

*Universidad Nacional Autónoma de México*

*Facultad de Medicina*

*El Alivio del Dolor Emocional a través de la Conducta Autolesiva*

*Tesis para obtener el Título de la Especialidad de Psiquiatría*

*PRESENTA:*

*Dra. Henestrosa Peña Karen*

*Dr. Senties Castellá Héctor Dra. Ana Fresán Orellana*

*ASESOR TEÓRICO ASESOR METODOLÓGICO*

*México, D.F. a 14 de diciembre del 2006*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA  
AUTOLESIVA**

Estudio de pacientes que arriban al servicio de urgencias y consulta externa del Hospital Psiquiátrico  
Fray Bernardino Álvarez con conductas autolesivas

**INVESTIGADORES**

Dra. Henestrosa Peña Karen  
Médico Residente de 4to año de Psiquiatría  
Responsable del Proyecto de Tesis  
Calle Niño de Jesús No. 2  
Tlalpan D.F. C.P. 14 000  
Consulta Externa  
Teléfono: 56 62 52 14 Celular: 044 5517280173  
e-mail: karenhenestrosa@hotmail.com

Dr. Senties Castellá Héctor

**ASESOR TEÓRICO**

Instituto Nacional de Psiquiatría  
Servicios Clínicos  
Av. México Xochimilco No. 101  
San Lorenzo Huipulco México D.F.  
Teléfono: 56 55 28 11 Ext. 348  
e-mail: [sentiesh@imp.edu.mx](mailto:sentiesh@imp.edu.mx)

Dra. Ana Fresán Orellana

**ASESOR METODOLÓGICO**

Instituto Nacional de Psiquiatría  
Av. México Xochimilco No. 101,  
San Lorenzo Huipulco México D.F.  
Teléfono: 56 55 28 11 Ext. 204  
e-mail: fresan@imp.edu.mx

**SEDE**

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

## ÍNDICE

## TEMÁTICO

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Justificación.....	18
Planteamiento del problema.....	18
Objetivos.....	19
Hipótesis.....	19
Metodología.....	20
Procedimiento.....	25
Análisis Estadístico.....	25
Consideraciones Éticas.....	25
Resultados.....	26
Discusión.....	36
Conclusiones.....	38
Referencias Bibliográficas.....	39
Anexos.....	48
Carta de Consentimiento Informado.....	48
Escalas	
Ideación suicida.....	51
Intencionalidad suicida de Beck.....	53
Hamilton de Ansiedad.....	55
Desesperanza de Beck.....	56
Impulsividad de Plutchik.....	57
Agresividad explícita.....	58
Análogo-visuales.....	59

## RESUMEN

**OBJETIVO:** La conducta autolesiva es un fenómeno heterogéneo de importancia relevante ya que se considera frecuente en las salas de urgencias psiquiátricas. Es indispensable su estudio en nuestro país; indagar la frecuencia con la que se presenta, hacer consensos, diseñar estrategias para su manejo y prevención. Sobre todo hacer el diagnóstico diferencial con la conducta suicida, ya que esta última implica un manejo diferente. Para llegar a tan ambicioso objetivo, es necesario una línea de investigación, de la cual puede formar parte el presente estudio. **MÉTODO:** Se estudiaron a 41 pacientes recibidos en el servicio de urgencias y de consulta externa, de un hospital de concentración, hicimos la descripción de los fenómenos autolesivos llevados a cabo y de las características demográficas de dicha población. **RESULTADOS:** En cuanto al dolor emocional anterior a la conducta autolesiva, los pacientes reportaron un elevado dolor emocional, el cual se redujo tras la conducta autolesiva. Así mismo, los pacientes reportaron un dolor físico moderado al momento de cometer la conducta autolesiva. **CONCLUSIONES:** Es importante diferenciar la conducta autolesiva de la verdadera conducta suicida, sin embargo por el momento solo tenemos la clínica para hacerlo, debido a que los instrumentos sólo nos dan un acercamiento aproximado. De tal forma, podríamos hablar de un espectro de conductas autodestructivas, que requerirán primero la disección conceptual de cada una de ellas.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Self injurious behaviors is a heterogeneous phenomena of great importance since it is frequently found on psychiatric emergency room. Its study is essential, specially in our community, we must investigate its frequency so we can discuss and design strategies for its handle and prevention. We must learn to distinguish self injurious behaviours from suicidal ones, because both requires different treatments. **METHOD:** we have studied 41 patients that were admitted for emergency services and external consultation in a concentration hospital. Here we describe self injurious phenomena and demographic characteristics of our subjects. **RESULTS:** patients showed an increasing level of emotional distress before they harm themselves, but that distress decrease after they injure themselves. Besides patients said they felt a moderate physical pain the very moment they injure themselves. **CONCLUSIONS:** we must distinguish form the self injurious behaviour to the truly suicidal conduct. Because of

4 5

the self injurious behaviors spectrum they represent, sometimes it may be almost impossible to distinguish among both conducts in our clinic.

## INTRODUCCIÓN

Emile Durkheim, sociólogo francés, en 1891 define al suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima (16). Así, una conducta suicida es la que busca como objetivo final la muerte. Las conductas parasuicidas se refieren a todo comportamiento autodestructivo y las tentativas de suicidio no fatales (1). De aquí se desprenden las conductas autolesivas (CAL). Se llama conducta autolesiva a infligirse deliberadamente un daño físico directo al propio cuerpo sin intención

de morir (96).

Algunas personas pueden infligirse daño directa o indirectamente a si mismos, sin la intención de morir, en formas muy diversas, algunas culturalmente sancionadas y patológicas. El fenómeno de la autoagresión es heterogéneo en su naturaleza, indicador de mala adaptación impactando tanto a quien la realiza como a los que le rodean encontrando su fuerza en los sentimientos de autodestrucción y, por supuesto, son una llamada para una intervención efectiva. Otros sinónimos de las conductas autolesivas pueden ser suicidio parcial (*partial suicide*, Menninger 1935, 1938), antisuicidio (*antisuicide*, Simpson 1976), pseudosuicidio, autolesión deliberada (Pattison and Kahan 1983), autocortes finos (Pao 1969) síndrome de las muñecas cortadas (*Wrist-cutting síndrome*, Graff and Mallin 1967; Rosenthal 1972), automutilación, *Self-harm Behaviors* (Carving, Schwartz 1989).

Como ya vimos, se llama conducta autolesiva a infligirse deliberadamente un daño físico directo al propio cuerpo sin intención de morir. En cuanto a la clasificación de las autolesiones muchos autores expertos en el campo opinan que el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ofrece pocas e inconsistentes guías al respecto. Es común que sean vistas como un síntoma dentro de un trastorno psiquiátrico. En 1990, Favazza, Rosenthal y Simeon (1995) propusieron una clasificación de las CAL que ha resultado la más usada para el estudio del tema. Clasificándolas en: estereotipadas, mayores, compulsivas e impulsivas.

5 6

Los estudios muestran que un 4% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos se lesionan cortándose; la proporción mujer-hombre es casi de 3 a 1. Se estima que la incidencia de autolesiones en los pacientes psiquiátricos supera más de 50 veces a la de la población general. Se suele descubrir que las personas con conductas autolesivas llevan haciéndolo durante años. De los pacientes que ingresan en unidades de tratamiento de drogodependencia, se encuentran autolesiones en aproximadamente el 30% de los consumidores de tóxicos por vía oral y en 10% de quienes lo hacen por vía parenteral. Estos pacientes refieren que no sienten dolor cuando se autoinfligen y justifica su conducta como resultado de la ira hacia sí mismo o hacia los demás, el alivio de la tensión y el deseo de morir (41).

## ANTECEDENTES

Un fenómeno frecuente y de difícil tratamiento en los pacientes psiquiátricos es el daño físico directo e intencional causado por *conductas autolesivas* que no se efectúan con una finalidad suicida. Es una conducta *deliberada*, es decir, conciente en su motivación, por lo tanto aquellos actos cometidos en estados disociativos no entran en este grupo de conductas, así como tampoco las accidentales. Daño *directo*, excluye el fumar, el tomar alcohol en forma excesiva, ya que solo implica los daños externos como el cortarse la piel, picarse, o inclusive la toma de pastillas. Por otro lado, *sin la intención de morir*, que es uno de los aspectos más difícil de obtener, pues sabemos que los individuos frecuentemente durante un estado disfórico, de intensa tristeza o desesperación pueden experimentar ideas suicidas y se autolesionan. Sin embargo, estos pacientes llegan a describir su conducta autodestructiva sin la intención de morir, e inclusive hablan de un alivio después de la autolesión (96).

La conducta se puede presentar eventualmente en padecimientos psiquiátricos como estados

depresivos o psicóticos. Sin embargo, cuando se presenta de manera frecuente, constituye lo que se denomina el *síndrome de autolesión deliberada* que se puede observar en pacientes con retraso mental y trastornos de personalidad. Existen algunos padecimientos dentro del DSM-IV que pueden presentar conductas autolesivas, ya que propiamente no se distinguen en un padecimiento aparte:

- 1.- Tricotilomanía, dentro del Eje I en el apartado de Trastorno del Control de Impulsos.
- 2.- Trastorno del Control de Impulsos no especificado.

3.- En el Eje II, en el Trastorno de la personalidad límite (American Psychiatric Association 1994, p 654).

4.- Trastorno de los movimientos estereotipados con conducta autolesiva.

Se piensa que por la poca investigación al respecto de las CAL todavía no tiene una clasificación adecuada a la realidad de nuestros pacientes, pues resulta complicado encasillarla en alguna de las anteriores categorías. Favazza y et al proponen la siguiente clasificación de las CAL (96):

**Cuadro 1-1 Clasificación de las conductas autolesivas (CAL)**

<b>Categoría</b>	<b>Conducta</b>	<b>Tejido dañado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Patrón</b>	<b>Trastornos</b>
Estereotipada	Golpes en cabeza Mordedura Masticarse Jalar cabellos	Medio a severo (en peligro la vida)	Muy frecuente	Sin simbolismo, por ataque, por crisis	Retraso mental Autismo Lesch-Nyhan Cornelio de Lange Prader Willi
Mayor	Castración Enucleación de ojo, Amputación	Severo y peligro por la vida	Unico	Impulsivo o planeado con simbolismo concreto	Psicosis Intoxicaciones Trastornos del carácter severos Transexualismo
Compulsiva	Jalar cabellos Rasguñarse Morder uñas	Medio a moderado	Repetitivo	Compulsivo, parte de un ritual, alguna vez simbólico	Tricotilomanía Trastorno de los movimientos estereotipado
Impulsiva	Cortarse, quemarse, herirse la piel	Medio a moderado	Unico o habitual pero no repetitivo	Impulsivo, simbólico, ritual	Trastornos graves de la personalidad Trastornos de estrés posttraumático Trastornos de la alimentación

## Estudios en animales

Se ha reportado que los macacos criados en ambientes con privación social (sin sus madres o congéneres), son susceptibles de desarrollar conductas autolesivas (22). La intensidad de la conducta se correlaciona con la duración y con la edad en que los sometieron al aislamiento. En los macacos privados socialmente se favorece la manifestación de CAL tras la administración de D-anfetamina y se encuentra un incremento dosis-dependiente de noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo (45). Asimismo el CAL se ha asociado a disfunciones a nivel central de dopamina y serotonina (46, 47). Sin embargo, en estudios recientes no se han encontrado resultados concordantes con respecto al incremento o disminución de aminas y sus metabolitos a nivel central, relacionados con la presencia de

CAL (104).

Algunos macacos rhesus en cautiverio espontáneamente desarrollan conductas autolesivas como morderse, en ocasiones resulta en un daño severo como la mutilación. Han demostrado niveles menores de cortisol en plasma de los macacos rhesus con historia de conducta autolesiva comparada con los que no se autolesionan. Además, los niveles de cortisol fueron correlacionados negativamente con la frecuencia de morderse (103).

El uso de 6-hidroxidopamina con la consecuente denervación química dopaminérgica en roedores durante la etapa neonatal produce conductas autolesivas (8). Esta respuesta parece estar mediada por una hipersensibilidad del receptor D1 de dopamina (8, 9). En ratas adultas se produce CAL tras la administración de dosis altas de cafeína, de psicoestimulantes tales como la pemolina o anfetaminas (61, 62). Las anfetaminas actúan como agonistas indirectos al bloquear la recaptura de dopamina incrementando su concentración extracelular (31). El tratamiento previo con diversas sustancias modifica la inducción de CAL con metanfetamina: tanto los antagonistas D1 como los precursores de serotonina la disminuyen; sin embargo, la extinción de la conducta se observa solamente con antagonistas de N-metil-D-aspartato (NMDA). En contraste, el pretratamiento con antagonistas D2 o naloxona no modifica la conducta (89).

