tomando la población estudiantil de 7 escuelas secundarias y 3 preparatorias, con una población total de 3 941 alumnos, se obtuvo una muestra de 1000 alumnos aleatorizadamente, se aplicó el *Cuestionario de Autolesionismo* (SHQ) y el *Eating Disorder Inventory* (EDI) se excluyeron a los alumnos que no contestaran las escalas de forma completa y/o no contaran con el consentimiento informado. Se realizó un análisis de regresión

logística, usando como variable de desenlace la presencia o ausencia de conducta de autolesionismo y como variables explicativas la edad, el sexo y la puntuación en la escala EDI.

Se obtuvo un total de 173 adolescentes con autolesionismo positivo, a quienes se les aplicó el EDI. A un número igual de adolescentes sin autolesionismo, de características similares se aplicó esta última escala. De los 173 adolescentes con autolesionismo, 134 fueron mujeres y 39 hombres. El método más utilizado fue el cutting. La principal motivación reportada para realizar conductas autolesivas fueron los conflictos familiares, previo a autolesionarse la mayoría de los jóvenes experimentó emociones negativas principalmente enojo y tristeza. Aproximadamente el 90% de los adolescentes no reportaron autolesionarse bajo el efecto de alguna sustancia. El 82% de los adolescentes no tuvo una planeación estructurada. En cuanto a los resultados obtenidos en el EDI dentro de cada grupo, podría decirse que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los adolescentes que presentan autolesionismo y la probabilidad de presentar conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimenticia evaluadas a través del EDI, en comparación con los jóvenes que no se autolesionan. La diferencia fue en las subescalas de impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, ineffectividad y conciencia interoceptiva ( $p= 0.001$ ). Pero no lo hubo en la subescala de miedo a madurar ( $p=0.05$ ).

Se obtuvo una prevalencia del 17.49% de autolesionismo, lo cual supera lo descrito en la literatura. Se concluyó la existencia de una asociación significativa entre la presencia de autolesionismo y conductas de riesgo para trastornos de la alimentación, lo que debe traducirse en la necesidad de contemplar estos dos fenómenos en una relación bidireccional y potencialmente modificable. Los hallazgos encontrados sugieren que el autolesionismo constituye un factor de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo para trastorno de la conducta alimenticia.

## ÍNDICE

PORTADA.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	3
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.....	4
ABREVIATURAS.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. ANTECEDENTES.....	11
3. MARCO TEÓRICO.....	15
4. JUSTIFICACIÓN.....	24
5. OBJETIVOS.....	28
5.1 Objetivo específico.....	28
5.2 Objetivo secundario.....	28
6. HIPÓTESIS.....	29
7. METODOLOGÍA.....	29
7.1 Diseño del estudio.....	29
7.2 Población en estudio .....	29
7.3 Tamaño y tipo de muestra.....	30
7.4 Análisis estadístico.....	30
7.5 Instrumentos de recolección de datos.....	30
7.6 Criterios de inclusión.....	37

7.7 Criterios de exclusión.....	37
7.8 Criterios de eliminación.....	37
7.9 Variables.....	38
8. PLAN DE TRABAJO.....	39
9. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	41
10. RESULTADOS.....	42
10. DISCUSIÓN.....	54
11. CONCLUSIONES.....	57
12. BIBLIOGRAFÍA.....	59
13. ANEXOS.....	64

# INTRODUCCIÓN

## 1. ANTECEDENTES

El autolesionismo es un fenómeno descrito por la comunidad psiquiátrica desde hace más de 90 años. Es una condición universal que ha ido en aumento alrededor del mundo, especialmente durante los últimos 20 años. Múltiples estudios han encontrado mayores tasas de autolesionismo en individuos de generaciones recientes. (Klonsky, Turkheimer, 2003).

Se ha demostrado que el autolesionismo suele ser más común en personas jóvenes principalmente adolescentes, (Schmidtke et al. 1996). En el Reino Unido se reporta que los adolescentes y adultos jóvenes son el grupo con mayor número de visitas a hospitales generales por presentar autolesiones y dentro de esta población, destaca el género femenino en edades entre 15 y 19 años. (Hawton et al. 1997)

Algunos autores como Pattison y Favara han propuesto clasificar el autolesionismo como un trastorno propio del control de los impulsos caracterizado por episodios recurrentes y múltiples de auto daño, no letal y de aparición durante la adolescencia. A pesar de existir estudios que indican que éste corresponde a un fenómeno conductual y no solo forma parte de la sintomatología propia del trastorno límite de personalidad, no cuenta con una clasificación

dentro de los sistemas de clasificación establecidos. (Klonsky, Turkheimer, 2003)

Algunas investigaciones plantean la existencia de un continuum entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que ambos comparten un elemento esencial: la autoinflcción de daño y únicamente se diferencian en la seriedad de la lesión causada. (Kirchner, Ferrer y Zanini, 2011) Se ha estimado que alrededor de un cuarto de los suicidios consumados son precedidos por autolesiones no fatales en el año previo. (Taboada, 2007) Las conductas autolesivas al ser un problema común y creciente entre los adolescentes, debe ser considerado como un fuerte predictor de muerte por suicidio, ya que se ha estimado que al existir dichas conductas hay un incremento de suicidio 10 veces mayor, lo que convierte su detección y manejo en prioridad de la salud pública. (Ougrin y Boege, 2012)

Entre las múltiples investigaciones sobre el autolesionismo, destaca el estudio CASE, el cual se llevó a cabo en 7 países de la Unión Europea, donde se evaluó a población estudiantil adolescente. Los resultados arrojaron algunas de las motivaciones para autolesionarse, así como una mayor incidencia en mujeres adolescentes. (Scoilers y Magde 2009)

En términos generales, la investigación dirigida a estudiar la asociación entre autolesionismo y la presencia de otras patologías psiquiátricas es limitada. Los estudios existentes vinculan la autolesión con rasgos de personalidad límite, tendencias suicidas,

cuadros disociativos, ansiedad y trastorno por estrés postraumático. Mientras que su relación con el abuso de sustancias y trastornos de la alimentación son menos claras.

Favazza et al. (1989) encontraron una alta tasa (44%) de conductas autolesivas en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, particularmente en pacientes con Bulimia Nerviosa y Anorexia Purgativa.

Por otra parte, Favaro y Santonastaso describieron diferentes tipos de autolesionismo en relación a los trastornos de conducta alimentaria concluyendo que a excepción de los intentos de suicidio y el abuso de alcohol, que son más frecuentes en pacientes con Bulimia Nerviosa, todos los demás tipos de autolesión no son significativamente diferentes entre Anorexia y Bulimia (Claes L. 2001)

Aunque tanto el autolesionismo como los trastornos de conducta alimentaria son conductas autodestructivas, pueden tener diferentes mecanismos de daño. El auto daño es directo al tratarse de cutting o burnig, mientras que los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y conductas de riesgo se clasifican como auto daño no directo. Ambas patologías tienen en común que con frecuencia inician en la adolescencia, su incidencia es mayor en niñas y mujeres jóvenes. Posiblemente estos hallazgos se encuentren relacionados a la impulsividad, rasgos obsesivos compulsivos de la

personalidad así como episodios disociativos, que suelen estar presentes en ambas patologías. (Haines, et al 1995)

Se ha explorado tanto en hombres como en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, la psicopatología general y los rasgos de personalidad entre los individuos con y sin antecedentes de autolesionismo. En la presencia de éste, la sintomatología del trastorno alimentario es más intensa, al igual que la psicopatología general, principalmente ansiedad y depresión. También se ha observado la existencia de rasgos de personalidad más disfuncionales en estos pacientes y una edad de inicio más temprana. (Islam, Steiger 2015)

## 2.- MARCO TEÓRICO

El autolesionismo se refiere a heridas, golpes, intoxicaciones auto provocadas, sin importar el tipo, motivo o si tiene fines suicidas o no. Se define la conducta autolesiva como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas.

Las formas más frecuentes de autolesionismo son: cortarse (cutting); quemarse (burning); arañarse (scratching); golpearse deliberadamente contra superficies duras (hitting) y morderse (bitting). El cutting es el método más comúnmente utilizado, representa casi el 75% de los casos.

Favazza y Simeón categorizaron el autolesionismo en forma impulsiva y forma compulsiva. La Autolesión compulsiva es repetitiva y egodistónica y puede expresarse como la tricotilomanía, picazón y morderse las uñas, mientras que el autolesionismo impulsivo conlleva cortes, quemaduras, golpes que es a menudo más episódica, calmante y egosintónica.