De estos estudios podemos concluir que el CAL podría originarse por una disfunción del sistema dopaminérgico, tanto a nivel del transportador de dopamina como de la expresión del receptor D1 dopaminérgico. Ambos se encuentran alterados en ratas tratadas con 6-hidroxidopamina durante el periodo neonatal (29, 102). La expresión de genes inducida por anfetaminas y dopamina en el estriado requiere de la activación de receptores D1 y de NMDA (44, 98), por lo que es posible que el CAL resulte de una anomalía en la transducción de señales postsinápticas. Por otro lado, es posible observar el desarrollo de conductas autolesivas en animales tras la lesión del sistema nervioso periférico (107). A partir de esta observación se desarrolló un modelo en ratas en el que se induce un proceso inflamatorio reversible en la pata, el cual dispara una conducta de autolesión (100). Este comportamiento puede modificarse tras la estimulación de diferentes estructuras cerebrales: la estimulación eléctrica del cíngulo anterior incrementa la conducta (72); la destrucción bilateral del área tegmental ventral (constituida por neuronas dopaminérgicas inhibitorias que se proyectan hacia la corteza anterior del cíngulo), aumenta la conducta de autotomía, mientras que la estimulación eléctrica de esta área retarda su aparición (101).

Con base en lo anterior, podemos concluir que el sistema dopaminérgico juega un papel determinante en la génesis de la conducta de autolesión, específicamente en núcleos

elacionados con la integración cognoscitivo-afectiva, tal como el área tegmental ventral, la corteza anterior del cíngulo y el tálamo anterior.

## **El espectro de lo Normal y lo Anormal: Autolesiones en la Cultura y la Religión**

Favazza (1996) encuentra, desde tiempos de la prehistoria hasta el momento presente, investigaciones extensas y varias descripciones de formas de “automutilaciones en rituales y prácticas culturalmente sancionadas”. Dentro de los rituales culturales, tenemos por ejemplo, en alguna región de la India eligen a los hombres jóvenes para que se inserten broquetas en el pecho y en la espalda. En las prácticas culturales, como los piercing en nuestra actualidad (96).

Los rituales a través de una conducta autolesiva promueven tres factores sociales (Favazza 1996): espiritualidad, orden y curación. Los Sanadores Musulmanes en Morocco se hacen heridas en su cabeza para que los enfermos beban su sangre. En Nueva Guinea los hombres se inducen hemorragias nasales periódicamente para purificarse, simulando la menstruación en las mujeres. En el Sur de África, realizan trepanaciones para sanar los dolores de cabeza. Los Aztecas y Mayas realizaban rituales realizándose heridas en el pene para demostrar su devoción, o como, penitencia. En algunas tribus africanas se cortan el dedo para establecer la tribu a la que pertenecen. En la actualidad algunos de nuestros adolescentes utilizan aretes en la lengua, en los pabellones auriculares o en algunas otra partes del cuerpo (96).

En contraste, tenemos a la autolesión patológica la cual tiende a ser vista negativamente por la cultura general, no comparte un simbolismo o significado con la cultura y no es practicada por una porción considerable de la sociedad (96).

Ahora, daremos paso a la descripción de las autolesiones según la clasificación de Favazza, ya descrita.

### **CAL en pacientes con retraso mental (*Autolesiones estereotipadas*)**

La conducta autolesiva estereotipada se refiere a aquella que ocurre de forma repetitiva, monótona, de forma fija, frecuente, con ritmo, sin significado, afecto o pensamiento. El daño puede ser de moderado a grave, y siempre hay la amenaza de volver a ocurrir. Es menos frecuente que ocurra cuando el paciente está acompañado. Regularmente estos pacientes tienen retraso mental. Del 15 al 20% de los pacientes con retraso mental (RM) que acuden a instituciones de salud para su atención, presentan conductas autolesivas (33, 65). Algunas entidades clínicas involucradas son el autismo, Síndrome de Lesch-Nyhan, Cornelio de Lange, Prader Willi.

En pacientes autistas con CAL se ha reportado una disfunción del sistema opioide (86). Sandman y cols. plantean que tras el daño tisular ocasionado por el CAL repetitivo se produce una liberación de beta endorfinas que origina un estado de relativa analgesia y de ánimo placentero que condiciona el desarrollo de un ciclo en el que es necesaria la autolesión para mantener una liberación crónica de opioides endógenos. De esta manera se produce un estado parecido a la dependencia. El uso de antagonistas opioides (naltrexona) disminuyó la frecuencia de CAL en un subgrupo de pacientes autistas a corto plazo (87).

Uno de los padecimientos que puede dar luz en relación al mecanismo de génesis del CAL es el síndrome de Lesch-Nyhan que presenta como signo clínico relevante un alto índice de automutilación (63). Es un desorden ligado a X, donde se ve afecta la síntesis de una purina,

y se encuentra solo en varones. En estos pacientes podemos encontrar muchos síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo espasticidad, distonía, coreoatetosis, retardo mental, agresión y conducta autolesiva. Sus conductas típicas con morderse, picarse, pellizcarse, rasguñarse. Al respecto, se ha planteado una disfunción dopaminérgica (50) expresada como una hipersensibilidad del receptor D1 en la corteza anterior del cíngulo (71, 85).

El síndrome de Cornelio de Lange es un trastorno congénito raro caracterizado por retraso mental y autolesiones, tales como, morderse los labios, rasguñarse, golpearse la cabeza. Los pacientes con el síndrome de Prader-Willi caracterizado por hiperfagia, obesidad, hipogonadismo, retardo mental y disturbios en el comportamiento como síntomas obsesivo compulsivos, autolesiones, intolerancia a la frustración.

Es posible plantear que esta serie de padecimientos que tiene como factor común el CAL, presenta una hipersensibilidad de receptores dopaminérgicos, principalmente D1, en una región específica que va del cíngulo anterior hacia la corteza prefrontal. Esta alteración determina una disfunción en las estructuras que intervienen en los *procesos cognoscitivos del dolor*.

### **CAL mayores**

Este término sugiere las autolesiones más dramáticas y frecuentemente las más amenazantes que envuelven la destrucción irreversible del órgano o tejido. Castración, enucleación del ojo y amputación de alguna extremidad son las más comunes. Éstas son planeadas o altamente impulsivas en su naturaleza y son más comunes en estados psicóticos. En la Esquizofrenia, o en estados de intoxicación, trastornos afectivos severos y en el transexualismo se han reportado dichas conductas. Estos comportamientos regularmente constituyen una urgencia médica.

Las conductas autolesivas de pacientes psicóticos frecuentemente son en respuesta a alucinaciones imperativas o delirios (religiosos). Temas como el castigo por la culpa o transgresiones sexuales son comunes (78).

### **CAL compulsivas**

Estas conductas incluyen a los actos repetitivos, ritualísticos que ocurren múltiples veces en un día, como la tricotilomanía, onicofagia, y las heridas en piel como los rasguños y las laceraciones. La tricotilomanía es la más estudiada, el paciente refiere una urgencia conciente, automática, con un complejo de pensamientos y emociones de jalarse o arrancar el cabello. Así mismo refieren un alivio posterior a la realización del acto. Existen otras CAL en el ámbito compulsivo, tales como, picarse la piel, morderse las uñas, el síndrome de Tourette. Dicho síndrome se caracteriza por múltiples tics vocales y motores con inicio en la temprana infancia. Del 13 al 53% presentan autolesiones compulsivas, como golpearse la cabeza, cachetarse, morderse los labios o la lengua, picarse los ojos y la piel.

### **CAL en pacientes con trastornos de personalidad (*Autolesiones Impulsivas*)**

Se diferencia en este grupo, según Favazza, dos subgrupos en esta categoría, los episódicos y los repetitivos. En los primeros encuentra datos de una conducta adictiva que incorpora el individuo a su identidad, dicha autolesión se convierte en una respuesta automática ante

varios estados internos de malestar y estímulos externos, típicamente iniciado en la adolescencia y persistente por décadas. Entre el 70 y 80% de los pacientes que cumplen los criterios del DSM-IV para trastorno límite de personalidad (TLP), presentan CAL (14). En estos pacientes el CAL se inicia en la adolescencia, persiste por décadas y ocasiona gran disfunción personal y social (70, 108). El primer estudio que evalúa las posibles bases neurobiológicas de las conductas autolesivas en pacientes con TLP fue realizado por Gardner en 1990 (29). En este estudio se encontró que los pacientes con TLP, intentos suicidas y CAL presentaron menores niveles de concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (catabolito de la serotonina) en el LCR en comparación con pacientes con TLP sin CAL y con controles sanos.

Simeon y cols. (91) investigaron la relación entre alteraciones en el sistema serotoninérgico y factores psicológicos en pacientes con trastornos de personalidad con CAL. Además de que los pacientes con conductas autolesivas tuvieron una patología del carácter más severa, el grado de autolesión se correlacionó de manera positiva con el grado de impulsividad, enojo crónico y ansiedad somática, y de manera negativa con el número de sitios de unión a imipramina en las plaquetas. Este índice se considera un reflejo del funcionamiento de los receptores de serotonina a nivel central. La respuesta a la administración aguda de metilclorofenilpiperazina (m-CPP: agonista de receptores 5HT1A) se ve disminuida en pacientes con TLP, CAL e impulsividad y se correlaciona directamente con el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia (77). Del 30 al 60% de los pacientes con TLP no reportan dolor durante los episodios autolesivos y refieren disminución de síntomas disfóricos inmediatamente después (49). En este sentido, Russ y cols. (81) han identificado las características psicológicas y biológicas que distinguen a este grupo de pacientes de los que sí reportan dolor. Los pacientes con TLP que no reportan dolor durante el CAL presentan menores puntuaciones en los reportes de intensidad y en el componente aversivo cuando se someten a pruebas experimentales de dolor agudo. Además, los pacientes refieren una mejoría de estados anímicos tales como depresión, enojo, ansiedad y confusión inmediatamente después de haberse aplicado la prueba nociceptiva (81). Asimismo, presentan un grado más alto de impulsividad y *disociación*, y un número también más alto de intentos suicidas. Además fueron víctimas con mayor frecuencia de agresión sexual durante la infancia (82). La alteración en la percepción del dolor en este subgrupo de pacientes se ha relacionado con los componentes sensitivos y cognoscitivos del dolor, es decir, presentan menor capacidad de discriminación entre un estímulo doloroso de otro que no lo es (alteración sensitiva), y adoptan un estilo de enfrentamiento estoico ante las situaciones dolorosas (factor cognoscitivo) (83, 43). Estos pacientes también presentan un incremento en los umbrales de percepción del dolor en estados basales sin estrés, los que se incrementan aún más en los estados de ansiedad (6). Un hallazgo electroencefalográfico importante en los pacientes con TLP que presentan CAL es el incremento de la banda theta en estados basales y durante la prueba de tolerancia al frío. En los pacientes con TLP que no perciben dolor durante el CAL, la potencia de la banda theta se correlaciona de manera directa con la puntuación total de la escala de experiencias disociativas (84).

Leibenluft et al (49) describe 5 fases en el proceso de la autolesión: 1) el evento precipitante (una pérdida significativa), 2) disforia en aumento, 3) intentos de prevenir la autolesión, 4) la autoagresión y 5) secuelas o resultados (en ocasiones viene el alivio).

Desde 1978 se han reportado asociaciones entre los trastornos de la alimentación y la conducta autolesiva. Garfinkel observó mayor prevalencia de éstas entre los pacientes con

bulimia que los de anorexia (30). Mitchell (58) encuentra que el 41% de los pacientes bulímicos que utilizan laxantes tenían conductas autolesivas, y 26% de los pacientes bulímicos no laxantes.

### **Relación entre la Impulsividad y la Agresión**

Bennum (1983) reportó que 70% de los individuos con conducta autolesiva sienten que ellos no tienen control sobre el acto. Favazza y Conterio (1989) reportaron que el 78% de los sujetos en su muestra decidieron autolesionarse en un momento, y el 15% tomaron la decisión 1 hora antes de realizar el acto. En otra muestra (Gardner and Gardner 1975) menos del 15% de los individuos con estas conductas no mostraron resistencia ante la autolesión. Simeon et al (1992) encontró una correlación significativa entre el grado de autolesión y su impulsividad.

Acerca de la agresión, algunos estudios de automutiladores muestran el 18-45% reportan enojo consigo mismos durante el acto y el 10-32% enojo contra otros (Benum 1983; Gardner and Gardner 1978).

### **El dolor**

Actualmente el dolor es considerado como una experiencia perceptiva compleja debida a la interacción existente entre procesos fisiológicos, cognitivos y afectivos (Melzack y Casey, 1968; Scheiner y Karoly, 1983; Miró, 1997). Dentro de este ámbito, el dolor es considerado una relevante fuente de estrés tanto para el paciente como para su familia, además de que el estrés puede ser considerado como un factor modulador del síntoma algíco centrándose, por lo tanto, el foco de atención en las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente, definidas como los pensamientos y acciones que los individuos realizan en sus esfuerzos por manejar el dolor desde una perspectiva diaria (Katz, Ritvo, Irvine y Jackson, 1996) y sus implicaciones en su calidad de vida. En un estudio realizado en Salamanca con 32 mujeres con el diagnóstico de fibromialgia detectaron que el índice general no se relaciona con ninguna estrategia de afrontamiento, el uso de la religión tiende a relacionarse positivamente con la ansiedad, depresión y pérdida de control, dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación del paciente. Por el contrario, el uso de la distracción y del autocontrol mental como estrategias de afrontamiento al dolor se relacionan negativamente con las dimensiones ansiedad y pérdida de control, por lo tanto, una mayor utilización de dichas estrategias se relacionan con una mejor calidad de vida del paciente (59).

### **Percepción del dolor y disociación**

La disociación puede definirse como aquel estado mental en el cual el individuo presenta una desconexión pasajera de la conciencia de sí mismo, del tiempo o de las circunstancias externas (105). Se ha encontrado un incremento en la actividad theta en algunos estados mentales disociativos llamados “estados alterados de la conciencia”, tales como el trance hipnótico y la meditación (48). Más aún, se ha reportado un incremento en la potencia de la banda theta durante la anticipación de un estímulo doloroso (48). Dicha actividad cerebral se origina en la parte media de la corteza prefrontal y el cíngulo anterior (39), estructuras límbicas relacionadas con el procesamiento cognoscitivo-afectivo del dolor (12, 73). Cuando se genera de manera experimental un estímulo doloroso, los cambios en el flujo sanguíneo cerebral (FSC) de la corteza del cíngulo anterior (CCA) se relacionan directamente con la

percepción de desagrado del estímulo (24, 76). La activación de esta estructura es determinante en la reacción emocional y conductual del dolor, dada su proximidad con las estructuras premotoras o de ejecución ligadas con procesos de atención y conductas de evitación.

La integración de las tres esferas del dolor, expresadas como intensidad, nivel de desagrado y afecto secundario, se lleva a cabo en un sistema central de zonas que procesan la información nociceptiva en serie y en paralelo. Las dos vías que conducen la información nociceptiva hacia las estructuras límbicas son, en primer lugar, una vía directa a través de los núcleos centrales del tálamo hacia la corteza insular y del cíngulo anterior. La otra vía proviene de las áreas somatosensoriales talámicas y corticales, que posteriormente constituyen una vía corticolímbica que brinda información contextual acerca del estímulo doloroso. Ambas convergen en las mismas estructuras corticales y subcorticales del cíngulo anterior cuya función podría ser la de establecer un balance emocional y la prioridad en la respuesta al estímulo (75). Es de interés señalar que los aspectos cognoscitivos del dolor (grado de desagrado y afecto secundario) se modifican dependiendo de la personalidad del individuo, mientras que la percepción de la intensidad de los estímulos dolorosos se mantiene constante entre los diferentes rasgos de personalidad (37).

Los síntomas de la disociación, particularmente la despersonalización, resultarían, desde el punto de vista neurobiológico, de la combinación de dos mecanismos:

1. Un componente inhibitorio mediado por un mecanismo prefrontal izquierdo que inhibe la amígdala del lóbulo temporal ipsilateral (e indirectamente a otras estructuras como el cíngulo anterior) y que ocasiona disminución de la respuesta emocional.
2. Un componente excitatorio originado en el núcleo central de la amígdala que provocaría una activación de sistemas colinérgicos y noradrenérgicos ascendentes y de la corteza prefrontal derecha que a su vez inhibiría el cíngulo anterior y ocasionaría un estado de “atención vigilante”.

Este patrón de *inhibición emocional y alertamiento vigilante* tendría como propósito, el enfrentarse a situaciones amenazantes en las que el individuo no tiene control sobre el medio y la fuente de daño no puede reconocerse de manera directa. Ante estas situaciones, la respuesta sería altamente adaptativa; sin embargo, en situaciones no amenazantes, este patrón de respuesta originaría una experiencia extraña al disminuir las sensaciones corporales, la respuesta al dolor y al percibir una sensación de vacío en la mente (90).

Es importante señalar que la presencia de síntomas disociativos en pacientes con TLP está bien identificada. El antecedente de agresión física y sexual durante la infancia se ha encontrado fuertemente asociado tanto al desarrollo de TLP como a la presencia de fenómenos disociativos (10, 13, 38, 64). El grado de experiencias disociativas en pacientes con TLP se correlaciona directamente con el grado del CAL (109). Aún más, los pacientes con TLP presentan hipometabolismo de la corteza prefrontal y del cíngulo anterior en comparación con sujetos sanos (15, 99).

Con estas evidencias, se puede plantear un vínculo anatomofuncional entre los aspectos cognoscitivo-afectivos de la integración dolorosa con los mecanismos implicados en la génesis de estados disociativos.

## **Modelos del Dolor Emocional**

Dolor mental o emocional se cree que es una condición humana básica de la existencia que aparece en una gran variabilidad de formas. Usualmente se refiere como a una acumulación de emociones negativas, como culpa, pena, ansiedad, depresión, humillación, miedo. Bolger (7) define al malestar emocional como un intervalo entre varias categorías de alto orden como sentimientos de ruptura, de pérdida de control y de alarma, en las cuales existen subcategorías de menor orden como la herida, el daño, la pérdida de propósito, victimización, la soledad, desconexión y dolor físico, pérdida de significado (anomia), desesperanza, pérdida de identidad, pesadumbre, sentimientos de vacío, indefensión. Shneidman (66) define al dolor emocional a partir de la frustración. Baumeister (66) implica que el dolor mental se describe mejor por el deseo de escapar y es la atención aumentada hacia la negatividad del self (inadecuación) que calibra todos los aspectos de la autopercepción.

Orbach y cols. concluyen que el sentimiento de irrevocabilidad de pérdida y la tensión hacia los cambios negativos del self y sus funciones son las características principales del dolor mental. Inclusive crean una escala de factores del Dolor Emocional, los cuales son: Irreversibilidad, Pérdida del control, Herida narcisista, Confusión, Soporte, Vacío, Bloqueo, Extrañamiento.

A través de estas definiciones daremos el paso a hacer su medición del Dolor Emocional con escalas análogo visuales, ya que en otros estudios hacen la medición del Dolor de otra índole (el físico). Sin embargo ante esta diferencia se nos hace imposible dejar de mencionar el componente cognoscitivo-afectivo del dolor en general, pero que en este tipo de pacientes se puede estudiar de forma más pura que en pacientes con dolor físico.

## JUSTIFICACIÓN

Durante el trabajo en una sala de urgencias psiquiátricas es común el arribo de pacientes con el antecedente de intento suicida y diversos diagnósticos psiquiátricos ya sea en el EJE I y/o en el EJE II, según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV). En ocasiones nos vemos con la dificultad de esclarecer si verdaderamente se trató de una conducta suicida o parasuicida. Por lo tanto, es imprescindible delimitar sus definiciones para su aplicación posterior en la práctica psiquiátrica, con el fin de llegar así a un diagnóstico y tratamiento certero. Sin embargo no es el objetivo del presente trabajo, debido a que se necesita un instrumento clinimétrico certero, con el cual por el momento no contamos. En primera instancia tenemos que definir los fenómenos, diferenciarlos unos de otros, buscar las causalidades, y las patologías a las que se ve más relacionado. Es por esto, indispensable, primero definir el fenómeno de estudio del presente trabajo a través de un estudio descriptivo.

Indagaremos sobre la conducta autolesiva en la población mexicana y, así mismo, con estudios posteriores diferenciar ésta de la verdadera conducta suicida, lo cual tendría como fin un árbol de decisiones diferentes. En nuestro país no hay estudios sobre el tema.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La conducta autolesiva es un mecanismo de alivio utilizado por el paciente para contener con el dolor emocional que en esos momentos experimenta?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- 1.- Describir las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por conductas autolesivas durante 6 meses.
- 2.- Determinar el nivel de desesperanza, ansiedad, violencia explícita, impulsividad de este grupo de pacientes.
- 3.- Evaluar la intensidad del malestar o dolor emocional antes de ocurrir la autoagresión a través de una escala análogo visual.
- 4.- Evaluar el grado de analgesia física durante la agresión.
- 5.- Evaluar la disminución del malestar o dolor posterior a la autoagresión a través de una escala análogo visual.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

Evaluar si la conducta autolesiva disminuye el dolor emocional que experimenta el paciente.

### HIPÓTESIS

Si el dolor emocional es mayor antes de la conducta autolesiva entonces ésta puede representar un alivio para contener con el malestar, un mecanismo de defensa filogenéticamente primitivo.

## METODOLOGÍA

1.- Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo abierto, observacional, retrospectivo, transversal.

2.- Universo de trabajo: El universo de pacientes en estudio abarcará a 41 pacientes que arriben al servicio de urgencias y consulta externa por conductas autolesivas durante 6 meses en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

3.- Tamaño de muestra: se tomaron 41 pacientes, de los servicios ya descritos, con antecedente de conducta autolesiva.

4.- Criterios de selección:

### *Criterios de Inclusión*

- Pacientes con conductas autolesivas que acuden al servicio de urgencias, consulta externa, o en hospitalización del HPFBA, indistintamente del diagnóstico psiquiátrico de ingreso.
- Cualquier sexo.
- Edad entre 18 y 54 años.
- Cooperación para el estudio.
- Aceptación de su participación en el estudio por medio de un consentimiento escrito.

### *Criterios de Exclusión*

- Pacientes con retraso mental, demencia, delirium, trastorno psiquiátrico secundario a condición médica.
- Pacientes con franca ideación suicida o intento suicida reciente.
- Dificultad para comunicarse y cooperar.

## **INSTRUMENTOS**

Se utilizarán las siguientes escalas:

Intencionalidad Suicida de Beck (SIS): Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida, heteroaplicada. Proporciona la gravedad del intento suicida. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación mayor gravedad. González-Macip, en el 2000, evaluaron las características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) e identificaron la frecuencia de la ideación suicida así como las características clínicas en una muestra de 122 estudiantes universitarios que acudieron al Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Al comparar la consistencia interna en esta población, con lo reportado por Beck y cols (1979), se observa que coincidieron en el número de reactivos que se correlacionaron con  $r > .20$  ( $p < .05$ ) y en el índice de confiabilidad  $\alpha = .85$  que es muy aceptable. Entre sus conclusiones, destacan la necesidad de estudios bietápicos (tamizaje y confirmación de casos) para la referencia posterior a los servicios de salud mental correspondientes (35).

Ideación Suicida (SSI): Es una escala heteroaplicada, diseñada para evaluar los pensamientos suicidas. La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta, como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de frenos (disuadores). Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida (3). Podemos observar que los instrumentos utilizados no descartan la intencionalidad e ideación suicida, lo único que nos logran decir es la intensidad de la idea, pues sus referencias mismas nos refieren que no hay punto de corte propuesto. Es así, que no tenemos un instrumento para diferenciar la conducta suicida de la parasuicida, más bien es una labor clínica. Sin embargo de este estudio pueden desprenderse posteriores, para delimitar dichas conductas en la práctica diaria.

Desesperanza de Beck: Es una escala autoaplicada diseñada para evaluar, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. De acuerdo con algunos autores mexicanos Mondragón, Saltijera, Bimbela y Borges, (1998) al aplicar dicha escala a 1,094 pacientes de un hospital de la Ciudad de México, hallaron una confiabilidad de 0.56 (60). González (2000), aplicando la misma escala a 65 niños de entre 8 y 14 años de edad con enfermedad terminal, obtuvo una confiabilidad de 0.65 (34).