Entender el significado de la conducta autolesiva es esencial para su manejo, algunos de las causas más frecuentes documentadas son: disminuir la ansiedad, manipulación hacia de los otros, desesperación, buscar ayuda, cambiar un dolor psíquico por un dolor físico y/o autocastigarse, pero la mayoría de los

adolescentes atribuyen su conducta a más de un motivo; Taylor y cols observaron que en estos pacientes existe la incapacidad para tolerar sentimientos desagradable, reducir la tensión, soportar el estrés y mantener el autocontrol, así también, la incapacidad de identificar y poner en palabras las emociones.

Se han establecido como factores de riesgo para autolesionismo: contar con antecedente de trauma durante la infancia, padres inseguros o desorganizados que utilizan modos de procesamiento de afectos que a menudo agudizan la ansiedad de sus hijos, así como relaciones familiares poco cercanas y conflictivas, condiciones que a su vez también se han visto relacionadas con trastornos alimenticios.

En la autolesión como en los trastornos alimentarios hay una diferencia notable entre la forma violenta de la conducta y la intención, motivación, y/u objetivo de la persona que lo hace. Esta discrepancia hace difícil la comprensión clínica ya que el síntoma refleja una estrategia para afrontar una experiencia emocional abrumadora.

Se ha hablado acerca de que la autolesión es un modo de regular un estado emocional. La reacción de quien se corta o se lastima pertenece en gran parte a una experiencia de inminente catástrofe psicológica que, hablando subjetivamente, es “sentida” como amenazante. La dificultad reside así en que la conducta considerada problemática por los observadores tanto en el autolesionismo directo

como en los trastornos alimenticios, es vivida por el adolescente como una manera de solucionar problemas.

Las conductas autolesivas directas así como los trastornos de la alimentación muestran un fuerte vínculo con factores estresantes como lo son: relaciones familiares caóticas, dificultad para relacionarse con pares, falta constante del sentido de autonomía, bajo rendimiento académico, este último en relación con bulimia no así con la anorexia. Ambas condiciones representan el fracaso en la regulación del afecto, así ambas formas de prácticas corporales pueden funcionar como intento del afrontamiento afectivo.

Se ha planteado que tanto el autolesionismo directo como la conducta bulímica y de atracón pueden ser un resultado asociado con la mala regulación de las emociones, así como un entorno familiar disfuncional, donde no existió la adecuada respuesta de los padres a la expresividad emocional de sus hijos, dentro de un ambiente familiar invalidante emocionalmente que no permite aprender cómo regular las emociones intensas de una manera adaptativa. En otras palabras, los adolescentes con dificultades para identificar y expresar sus emociones negativas dentro de un ambiente familiar no validante tienen un mayor riesgo de presentar dichas conductas. Por lo que podemos esperar un nivel más alto de conflicto en las familias donde alguno de sus miembros presenta conductas autolesivas o desórdenes alimenticios, sin embargo existen pocos estudios al respecto.

Se ha demostrado que la presencia de autolesionismo o las conductas purgativas, aumenta la capacidad de tolerar el daño a sí mismo, lo que incrementa el riesgo de participar en otras conductas lesivas. Además, se cree que ambos comportamientos pueden servir para una misma función. Por lo tanto la presencia de en uno de estos comportamientos podría predecir la posterior aparición de la otra. En un estudio longitudinal, realizado en 1158 mujeres fue evaluado tanto la presencia de autolesionismo como de conductas purgativas. La existencia de autolesionismo se encontró relacionada con la aparición de comportamientos purgativos 9 meses más adelante. Estos hallazgos fueron consistentes con la capacidad adquirida para el modelo de daño y con la posibilidad de que los dos comportamientos sirven una función similar. (Riley, Davis 2015). Así también, en un estudio realizado en población adolescente de 14 a 16 años con diagnóstico de alguno de los trastorno de la conducta alimenticia y su relación con la posterior aparición de trastornos de ansiedad, consumo de sustancias y autolesionismo, se encontró que todos los trastornos de la alimentación fueron predictivos de los trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, y autolesionismo. (Micali, Solmi 2015)

La investigación ha demostrado que el autolesionismo es aún más común entre los pacientes con trastorno por atracón o conductas purgativas en relación con otros desórdenes de la conducta alimentaria (Stein et al., 2004). Sin embargo, la insatisfacción corporal y el impulso a la delgadez también

representan un riesgo para la presencia de conductas autolesivas. (Kostro et al 2015) A pesar de que el mecanismo que puede explicar el vínculo entre la autolesión, la insatisfacción corporal y el impulso a la delgadez no ha sido claramente explicado, la literatura sugiere que los individuos que se autolesionan lo hacen principalmente para regular emociones y comunicar la angustia. Esto es consistente desde el punto de vista que el autolesionismo así como algunos trastorno alimentarios son mantenidos por un reforzamiento social (Nock, 2008). Es decir, la autolesión puede representar una señal social de alta intensidad que se emplea cuando las estrategias menos intensa de comunicación fallan. Los pacientes con trastornos de la alimentación también puede presentar conductas autolesivas como respuesta ante la reactividad emocional extrema e intolerable generada por los déficits sociales en la resolución de problemas (Nock, Prinstein, 2005). Estos déficits pueden estar parcialmente mediados por las dificultades en el control de impulsos y la incapacidad para el alcance de metas. Aunque se ha demostrado la función de la autolesión como un mecanismo para aliviar rápidamente la angustia a corto plazo también ha demostrado que quienes se lesionan tienen mayores dificultades afectiva lo cual suele interferir en la eficacia del tratamiento (Claes et al., 2010).

Se ha demostrado que los pacientes con antecedentes de autolesionismo presentan una reducción menor de la insatisfacción corporal y el impulso a la delgadez posterior al tratamiento intrahospitalario lo cual nos hablaría de un factor de pronóstico

negativo, sin embargo la causa de dicha asociación no ha sido determinada. (Olatunji, Cox 2015)

Las alteraciones endocrinológicas en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se asocian con un aumento de las tasas de mortalidad, incluso en presencia de tratamiento especializado, el suicidio es una de las causas más frecuentes de muerte. Una revisión hecha a 66 artículos publicados en 2005 y 2013 concluyó que, las tasas de mortalidad y, específicamente, las tasas de suicidio, al igual que las tasas de autolesionismo son significativamente más altas en esta población. Por lo tanto, es muy importante evaluar cuidadosamente tanto la presencia de autolesionismo como el riesgo de suicidio. (Kostro, Lerman 2015) Se ha descrito que factores neurobiológicos del temperamento como la reactividad emocional y la impulsividad en combinación con un ambiente invalidante pueden influir en el desarrollo de patrones de comportamiento mal adaptativos como el autolesionismo y la conducta suicida recurrente (Crowell y Linehan, 2009). Con base en la teoría de la regulación emocional, se considera que las conductas purgativas, el autolesionismo y la conducta suicida son utilizados como distractores ante emociones negativas redirigiendo la atención hacia un estímulo concreto, con el objetivo de disminuir el afecto negativo a corto plazo. (Whiteside et al, 2007) Diversos estudios han encontrado como factores desencadenantes comunes tanto como para episodios de atracón y autolesionismo el aumento de afectos negativos como la ira, la culpa, el temor, la ansiedad y la tristeza.

(Muehlenkamp et al, 2009) Por lo tanto, la investigación sugiere que el desarrollo de dificultades para la regulación emocional durante la adolescencia, puede dar lugar a múltiples patrones de comportamiento desadaptativos posteriores. Por todo lo anterior, podemos decir que el tratamiento dirigido al manejo de las emociones negativas puede ser benéfico para dichas esas conductas. Así la identificación oportuna del autolesionismo y la presencia concomitante de otras patologías psiquiátricas resulta esencial en la población adolescente.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Se estima que la incidencia de autolesionismo en adolescentes entre 11 y 17 años oscila entre un 5-9%. Estudios comunitarios demuestran que alrededor del 10% de adolescentes reportan haberse autolesionado de manera consistente, también se ha mencionado que esta conducta es más frecuente en adolescentes femeninos. En México se estima que aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes se autolesiona.

Por otra parte, se han descrito diversos tipos de trastornos de la conducta alimentaria hasta en el 4% de los estudiantes adolescentes, con una incidencia mayor en su edad de inicio de los 14 a los 18 años, y al igual que el autolesionismo ha sido reportado con mayor frecuencia en mujeres.

Svitko y Hawton encontraron nueve estudios publicados en el periodo 1989-2005 en la ocurrencia de conductas autolesivas y trastornos de la alimentación. Favazza, investigador pionero, demostró en un estudio realizado en 1989, en el cual se entrevistó a 240 mujeres con conductas autolesivas, que el 61% de las pacientes habían presentado un trastorno de la alimentación concomitante.

Algunos estudios han investigado la ocurrencia de trastornos alimenticios en pacientes con conductas autolesivas con tasas que varían entre el 61-100%. (Schroeter y Bernhard, 2002).