Ansiedad de Hamilton: Es una escala heteroaplicada que mide la ansiedad en intensidad, tiempo/frecuencia, incapacidad/disfunción. La validación en español fue realizada por Lobo y cols en el 2002 (51).

Escala de Impulsividad de Plutchik: es una escala autoaplicada para evaluar conductas impulsivas. Los reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. En su estudio de validación se encontró una consistencia interna de 0.73, discriminando adecuadamente la impulsividad existente entre un grupo de estudiantes universitarios y un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados los cuales fueron más impulsivos (74). Los autores españoles sugieren un punto de cohorte de 20. La validación en nuestro país se realizó con 2 grupos de diferentes universos. El primer grupo estuvo constituido por 121 sujetos del sexo masculino, que se encontraban internados en el servicio médico psiquiátrico del Reclusorio Preventivo Sur. Por otro lado, se incluyeron 27 pacientes psiquiátricos que habían intentado suicidarse y un grupo control de 17 pacientes que nunca habían intentado suicidarse, de los servicios de

consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México. Se midió la consistencia interna del instrumento mediante el alfa de Cronbach y se obtuvo la estructura factorial del instrumento (67). El promedio total de la EIP fue de 15.6 puntos, con una consistencia interna de 0.66, comparable a la reportada por Plutchik (74) que fue 0.73. La versión en español de la EIP demostró tener la capacidad para discriminar entre los enfermos mentales reclusos en un centro penitenciario, que habían intentado suicidarse, de aquellos con autoagresiones, encontrándose que estos últimos tenían puntuaciones significativamente más altas (52). De la misma forma, se ha encontrado que los pacientes que habían intentado suicidarse eran más impulsivos que los pacientes que no presentaron dicha conducta (40). A partir de estos resultados, la versión en español de la Escala de Impulsividad de Plutchik tiene un adecuado comportamiento psicométrico y puede ser empleado en diferentes ámbitos de la investigación clínica.

Agresión explícita: Es una escala diseñada para evaluar la severidad de las conductas agresivas por medio de la observación y la descripción de los episodios de agresión de los pacientes. Según Fresán y cols, en el 2004, encontraron un punto de cohorte de 7 puntos en la EAE mostró una sensibilidad del 0.80 y una especificidad de 0.97 con un adecuado poder predictivo positivo o negativo (26, 68).

Escalas análogo-visuales: El dolor es una experiencia subjetiva que se ha cuantificado a través de este modo de medición en otros estudios. Uno de los avances más importantes en el estudio y tratamiento del dolor ha sido el conocimiento adquirido en relación a la forma de evaluarlo y de medirlo. El tratamiento adecuado del dolor obliga hoy a su medición; esto es válido tanto para los ensayos clínicos de nuevas drogas o técnicas analgésicas, como para la práctica clínica. La intensidad del dolor y el alivio que producen las diferentes drogas empleadas son las variables que más se han utilizado para el ajuste de dosis, por lo que llegar a algún grado de estandarización en su medición ha sido de extraordinaria utilidad (106).

### ***Problemas en la evaluación del dolor***

Analizando la definición de dolor es posible comprender la dificultad para medirlo, debido a su naturaleza subjetiva y por su carácter multidimensional. Se trata de objetivar un fenómeno fundamentalmente subjetivo, sujeto a una gran variabilidad individual, y en el cual el propio paciente es el mejor juez evaluador. Los métodos más útiles usan la información proporcionada por el enfermo como forma de expresión de la intensidad o calidad del dolor. Habitualmente sólo se utiliza la primera en su evaluación, por ser una de sus dimensiones más significativas, observando lo que ocurre en reposo o al realizar algunos movimientos o maniobras (por ejemplo toser), sin considerar otras características evaluables, de tipo sensorial (dolor quemante, penetrante o punzante) o afectivo (agotador, atemorizante). Las variaciones individuales en el umbral del dolor dificultan su evaluación. Por ejemplo, en el postoperatorio existe un grupo de pacientes que no requiere analgesia (10-20%), otro que tiende a referir dolor en forma permanente (<10%), mientras que en el grupo restante la dosis media recomendada es más o menos efectiva. Diversos factores pueden variar el umbral doloroso -raciales, la edad (mayor dolor en adultos jóvenes que en viejos), el sexo, el estado psicológico (mayor en pacientes intranquilos o no premedicados), por lo que cualquier evaluación o ensayo clínico obliga a estudiar un número significativo de pacientes (idealmente más de 30 por grupo en estudio) y a estandarizar al máximo las variables señaladas.

### ***Medición del dolor en clínica***

La medición del dolor en clínica es muy distinta de lo que ocurre con el dolor experimental. En éste es posible cuantificar la calidad y magnitud del estímulo. En clínica, la mayoría de las veces tanto la naturaleza como la intensidad del estímulo son desconocidos, pudiendo variar ambas cualidades en el tiempo. A diferencia de otras variables fisiológicas (pulso, presión arterial, glicemia) no existe un método objetivo y directo que permita medir el dolor. Los métodos más utilizados son de tres categorías:

1. Informes subjetivos de dolor.
2. Mediciones y observaciones de conducta dolorosa.
3. Correlaciones fisiológicas.

Escala visual análoga (EVA): consiste en una línea recta, habitualmente de 10 cm de longitud, con las leyendas "SIN DOLOR" y "DOLOR MAXIMO" en cada extremo. El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros desde el punto cero (SIN DOLOR). También pueden confrontarse con escalas semejantes que en un extremo tengan "SIN ABOLICION DEL DOLOR" y en el otro "AUSENCIA DE DOLOR" o "MAXIMA ABOLICION".

La EVA es hoy de uso universal. Es un método relativamente simple, que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad, es decir, es fácilmente reproducible (5, 11, 42).

### **PROCEDIMIENTO**

Una vez que el paciente arribe a urgencias con el antecedente de conducta autolesiva (como mínimo 3 meses antes de la fecha de captura del paciente) y sea valorado por el residente de 1er año se procederá a la aplicación de las escalas ya descritas por el Médico Responsable del Proyecto de Investigación, previo consentimiento informado del paciente. Si el paciente proviene de consulta externa, igualmente se le aplicará la batería de pruebas descritas, y serán aplicadas por el médico responsable de la Investigación. En primer lugar, se aplicaron las Escalas de Intencionalidad Suicida de Beck e Ideación Suicida para excluir a los pacientes que tuvieron una tentativa de suicidio grave, considerando ésta puntuación mayor o igual a 19 puntos. Posteriormente se le aplicaba las siguientes escalas: Desesperanza de Beck, Ansiedad De Hamilton, Agresividad explícita, Impulsividad de Plutchik y las escalas análogo visuales para la medición del dolor emocional antes y después de la agresión; así como también para la detección de analgesia física durante la agresión.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para la descripción de características clínicas y demográficas de la muestra, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviación estándar (D.E.) para las variables continuas. Para determinar la variación del dolor emocional antes y después de la conducta autolesiva se utilizó la T de Student para muestras pareadas. El nivel de significancia estadística se fijó con una  $p \leq 0.05$ .

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se trata de un estudio en donde participan seres humanos que sigue las bases de los documentos del Código de Nuremberg, declaración de Helsinki y la modificación de Tokio, surgidos para encauzar dentro de normas éticas y humanísticas los experimentos que requieren de sujetos humanos para su realización.

A través de una carta de consentimiento informado se le explicó a cada paciente lo que consistía el estudio, programa a efectuar, consignas a seguir, las ventajas, la confidencialidad de los datos expuestos. Así mismo, la participación de cada paciente fue voluntaria después de la invitación al estudio.

Tokio, surgidos para encauzar dentro de normas éticas y humanísticas los experimentos que requieren de sujetos humanos para su realización.

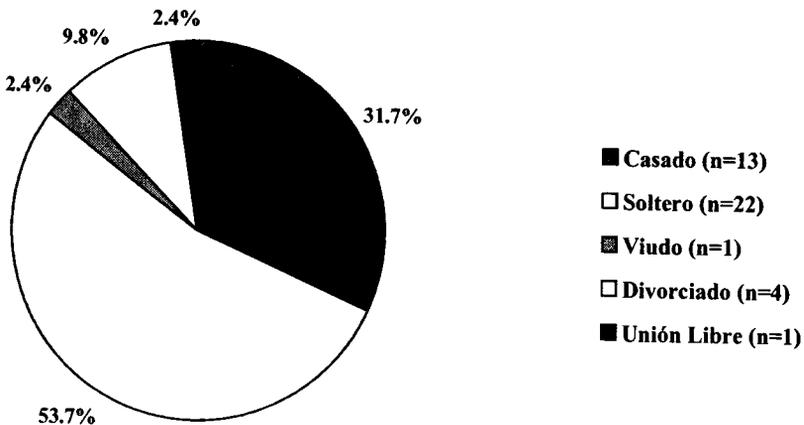
A través de una carta de consentimiento informado se le explicó a cada paciente lo que consistía el estudio, programa a efectuar, consignas a seguir, las ventajas, la confidencialidad de los datos expuestos. Así mismo, la participación de cada paciente fue voluntaria después de la invitación al estudio.

## RESULTADOS

### a) Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra consistió en 41 pacientes con conductas autolesivas. El 80.5% (n=33) fueron mujeres y el 19.5% (n=8) fueron hombres. La edad promedio de la muestra fue de 29.2 +/- 8.2 años (rango 18-48 años) con una escolaridad promedio de 10.4 +/- 3.6 años (rango 2-19 años), lo que es equivalente al primer año de bachillerato. La mayoría de los pacientes reclutados se encontraban sin pareja al momento del estudio (65.9%, n=27) (Gráfica 1).

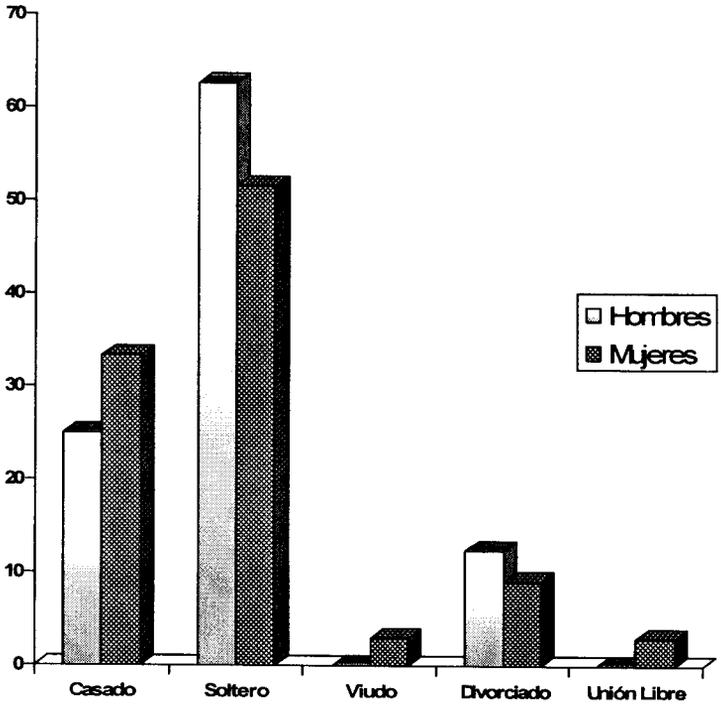
**Gráfica 1. Estado civil de los pacientes con conducta autolesiva incluidos en el estudio.**



La edad promedio de los hombres fue 34.37 años (rango 18-48 años) con una escolaridad promedio de 9.5 años que corresponde a nivel secundaria. Mientras que la edad promedio de las mujeres fue 28.03 años (rango 18-41 años) con una escolaridad promedio de 10.72 años, que corresponde a nivel bachillerato.

En cuanto al estado civil por sexo, encontramos que el 75% de los varones se encontraba sin pareja, y el 63.63% de las mujeres se encontraba sin pareja (Gráfica 2).

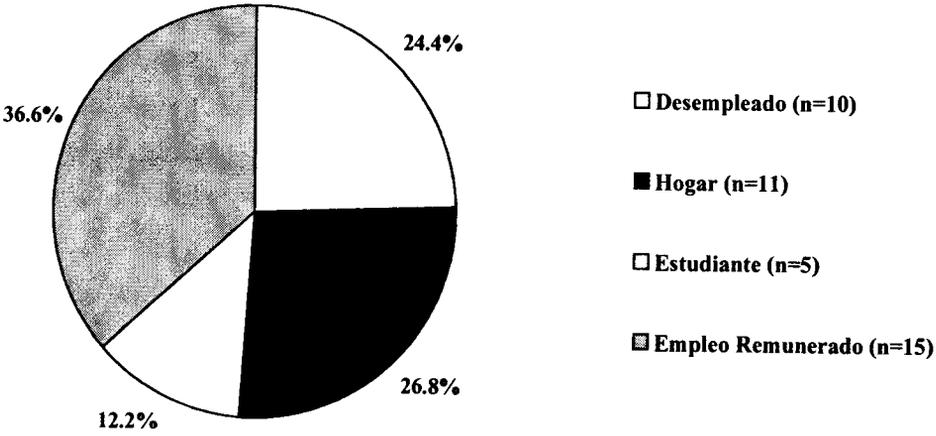
**Gráfica 2. Estado Civil según sexo de los pacientes con conducta autolesiva incluidos en el estudio.**



	Casado	Soltero	Viudo	Divorciado	Unión Libre
Hombres	25% (n=2)	62.5% (n=5)	0	12.5% (n=1)	0
Mujeres	33.3% (n=11)	51.5% (n=17)	3% (n=1)	9% (n=3)	3% (n=1)

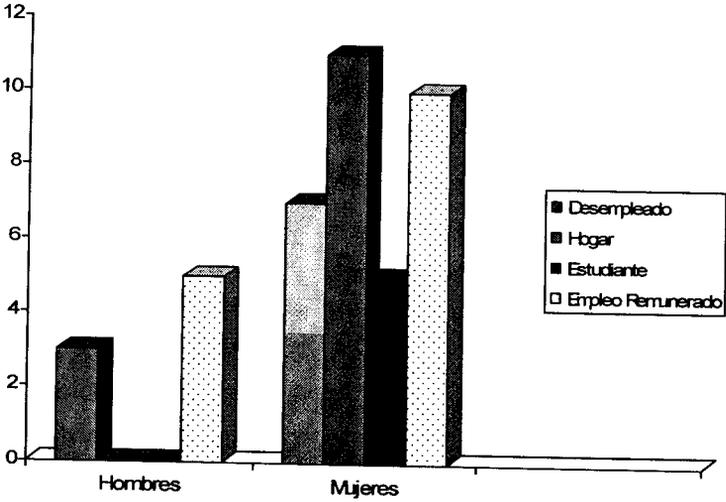
La mayoría de los pacientes se encontraban sin una actividad económica remunerada (63.4%, n=26) y tan solo el 36.6% (n=15) tenían una actividad económica remunerada (Gráfica 3). De acuerdo a la clasificación de nivel socioeconómico, el 29.3% (n=12) tenían un bajo nivel socioeconómico al momento de su inclusión en el estudio, el 65.9% (n=27) pertenecían a un nivel socioeconómico medio y el 4.8% (n=2) restante, un nivel socioeconómico alto.

**Gráfica 3. Ocupación de los pacientes con conducta autolesiva incluidos en el estudio.**



El 62.5% (n=5) de los varones contaban con un empleo remunerado, mientras que sólo el 30.3% (n=10) de las mujeres recibían un pago por laborar (Gráfica 4).

**Gráfico 4. Ocupación según sexo de los pacientes con conducta autolesiva incluidos en el estudio.**



	Hombres	Mujeres
<b>Desempleado</b>	37.5% (n=3)	21.2% (n=7)
<b>Hogar</b>	0	33.3% (n=11)
<b>Estudiante</b>	0	15.5% (n=5)
<b>Empleo Remunerado</b>	62.5% (n=5)	30.3% (n=10)

**b) Características clínicas de la muestra**

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes con conductas autolesivas incluidos en el estudio. Más de la mitad de la muestra presentó algún trastorno de la personalidad (56.1%, n=23), seguido por el diagnóstico de depresión mayor (9.8%, n=4). En esta misma tabla se muestra la distribución de los diagnósticos psiquiátricos según sexo.

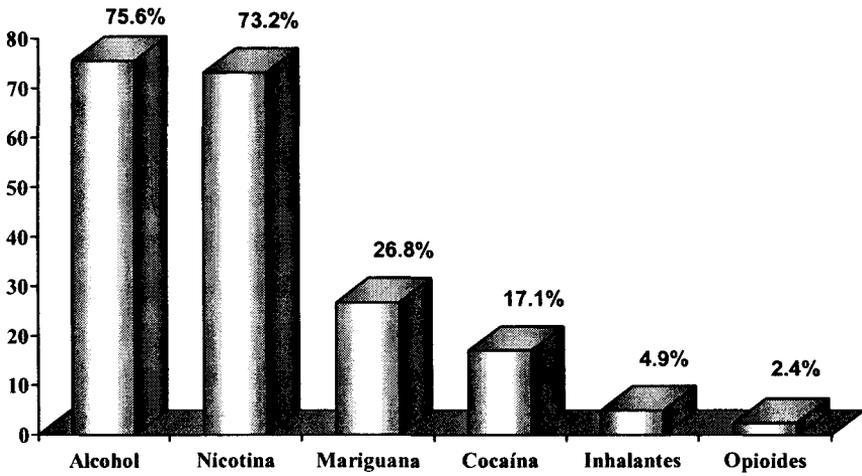
**Tabla 1. Diagnósticos psiquiátricos de los pacientes con conducta autolesiva.**

Diagnóstico	Hombres	Mujeres	N	%
Esquizofrenia / Esquizofreniforme	1	1	2	4.9
Depresión Mayor	0	5	5	12.2
Trastorno Bipolar	0	2	2	4.9
Trastorno de Ansiedad	0	2	2	4.9
Trastorno de la Personalidad	5	21	26	63.4
Epilepsia del lóbulo temporal	0	1	1	2.4
Distimia	1	1	2	4.9
Trastorno del sueño no especificado	1	0	1	2.4

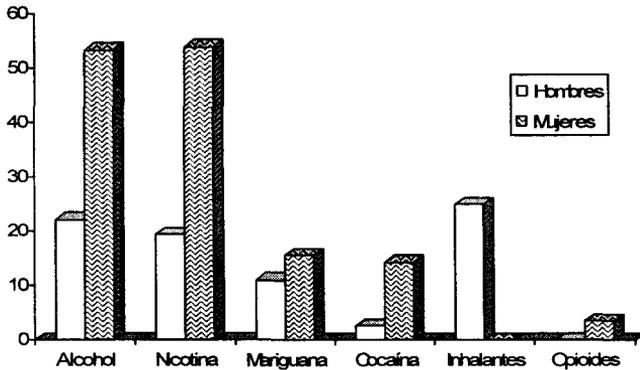
La edad de inicio del padecimiento psiquiátrico fue a los 19.4 +/-5.6 años (rango 6-38). La edad de inicio del padecimiento principal en hombres fue a los 21 años (rango 15-38 años), mientras que en la población femenina fue a los 19 años (rango 6-38 años). Del total de los pacientes, el 39.0% (n=16) requirieron de alguna hospitalización psiquiátrica en algún momento durante la evolución de su padecimiento. El 12.5% (n=2) fueron varones y 87.5% (n=14) mujeres. La edad promedio de la primera hospitalización psiquiátrica fue a los 25.6 +/- 8.2 años (rango 14-40 años), y el promedio de hospitalizaciones fue de 1.8 +/- 0.8 (rango 1-3 hospitalizaciones), con una estancia intrahospitalaria promedio de 5.3 +/- 4.6 semanas (rango 1-16 semanas).

En relación al consumo de sustancias, el 87.8% (n=36) de los pacientes reportó consumo actual de alguna sustancias, siendo las más frecuentes el alcohol, la nicotina y la marihuana (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Consumo de sustancias de los pacientes con conducta autolesiva incluidos en el estudio.**



**Gráfica 6. Consumo de sustancias según sexo de los pacientes con conducta autolesiva incluidos en el estudio.**



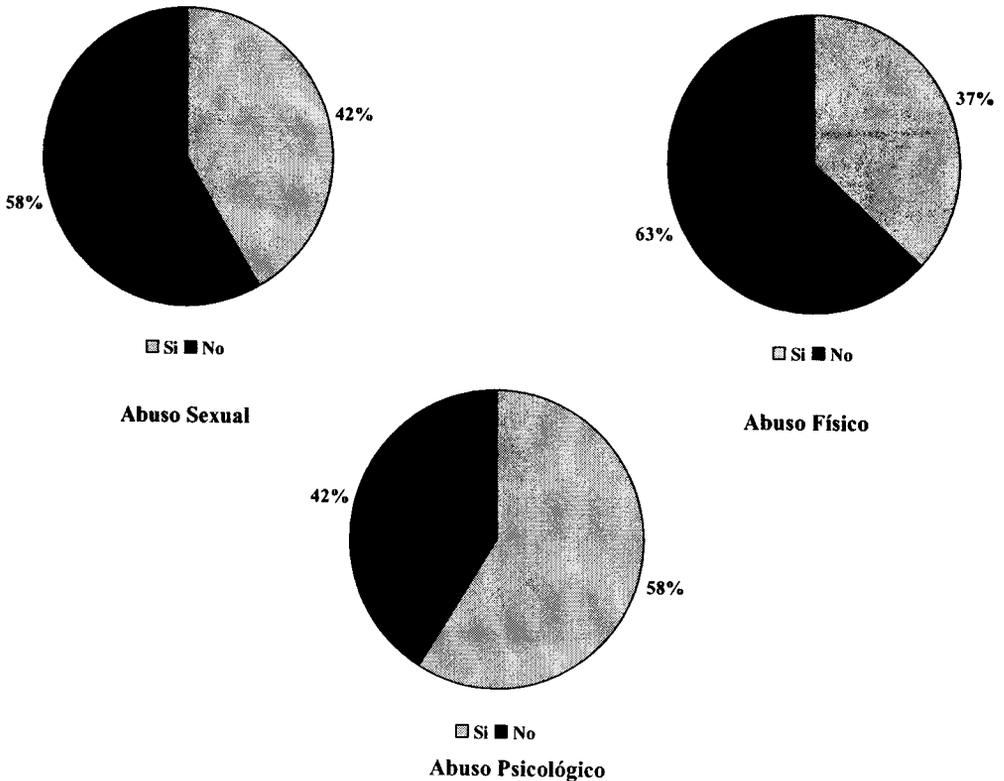
	Alcohol	Nicotina	Marihuana	Cocaína	Inhalantes	Opioides
Hombres	22.2% (n=8)	19.4% (n=7)	11.1% (n=4)	2.7% (n=1)	25% (n=2)	0
Mujeres	53.3% (n=23)	54% (n=23)	15.6% (n=7)	14.3% (n=6)	0	3.6% (n=1)

Del total de varones (n=8) el 100% consumía alcohol, mientras que sólo el 69.9% consumía alcohol en la actualidad (Gráfica 6).

c) Antecedentes de abuso en pacientes con conducta autolesiva

Del total de los pacientes incluidos, el 73.2% (n=30) reportó haber sido víctima de abuso físico, sexual o psicológico durante en algún momento del ciclo vital, mientras el 26.8% (n=11) no reportó haber sido víctima de abuso. En la Gráfica 7 se muestra el tipo de abuso del que fueron víctimas los pacientes.