Shingleton y cols realizaron un estudio para examinar los pensamientos de atracón y purga en relación con autolesionismo dentro de una muestra de adolescentes que fueron reclutados por esta última condición. El objetivo era investigar la frecuencia y la concurrencia de pensamientos de atracón y purga con conductas autolesivas, se concluyó así que el 79% de los episodios de atracón y purga se acompañaban de algún otro tipo de autolesión; también se ha documentado que los pacientes con autolesionismo son más propensos a utilizar antidepresivos; actualmente no está claro si estos medicamentos pueden contribuir al aumento de las tasas de estos comportamientos porque la literatura reciente sobre el riesgo de suicidio en los antidepresivos sigue sin resolverse.

Claes y cols (2015), estudiaron la prevalencia y comorbilidad de autolesionismo en pacientes masculinos con trastornos alimentarios, obtuvieron que el 21% de estos pacientes lo presentaron además de mostrar sintomatología significativamente más grave y dificultades para en el control de los impulsos.

### 3.-JUSTIFICACIÓN

Lacey y Favazza postulan la existencia de una correlación entre el autolesionismo y los trastornos de la alimentación, ya que consideran ambas patologías como síntomas de un fracaso fundamental del control de los impulsos, además de un continuum al tratarse de una forma de autolesión. A pesar de existir poca bibliografía al respecto, se ha logrado establecer una similitud entre rasgos de personalidad en pacientes con alguna de estas patologías, como lo son impulsividad, pobre tolerancia a la frustración, características obsesivo-compulsivo, desregulación afectiva, episodios disociativos, estilo cognitivo de autocrítica, mecanismos de defensa desadaptativos, además de factores de riesgo en común, como lo son sexo femenino, dinámica familiar disfuncional, dificultades para la resolución de problemas y toma de decisiones, así como antecedentes de síntomas depresivos y/o consumo de sustancias.

Al hablarse de trastornos de alimentación como una conducta autodestructiva, y al observarse una alta incidencia de autolesionismo directo en poblaciones de dichas características, como parte del mismo espectro psicopatológico, resulta interesante evaluar el riesgo que una población adolescente, al ser esta la etapa más proclive de la vida para ambas situaciones, si al presentar conductas de autodaño directo como lo son el cutting, batting, hitting

y envenenamiento, podríamos suponer que cursarán entonces con mayores conductas de riesgo para trastornos de la alimentación, de lograrse establecer esta asociación, al encontrarse con cualquiera de dichas conductas sería prioridad establecer o descartar la existencia comórbida de la otra.

Aunque no existe un tratamiento estandarizado para el manejo del autolesionismo directo, la terapia dialéctica conductual ha mostrado resultados promisorios para reducir el número de episodios, misma que se ha demostrado ser eficaz en el manejo de los pacientes con desórdenes alimenticios.

La terapia dialéctica conductual originalmente fue diseñada para el manejo de intentos suicidas y autolesionismo en pacientes con trastorno límite de personalidad. El programa de tratamiento está diseñado tanto para reducir la desregulación emocional y las conductas mal adaptativas asociadas, priorizando el manejo de aquellas que comprometen la vida o la integridad del paciente. Esta terapia, ha demostrado ser un tratamiento efectivo para el autolesionismo y la conducta suicida en adolescentes. (Fleischhaker et al., 2011) Existen pocos ensayos controlados aleatorios publicados que examinen el tratamiento para los síntomas de la bulimia nerviosa en adolescentes. Se realizó un estudio piloto en el cual se evaluó la viabilidad y la eficacia de un programa ambulatorio de terapia dialéctica conductual, se obtuvo como resultado que los participantes redujeron significativamente las autolesiones; la frecuencia de los episodios de atracón lo cual indica que es posible

hacer frente a múltiples formas de psicopatología durante el tratamiento de los síntomas de bulimia nerviosa en este grupo de edad (Fischer, Peterson 2015).

La identificación de ambas conductas es clínicamente importante y puede exigir un mayor grado de urgencia tanto en identificación y manejo, con el fin de mejorar la calidad de vida y pronóstico de la población afectada.

En síntesis, un mejor entendimiento del autolesionismo es necesario para un manejo más efectivo. La presente investigación intenta determinar la asociación de conductas autolesivas con respecto a conductas de riesgo para trastornos de la alimentación, de demostrarse la asociación positiva entre ambas condiciones clínicas, los profesionales de la salud mental estaríamos obligados ante la presencia de cualquiera de estas patologías descartar la presencia comórbida de la segunda, ya que conforme autores como Favazza, al tratarse de un continuum en el mismo espectro psicopatológico, podríamos actuar en la detección oportuna y abordaje terapéutico necesario.

Así también el presente estudio nos proporcionará un panorama más amplio acerca de la prevalencia del autolesionismo en la población adolescente, no clínica de nuestra ciudad lo cual nos brinda una visión más objetiva acerca de la magnitud de esta problemática en nuestra población en comparación a lo mencionado en la literatura. Ya que su presencia puede ser considerada como un

factor de riesgo para la presencia o desarrollo de psicopatología en la vida adulta. Una adecuada detección por parte de los responsables del área de salud mental es importante para poder implementar estrategias de manejo y tratamiento enfocadas en la prevención y manejo de estas conductas.

## **5.- OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre la presencia de autolesionismo con conductas de riesgo para trastornos alimenticios en adolescentes.

### **5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- A.- Determinación de conductas de autolesionismo mediante la escala SHQ
- B.- Determinación de conductas de alto riesgo para TCA mediante la escala EDI
- C.- Establecer la asociación entre la puntuación de EDI y la presencia o ausencia de autolesionismo

### **5.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS**

Establecer la asociación entre la puntuación de EDI y los diversos componentes de la escala SHQ

## **6.- HIPÓTESIS**

Existe asociación positiva entre la presencia de autolesionismo y conductas de riesgo para trastornos alimenticios.

## **7.- METODOLOGÍA**

### **7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio transversal y analítico.

### **7.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO**

Adolescentes de 11 a 18 años estudiantes de educación media y media superior, públicas de la ciudad de San Luis Potosí, Capital. Estudiantes de la Telesecundaria Miguel Hidalgo, Escuela Secundaria Gral. Francisco González Bocanegra turno matutino y vespertino, Escuela Secundaria Técnica No. 65 turno matutino y vespertino, Telesecundaria Damián Carmona, Telesecundaria Plan de San Luís, Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECYTE) Plantel I y Plantel III (ambos turnos).

### **7.3 TAMAÑO Y TIPO DE LA MUESTRA**

De un universo de 3 941 alumnos, se obtuvo una muestra de 1000 estudiantes a los que se les aplicó las escalas. Se esperó encontrar un 10% de personas afectadas, lo que nos permitiría contar con 100 repeticiones, las cuales se consideran suficientes para soportar el análisis estadístico.

### **7.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realiza un análisis de regresión logística, usando como variable de desenlace la presencia o ausencia de conducta de autolesionismo y como variables explicativas la edad, el sexo y la puntuación en la escala EDI.

### **7.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### Cuestionario de autolesionismo (SHQ)

Es un cuestionario autoaplicable que consta de 15 preguntas en total. Las primeras 3 preguntas son un screening para determinar si tienen o no autolesionismo.

Si la respuesta a la pregunta número 3 “¿Alguna vez te has lastimado a propósito?”, es “No” (opción número 1), se concluye el

cuestionario, con un resultado de tamizaje negativo para autolesionismo.

Las restantes 12 preguntas, todas ellas de opción múltiple, las cuales se enfocan en los siguientes aspectos:

- Episodio de autolesionismo
- Método utilizado para autolesionarse
- Motivación
- Vivencia durante el autolesionismo
- Finalidad del autolesionismo
- Sí existió consumo de alguna sustancia
- Planeación y ejecución
- Notificación o no el episodio con alguien más.

El SHQ fue creado con el objetivo de identificar el autolesionismo en adolescentes; fue puesto a prueba en una muestra de 100 adolescentes de 12-17 años que reclutados en el servicio de psiquiatría en el Maudsley NHS Foundation de Londres.

La validez del SHQ se evaluó mediante la comparación de los resultados obtenidos en el cuestionario con respecto al registro clínico de autolesionismo mientras que el valor predictivo se evaluó mediante la revisión de los registros clínicos de nuevos episodios de autolesión después de tres meses. Los ítems de esta escala se generaron en base a las recomendaciones de evaluación del autolesionismo proporcionadas por el Centro Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE). Los resultados de la aplicación del

SHQ se compararon con los datos de la totalidad de los registros electrónicos de los pacientes. En el estudio original se concluyó que el SHQ tiene características psicométricas adecuadas para la identificación de las autolesiones así como para predecir el daño futuro en relación a los procedimientos utilizados. Una combinación de la evaluación clínica en curso y un breve cuestionario de autoinforme es probable que sea la mejor manera de identificar las autolesiones en adolescentes.