**Gráfica 7. Abuso físico, sexual o psicológico sufrido por los pacientes con conductas autolesivas.**

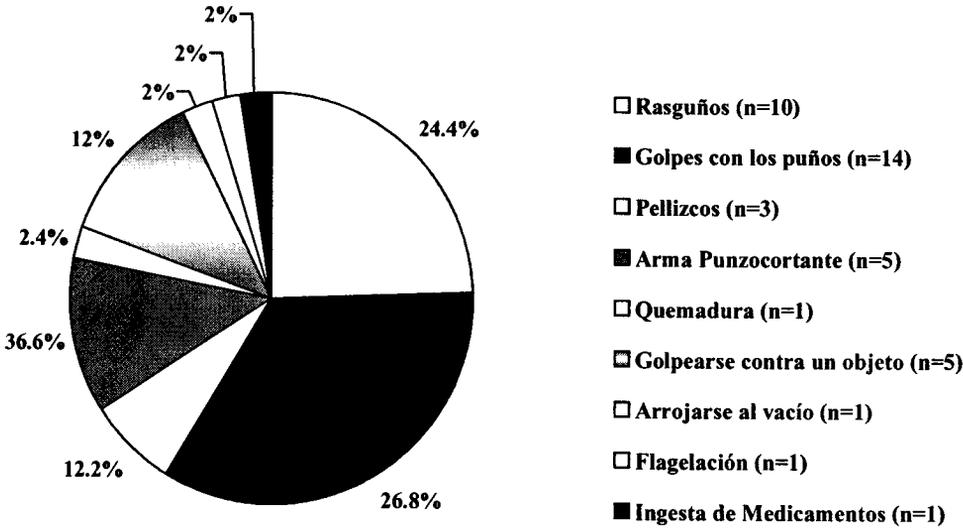


De los pacientes que tenían antecedente de abuso físico, el 13.33% (n=2) fueron varones y el 86.6% (n=13) mujeres. El abuso sexual sólo fue presentado por las mujeres con el 42% (n=17) del total de la población femenina. Mientras que el abuso psicológico lo presentaron el 16.6% (n=4) de los varones y el 83.3% (n=20) de la población femenina.

d) Características de la conducta autolesiva

En la Gráfica 8 se muestra el tipo de conducta autolesiva de los pacientes al momento de su inclusión en el estudio. Las lesiones de mayor frecuencia de presentación fueron la autolesiones con los puños, seguidas por los rasguños.

**Gráfica 8. Tipos de autolesiones de los pacientes incluidos.**



La severidad de las lesiones fue de leve a moderado y tan solo uno de los pacientes (2.4%) requirió de ser hospitalizado para la atención de la autolesión. No obstante, el 95.1% (n=39) tenían el antecedente de autolesiones previas (rasguños en el 31.7% y

golpearse con los puños en el 39.0%), y tan solo en dos pacientes (4.9%) se reportó que era la primera vez que presentaban algún tipo de conducta autolesiva.

**Tabla 2. Tipo de autolesiones según Sexo de los pacientes incluidos en el estudio.**

Tipo de autolesión	Hombre	Mujer
Rasguños	0	10
Golpes con los puños	3	12
Pellizcos	0	3
Arma Punzocortante	2	3
Quemadura	0	1
Golpearse contra un objeto	3	2
Arrojarse al vacío	0	1
Flagelación	0	1
Ingesta de medicamentos	0	1

**Tabla 3. Tipo de autolesiones según diagnóstico y sexo en los pacientes incluidos al estudio.**

Tipos de autolesiones	Hombres									Mujeres							
	E	DM	Tb	Ta	Tp	Elt	Dt	Tsñ	E	DM	Tb	Ta	Tp	Elt	Dt	Tsñ	
Rasguños	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	5	1	1	-	
Golpes con los puños	1	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	2	8	-	-	-	
Pellizcos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	
Arma Punzocortante	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	
Quemadura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
Golpearse contra un objeto	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	2	-	-	-	
Arrojarse al vacío	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
Flagelación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
Ingesta de medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	

E=esquizofrenia, DM=depresión mayor, Tb=trastorno bipolar, Ta=trastorno de ansiedad, Tp=trastorno de personalidad, Elt= epilepsia del lóbulo temporal, Dt=distimia, Tsñ=trastorno del sueño.

De acuerdo a la Tabla 3 podemos observar que los trastornos de personalidad fueron los más asociados a la presentación de conducta autolesiva, así como el Trastorno depresivo mayor. En la población incluida, tanto en hombres como en mujeres, encontramos el Trastorno límite de la personalidad, en menor grado el disocial y esquizoide.

e) Severidad sintomática de los pacientes con conductas autolesivas.

En la Tabla 4 se muestra la severidad sintomática de los pacientes incluidos en el estudio. De forma general se observa una severidad mínima en términos de intencionalidad e ideación suicida. Sin embargo se observa que los síntomas de ansiedad evaluados con la Escala de Ansiedad de Hamilton son de intensidad severa, y el nivel de desesperanza moderado. Por otro lado, estos pacientes muestran elevados niveles de impulsividad y agresión explícita, evaluados por medio de la Escala de Impulsividad de Plutchik y la Escala de Agresión Explícita.

En cuanto al dolor emocional anterior a la comisión de la conducta autolesiva, los pacientes reportaron un elevado dolor emocional, el cual se redujo tras la conducta autolesiva ( $t=5.83$ , 40 gl,  $p<0.001$ ). Asimismo, los pacientes reportaron un dolor físico moderado al momento de cometer la conducta autolesiva.

**Tabla 4. Severidad sintomática de los pacientes con conductas autolesivas.**

<b>Evaluación</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Escala de Ideación Suicida	2.2	4.7
Escala de Intencionalidad Suicida	2.1	4.7
Escala de Ansiedad de Hamilton	30.9	9.3
Escala de Desesperanza de Beck	9.6	4.7
Escala de Impulsividad de Plutchik	24.9	7.6
Escala de Agresión Explícita	7.5	3.4
Dolor emocional antes de la lesión	8.6	2.0
Dolor emocional posterior a la lesión	5.4	3.0

## DISCUSIÓN

La literatura describe un número mayor de suicidios consumados en los varones que en las mujeres, así mismo, éstas últimas lo intentan más que los varones. Lo cual parece concordar en el presente estudio ya que 80.5% (n=33) fueron mujeres y el 19.5% (n=8) fueron hombres. Por lo que pudieramos sugerir un mayor escrutinio ante las pacientes para diferenciar un intento suicida de una conducta autolesiva, en donde ambas representan gravedad, sin embargo también merecen diferentes manejos. La edad promedio de la muestra fue de 29.2+/- 8.2 años (rango 18 a 48 años) que concuerda con la edad registrada en la literatura, la cual ha registrado la conducta autolesiva en la adolescencia y en la población económicamente productiva.

Los pacientes solteros y desempleados pueden ser una población de mayor riesgo de presentar la conducta autolesiva, en una población de pacientes psiquiátricos en nuestro país. Situación que se percibe, en los resultados obtenidos, sin embargo es de considerar que se trata de una muestra pequeña por lo que no puede generalizarse estos datos a la población general psiquiátrica.

En cuanto al diagnóstico clínico más presentado fue el Trastorno de Personalidad, seguido de el Trastorno Depresivo Mayor, y posteriormente le siguen en un mismo número la Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastornos de Ansiedad y Distimia. En un principio parecería predecible el diagnóstico más frecuente, por las características de la población seleccionada, ya que difícilmente los pacientes con Retraso Mental u Autismo podrían contestar las pruebas realizadas, pero es probable que interrogando a los familiares encontraríamos un hallazgo más frecuente de las conductas autolesivas en esta población. Por otro lado, tenemos a la población de varones con el diagnóstico de Trastorno de personalidad con mayor frecuencia, mientras que en la población femenina con autolesión también predomina en primer lugar los trastornos de personalidad, pero se distribuyen los otros diagnósticos casi en igual porcentaje. El tipo de autolesiones predominantes fueron en los varones los golpes con los puños, con arma punzocortante, golpes contra los objetos, mientras que en las féminas predominaron los rasguños, golpes

con los puños, arma punzocortante, golpes contra los objetos, quemaduras, flagelación, pellizcos, arrojarse al vacío.

La edad de inicio del padecimiento psiquiátrico fue a los 19.4 $\pm$  5.6 años (rango 6-38). Del total de los pacientes, el 39% (n=16) requirieron de alguna hospitalización psiquiátrica en algún momento durante la evolución de su padecimiento. La edad promedio de la primera hospitalización psiquiátrica fue a los 25.6  $\pm$  8.2 años (rango 14-40 años), y el promedio de hospitalizaciones fue de 1.8  $\pm$  0.8 (rango 1-3 hospitalizaciones), con una estancia intrahospitalaria promedio de 5.3  $\pm$  4.6 semanas (1-16 semanas), de lo cual hubiera sido interesante saber el motivo de internamiento y si hubo recaídas, para averiguar el éxito terapéutico.

En relación al consumo de sustancias, el 87.8% (n=36) de los pacientes reportó consumo actual de alguna sustancias, siendo las más frecuentes el alcohol, la nicotina y la marihuana; al respecto, tenemos que se reportó el consumo perjudicial de las mismas. El consumo de sustancias según sexo, se distribuyó predominantemente el consumo actual de alcohol y nicotina en la población masculina y femenina.

Del total de los pacientes incluidos, el 73.2% (n=30) reportó haber sido víctima de abuso físico, sexual o psicológico durante en algún momento del ciclo vital, el cual es un porcentaje considerable, que es necesario considerar que, según la literatura, esta población es más susceptible a presentar periodos disociativos, en los cuales se pueden presentar conductas autolesivas o hasta suicidas; mientras el 26.8% (N=11) no reportó haber sido víctima de abuso. El antecedente de abuso físico y psicológico predominó en las mujeres comparativamente que en los varones. En este último grupo no existió el antecedente abuso sexual.

Las lesiones de mayor frecuencia de presentación fueron las autolesiones con los puños, seguidas por los rasguños, y en realidad solo un solo paciente requirió manejo médico.

En cuanto a la severidad sintomática de los pacientes con conductas autolesivas, de forma general se observa una severidad mínima en términos de intencionalidad e ideación suicida. Sin embargo se observa que los síntomas de ansiedad evaluados con la Escala de Ansiedad de Hamilton son de intensidad severa, y el nivel de desesperanza

moderado. Por otro lado, estos pacientes muestran elevados niveles de impulsividad y agresión explícita, evaluados por medio de la Escala de Impulsividad de Plutchik y la Escala de Agresión Explícita. Por lo que pueden ser focos para encuadrar el tratamiento en este tipo de pacientes, ya sea con terapéutica farmacológica y/ o psicoterapéuticas.

Es necesario comentar la desventajas del estudio realizado, la recolección de la información fue por mínimo de 3 meses de haber presentado la conducta autolesiva, por lo que era necesario situar al paciente en aquél momento de haberse autolesionado, situación que sesga la información obtenida de una forma considerable.

## CONCLUSIONES

El concepto de dolor emocional es un término utilizado por el ambiente de los profesionales de la psicología para referirse a aquél malestar surgido por una acumulación de emociones negativas, como culpa, pena, ansiedad, depresión, humillación, miedo. En nuestros resultados podemos percatarnos de que el dolor emocional disminuye posterior a la autoagresión, el cual pudiera ser un mecanismo de alivio o de adaptación, por supuesto al margen de lo patológico, pues se considera autodestructivo. Sin embargo en nuestros pacientes psiquiátricos es común que ocurra con frecuencia, sobre todo aquellos con antecedente de patologías como el retraso mental, psicosis crónicas, trastornos de la personalidad graves, trastorno obsesivo-compulsivo. Las conductas autolesivas más frecuentes fueron los golpes con los puños, rasguños, golpes contra objetos, con armas punzocortantes, pellizcos; y en menor grado las quemaduras, ingesta de medicamentos, flagelación, arrojarse al vacío. El presente estudio sólo representa la descripción del fenómeno autolesivo en una muestra de la población mexicana, que será un paso para posteriores estudios que ayudarán a la diferenciación escrupulosa con la conducta suicida. Ahora bien, el manejo a través de técnicas cognitivo conductuales y el ejercicio de la identificación de las emociones pudieran ser directivas en su tratamiento. La presentación de la conducta autolesiva es más frecuente en mujeres que en varones. Los diagnósticos psiquiátricos en los que ocurre con mayor frecuencia fueron los Trastornos de personalidad (límite, disocial y esquizoide), en el Trastorno Depresivo Mayor, en la Esquizofrenia, en el Trastorno Bipolar. Aunque también se vio asociada la presentación de la conducta autolesiva a otros diagnósticos con Trastorno del sueño, Epilepsia del Lóbulo Temporal, Distimia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1.- American Psychiatric A

D

2.- Apiquian R, Fresán A, Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español. JGH Editores. México. ISBN 970-681-027-7 3.- Beck AT, Kovac M, Weissman A. Assessment of suicidal intent: The scale for suicidal ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:343-52. 4.- Bennum I. Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide Life Threat Behav* 13; 71-84, 1983.