Recientemente en nuestra ciudad se ha traducido, adaptado y validado el SHQ. En el estudio realizado se obtuvo que el cuestionario SHQ traducido al español posee consistencia interna de 96.0% y estabilidad temporal a 3 meses de 97.87%. La concordancia entre el diagnóstico obtenido por entrevista estructurada y el cuestionario es de 100.0%.

Se efectuó el análisis estadístico con **R v.3.1.0** (R Development Core Team 2013) al 95% nivel de confianza. Se analizaron 106 observaciones con 15 variables, se visualizó la estructura de los datos para verificar las dimensiones y calidad de los mismos. Las variables numéricas categóricas fueron convertidas a factores. La consistencia interna del Self Harm Questionnaire traducido al español se calculó a través del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach en 0.96, IC95% [0.954 - 0.966]. Para determinar la concordancia entre el diagnóstico de autolesionismo por entrevista estructurada y el cuestionario SHQ traducido al español se realizó un análisis de concordancia de kappa de Cohen. El valor obtenido fue

kappa = 0.5243, IC95% [0.3655 - 0.6832]. La comparación entre este estudio y el estudio original arrojaron resultados muy similares. En este estudio se obtuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 54.39%, por otra parte el estudio original reportaron una sensibilidad del 94% y una especificidad del 57%. El valor predictivo de este estudio fue del 65.33% en comparación con el 71% del estudio original. Dichas variaciones entre los resultados pueden deberse a la diferencia en el número de participantes (106 adolescentes en este estudio por 100 del estudio original) y una mayor prevalencia de conductas autolesivas en el estudio original (54% vs 46.2%). Existe una mayor prevalencia de conductas autolesivas en el sexo femenino siendo el 62.6% esto es consistente con la literatura en relación a que es más frecuente en adolescentes femeninos. El estudio cumplió el objetivo de validar al español del cuestionario SHQ y por ende poder ser utilizado como una herramienta útil para la detección de conductas autolesivas en adolescentes mexicanos.

#### Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, ( EDI)

Es una escala de auto-reporte que permite evaluar conductas de riesgo, medir características psicológicas y sintomatología asociada a anorexia y bulimia, así como la severidad de la sintomatología, no permite establecer un diagnóstico específico.

Consta de 64 reactivos, tipo Likert con 6 opciones de respuesta (Nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y Siempre)

Se distribuyen en 8 escalas:

- 1) Impulso hacia la delgadez
- 2) Sintomatología bulímica
- 3) Insatisfacción corporal
- 4) ineficacia
- 5) Perfeccionismo
- 6) Desconfianza interpersonal
- 7) Conciencia interoceptiva
- 8) Miedo a la madurez

Las tres primeras subescalas, evalúan actitudes y conductas relacionadas con el comer y la satisfacción con la forma del cuerpo, mientras que las demás evalúan características psicológicas propias de los trastornos alimentarios. Esta escala fue validada en población mexicana en 2006, concluyéndose que la subescala de Perfeccionismo desaparece para nuestra población al mantener una baja correlación ítem- total. De octubre de 2000 a enero de 2001 se llevó a cabo un estudio observacional, comparativo, transversal y prolectivo de dos grupos de mujeres, un grupo conformado por 22 mujeres reclutadas en la consulta de anorexia del Instituto Nacional

de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, todas ellas con diagnóstico de Anorexia Nervosa o Bulimia, el otro grupo conformado por 25 jóvenes seleccionadas aleatoriamente de la población estudiantil de secundaria y preparatoria de una escuela de la Ciudad de México. Se realizó una entrevista clínica estructurada conforme al DSM IV y se aplicó el *Eating Disorder Inventory*; cada paciente respondió el inventario y la entrevista clínica. No se encontraron diferencias significativas en peso, talla e índice de masa corporal entre ambos grupos. La edad de las mujeres sin trastorno alimentario fue menor y la puntuación total del *Eating Disorder Inventory* fue claramente diferente para cada uno de los grupos.

Se empleó el programa Statistica versión 5.0 y el Epidat, versión 1.0, para el cálculo de los intervalos de confianza. Los grupos de mujeres fueron divididos de acuerdo con el diagnóstico obtenido. Se hicieron comparaciones entre estos grupos en edad, peso, talla e índice de masa corporal empleando una prueba *t* de Student para muestras independientes. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la validez interna del cuestionario, y se aceptó como concordancia importante si el coeficiente obtenido era mayor de 0.6. Se evaluaron diferencias entre los dos grupos con la calificación obtenida en el cuestionario. Se hicieron diferentes puntos de corte en las 11 subescalas, considerando como diagnóstico el obtenido gracias a la entrevista. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de los puntos de corte, estableciendo este, cuando se obtuvo una calificación mayor de 80%. En las puntuaciones del EDI se observaron diferencias

significativas en todas las subescalas, el coeficiente alfa de Cronbach, por reactivos, fue de 0.98 cuando se analizaron ambos grupos, y al hacer el análisis por separado fue de 0.94 para las mujeres sin trastornos alimenticios, y de 0.94 para las pacientes. Los valores alfa de Cronbach para todas las subescalas fueron superiores a 0.85. Los coeficientes de correlación inter ítem no son mayores de 0.60, tanto por reactivos como por subescalas; esto sugiere que cada reactivo da información diferente del otro. Se determinaron puntos de corte por cada escala y para la puntuación total del EDI. Para fines estadísticos, el EDI fue capaz de marcar diferencias en las puntuaciones de sujetos sin trastornos de la conducta alimenticia y los que si los presentaron.

Por lo que se concluyó que el *Eating Disorder Inventory* es útil para investigar trastorno alimentario con coeficientes de validez interna altos en la población estudiada. Para la calificación total se sugirió un punto de corte de 80.

## **7.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Adolescentes entre 11 y 18 años que realicen sus estudios Telesecundaria Miguel Hidalgo, Escuela Secundaria Gral. Francisco González Bocanegra, Escuela Secundaria Técnica No. 65, Telesecundaria Damian Carmona, Telesecundaria Plan de San Luí, Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECYTE) Plantel I y Plantel III.

Adolescentes que aceptaron participar en el estudio y de quienes sus tutores hayan firmado el consentimiento informado.

## **7.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Adolescentes que se nieguen a participar o de quienes cuyos padres no otorguen el consentimiento informado.

## **7.8 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Adolescentes que realicen de forma incompleta las escalas de evaluación.

Adolescentes cuyos padres retiren el consentimiento informado.

## 7.9 VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valor
<b>Sexo</b>	Sexo de asignación fenotípico	Dicotómica	0 = Femenino 1 = Masculino
<b>Edad</b>	Años cumplidos al momento del estudio	Continua	Años
<b>SHQ</b>	Presencia de autolesionismo diagnosticado por el Self Harm Questionnaire	Dicotómica	0 = No 1 = Sí
<b>EDI</b>	Puntaje en el Inventario de Trastornos de la Alimentación	Continua	0 a 192 puntos

## 8.- PLAN DE TRABAJO

A) Elaboración de un protocolo de investigación para evaluar si existe asociación entre la presencia de conductas autolesivas con conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimenticia en población adolescente.

B) Obtener la autorización del comité de ética del instituto Temazcalli, para la realización del protocolo de investigación.

C) Realización de correcciones en caso de ser necesario.

D) Aplicación del cuestionario de autolesionismo a nuestra población de trabajo conformada por estudiantes de 11 a 18 años de 7 escuelas secundarias y 3 escuelas de bachillerato de nuestra ciudad.

F) Obtención de un grupo de estudiantes con autolesionismo y evaluación de conductas de riesgo para trastornos de la alimentación a través de la escala EDI.

G) Obtener un grupo de estudiantes de características similares al primer grupo, sin conductas autolesivas existentes y aplicación de la Escala EDI.

H) Captura y realización de base de datos con los elementos recabados.

I) Análisis y discusión de resultados.

J) Conclusiones.

Algoritmo para el manejo de Adolescentes con conductas Autolesivas.

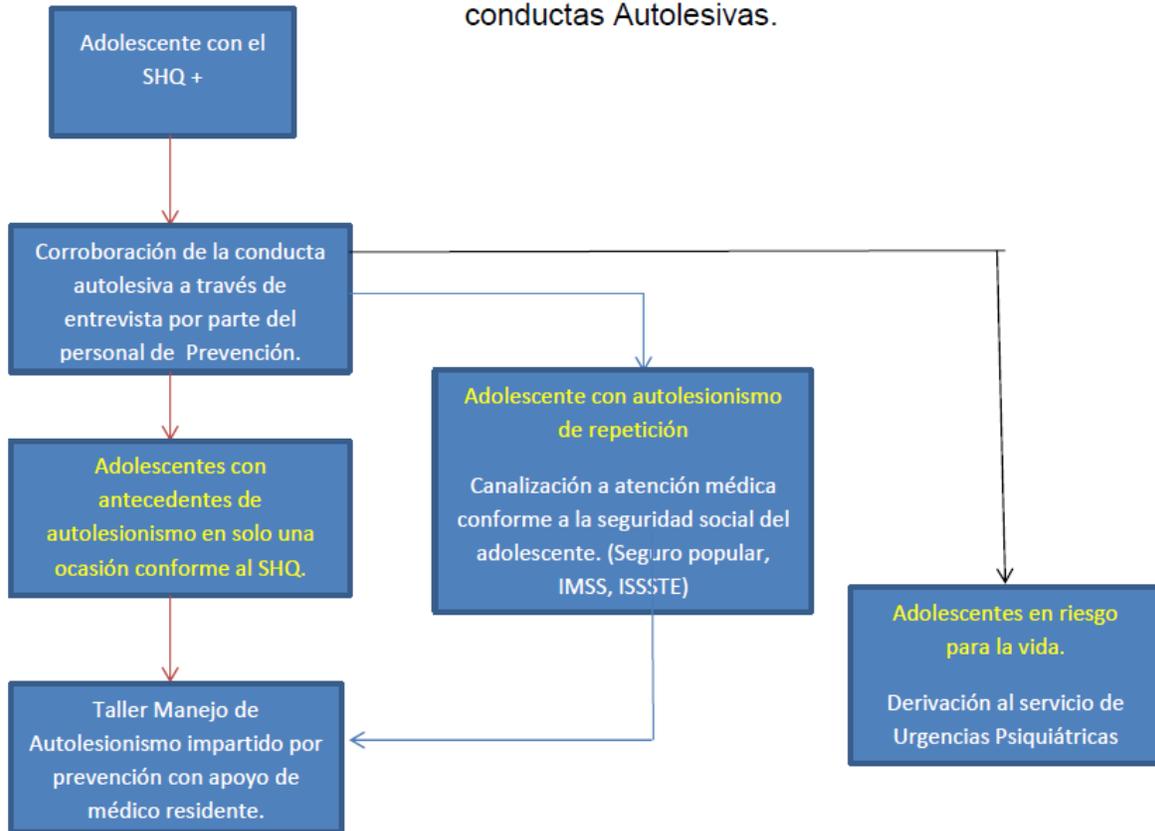


Figura 1. Manejo del adolescente con autolesionismo.

## **9.- IMPLICACIONES ÉTICAS**

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Temazcalli. Esta investigación no puso en riesgo la vida y/o la integridad de los participantes, además se apegó a las normas de investigación en humanos de la Ley General de Salud. Los datos obtenidos mantienen la estricta confidencialidad. Los resultados se notificaron al personal de salud mental correspondiente y se realizaron las derivaciones pertinentes conforme al algoritmo de manejo establecido.

## 10.- RESULTADOS

El estudio fue realizado en la población estudiantil de 7 escuelas secundarias y 3 preparatorias, con una población total de 3 941 alumnos, se aplicó un total de 989 *Cuestionarios de Autolesionismo* de forma aleatorizada, 7 alumnos fueron eliminados ya que no respondieron de forma completa. Se obtuvo un total de 177 adolescentes con autolesionismo positivo, de estos adolescentes 173 respondieron de forma completa el *Eating Disorder Inventory* (EDI). A un número igual de adolescentes sin autolesionismo, tomando en consideración que se tratase del mismo sexo, escuela y grado se aplicó el EDI.

### *Cuestionario de Autolesionismo SHQ*

De los 173 adolescentes con autolesionismo, 134 fueron mujeres y 39 hombres. Los resultados se detallan en la Figura 2.

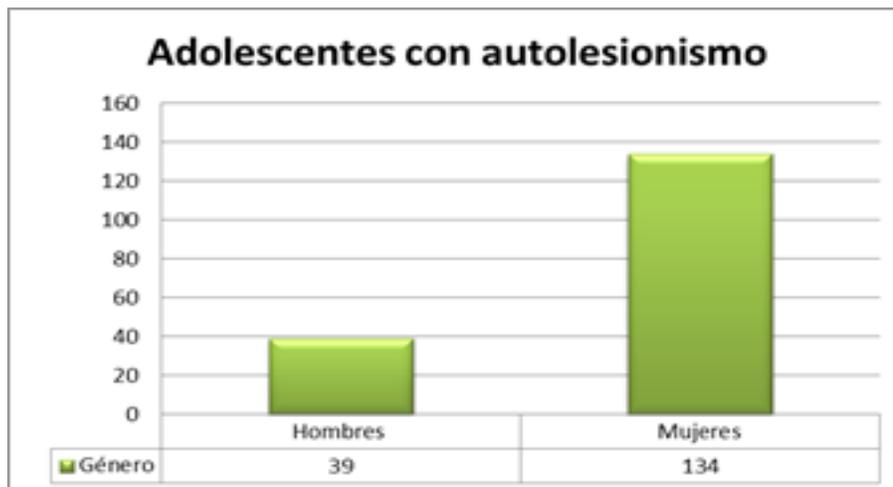


Figura 2. Prevalencia de conductas autolesivas por género.

Se evaluó un total de 640 alumnos de educación secundaria, se encontraron 128 adolescentes con autolesionismo positivo. En bachillerato se evaluaron a 349 jóvenes encontrándose 49 adolescentes con autolesionismo. Los resultados se exponen en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de los alumnos por grado académico**

Escuela	Total de adolescentes	A. con autolesionismo
Secundaria	640	128
Preparatoria	349	45

Conforme al *Cuestionario de Autolesionismo* se encontró que el método más utilizado es el cutting (84.97%) realizado con navaja que los jóvenes extraen de un sacapuntas o navajas de afeitar, seguido del cutting en combinación con sobredosis medicamentosa, así también se reportaron algunos otros métodos como golpearse contra superficies rígidas (hitting), morderse (bitting) y arañarse (straching). En la tabla 2 se resumen los métodos las de autolesionismo reportados

**Tabla 2. Método utilizado para autolesionarse**

Método utilizado	Número de pacientes	(% del total)
Cutting	147	84.97
Sobredosis	4	2.31
Cutting y sodredosis	6	3.47
Otro	16	9.25

Se encontró que el principal argumento de motivación para realizar conductas autolesivas fueron los conflictos familiares (78.03%), seguido de problemas con la pareja (11.56%). Un grupo menor de adolescentes argumentó los problemas escolares como factor motivante. También se mencionaron algunas otras causas como

mostrarse solidario con compañeros que se autolesionan o curiosidad. Los datos obtenidos se exponen en la tabla 3.

**Tabla 3. Factor desencadenante**

Factor Descencadenante	Número de pacientes	(% del total)
Problemas familiares	135	78.03
Problemas de pareja	20	11.56
Problemas legales	2	1.16
Problemas escolares	8	4.62
Problemas de salud	1	0.58

*Nota: El resto de las motivaciones no fueron mencionadas.*

Previo a un evento de autolesionismo, la mayoría de los jóvenes experimentó emociones negativas principalmente enojo y tristeza (52.02% y 38.15% respectivamente). Por otra parte, posterior a autolesionarse un porcentaje reducido (26.01%) experimentó alivio sin embargo la mayoría intensificó las emociones negativas como enojo, tristeza, vergüenza y preocupación. (Tabla 4 y 5)

El 44.5% de los jóvenes (77 adolescentes) dijo sentirse mejor después de autolesionarse, mientras que el 31.21% empeoró su sintomatología y el 24.28% no mostró cambios. Los resultados se exponen en la tabla 6.

**Tabla 4. Emociones registradas previas a un episodio de autolesionismo**

Sentimientos experimentados previamente	Número de pacientes	(% del total)
Enojo	90	52.02
Tristeza	66	38.15
Preocupación	6	3.47
Excitación	1	0.58
Desorientación	3	1.73
Tensión	2	1.16
Miedo	5	2.89

*Nota: El resto de las emociones no fueron mencionadas.*

**Tabla 5. Emociones registradas posteriores a un episodio de autolesionismo**

Sentimientos experimentados posteriormente	Número de pacientes	(% del total)
Enojo	45	26.01
Tristeza	35	20.23
Preocupación	13	7.51
Excitación	2	1.16
Desorientación	3	1.73
Tensión	5	2.89
Vergüenza	17	9.83
Miedo	7	4.05
Alivio	45	26.01
Otro	1	0.58

**Tabla 6. Vivencia subjetiva posterior a autolesionarse**

Posterior a autolesionarse:	Número de pacientes	(% del total)
Te sentiste mejor	77	44.51
Te sentiste peor	54	31.21
Te sentiste igual	42	24.28

Como finalidad de la conducta autolesiva se reportó principalmente: dejar de sentirse mal, morir o autocastigarse. Conseguir modificar la conducta de otros fue reportado sólo en 11 adolescentes (6.36%). Los resultados se exponen en la tabla 7.

**Tabla 7. Finalidad del autolesionismo**

Finalidad del primer evento de autolesionismo	Número de pacientes	(% del total)
Morir	28	16.18
Autocastigo	26	15.03
Demostar a alguien su estado de ánimo	20	11.56
Dejar de sentirse mal	57	32.95
Evitar hacer algo más	14	8.09
Sentirse mejor	15	8.67
Conseguir que otro hiciera algo	4	2.31
Conseguir que otro dejara de hacer algo	7	4.05
Otro	2	1.16

Aproximadamente el 90% de los adolescentes no reportaron autolesionarse bajo el efecto de alguna sustancia. (Tabla 8) En relación al tiempo que los jóvenes emplearon pensando en autolesionarse antes de llevarlo a cabo, la mayoría de ellos reportó haber pasado días pensando en ello, seguido de un grupo de jóvenes que pensaron en esta condición durante minutos.

El 82.66 % de los adolescentes (143), no tuvo una planeación estructurada para autolesionarse, mientras que 26 jóvenes reportaron haberlo planeado de forma parcial y sólo una minoría lo planeó detalladamente. (Tablas 9 y 10)

**Tabla 8. Comorbilidad con consumo de sustancias.**

Consumo de sustancias durante el último evento	Número de pacientes	(% del total)
Drogas y alcohol	4	2.31
Drogas	7	4.05
Alcohol	7	4.05
Ninguno	155	89.60

**Tabla 9. Tiempo empleado para pensar en autolesionarse previo a realizarlo**

Tiempo de planeación del último evento	Número de pacientes	(% del total)
Meses	31	17.92
Semanas	20	11.56
Días	51	29.48
Minutos	40	23.12
Segundos	31	17.92

**Tabla 10. Presencia de un método de planeación**

Existió método de planeación previo al último evento	Número de pacientes	(% del total)
No	143	82.66
Sí, parcialmente	26	15.03
Sí, detalladamente	4	2.31

El 78.03 % de los jóvenes (135), no externaron su intención de lastimarse previo a hacerlo, el 21.39% lo comunicó a alguna persona cercana principalmente a sus amigos, solo una persona lo notificó a un desconocido a través de redes sociales. Al igual que al ítem previo, la mayoría de los jóvenes no comunicaron haberse lesionado (116 adolescentes, 67.05%), mientras que el 32.95% lo comentó con alguna persona cercana principalmente con sus compañeros. (Tablas 11 y 12)

**Tabla 11. Comunicación de la intencionalidad autolesiva previo a realizarlo**

Previo al último evento, se lo comunicaste a alguien	Número de pacientes	(% del total)
A nadie	135	78.03
A un familiar o amigo	37	21.39
A un desconocido	1	0.58

**Tabla 12. Comunicación de la conducta autolesiva posterior a realizarlo**

Posterior a lastimarte se lo comunicaste a alguien:	Número de pacientes	(% del total)
A nadie	116	67.05
A un familiar o amigo	57	32.95

Se encontraron 6 adolescentes en riesgo alto, donde las conductas autolesivas ponían en riesgo su vida, todos ellos fueron referidos de forma urgente a valoración psiquiátrica. El resto de adolescentes fueron derivados para el manejo por parte del personal de salud mental, así también se ha trabajado con los padres de familia en la orientación, detección de autolesionismo y la importancia de recibir la atención médica adecuada.

### Eating Disorder Inventory EDI

En cuanto a los resultados obtenidos en el EDI dentro del grupo de adolescentes con autolesionismo, se obtuvo que la mayoría de los adolescentes presentaron un riesgo bajo para impulso a la delgadez (104 riesgo bajo vs 69 riesgo alto). En relación a la sintomatología bulímica los resultados también mostraron un riesgo discretamente menor (95 riesgo bajo vs. 78 riesgo alto). Con respecto al resto de las subescalas evaluadas en el EDI, se encontró un riesgo significativamente mayor en cada una de ellas. Insatisfacción corporal 143 riesgo alto vs. 30 riesgo bajo. Inefectividad 152 riesgo alto vs 21 riesgo bajo. Conciencia interoceptiva 148 riesgo alto vs 25 riesgo bajo y finalmente en cuanto a miedo a madurar 157 riesgo alto vs. 16 riesgo bajo.

Al evaluar un grupo de 173 adolescentes (133 mujeres y 40 hombres) sin autolesionismo, con características similares (sexo, escuela, grado y grupo) al grupo con conductas autolesivas se obtuvo que dichos jóvenes presentaron un riesgo mucho más bajo para impulso a la delgadez (153 riesgo bajo vs. 20 riesgo alto), menor riesgo de cursar con sintomatología bulímica (154 riesgo bajo vs. 19 riesgo alto). Con relación a las demás subescalas evaluadas en el EDI, los resultados obtenidos fueron los siguientes: Insatisfacción corporal 88 riesgo alto vs. 85 riesgo bajo. Inefectividad 100 riesgo alto vs. 73 riesgo bajo. Conciencia interoceptiva 93 riesgo alto vs 80 riesgo alto y finalmente el miedo a madurar 145 riesgo alto vs 28 riesgo bajo (Tablas 13 y 14)

**Tabla 13. Resultados EDI en el grupo de adolescentes con autolesionismo**

ESCALA	Riesgo Alto	(% del total)	Riesgo Bajo	(% del total)
Impulso a la Delgadez	69	39.88	104	60.12
Sintomatología Bulímica	78	45.09	95	54.91
Insatisfacción Corporal	143	82.66	30	17.34
Inefectividad	152	87.86	21	12.14
Conciencia Interseptiva	148	85.55	25	14.45
Miedo a Madurar	157	90.75	16	9.25

**Tabla 14. Resultados EDI en el grupo de adolescentes sin autolesionismo**

ESCALA	Riesgo Alto	(% del total)	Riesgo Bajo	(% del total)
Impulso a la Delgadez	20	11.56	153	88.44
Sintomatología Bulímica	19	10.98	154	89.02
Insatisfacción Corporal	88	50.87	85	49.13
Inefectividad	100	57.80	73	42.20
Conciencia Interseptiva	93	53.76	80	46.24
Miedo a Madurar	145	83.82	28	16.18

C

onforme a los resultados obtenidos se podría decir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los adolescentes que presentan autolesionismo y la probabilidad de presentar conductas

de riesgo para trastornos de la conducta alimenticia evaluadas a través del EDI, en comparación con los jóvenes que no se autolesionan. La diferencia fue estadísticamente significativa en las subescalas de impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, ineffectividad y conciencia interoceptiva ( $p=0.001$ ). Pero no lo fue en la subescala de miedo a madurar ( $p=0.05$ ). Los resultados se exponen en la tabla 15.

**Tabla 15. Análisis comparativo**

Componentes en la escala EDI en adolescentes con y sin conducta de autolesionismo						
	Con autolesionismo (n=173)		Sin autolesionismo (n=173)			
	Riesgo alto	%	Riesgo alto	%	Valor X <sup>2</sup>	p
Impulso a la Delgadez	69	39.88%	20	11.56%	36.2	<0.001
Sintomatología Bulímica	78	45.09%	19	10.98%	48.87	<0.001
Insatisfacción Corporal	143	82.66%	88	50.87%	39.98	<0.001
Inefectividad	152	87.86%	100	57.80%	39.5	<0.001
Conciencia Interoceptiva	148	85.55%	93	53.76%	41.26	<0.001
Miedo a Madurar	157	90.75%	145	83.82%	3.75	0.05

## 11.-DISCUSIÓN

Existen pocos estudios realizados que evalúen la presencia de conductas autolesivas en la población adolescente de nuestro país. Los resultados de este estudio coinciden con algunos resultados reportados en la literatura, por ejemplo se encontró una mayor prevalencia de autolesionismo en el sexo femenino, aproximadamente el 77.45%, principalmente en adolescentes estudiantes de secundaria de 11 a 15 años de edad (Hawton, 2012). Los problemas familiares y de pareja fueron el principal argumento de motivación para llevar a cabo las conductas autolesivas, lo cual es consistente con los estudios que han reportado que existe una dificultad en estos adolescentes para utilizar estrategias de afrontamiento efectivas.

El método más utilizado para autolesionarse entre los adolescentes que se reportó en este estudio fue el cutting en el 84.97%, realizado en muñecas y antebrazos, seguido de sobredosis medicamentosa con el 3.47%. Dichos hallazgos similares a los reportados en la literatura. (Taboada, 2007)

La presencia de emociones negativas se encontró como antecedente a los eventos autolesivos, la presencia de estos episodios se ha planteado como un método para lidiar con emociones que son vividas como amenazante, ya que la principal finalidad reportada fue dejar de sentirse mal, aproximadamente el 30% de los adolescentes refirió experimentar alivio posterior a

autolesionarse, lo cual coincide con hallazgos encontrados en estudios previos. (Kirchner y Zanini, 2011) Sin embargo, el 70.52% de los adolescentes experimentó emociones negativas posterior a autolesionarse principalmente enojo, tristeza y vergüenza, 96 jóvenes (66%) refirieron no presentar ningún cambio o incluso sentirse peor después de lastimarse.

La gran mayoría de los participantes (82.66%) no tuvo un plan detallado para autolesionarse sin embargo se reportó que la mayoría de los jóvenes pasaron días pensando en lesionarse previo a llevarlo a cabo. Lo cual no correspondería al planteamiento que se ha hecho de la conducta autolesiva como consecuencia de un acto impulsivo. (McMahon, 2011) Los adolescentes que recurren al cutting piensan autolesionarse por un periodo de tiempo menor a diferencia de los que recurren a la intoxicación. Lo cual podría explicarse a través del empleo del autolesionismo como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo aprendido, que es utilizado ante una condición de malestar psicológico.

En contraste con lo que popularmente se ha considerado y se reportó en algunos estudios, con respecto a una función manipuladora del autolesionismo, (Scoliers, 2009); la mayoría de los jóvenes no suelen comunicarlo previo a llevarlo a cabo y solo un pequeño grupo lo externa después de realizarlo.

En el presente estudio se ha obtenido una prevalencia aproximadamente del 17.49% de autolesionismo en adolescentes, lo

cual supera la prevalencia descrita en la literatura establecida en el 10% aproximadamente, esta condición puede deberse a las características de población que se ha estudiado, ya que se trata de adolescentes de escuelas públicas catalogadas como instituciones de riesgo social, de un nivel socioeconómico bajo, ausentismo escolar recurrente y con dificultades para la participación de los padres en la escuela.

Los resultados obtenidos en el EDI orientan a que existe una asociación significativa entre la presencia del autolesionismo y las conductas de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimenticia, lo cual concuerda con estudios publicados recientemente (Riley, Davis 2015).

En cuando a la subescala de miedo a madurar se obtuvieron puntajes altos en adolescentes tanto con autolesionismo como en aquellos jóvenes que no lo presentaron, este resultado puede deberse a la edad de los participantes, ya que el 73.98% son adolescentes de 12 a 15 años de edad.

## 12.-CONCLUSIÓN

En relación a los objetivos a determinar, la asociación entre la presencia de autolesionismo con conductas de riesgo para trastornos alimenticios en adolescentes se encontró una asociación estadísticamente significativa, se alcanzó una replicación de resultados respecto a lo publicado por otros autores, lo que debe traducirse en la necesidad de contemplar estos dos fenómenos en una relación bidireccional y potencialmente modificable. Así la presencia de alguno de estas condiciones clínicas nos debe obligar a la búsqueda sistematizada de la otra, ya que los hallazgos encontrados sugieren que el autolesionismo constituye un factor de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo para trastorno de la conducta alimenticia, la presencia de estas conductas predispone a la posterior aparición de conductas autolesivas.

Los resultados obtenidos indican la necesidad de tener en consideración la presencia de autolesionismo como conducta de riesgo debido a que su presencia entre los adolescentes de la población estudiada fue mayor a lo establecido en la literatura mundialmente descrita. La detección oportuna por parte del personal de salud mental es importante para poder implementar estrategias de manejo y tratamiento enfocadas en la prevención de condiciones psiquiátricas de mayor gravedad.

Por otra parte, los adolescentes que se autolesionan, suelen utilizar mecanismos de afrontamiento y resolución de problemas menos eficaces, por lo cual es importante contemplar la necesidad de realizar intervenciones en estos jóvenes que les proporcionen los recursos para el manejo de emociones negativas y el desarrollo de mecanismos de afrontamiento más adaptativos.

Sería interesante poder estudiar estas conductas de forma más amplia y extender el análisis tanto en alumnos de los últimos grados de educación primaria así como después de los 18 años a fin de observar si la tendencia de conductas autolesivas y TCA se modifica en relación con la edad.

Es importante destacar que el empleo de las herramientas de detección utilizadas, en combinación con una adecuada evaluación clínica pueda ser la mejor manera de identificar conductas autolesivas y desórdenes alimenticios.

## 13.-BIBLIOGRAFÍA

1. - Klonsky, D, Oltmanns, T., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychopathological correlates. *Am J Psychiatry*.
2. - Schmidtke, A., et al (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- 3.- Scoilers, Magde N., Hawton, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Epidemiol*.
4. - Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- 5.- Taboada, E. (2007). Autolesiones. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*.
6. - Ourigin, D., & Boege, I. (2012). The Self Harm Questionnaire: A new tool designed to identification of Self Harm in adolescents. *Journal of adolescence*.

7. - Favazza, A. (1998) "The coming of age of self-mutilation" Journal of Nervous Mental Disorder.
8. - Claes, L, Vandereycken, W. (2001) "Self-injurious behaviours in eating-disordered patients", Eating Behaviours.
- 9.- Islam M. (2015) "Non-suicidal Self-injury in Different Eating Disorder Types: Relevance of Personality Traits and Gender" Eur Eating Disorder .
10. - Riley E. (2015). "Nonsuicidal Self-injury as a Risk Factor for Purging Onset: Negatively Reinforced Behaviours that Reduce Emotional Distress": Eur Eating Disorder.
11. - Micali N, Solmi F, (2015) Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry.
12. - Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D., et al (1994) An observational study of mothers with eating disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
13. - Kostro K, Lerman JB, (2014) The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review, J Eating Disorder.
14. - Nock, M., Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

15. - Nock, M. Prinstein, M. J., (2009) Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*.
16. - Claes, L, Vandereycken, W. (2001) "Self-injurious behaviours in eating-disordered patients", *Eating Behaviours*.
17. - Olatunji B, (2015) "Self-harm history predicts resistance to inpatient treatment of body shape aversion in women with eating disorders: The role of negative affect". *J, Psychiatry*.
18. - Schroeter, K., & Bernhard, D. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*.
19. - Shingleton Rebecca M. (2013) "Binge/Purge Thoughts in Nonsuicidal Self-Injurious Adolescents: An Ecological Momentary Analysis" *Int J Eat Disorder*.
20. - Claes L. (2015) "Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: a comparison of psychopathological and personality features" *Eating Behaviours*.
21. - Crowell, S. Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin* 135.

22. - Whiteside, U., Chen, E., (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*.

23. Muehlenkamp, Claes, L., (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent Psychiatry and Mental Health*.

24. - Fleischhaker, Schneider, C., (2011). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

25. - Fischer S. (2015) "Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: a pilot study". *Psychotherapy*.

26. - Hawton, K., Saunders, K., & Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*...

27. - Peebles R, (2011), Self-Injury in Adolescents with Eating Disorders: Correlates and Provider Bias *Am J Psychiatry*

28.- García-García E, (2006) Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas *salud pública de México* / vol. 45.

29.- García Mijares F, (2013) Validación al español del self harm questionnaire en adolescentes entre 11 y 17 años.

30.-Haines, J, Williams, et al. (1995) "The psychophysiology of self-mutilation", Journal of Abnormal psychology.

31, Lloyd-Richardson, (2010) "Non-suicidal self-injury in adolescents". The prevention Researcher.

32.- Rodham, Hawton,k & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

33. - Zeman Adrian, SIM, L. (2009) "Adolescent deliberate self-harm: linkages to emotion regulation and family emotional climate". Journal Research on Adolescent.

34. - Barnes, (2010) "Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions". Pediatrics.

# **ANEXO 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR  
EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ padre/tutor del (a) joven  
\_\_\_\_\_ alumno(a) del \_\_\_\_\_ grado, de la  
Escuela \_\_\_\_\_

una vez que he sido informado a mi entera satisfacción del proyecto **“PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PATOLOGÍA DUAL O COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE 4 A 18 AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ** que llevan a cabo el personal del Instituto Temazcalli, y la propia escuela.

Doy mi consentimiento para:

- a) Que se le apliquen y conteste cuestionarios que orienten a buscar si mi hijo (a) padece depresión, ansiedad, TDAH, (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), consumo de drogas, alcohol y tabaco, trastornos de la conducta alimentaria y autolesionismo.
- b) Recibir y seguir las orientaciones correspondientes por parte del personal del Instituto Temazcalli, según corresponda a los hallazgos de los cuestionarios.
- c) Que se le tomen muestras de orina para estudio de detección de sustancias psicoactivas, en caso necesario.

Se me ha explicado que dichos procedimientos no implican ningún tipo de riesgo para mi hijo(a) y que la información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad.

Así mismo, me comprometo a llevar a mi hijo (a) a la consulta de seguimiento a la Institución correspondiente, en caso de que por los resultados, así se requiera. Si yo decidiera no acatar alguna indicación del personal del Instituto Temazcalli, firmaré carta de **exención de responsabilidad**. Estoy consciente que puedo retirarlo (a) del proyecto en cualquier momento, sin ninguna represalia, siempre y cuando lo manifieste por escrito.

Firma de alumno (a)

Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Testigo 1

Firma de testigo 2

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **ANEXO 2**

## **CUESTIONARIO AUTOLESIONISMO**

## CUESTIONARIO AUTOLESIONISMO

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**ESCUELA** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_

**Pregunta 1** ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito sin querer morir? Por ejemplo ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otra parte de tu cuerpo o haber pensado en tener una sobredosis? (Marca una casilla).

1.- No

2.- Sí, una vez

3.- Sí, dos, tres o cuatro veces

4.- Si, cinco o más veces

**Pregunta 2** ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? (Marca una casilla)

1.- No

2.- Sí, una vez

3.- Sí, dos, tres o cuatro veces

4.- Sí, cinco o más veces

**Pregunta 3** ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo ¿Te has cortado a ti mismo o has tenido una sobredosis que no fuera accidental? Incluye todos los episodios de autolesionismo, hayas querido o no morir en ese momento (Marca una casilla)

1.- No

2.- Sí, una vez

3.- Sí, dos, tres, cuatro o más veces

4.- Sí, cinco o más veces

**SÍ CONTESTASTE “NO” A LA PREGUNTA 3, ESTE ES EL FINAL DEL CUESTIONARIO.  
GRACIAS**

**Continúa solo si contestaste “Si” a la pregunta 3**

**Pregunta 4.-**¿Cuándo te lastimaste por última vez?

- 1.- En las últimas 24 horas
- 2.- En la última semana
- 3.- En el último mes
- 4.- En el último año
- 5.- Hace más de un año

**Pregunta 5.-**¿Cuándo te lastimaste por última vez tú...?

- 1.- Te cortaste la piel (especifica cómo)   
\_\_\_\_\_.
- 2.- Tuviste una sobredosis o tomaste veneno (especifica cómo)   
\_\_\_\_\_.
- 3.- Ambos, cortarte la piel y tener una sobredosis o tomar veneno (especifica cómo)   
\_\_\_\_\_.
- 4.- Hiciste algo más (especifica cómo)   
\_\_\_\_\_.

**Pregunta 6.-**Cuándo te lastimaste por última vez, ¿Qué hizo que pensaras en lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Problemas familiares
- 2.- Problemas con tu novio(a)
- 3.- Problemas con la policía

- 4.- Problemas escolares
- 5.- Problemas de salud
- 6.- Problemas con el alcohol
- 7.- Problemas con la droga
- 8.- Algún otro (Especifica): \_\_\_\_\_.

**Pregunta 7** ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte?

- 1.- Enojo
- 2.- Tristeza
- 3.- Preocupación
- 4.- Excitación
- 5.- Desorientación
- 6.- Tensión
- 7.- Vergüenza
- 8.- Miedo
- 9.- Algún otro (Especifica): \_\_\_\_\_.

**Pregunta 8** ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte?

- 1.- Enojo
- 2.- Tristeza
- 3.- Preocupación
- 4.- Excitación

- 5.- Desorientación
- 6.- Tensión
- 7.- Vergüenza
- 8.- Miedo
- 9.- Alivio
- 10.- Algún otro (Especifica):\_\_\_\_\_.

**Pregunta 9** ¿Después de lastimarte tú...?

- 1.- Te sentiste mejor
- 2.- Te sentiste peor
- 3.- Te sentiste igual

**Pregunta 10** Cuando te lastimaste por última vez ¿Tú querías...?

- 1.- Morirte
- 2.- Autocastigarte
- 3.- Mostrarle a alguien más como te sentías
- 4.- Dejar de sentirte mal
- 5.- Evitar hacer algo más
- 6.- Sentirte mejor
- 7.- Conseguir que otros hicieran algo
- 8.- Conseguir detener a otros de hacer algo
- 9.- Algo más

(Especificar):\_\_\_\_\_.

**Pregunta 11** Cuando te lastimaste por última vez ¿Ingeriste...?

- 1.- Drogas y Alcohol
- 2.- Drogas
- 3.- Alcohol
- 4.- Ninguno

**Pregunta 12** Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello?

- 1.- Meses
- 2.- Semanas
- 3.- Días
- 4.- Minutos
- 5.- Segundos

**Pregunta 13** Antes de lastimarte por última vez ¿Hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar?

- 1.- No
- 2.- Sí, parcialmente
- 3.- Sí, detalladamente

**Pregunta 14** Antes de lastimarte por última vez ¿Le hiciste saber a alguien acerca de tu autolesionismo?

- 1.- A nadie
- 2.- A alguien a quien conocía (Especifica a quien): \_\_\_\_\_   
¿Cómo se lo hiciste saber?: \_\_\_\_\_.
- 3.- Alguien a quien no conocía   
¿Cómo se lo hiciste saber?: \_\_\_\_\_.

**Pregunta 15** Después de lastimarte por última vez ¿Le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho?

1.- A nadie

2.- A alguien a quien conocía (Especifica a quien):\_\_\_\_\_.

¿Cómo se lo hiciste saber?:\_\_\_\_\_.

3.- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?:\_\_\_\_\_.

# **ANEXO 3**

## **Eating Disorder Inventory (EDI)**

	N	R	AV	AM	H	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	<input type="checkbox"/>					
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>					
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	<input type="checkbox"/>					
4. Como cuando estoy disgustado/a	<input type="checkbox"/>					
5. Me atraco de comida	<input type="checkbox"/>					
6. Me gustaría ser más joven	<input type="checkbox"/>					
7. Pienso en seguir una dieta	<input type="checkbox"/>					
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	<input type="checkbox"/>					
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>					
10. Me siento ineficaz como persona	<input type="checkbox"/>					
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	<input type="checkbox"/>					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	<input type="checkbox"/>					
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	<input type="checkbox"/>					
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>					
16. Me aterroriza ganar peso	<input type="checkbox"/>					
17. Confío en los demás	<input type="checkbox"/>					
18. Me siento solo/a en el mundo	<input type="checkbox"/>					
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>					
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	<input type="checkbox"/>					
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	<input type="checkbox"/>					
22. Prefiero ser adulto que niño	<input type="checkbox"/>					
23. Me comunico fácilmente con los demás	<input type="checkbox"/>					
24. Me gustaría ser otra persona	<input type="checkbox"/>					
25. Exagero o aumento la importancia del peso	<input type="checkbox"/>					
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	<input type="checkbox"/>					
27. Me siento inadaptado/a	<input type="checkbox"/>					
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	<input type="checkbox"/>					
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	<input type="checkbox"/>					
30. Tengo amistades íntimas	<input type="checkbox"/>					
31. Me gusta la forma de mis nalgas	<input type="checkbox"/>					
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>					
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	<input type="checkbox"/>					
34. Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás	<input type="checkbox"/>					
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>					

N, nunca; R, raramente; AV, algunas veces; AM, a menudo; H, habitualmente; S, siempre.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>AV</i>	<i>AM</i>	<i>H</i>	<i>S</i>
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago	<input type="checkbox"/>					
37. Me siento seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>					
38. Pienso en atracarme de comida	<input type="checkbox"/>					
39. Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a	<input type="checkbox"/>					
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no	<input type="checkbox"/>					
41. Tengo una pobre opinión de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>					
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>					
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí	<input type="checkbox"/>					
44. Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control	<input type="checkbox"/>					
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>					
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a	<input type="checkbox"/>					
47. Después de haber comido poco me siento hinchado/a	<input type="checkbox"/>					
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as	<input type="checkbox"/>					
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando	<input type="checkbox"/>					
50. Pienso que soy una persona útil	<input type="checkbox"/>					
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a	<input type="checkbox"/>					
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas	<input type="checkbox"/>					
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	<input type="checkbox"/>					
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercárseme o entablar amistad	<input type="checkbox"/>					
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
56. Me siento interiormente vacío/a	<input type="checkbox"/>					
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales	<input type="checkbox"/>					
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida	<input type="checkbox"/>					
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>					
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente	<input type="checkbox"/>					
61. Como o bebo a escondidas	<input type="checkbox"/>					
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
63. Mis metas son excesivamente altas	<input type="checkbox"/>					
64. Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer	<input type="checkbox"/>					