5.- Bilbeny N. Medición del dolor en clínica. En Paeile C, Saavedra A (Eds). *El Dolor. Aspectos Básicos y Clínicos*. Santiago: Mediterráneo, 1990: 87-101. 6.- Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, Lieb K: Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality and self-mutilating behavior. *Psychiatric Research*, 95:2

7

342-62. 8.- Breese GR, Baumeister AA, Celeste Napier T, Fray GD, Mueller RA: Evidence that D-1 dopamine receptors contribute to the supersensitive behavioral responses induced by L-hydroxyphenylalanine in rats treated neonatally with 6-hydroxydopamine, *J Pharmacol Exp Ther*, 235:287-295, 1985. 9.-Breese GR, Criswell HE, Duncan GE, Mueller RA: A dopamine deficiency model of Lesh-Nyhan disease - The neonatal-6-OHDA-lesioned rat. *Brain Res Bull*, 25:477-484, 1990.

1

abuse in childhood. *Clin Neuroscience Res*, 1:331-336, 2001. 11.- Bugeo G, Dagnino J, Muñoz H, Torregrosa S. Escala visual análoga

C

12.- Chen Can: New perspectives in EEG/MEG brain mapping and PET/fMRI neuroimaging of human pain. *Int J Psychophysiol*, 42: 147-159, 2001. 13.- Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 147:887-892, 1990. 14.- Clarkin J, Widiger T, Frances A, Hurt W, Gilmore M: Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnormal Psychology*, 92:263- 275, 1983. 15.- De La Fuente JM, Goldman S, Stanus E, Vizueté C, Morlan I, Bobes J, Mmendlewicz J: Brain glucose metabolism in borderline personality disorder.

P

16.- Durkheim Emile. *El suicidio*. Grupo Editorial Tomo. 2004. 17.- Favazza A: Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry* 40:137-145, 1989. 18.- Favazza, A: *Bodies Under Siege; Self-Mutilation and Body Modific*

a

19.- Favazza, A: *Th*

1

20.- Favazza A, Conterio K: Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 79;283-89, 1989. 21.- Favazza A, Rosenthal R: Varieties of pathological Self-mutilation. *Behav Neurol* 3:77-85, 1990. 22.- Favazza A, Simeon D: Self-mutilation, in *Impulsivity and Aggression*. Edited by Hollander E and Stein DJ. Chichester, England, John Wiley and Sons, 1995. 23.- Favazza A, DeRosear L, Conterio K: Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav* 19: 352-61, 1989. 24.- Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DELFIOREelfiore G, Luxen A, Frank G, Lamy M, Maquet P: Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 92: 1257-1267, 2000. 25.- Fittinghoff NA, Lindburg DG, Gomber J, Mitchell G: Consistency and variability in the behavior of mature, isolation reared, male rhesus macaques. *Primates*, 15:111-139, 1974. 26.- Fresán A, et al. Sensibilidad y especificidad de la Escala de agresión explícita en pacientes con esquizofrenia, *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32 (2): 71-75. 27.- Frohna PA, Neal-Beliveau BS,

Joyce JN: Delayed plasticity of the mesolimbic dopamine system following neonatal 6-OHDA lesions. *Synapse*, 25:293-305, 1997.

28.- Gardner AR, Gardner AJ: Self-mutilation, obsessionality, and narcissism. *Br J Psychiatry* 127; 127-32, 1975. 29.- Gardner DL, Lucas PB, Cowdry RW: CSF metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls. *Biol Psychiatry*, 28:247-254, 1990.

3  
A

31.- Giros B, Jaber M, Jones SR, Wi  
in  
*Nature*, 379:601-612, 1996. 32.- Graff H, Mallin R: The syndrome of the wrist cutter. *Am J Psychiatry* 124:3

33.- Griffin JC, Williams DE, Stark MT: Self-injurious behavior: a state-wide  
116, 1986. 34.- González, CA. Escala de desesperanza para niños: ca  
UNAM, 2000. 35.- González  
universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23; 2; 21-30, 2000. 36.- Hamilton M.  
The assessment of anxiety status by rating Br J M  
32: 50-55. 37.- Harkins SW, Price DD, Braith J: Effects of the extraversion and neuroticism  
on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *Pain*, 36:209-218, 1989.

38.- Herman JL, Perry JC, Van Der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personali  
39.- Ishii R, Shinosaki K, Ukai S, Inouye T, Ishihara T, Yoshimine T, Hirabuki N, Asada H,  
Kihara T, Robinson SE, Takeda M: Medial prefrontal cortex generates theta rhythm.  
*NeuroReport*, 10:675-679, 1999. 40.- Jiménez, A (1995). La impulsivida  
Psiquiatría y Salud Mental. México, D. F. Universidad Nacional Autónoma de México. 41.-  
Kaplan and Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, ciencias de la conducta Psiquiátrica Clínica  
42.- Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Anesth Clin North Am* 1992; 10: 229-246.

43.- Kemperman I, Russ MJ, Clark WC, Kakuma T, Zanine E, Harrison K: Pain assessment  
in selfinjurious patients with borderline personality disorder  
detection theory. *Psychiat Res*, 70:175-183, 1997. 44.- Konraci C, Levenque JC, Hyman SE:  
Amphetamine and d  
immediate early gene expression in striatal neurons depends on postsynaptic NMDA  
receptors and calcium. *J Neurosci*, 16:4231-4239, 19

45.- Kraemer GW, Ebert MH, Lake CR, McKinney WT: Hypersensitivity to d-amphetamine  
after early social deprivation in rhesus monkeys. *Psychopha*  
82; 266-71, 1984. 46.- Kraemer GW, Ebert MH, Schmidt DE, Mckinney WT: A longitudinal  
study of the effect of different rearing conditio  
amine metabolites in rhesus monkeys. *Neuropsychopharmacolog*

47.-Kraemer GW, Clarke AS: The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in  
rhesus monkeys. *Pr*

48.- Larbig W, Elbert T, Lutzenberger W, Rockstroh B, Schnerr G, Birbaumer N: EEG and  
slow brain potentials during anticipation and control of painful stimulation.  
*Electroenceph Clin Neurophysiol*, 53:298-309, 1982. 49.- Le  
mutilator. *J Pers Dis*, 1:317-324, 1987. 50.- Lloyd KG, H  
2002 16 Biochemical evidence of dysfunction of brain neurotransmitters in the Lesch-Nyhan  
syndrom

51.- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré, Badía X, Baró E. Validación de las versiones en  
español de la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale y la  
Anxiety Scale para la evolución de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;  
118:493-499.

- 52.- López A (1995). Intentos suicidas y autoagresiones en pacientes psiquiátricos de un centro penitenciario. Relaciones con la impulsividad. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. México, D. F.: Universid
- 53.- Melzack R, Wall PD: Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, 21:353-367, 1965. 54.- Melzack R.: from the gate to the neuromatrix. *Pain S*, 6:S121-S126, 1999.
- 55.- Mendoza Y. and Pellicer F. Percepción del dolor en el Síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 4, agosto 2002
- 56.- Menninger K: A Psychoanalytic study of the significance of self-mutilation. *Psycoanal Q* 4: 408-466,1935.
- 57.- Menninger K: Man Against Himself. New York, Harcourt Brace World, 1938. 58.- Mitchell JE, Boutacoff L bulimia. *J Nerv Ment Dis*, 1986; 174:174-76. 59.- Monsalve VA, Soriano JF and Soucase B. Estrategias de afrontamiet dolor y calidad de vida: relaciones entre las variables en una muestra de pacientes diagnosticados de fibromialgia. Póster del Salamanca 2002. 60.- Mondragón L, Saltijeral T, Bimbela A y Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza 27; 1998. 61.- M behavior in rats. *Pharmacol Biochem Behav*, 16:957-963, 1982. 62.- Mueller K, Saboda S, Palmour R, Nyhan WL: Self-injurious behavior in rats by daily caffei 1982. 63.- Nyhan WL, Johnson HG, Kaufman IA: Serotonergic approaches to the modification of 1:25-40, 1980. 64.- Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM: Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality di *Psychiatry*, 147:1008-1013, 1990. 65.- Oliver handicap: a total population study. *J Ment Def Res*, 31:147-162, 1987. 66.- Orbach, Israel. Mental Pain and Suicide, *Is J Psychiatry Relat Sci* 40; 3: 2003. 67.- Páez F, Jiménez A, López A, Raull J, Ortega-Soto validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental* 19:10-12, 1996. 68.- Páez F, Licon E, Fresán A and et al. 69.- Pao PN: The syndrome of delicate self-cutting. *Br J Med Psychology* 42:195-206, 1969. 70.- Patisson EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*,140:867-872, 1983. 71.- Pellicer F, Buendia-Roldan I, Pallares-Trujillo VC: Self-mutilation in the Lesch-Nyha *Hypotheses*, 50:43-47, 1998. 72.- Pellicer F, Lopez-Avila A, Lopez-Torres E: Electric stimulation of the cingulum bundle precipitates onset of autotomy induced by 3:287-293, 1999. 73.- Petrovic P, Ingvar M: Imaging cognitive modulation of pain processing. *Pain*, 95:1-5, 2002. 74.- Plutchik R, Van Praag H (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 13 suppl: S 23-34. 75.- Price DD: Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*, 288:1769-1772, 2000. 76.- Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC: Pain affect encode human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* ,277:968-971, 1997. 77.- Rinne T, Westernberg H, Den Boer JA, Van Den Brink W: Serotoniner to metachlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. *Biol Psychiatry*, 47:548-556, 2000.

78.- Ronald M. W. and Stanley M. Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation. *Am J Ps*

79.- Rosenthal PA, Rosenthal S: Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry* 141:520-25,1984. 80.- Rosenthal RJ, Rinzel c, Walsh R. Et al: Wrist-cutt 128:1363-68, 1972. 81.- Russ MJ, Roth SD, Lerman A, Kakuma T, Harrison K, Schindlecker RD, Hull J, Mattis S: Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorders. *Biol Psychiatr*

83.- Russ MJ, Clark WC, Cross LW, Kemperman I, Kakuma T, Harrison K. Pain and self-injurious in borderline patients: sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*, 63:57-65, 1996.

84.- Russ MJ, Campbel SS, Kakuma T, Harrison K, Zanine E: EEG theta activity and pain insensitivity in self-injurious borderline patients. *Psychiatry Research*, 89:201-214, 1999. 85.- Saito Y, Takashima S: Neurotransmitter changes in pathophysio Nyhan syndrome. *J Brain Develop*, 22:122-131, 2000. 86.- Sandman CA, Hetrick WP: Opiate m *Dis Res Rev*, 1:130-136, 1995.

87.- Sandman CA, Hetrick W, Taylor D, Marion S, Chicz- DeMet: Uncoupling of proopiomelanocortin (POMC) fragments is re 2000. 88.- Schwartz RH, Cohen P, Hoffman NG and Meeks JE: Self-harm Behaviors (Carving) In Female Adolescent Drug Abusers. *Clinical Pediatrics*, 28: 8; 340-6, 1989. 89.- Shishido T, W

NMDA, opiate and serotonin-related agents on acute methamphetamine induced self-injurious behavior in mice. *Pharmacol Biochem Behav*, 6:579-583, 1999. 90.- Sierra *Psychiatry*, 44:898-908, 1998. 91.- Simeon D, Stanley B, Frances A, Mann JJ, Winchel R, Stan

in personality disorders, Psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry*, 149:221-226, 1992. 92.- Si

behavior. *J Clin Psychiatry* 56 (sppl): 36-39,1995. 93.- Simeon D, Cohen LJ, Stein DJ, et al: Comorbid self-injurious behaviors in 71 female hair-pull

94.- Simeon D, Stein DJ, Gross S, et al: A double-blind trial of fuoxetine in pathologic skin-picking. *J Clin Psychiatry* 58: 341-47, 1997b. 95.- Simeon D, Gross S, et al: Fee disorder. *Am J Psychiatry* 154:1107-13,1997c. 96.- Simeon D. and Hollander E. Self-Injurious Behaviors, Assessmen

American Psychiatric Publishing Inc. Washington, DC London, England. 2001.

97.- Simpson MA: Self-mutilation and suiide, in suicidology. Contemporary Developments. Edited by Schneidman ES. New York, Grune and Stratton, 1976. 98.- Snyder-Keller AM dopamine-depleted rats given nigral transplants: Importance of NMDA activation and relevance to sensitization phenomena. *Exp Neurol*, 113:155-165, 1991.

99.- Soloff PH, Meltzer CC, Greer PJ, Coonstantine D, Kelly TM: A fenfluramine-activat 547, 2000. 100.- Sotres-Bayon F, Pellicer F: Papel del sistem

componente afectivo del dolor crónico. *Salud Mental*, 23:23-29, 2000. 101.- Sotres-Bayon F, Torres-Lopez E, Lopez-Avila A, Del-Angel R, Pellicer F: Lesion and electric stimulation of the ventra

*Brain Research*, 898:342-349, 2001. 102.- Thomas WS, Neal-Beliveu BS, Joyce JN: There is a limited critical period for dopamine's effects

*Brain Res*, 111:99-106, 1998. 103.- Tiefenba

Altered hypothalamic-pituitary-adrenocortical function in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*) with self behavior. Received 30 July 2002, revised 26 December 2002, accepted 27 Mar

- 104.- Tienfenbacher S, Novak MA, Jorgensen MJ, Meyes JS; Psychological correlatos of self-injurious behavior in captiv  
2000.
- 105.- Turkus JA, Cohen BM, Courtois CA: The empowerment model for the treatment of post-abuse and dissociative disorders. En: Braun B (ed.) *Proceedings of the 8th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States*. International Society for the Study of Multiple Personality Disorder, p. 58. Skokie, 1991.
- 106.- Whaley L, W  
©1987 de C.V. Mosby Company. La investigación se reportó en Wong D, Baker C. *Pain in children: Comparison of assessment scales. Pediatric Nu*  
1988.
- 107.- Wall P, Devor M, Inbal R, Scadding J, Shonfeld D, Seltzer Z, Wiesenfeld Z, Tomkiewicz M: Autotomy following peripheral nerve lesions: experimental anesthesia dolorosa. *Pain*, 7:103-113, 1979.
- 108.- Winchel RM, Stanley M: Self-Injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 148:306-317, 1991.
- 109.- Zanarini MC, Ruser TF, Frankenbur FR, Hennen J, Gunderson JG: Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Ner Men Dis*, 188:26-30, 2000.

**LA CONDUCTA AUTOLESIVA COMO FORMA DE ALIVIO DEL DOLOR  
EMOCIONAL**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Folio: \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

**Programa a Efectuar**

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a pacientes que han presentado conductas autolesivas. Una conducta autolesiva hace referencia a cualquier acto dirigido a causar un daño físico directo al propio cuerpo sin intención de morir. Nos interesa saber los factores de riesgo involucrados en su fenomenología así como describir la frecuencia en que éstas ocurren.

Para el estudio, requerimos la cooperación del paciente y de ser necesario, de sus familiares con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Para el diagnóstico y evaluación de los pacientes se utilizarán entrevistas médicas y escalas.

**Plan del programa**

Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados por psiquiatras entrenados sobre el tema a abordar. Una vez establecido el diagnóstico psiquiátrico se le realizará una entrevista de mayor profundidad y se le pedirá contestar algunos cuestionarios.

**Consignas a seguir**

- 1.- Se pedirá la cooperación del paciente para realizar las entrevistas.
- 2.- En caso de ser necesario se entrevistará al familiar si los datos que el paciente aporte no se consideren completos.
- 3.- Si el paciente cambia de domicilio o teléfono avise al 55 73 15 00 Ext. Consulta Externa. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.

4.- La participación del paciente en este estudio es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, el paciente podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento.

### **Ventajas Posibles**

1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad, lo que pensamos puede influir favorablemente en el manejo de su padecimiento.

2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.

3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza de las conductas autolesivas, así como la aportación de datos para futuras investigaciones sobre el tema.

### **Confidencialidad**

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes de los pacientes por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

### **Disposiciones Generales**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dra. Karen Henestrosa Peña al 55 73 15 00 Ext. Consulta Externa, durante horas de trabajo.

## Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con la responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto:** Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dra. Karen Henestrosa Peña al teléfono 55 73 15 00 Ext. Consulta Externa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Familiar o Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Familiar o Representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador

**EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVES DE LA CONDUCTA**  
**AUTOLESIVA**

**Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Folio: \_\_\_\_\_

1. *Deseo de vivir*
  0. Moderado a fuerte
  1. Débil
  2. Ninguno
2. *Deseo de morir*
  0. Ninguno
  1. Débil
  2. Moderado a fuerte
3. *Razones para vivir/morir*
  0. Porque seguir viviendo vale más que morir
  1. Aproximadamente iguales
  2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
  0. Ninguno
  1. Débil
  2. Moderado a fuerte
5. *Deseos pasivos de suicidio*
  0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
  1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
  2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
  0. Breve, períodos pasajeros
  1. Por amplios períodos de tiempo
  2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
  0. Raro, ocasional
  1. Intermitente
  2. Persistente o continuo
8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
  0. Rechazo
  1. Ambivalente, indiferente
  2. Aceptación
9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*
  0. Tiene sentido del control
  1. Inseguro
  2. No tiene sentido del control
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
  0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
  1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
  2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. *Razones para el intento contemplado*
  0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
  1. Combinación de 0 y 2
  2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Metodo (especificidad/planificacion del intento contemplado)*
  0. No considerado
  1. Considerado, pero detalles no calculados
  2. Detalles calculados/bien formulados
13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
  0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
  1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
  2. Método y oportunidad accesibles
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
  0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
  1. Inseguridad sobre su valor
  2. Seguros de su valor, capacidad
15. *Expectativas/espera del intento actual*
  0. No
  1. Incierto
  2. Sí
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
  0. Ninguna
  1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
  2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. *Nota suicida*
  0. Ninguna
  1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
  2. Nota terminada
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
  0. Ninguno
  1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
  2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
  0. Reveló las ideas abiertamente
  1. Frenó lo que estaba expresando
  2. Intentó engañar, ocultar, mentir

# **EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA** **AUTOLESIVA**

## **Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Folio: \_\_\_\_\_

### **I. Circunstancias objetivas**

#### **1. Aislamiento**

0. Alguien presente

1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)

2. Nadie cerca o en contacto

#### **2. Medición del tiempo**

0. La intervención es muy probable

1. La intervención es poco probable

2. La intervención es altamente improbable

#### **3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas**

0. Ninguna

1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)

2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)

#### **4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento**

0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda

1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado

2. No contactó, ni avisó a nadie

#### **5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)**

0. Ninguno

1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa

2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

#### **6. Preparación activa del intento**

0. Ninguna

1. Mínima o moderada

2. Importante

#### **7. Nota suicida**

0. Ninguna

1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla

2. Presencia de nota

#### **8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)**

0. No comunicación verbal

1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)

2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

### **II. Autoinforme**

#### **9. Propósito supuesto del intento**

0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza

1. Componentes de 0 y 2

2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

#### **10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte**

0. Pensó que era improbable

1. Posible pero no probable

11. *Concepción de la letalidad del método*

- 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
- 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. *Seriedad del intento*

- 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
- 1. Inseguro
- 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno, impulsivo
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

**III. Circunstancias subjetivas**

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

# EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

## Escala de Hamilton para la Ansiedad

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Folio: \_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a la forma en que se ha sentido en el último mes:

1.	<i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2.	<i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3.	<i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4.	<i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5.	<i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6.	<i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7.	<i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8.	<i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormiguelo)	0	1	2	3	4
9.	<i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10.	<i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11.	<i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12.	<i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13.	<i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14.	<i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar,	0	1	2	3	4

exoftalmía,  
mioclonías palpebrales

**EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA  
AUTOLESIVA**

**Escala de Desesperanza de Beck**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Folio: \_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a la forma en que se ha sentido en el último mes:

1.	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2.	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3.	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4.	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5.	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6.	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7.	Mi futuro me parece oscuro	V	F
8.	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9.	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10.	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11.	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12.	No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13.	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14.	Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15.	Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16.	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17.	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18.	El futuro me parece vago e incierto	V	F
19.	Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20.	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Factor afectivo: \_\_\_\_\_  
(1, 6, 13, 15 y 19)

Factor motivacional: \_\_\_\_\_  
(2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20)

Factor cognitivo: \_\_\_\_\_  
(4, 7, 8, 14 y 18)

Total: \_\_\_\_\_

## EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

### Escala de Impulsividad de Plutchik

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Folio: \_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a la forma en que se ha sentido en el último mes.

		Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1	¿Le resulta difícil esperar en una fila?	0	1	2	3
2	¿Hace cosas sin pensarlas?	0	1	2	3
3	¿Gasta dinero impulsivamente?	0	1	2	3
4	¿Usted planea con anticipación?	0	1	2	3
5	¿Pierde fácilmente los estribos?	0	1	2	3
6	¿Le resulta fácil concentrarse?	0	1	2	3
7	¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?	0	1	2	3
8	¿Dice lo primero que le viene a la mente?	0	1	2	3
9	¿Usted come aunque no tenga hambre?	0	1	2	3
10	¿Es usted impulsivo?	0	1	2	3
11	¿Termina las cosas que empieza?	0	1	2	3
12	¿Le resulta difícil controlar sus emociones?	0	1	2	3
13	¿Se distrae con facilidad?	0	1	2	3
14	¿Encuentra difícil permanecer quieto mientras está sentado?	0	1	2	3
15	¿Es usted precavido?	0	1	2	3

Autocontrol: \_\_\_\_\_  
(1,3,5,10,12,14)

Planeación: \_\_\_\_\_  
(4,6,11,15)

Conductas fisiológicas: \_\_\_\_\_  
(7,9)

Actuación espontánea: \_\_\_\_\_  
(2,8,13)

Total: \_\_\_\_\_

**EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA**  
**AUTOLESIVA**

**ESCALA DE AGRESIÓN EXPLÍCITA**

Nombre del

Paciente: \_\_\_\_\_

No. De Folio: \_\_\_\_\_

**COMPORTAMIENTO AGRESIVO (chechar todo lo que ocurra).**

**Agresión verbal.**

- Hace mucho ruido, grita con enojo.
- Grita con insultos personales leves, por ejemplo:  
"Eres un estúpido".
- Maldice repetidamente, usa un lenguaje antisonante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a el mismo.
- Hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el mismo ("Te voy a matar") o pide ayuda para controlarse.

mordeduras

**Agresión física contra objetos.  
personas.**

- Da portazos, desparrama la ropa, hace tiraderos.
- Avienta objetos, patear muebles sin romperlos, pinta las paredes.
- Rompe objetos, quiebra ventanas.
- Prende fuego, avienta objetos peligrosamente.

conciencia,

Hora en que empezó el incidente: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ a.m.

p.m.

**Agresión física en contra de él mismo**

- Se pica o se araña la piel, se golpea, se jala el cabello (sin ningún o con solamente un mínimo de daño).
- Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se avienta al suelo o contra objetos (se lastima sin daños serios).
- Pequeñas cortaduras o raspaduras, quemadas menores.
- Se mutila el mismo, se causa cortadas profun-

que sangran, daños internos, fracturas, pérdida  
pérdida de dientes.

**Agresión física contra ot**

- Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jaloneos a la ropa.
- Golpea, patear, empuja o jala el cabello (sin ningún daño los demás).
- Ataca a los demás causando daños de leve a moderada consideración (raspaduras, hematomas, torceduras)
- Ataca a los demás causando severo daño físico (huesos rotos, profundas laceraciones, daños internos).

Duración del incidente: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ (ho

**INTERVENCIONES (chechar todo lo que ocurra).**

- Ninguna
- Entrevista con el paciente
- Vigilancia estrecha
- Contener al paciente

- Medicación inmediata via oral
- Medicación inmediata por inyecciones
- Aislamiento sin reclusión (tiempo fuera)
- Reclusión

- Uso de limitaciones
- Los daños requieren tratamiento médico inmediato para el paciente.
- Los daños requieren tratamiento para otras personas

**COMENTARIOS.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# EL ALIVIO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

## Escalas análogo-visuales

Instrucciones:

- 1.- Trasládate en el momento previo a tu conducta autolesiva.
- 2.- Identifica el malestar emocional que en ese momento sentías. Contesta el inciso A.
- 3.- Identifica el grado de analgesia corporal durante la agresión. Contesta el inciso B.
- 4.- Identifica el malestar emocional posterior a la autoagresión. Contesta el inciso C.

Ejemplo:

\* Felicidad: ¿Qué tan feliz eres en este momento?



No  
Feliz

Muy  
Feliz

*Esto indica que el 90% de las ocasiones se siente feliz o que es casi totalmente feliz.*

- A. Malestar o dolor emocional antes de ocurrir la autoagresión:



- B. Grado de analgesia física durante la agresión:



- C. Malestar o dolor emocional posterior de la autoagresión:

