



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

**Prevalencia de síntomas disociativos
En una muestra de adolescentes con autolesiones y
comorbilidad psiquiátrica asociada**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. José Luis Hernández Pérez

ASESOR:

Dr. Carlos Serrano Gómez



México Distrito Federal Abril del 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Prevalencia de síntomas disociativos

**En una muestra de adolescentes con autolesiones y
comorbilidad psiquiátrica asociada**

ASESOR DE TESIS:

Dr. Carlos Serrano Gómez

Jefe de Servicio Unidad de Psiquiatría del Hospital Español de México

Dr. Manuel Álvarez Navarro

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación

Hospital Español de México

Agradecimientos

Este trabajo se lo dedico a todos mis seres amados, quienes de alguna manera, han contribuido en mí para formar lo que soy; En memoria de mi hermana Norma, quien fue mi primer amiga; a mis padres por haberme dado el regalo de la vida; a mi esposa Anny por ser ahora quien me acompaña y motiva en todo momento; a mi hija Génesis por su reciente llegada quien ha traído dicha a mi hogar, a mis futuros hijos porque anhelo verlos en mis brazos algún día, a mis hermanos por su compañía desde mi infancia.

Agradezco a mis maestros de quienes aprendí mucho y formaron parte de mi como estudiante, no olvido a mis compañeros residentes quienes hicieron que la estancia en el Hospital Español fuera una experiencia agradable por sus conocimientos y los momentos de catarsis, en especial a mi colega y amigo el Dr. Ricky Rocabado Vargas

Un ultimo agradecimiento al Dr. Valerio Villamil quien reviso y afino los últimos detalles del presente trabajo

De Todo Corazón.

Dr. José Luis Hernández Pérez

TABLA DE CONTENIDOS

- 1 Marco de Referencia: Introducción al concepto de disociación
 - 1.1 Definición de Disociación y Modelos teóricos explicativos
 - 1.1.2 Disociación no Patológica
 - 1.1.3 Disociación Patológica.
 - 1.1.4 El concepto de disociación somatoforme
 - 1.1.5 El modelo Estructural de Disociación
 - 1.1.6 El Modelo BASK.
 - 1.1.7 El Modelo SIBAM.
 - 1.2 Neurobiología de la Disociación
 - 1.3 Prevalencia y comorbilidad de Trastornos Disociativos
2. Autolesiones: Definición del concepto y su evolución
 - 2.1 Teorías explicativas
 - 2.1.1 *Los modelos funcionales*
 - 2.1.2 *La teoría psicodinámica,*
 - 2.1.3 *Teorías cognitivas*
 - 2.2 *Genética de las autolesiones*
 - 2.3 *Bioquímica de las Autolesiones*
 - 2.3.1 Sistema Serotoninergico
 - 2.3.2 Sistema Opioide
 - 2.3.3 Sistema Dopaminergico
 - 2.4 *Prevalencia y diferencias de género*

- 2.5 *Factores contribuyentes de las autolesiones y sus Motivaciones*
- 2.6 Autolesiones: Comorbilidad con Trastornos Mentales
- 3. Planteamiento del problema y Pregunta de Investigación
 - 3.1 Hipótesis:
- 4. Objetivos de la Investigación
 - 4.1 Objetivo general
 - 4.2 Objetivos específicos
- 5. Materiales y Método
 - 5.1 Descripción de la muestra
 - 5.2 Diseño del Estudio
 - 5.3 Universo
 - 5.4 Criterios de inclusión
 - 5.5 Criterios de exclusión
 - 5.6 Criterios de eliminación
 - 5.7 Definición de variables y unidades de medida
 - 5.7.1 *Variable dependiente*
 - 5.7.2 *Variables independientes*
 - 5.8 Instrumentos de Medición
 - 5.9 Procedimiento de Evaluación
 - 5.10 Análisis estadístico
- 6. Resultados del Estudio
- 7. Conclusiones
- 8. Referencias Bibliográficas

RESUMEN

Introducción: Los Adolescentes con autolesiones presentan una alta prevalencia de psicopatología asociada, al igual que adolescentes en quienes se ha descrito una alta prevalencia de sintomatología disociativa; Ambos signos tienen antecedentes premorbidos en común lo que podría suponer que tal vez tengan una etiopatogenia en común. hasta el momento no se han descrito síntomas disociativos en comorbilidad con autolesiones en alguna muestra de adolescentes en nuestro país.

Hipótesis: Los adolescentes con conductas autolesivas presentan alta prevalencia de sintomatología disociativa y debido a que ambos síntomas tienen antecedentes etiopatogenicos en común; La muestra de estudio tendrá una alta prevalencia de antecedentes de trauma previo (abuso sexual, físico y negligencia) además de alta comorbilidad de psicopatología

Objetivo:

Objetivo: Describir la prevalencia de los síntomas disociativos en una muestra de adolescentes que presentan autolesiones, la psicopatología comorbida y las características clínicas de las autolesiones.

Material y Método: Se obtuvo una muestra de 70 adolescentes a los cuales se les aplicó la Escala de experiencias disociativas y la Entrevista Semiestructurada para adolescentes. Para el análisis de los resultados, se utilizaron frecuencias y análisis de regresión logística para predecir la asociación entre variables. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0.0.

Resultados: La mayor parte de la muestra estuvo conformada por mujeres y el promedio de edad fue 14 años. Se encontró relación entre algunas subescalas de síntomas disociativos con psicopatología por ejemplo: La amnesia disociativa con TEPT y Depresión. Para el TDA, TOD, la subescala de concentración e involucración afectiva. Para la Dependencia a sustancias, con la subescala despersonalización. Se encontró además una alta prevalencia de antecedentes de trauma previo Todos los resultados fueron estadísticamente significativos con $p: \leq 0.05$.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de síntomas disociativos en adolescentes con conductas autolesivas lo que clínicamente podría ser predictor de psicopatología, además de que al interrogar directamente acerca de estos síntomas se podría propositivamente indagar acerca de algún tipo de abuso sexual y físico siendo a su vez importante como implicación terapéutica al darse un manejo psicoterapéutico por dicho antecedente lo que podría mejorar la evolución y pronóstico.

1.Marco de Referencia

Prevalencia de síntomas disociativos

En una muestra de adolescentes con autolesiones y comorbilidad psiquiátrica asociada

INTRODUCCION AL CONCEPTO DE DISOCIACION

Pierre Janet (1859-1947) fue el primero en estudiar sistemáticamente la disociación como el proceso crucial psicológico con el que el organismo reacciona a las experiencias abrumadoras y en mostrar que las memorias traumáticas pueden ser expresadas como percepciones sensoriales, dando la conceptualización de que es una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas, que persistirá en forma de "ideas fijas subconscientes" en la mente del paciente, afectado su humor y su conducta. La disociación llevará a un estrechamiento de la conciencia en el cual unas experiencias no se asociarán con otras debido a una desorganización en las funciones integradoras ordinarias de la conciencia (1).

Esto influirá posteriormente en Freud y Breuer *quienes modificaron y sostuvieron que el proceso de disociación*

era una defensa psicológica utilizada por personas que sufrieron un trauma para protegerse contra sus afectos abrumadores; estos afectos se pensaba que se transformaban, y convertían en síntomas físicos, permitiéndoles ser expresados sin convertirse en el material traumático apropiado en el consciente.

Breuer y Freud inicialmente (1893) consideraban que "la escisión de la conciencia... está presente a un nivel rudimentario y la tendencia de estos a disociarse, emergen en estados anormales de conciencia, que son el fenómeno básico de estas neurosis"

Sin embargo, Freud abandona en 1897 la visión de que el trauma o el abuso sexual en la infancia temprana era lo que provocaba la disociación grave en las pacientes histéricas. En su lugar, desarrolla la teoría de la neurosis en la cual un trauma interno en la forma de deseos infantiles y fantasías, en especial el Complejo de Edipo, juega un papel dominante en la estructura de la mente. Esta teoría de Freud de que los antecedentes traumáticos son producto de la fantasía de pacientes histéricas subyace en muchos de los enfoques actuales de la disociación, por ejemplo en la idea de que las informaciones de abuso sexual o los síntomas disociativos son "fantasías" o "llamadas de atención" (2).

Un discípulo de Freud, Paul Federn tendrá gran influencia en el desarrollo de la teoría de los estados del Yo. Federn definió el concepto de *estado del Yo* como "un sistema organizado de conducta y experiencia cuyos elementos se han reunido entorno a algunos principios comunes, y que están separados de otros estados por límites que son más o menos permeables".

En 1994 Hilgard, a partir de sus estudios sobre hipnosis enuncia la teoría de la Neodisociación donde propone que la disociación implica un debilitamiento del control de funciones ejecutivas de orden superior que conducen a infraestructuras más libres de operar de forma independiente. Considera la disociación como un sistema de ideas desconectado de la conciencia por una "barrera amnésica", pero que mantiene reacciones lógicas y realistas entre ellas. Describió también el fenómeno de "observador oculto", detectado bajo hipnosis, en el que una parte de la persona sabe de la presencia de un dolor, que la parte consciente desconoce (3).

Más tarde Bowers elabora una modificación de la teoría de la Neodisociación, en la que rechaza el concepto de barrera amnésica y enfatiza el de alteración del control. No siempre la amnesia está asociada a la disociación. Bowers parte de un modelo de control jerárquico de la mente, en el

que habría una función de control superior (metaconciencia) que quedaría abolida en la disociación y en la hipnosis. Esta función de control superior estaría relacionada con el lóbulo frontal (4).

Otros autores como Etzel Cardeña proponen la siguiente síntesis de las diversas aplicaciones del término disociación en la literatura:

Disociación como *módulos o sistemas mentales* no conscientes o no integrados.

Disociación como la *ausencia de percepción consciente* de estímulos entrantes o conductas salientes. Un ejemplo es conducir un coche de modo automático mientras se mantiene una conversación.

Disociación como la *coexistencia de sistemas mentales separados* que deben ser integrados en la conciencia de la persona, su memoria o identidad. El caso extremo sería el trastorno de identidad disociativo.

Disociación entre la conducta saliente o percepción inconsistente con la introspección verbal que el paciente refiere. El individuo tiene acceso a la conducta o percepción, pero existe una contradicción o inconsistencia. Por ejemplo, un paciente relata un hecho traumático sin que

manifieste una reacción emocional lógica ante lo que está contando.

Disociación como una alteración en la conciencia normal, que se experimenta como una *desconexión del yo o del entorno*. En la desrealización y despersonalización esta desconexión es cualitativamente distinta de la experiencia ordinaria. Es decir, no se trata de una simple disminución del nivel de conciencia, sino un cambio en la forma de percibirse a si mismo o a la realidad circundante.

Disociación como un *mecanismo de defensa*. Sería un rechazo intencional, aunque no necesariamente consciente, de información emocional dolorosa. Las definiciones previas (más cercanas a las teorías de Jung y Janet definen la disociación como un proceso automático ante emociones de alta intensidad (sin que el contenido tenga que ser necesariamente conflictivo). La conceptualización como mecanismo de defensa forma parte de las teorías psicoanalíticas (5).

Algunos autores definen también la disociación como un mecanismo de defensa, pero no en el sentido psicoanalítico, sino partiendo de la etiología. Desde esta perspectiva la disociación es análoga a la respuesta de congelación en animales que están siendo atacados por un depredador (Ludwig, 1983; Ironside, 1980; Levine, 1997; Scaer 2001) Su

función es la de reservar energía para la huida, hacer perder interés al agresor, o anestesiarse a la víctima para minimizar el sufrimiento (6).

Definición de Disociación y Modelos teóricos explicativos

Disociación No Patológica

Muchos fenómenos disociativos no pueden ser considerados patológicos. Existen cambios en el estado de conciencia que no están inducidos orgánicamente, no se producen como parte de un trastorno psiquiátrico e implican la alteración o separación temporal de lo que se experimenta normalmente como procesos mentales integrados (Butler, 2004).

Estos fenómenos disociativos son: quedarse absorto en actividades cotidianas, soñar despierto y fantasear.

Disociación Patológica.

Las clasificaciones internacionales definen los Trastornos Disociativos como basados en *"una alteración de funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno"* (DSM-IV) o *"la pérdida total o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas*

sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales" (CIE-10).

Algunos autores (Cardeña, 1994) han propuesto que el término disociación se aplique únicamente (a fin de que resulte útil como concepto) a casos en los que existe una desconexión del yo con aspectos centrales de la experiencia (5).

El concepto de disociación somatoforme

Este concepto se inicia en la psiquiatría francesa del siglo XIX. En esta época muchos autores se centraron sobre todo en las manifestaciones somáticas de la histeria (Nijenhuis, 2000). Durante la Primera Guerra Mundial se describieron muchos casos de disociación somatoforme entre los soldados traumatizados (Van der Hart, 2000) (24,25).

Nijenhuis señala que aunque la disociación somatoforme y la psicológica son manifestaciones de un mismo fenómeno subyacente, no son completamente superponibles. La disociación somatoforme está más asociada con maltrato físico y abuso sexual, ya que ambos amenazan la integridad del cuerpo.

Dentro del concepto de disociación somatoforme se incluyen tanto síntomas negativos (anestesia, analgesia e inhibiciones motoras) como positivos (dolor localizado,

convulsiones, síntomas somáticos intrusivos). Esta diferenciación ya había sido establecida por Janet (1,25).

El modelo Estructural de Disociación

Van der Hart (2000) propone el concepto de lo que denomina "Disociación Estructural". Recoge la distinción de Myers entre personalidad aparentemente normal (PAN), que se encarga de llevar adelante la vida cotidiana y personalidad emocional (PE), que contiene lo asociado con el trauma. Esta división está presente en cualquier trastorno derivado del trauma, desde el Trastorno por Estrés Postraumático al Trastorno de identidad disociativa (TID), constituyendo lo que los autores denominan Disociación Primaria. Cuanto más complejo es el trastorno disociativo (el extremo de mayor gravedad del espectro postraumático sería el TID), más se van fragmentando la PE (Trastorno Disociativo No Especificado) y la PAN (TID) (25,26).

Las concepciones recientes de los trastornos disociativos o de conversión generalmente enfatizan los síntomas de disociación somatoforme negativa, que implica una pérdida más o menos permanente de funcionalidad en la PAN: pérdidas de memoria, sensaciones, funciones perceptivas o motoras. En cambio la PE se caracteriza más bien por reexperimentaciones sensorimotoras traumáticas, que se experimentan como intrusiones por la PAN (26).

El Modelo BASK.

Entre los modelos teóricos de disociación uno de los más relevantes es el modelo BASK (Braun, 1988). Las iniciales corresponden a Behavior (conducta), Affect (afecto), Sensation (sensación somática), Knowledge (conocimiento). Según este modelo la información es procesada a lo largo de estos 4 ejes y un funcionamiento integrado requiere que todos ellos estén presentes de modo sincrónico. La disociación ocurre cuando alguno de estos elementos está desconectado del resto. Por ejemplo: un individuo puede tener una reacción emocional sin entender a nivel cognitivo por qué se produce. O a la inversa: tener un conocimiento racional de una situación, que no se corresponde con su respuesta emocional. Con las sensaciones ocurre lo mismo: una persona siente que algo le aprieta la garganta y esta puede ser el único componente de una experiencia previa de agresión a la que puede acceder (27).

El Modelo SIBAM de Peter Levine.

Otro modelo propuesto por Levine (1997) es el SIBAM. Este modelo enfatiza los aspectos somáticos de la respuesta traumática, que según el autor se compone de distintos elementos: Sensaciones (respuestas kinestésicas y propioceptivas), Imágenes (representaciones internas de estímulos externos incluyendo los visuales, auditivos,

táctiles, gustatorios y olfatorios), Conductas (voluntarias e involuntarias, incluyendo las gestuales, emocionales, posturales, autonómicas y arquetípicas), Afectos (incluye la emoción pero es más amplio) y Significado (incluye pero es más extenso que cognición, pensamiento y conocimiento). Levine, a partir de este modelo conceptual, propone un tipo de terapia centrado primordialmente en la sensopercepción, insistiendo en la diferencia entre esta y la emoción. Enseñando al individuo a ser consciente de su sensopercepción y permitiendo al cuerpo procesar los elementos traumáticos, el trauma se resolvería. Según Levine, los animales, al no intentar controlar desde lo racional o emocional las percepciones somáticas básicas, conservarían su capacidad de autocuración del trauma. En los seres humanos esta capacidad se perdería debido al intento de "controlar" la sensopercepción, que quedaría de este modo bloqueada y generaría la patología postraumática. En esta misma línea están las teorías y propuestas terapéuticas de Scaer (2001), así como los modelos terapéuticos de Roschild (2000) y Odgen.

NEUROBIOLOGIA DE LA DISOCIACION

El efecto del trauma en el individuo no puede entenderse como algo desprendido de lo corporal. Para entender esto es necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales:

1. En primer lugar los distintos tipos de memoria:

a) Una memoria explícita o declarativa, mediada por el hipocampo derecho y la corteza orbitofrontal: es la narrativa que da sentido a una experiencia. No todos los eventos serán procesados a este nivel.

b) Una memoria implícita, que almacena datos emocionales, sensoriales y somáticos. Cualquier información de los órganos de los sentidos, sensaciones cenestésicas o dolor (excepto las olfativas que van directamente a la amígdala) pasan por un filtro talámico, que la reconduce a diversas zonas de la corteza en función del nivel de excitación. Al mismo tiempo el tálamo envía una información similar a la amígdala, que en función del nivel de excitación, otorgará a la información un valor emocional, en función del cual se hará el procesamiento declarativo. Si el nivel de excitación es muy elevado, el proceso puede bloquearse.

El tipo más primitivo de memoria implícita es la memoria procedimental. En esta se almacena el patrón de movimiento defensivo en el momento del trauma.

Un trauma puede provocar trastornos mucho antes que exista la memoria declarativa, en fases preverbales del desarrollo. Aquí sólo encontraríamos rastros somáticos y

quizás emocionales, pero no un recuerdo verbal de la situación traumática.

En traumas posteriores también encontramos recuerdos somáticos, que pueden estar completamente disociados de los aspectos cognitivos.

2. En segundo lugar el Sistema Nervioso Autónomo y el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal y su activación en situaciones de peligro.

Cuando hay una situación amenazante el sistema nervioso simpático se activa para proporcionar un estado de alerta y una mayor velocidad de reacción. Instintivamente se pondrá en marcha una reacción de supervivencia que puede ser de tres tipos: lucha, huida o congelación (6). Esta última se desencadena cuando la amenaza es grave pero no hay posibilidad de escapar ni de luchar, o la posibilidad de muerte es inminente. Fisiológicamente se corresponderá con un elevado tono parasimpático y al tiempo residuos adicionales del estado anterior de excitación simpática.

En animales perseguidos por depredadores puede verse muy gráficamente esta respuesta. Cuando la presa siente que no hay posibilidad de huida, incluso antes de ser alcanzada, se desploma en un estado de inconsciencia. Esto puede corresponder a un mecanismo de supervivencia (aparentando

estar muerto puede engañar al depredador y huir) o representar el efecto externo de una alta descarga de opioides (analgesia frente al dolor inminente). Si el animal finalmente no muere, sale del estado de congelación siempre con una reacción previa de agitación. Esto según Scaer (2001) corresponde a la descarga de la memoria procedimental. Si no se permite al animal esta descarga, por ejemplo manteniéndolo inmovilizado cuando sale del estado de congelación, desarrollará conductas anómalas.

Las respuestas disociativas al trauma serían el equivalente en humanos a estos estados de congelación en animales. Ocurren ante situaciones traumáticas que el individuo vive con impotencia y con un sentimiento de indefensión. Según Scaer el hecho de que en la especie humana y sobre todo en la cultura occidental no pueda producirse la descarga de la memoria procedimental (cualquier reacción de agitación será inmediatamente contenida o sedada) sería para este autor generadora de psicopatología (6,22,25).

Sierra y Barrios proponen que la premisa principal es una desconexión corticolímbica bilateral, con activación prefrontal medial izquierda e inhibición recíproca de la amígdala resultando en hipoemocionalidad y disminución en la atención y activación prefrontal dorsolateral derecha con inhibición cíngulo anterior conduciendo a

hipervigilancia, dificultades en la atención y sensación de mente vacía (19) (20).

A mediados del siglo pasado Penfield y Rasmussen afirmaron que la despersonalización podría ser producidas por la estimulación de la corteza temporal, extendiéndose hacia la corteza occipital; algunas líneas de investigación son consistentes con esta hipótesis del lóbulo temporal como las que se describen en los síntomas de despersonalización de la epilepsia del lóbulo temporal y de las crisis parciales complejas. En un estudio donde se incluyó a 40 pacientes con crisis parciales complejas y epilepsia de lóbulo temporal, 13 pacientes (33%) habían experimentado síntomas disociativos recurrentes (21).

Otro estudio donde se investigó los correlatos anatómicos con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y con Imagen de Resonancia Magnética (IRM) en sujetos con trastorno por despersonalización comparados con sujetos sanos se encontró que los pacientes con esta patología tienen menor metabolismo en el área 22 de Brodman del giro temporal superior derecho (Área de asociación auditiva) y en el área 21 del giro temporal medio. Además de hallar mayores índices de metabolismo en las áreas 39 (área de asociación multimodal), 7B de lóbulo parietal (área de asociación somatosensorial) y área 19 del lóbulo occipital izquierdo

(area de asociación visual) en el grupo de despersonalización (20).

La dehidroepiandrosterona es una hormona que se secreta en la corteza adrenal en respuesta a la secreción de la Hormona Adrenocorticotrofina (ACDH). Actualmente se sabe que dicha hormona está involucrada en respuestas a estrés y que tiene efectos beneficiosos en el comportamiento y factores neurotróficos; En estudios de cultivos de disociación en cerebros embrionarios de ratas y ratas sanas, los niveles de dehidroepiandrosterona (DHEA'S), incrementan la diferenciación y supervivencia de la neurona y de la glía. Además en un estudio donde se analizó los niveles de DHEA y la relación con el cortisol en individuos militares que participaban en una escuela de entrenamiento militar al ser sometidos a estrés, se encontró que los niveles altos en la relación de cortisol-DHEA les condicionó mejor ejecución en pruebas militares y menores síntomas disociativos comparados con individuos con bajos niveles. Además la DHEA se sabe que ejerce efectos antigluco corticoides y que estas últimas hormonas producen neurotoxicidad como por ejemplo pérdida de neuronas piramidales hipocampales.

En estudios tanto en animales como en humanos, el estrés a temprana edad ha demostrado que esta asociado con los cambios en la estructura del hipocampo, que desempeña un

papel fundamental en el aprendizaje, memoria y la regulación del estrés (18,23).

En un estudio donde se compararon los volúmenes hipocámpal y amigdalares en pacientes con trastorno de identidad disociativa con individuos sanos, el promedio de los volúmenes hipocámpales del lado izquierdo y derecho de pacientes con trastorno de identidad disociativa fue de 19.2% menor que el de los sujetos sanos. Además el promedio de volumen de la amígdala derecha e izquierda en pacientes con trastorno de identidad disociativa fue 31.6% más pequeño que el de los sujetos de comparación (18).

Existen estudios que evidencian que en pacientes con altos niveles de estrés como en el Trastorno por Estrés Postraumático y síntomas disociativos, esta alterada la modulación y sensibilidad de los receptores benzodiazepínicos (18).

PREVALENCIA y COMORBILIDAD DE TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La estimación de la frecuencia de trastornos disociativos deriva principalmente de su manifestación más severa que es el Trastorno de identidad disociativa. Taylor y Martin en 1944 reportaron en la literatura hasta ese momento 100 casos diagnosticados de trastornos de identidad

disociativa. Bilis en 1980 reportó 200 casos. En 1986, Coons estimó que unos 6000 pacientes estaban recibiendo tratamiento en Norte América. Chu y Dill utilizaron la escala de experiencias disociativas en mujeres admitidas en un hospital psiquiátrico y encontraron que el 23% de 98 pacientes reportaron un importante grado de disociación. Quimby y Ptnam examinaron pacientes con trastornos específicos de gran riesgo (trastornos de alimentación etc.), utilizando la escala de experiencias disociativas y encontraron que 30% de pacientes mostraron un alto grado de disociación. Un estudio en población general que utilizo esta escala encontró que poco más del 5% de 1055 entrevistados tienen altas calificaciones de estos síntomas. Hasta 1993 un solo estudio había utilizado instrumentos diagnósticos para Trastorno de identidad disociativa) encontrando que el 5.4% de la población de pacientes psiquiátricos hospitalizados reunían criterios para este trastorno (8).

En estudios clínicos, la mayoría de los pacientes con trastorno de identidad disociativa, también reunían criterios de trastorno por estrés postraumático (PTSD) (18,22). En estudios epidemiológicos de población general, la prevalencia de trastorno de identidad disociativa se ha encontrado en un rango que va desde 1% al 3%.

Existen estudios que reportan hasta 15% de trastornos disociativos en poblaciones de pacientes psiquiátricos hospitalizados de los cuales el 4% se estima corresponden a un trastorno de identidad disociativa y hasta el 8% a un trastorno disociativo no especificado.

La despersonalización es un trastorno infradiagnosticado y subreportado. Fue primeramente descrito a finales del siglo XIX, su prevalencia ha sido reportada desde el 2.4% hasta el 20% (Ross et al 1990, Kihlstrom et al 1994, Aderibidge et al 2001).

En una muestra de 204 pacientes con trastorno por despersonalización reportaron un promedio de 22.9 años de edad de inicio con un rango de 4 a 69 años, aunque el 30% reportó haber iniciado antes de los 16 años de edad. El 71% tenían trastorno por despersonalización primaria, 18% despersonalización secundaria a trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia (con o sin pánico) y trastorno obsesivo compulsivo. Del 100% que refirieron despersonalización, el 66% refirió ser severo, y el 80% de los 204 pacientes refirieron desrealización de los cuales el 49% refirió ser severa (7).

Ambos síntomas pueden ocurrir en el contexto de varias enfermedades psiquiátricas como son los trastorno de pánico

y depresión, pero también pueden no ser consideradas en ese contexto; la despersonalización puede estar asociada a condiciones neurológicas, daño cerebral, uso de drogas ilícitas, "experiencias cercanas a la muerte" y trastorno de estrés postraumático. La etiología de la despersonalización es desconocida pero recientes estudios han apuntado a alteraciones neurocognitivas y fisiológicas (6,7,17,18).

En nuestro País una investigación con una muestra de 100 pacientes psiquiátricos reportó que el 38% reunió criterios para un trastorno disociativo, 24% para trastorno de identidad disociativa, 6% para despersonalización, 5% para amnesia disociativa, y 3% para fuga disociativa. El diagnóstico psiquiátrico más comúnmente realizado a los 38 pacientes con trastorno disociativo fue Depresión recurrente hasta 44.7%. En pacientes diagnosticados con trastorno de identidad disociativa, el 50% presentaron depresión recurrente leve, 8% presentaron depresión moderada, 8% distimia, 4% depresión grave con síntomas psicóticos, 8% trastorno esquizoafectivo, 8% organicidad; De los pacientes con despersonalización el 50% presentó depresión recurrente, 16% presentó esquizofrenia. De los que presentaron fuga disociativa, 33% tenían depresión psicótica, 33% amnesia secundaria a dependencia a alcohol.

En el caso de la amnesia disociativa, el 20% era secundario a uso de cocaína, y 40% para depresión (10).

Existen reportes de la relación de trastornos disociativos con cuadros afectivos hasta en el 62% en pacientes hospitalizados, de los cuales el 70% se relaciona con trastorno de personalidad límite, 64% abuso de sustancias, 41% con trastornos de ansiedad, de los cuales 16% se presentó en pacientes con TOC y 14% agorafobia (8). Una investigación estudio la relación entre los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la disociación, estableciendo un fuerte nivel de convergencia entre dos medidas de síntomas del trastorno obsesivo compulsivo: la comprobación y la intrusión obsesiva con la limpieza, el orden y el atesoramiento (16). Por otro lado se ha reportado que hasta el 14% de los pacientes con esquizofrenia presenta algún síntoma disociativo y hasta el 8% de los pacientes con trastorno bipolar.

En una muestra de 523 estudiantes en el que se analizó la posible relación entre las experiencias disociativas y la propensión a padecer psicosis utilizando las Escalas de experiencias disociativas (DES), Escala de percepción de aberración, Escala de ideación Mágica, Escala de Anhedonia Social y la Escala de Anhedonia Física, encontraron mediante el análisis exploratorio de datos, tres factores

relevantes entre la psicosis y las puntuaciones obtenidas en la escala y subescalas de las experiencias disociativas los cuales fueron: Experiencias disociativas, síntomas esquizotípicos positivos y síntomas esquizotípicos negativos (15).

En la muestra de 204 casos de pacientes con despersonalización, el 50% había recibido un diagnóstico psiquiátrico adicional al cuadro disociativo, de los cuales hasta el 62% había reportado un trastorno depresivo, 41% tenían un trastorno de ansiedad, 16% trastorno obsesivo compulsivo, 14% trastorno de angustia con agorafobia, 8% trastorno bipolar, 7% esquizofrenia, 5% abuso de alcohol y 7% abuso de otras sustancias ilícitas (7).

En una muestra de 40 pacientes con epilepsia del lóbulo temporal hasta el 33% experimentaron síntomas disociativos de forma recurrente y los más frecuentes fueron despersonalización, desrealización, amnesia y personalidad disociativa (21).

Autolesiones

Definición del concepto y su evolución

Los clínicos e investigadores concuerdan en que los actos de autolesión pueden organizarse en tres categorías: los actos autolesivos de los trastornos psicóticos, los actos

estereotípicos de las autolesiones asociados a etiologías orgánicas (como en el Síndrome de Tourette) y las autolesiones "moderadas" (29). Esta última categoría es la menos comprendida debido a que ha recibido la menor atención de los investigadores y continúa siendo una forma compleja, con tratamientos no siempre eficaces y con límites difusos en la psicopatología (30).

En los 90's, el concepto de actos autolesivos se asoció con trastornos de la personalidad, según el DSM-III-R, se enlistaba conductas autolesivas como síntomas de trastorno límite, trastorno de personalidad múltiple, masoquismo sexual y como parte de síntomas físicos del trastorno facticio. Sin embargo, la visión actual predominante de las autolesiones ha sido modificada por uno de sus líderes de opinión, el Dr. Favazza quien lo ha integrado como un trastorno del control de los impulsos: un síndrome específico en la que los actos autolesivos se establecen como respuesta repetitiva a síntomas psicológicos o eventos ambientales (31).

El término de autolesiones ha sido utilizado para describir un rango de conductas voluntarias pero sin una intención suicida consciente, otros términos como "autocortes delicados", "automutilaciones patológicas", "autolesiones deliberadas" han sido utilizados como sinónimos, aunque por

su traducción al idioma español, es preferido el primer término. La conducta en estudio se refiere a lo que los investigadores Favazza y Reental (32), reconocidos por sus aportaciones en el tema, han definido como "cualquier lesión en el tejido corporal considerada superficial o moderada y que se da en ausencia de problemas del desarrollo o de síntomas psicóticos". Posteriormente agruparon estas autolesiones superficiales en compulsivas si hay urgencia egodistónica (tricotilomanía, onicofagia) e impulsiva descrita como episódica, repetitiva y gratificante. Las conductas representativas de este último tipo incluyen cortes de piel, rasguños, mordeduras o quemaduras (33).

Teorías explicativas

Los **modelos funcionales** de autolesiones que han sido revisados se refieren a una extensa práctica que tiene bases culturales diversas: su papel en la ornamentación de las tribus en varios continentes, su simbolismo como ritos de transición, su utilización entre los adolescentes de sociedades industrializadas para la identificación de grupo, el cada vez más común uso de "piercing" para identificarse y reconocerse "distintos", un elemento indispensable en el desarrollo adolescente (35).

Por otra parte, el modelo psicoanalítico de la depresión ha sido utilizado para explicar las autolesiones que se incluyen en la psicopatología, definiendo a la conducta autolesiva como una reacción a la pérdida o abandono. Los modelos animales que provocan autolesiones han sido utilizados para comparar las mismas conductas en los humanos. Se ha visto que los chimpancés separados de sus madres desde el nacimiento y cuyas necesidades son satisfechas sólo a un nivel básico, tienden a golpearse a sí mismos cuando la derivación afectiva se mantiene (33).

Estos resultados se han utilizado para explicar lo que sucede entre los humanos: en el caso de los pacientes con autolesiones se ha asociado como antecedente reportado por los propios pacientes la separación temprana de la madre (crianza en instituciones, orfandad) y los trastornos del vínculo (varios y cambiantes cuidadores) (35,36).

La teoría psicodinámica, complementa a la previa utilizando el modelo de regulación del afecto, que describe la dificultad para tolerar experiencias internas y su relación con la expresividad y mantenimiento de un tono emocional. De acuerdo con este modelo, el acto de autolesión ayuda a estabilizar el estado emocional permitiendo la expresión de emociones que el individuo no puede tolerar. Un ejemplo es la ira dirigida contra sí mismo, esto previene que se

dirija y destruya a la persona que es la fuente del afecto. La función *reguladora del afecto* de las autolesiones ha sido explorada en mujeres adultas con Trastorno límite de personalidad, con una elevación importante del afecto y una disminución de la disociación luego de realizarse la autolesión (37). En una muestra de mujeres adultas, el autorreporte mostró disminución de la ansiedad, temor, "hartazgo", miedo y soledad luego de lesionarse (38).

Teorías cognitivas: cuando hay un enfrentamiento a una situación difícil, aparecen soluciones dicotómicas (blanco y negro), lo que hace difícil identificar las opciones más útiles. La rigidez demostrada en este estilo de pensamiento caracteriza a los pacientes con autolesiones, que cuando se exponen a un estrés mayor, predomina el pensamiento de que serán incapaces de afrontar la situación efectivamente. Estas características psicológicas pueden incrementarse en respuesta a la derivación social, lo que conduce a un sentimiento de desesperanza que incrementa el riesgo de autolesiones.

Algunos otros autores han hipotetizado la existencia de un "síndrome de autolesión repetitiva", con fases alternantes de conducta compulsiva y fases de otra conducta impulsiva, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria (32).

Una teoría que apoya el **carácter adictivo** de las autolesiones, con la característica esencial de "falla recurrente para resistir impulsos", es la que propuso el investigador Faye, quien ha sido uno de los pioneros en la investigación en este tema, revisó la literatura de este tipo de conductas, citando sus características adictivas y notando en particular su carácter reforzador dado sus propiedades de liberar la tensión.

Específicamente, algunos pacientes que experimentan tensión excesiva crean caminos para autolesionarse como el único medio de obtener alivio. A través del tiempo, se da el incremento en la frecuencia y severidad de las autolesiones para alcanzar el mismo efecto (32).

Genética de las Autolesiones

Las autolesiones, una conducta relacionada al suicidio es un problema de salud pública con una prevalencia 8 a 15 veces mayor que el suicidio. Los elevados índices de conducta suicida y autolesiva han conducido a investigar además de los factores ambientales, los genéticos a fin de esclarecer una probable predisposición transmitida familiarmente (39).

Uno de los sistemas más estudiados en la conducta suicida es el de la serotonina (5-HT, 5-hidroxitriptamina) y en particular la asociación con variantes en el gen de la

triptófano hidroxilasa (THP). Un estudio de los polimorfismos de este gen entre pacientes con autolesiones comparado con un grupo control encontró que el alelo THP A779 fue más común entre el primer grupo ($p=0.03$), concluyendo que esta variación alélica del gen THP es un factor de riesgo para las autolesiones (40).

Otro estudio amplió la investigación a la asociación de autolesiones con polimorfismos de la THP y del receptor 5-HT_{2c} (cisteína-serina). El grupo de estudio fue de seguimiento durante un año con autolesiones repetitivas. Los resultados indicaron que los hombres con la variante serina de 5-HT_{2c} fueron más impulsivos que aquellos con la variante cisteína (41).

Por otra parte, los estudios sobre polimorfismos en el gen transportador de serotonina y su asociación con individuos con autolesiones apoyan la hipótesis de que la variación alélica puede contribuir en la expresión de síntomas de ansiedad (42).

Además se ha investigado la conducta autolesiva y su asociación a una historia familiar de conducta suicida. Se encontró que en un 36% de las pacientes adolescentes con autolesiones existió historia de conducta suicida entre sus padres y que las autolesiones fueron más frecuentes entre las madres (17%) que en los padres (3%) (43).

También ha sido investigada la asociación familiar del trastorno límite de personalidad a otras psicopatologías: los resultados significativos ha sido para la asociación con los trastornos de control de los impulsos y con la psicopatología misma. Se menciona a los problemas metodológicos como la principal causa de que aún no se tengan resultados concluyentes (44).

Han existido otros estudios que han abordado la agregación familiar de los trastornos de personalidad, en uno de ellos, se utilizaron los criterios del DSM III con la Entrevista clínica semiestructurada, los resultados de mayor relación entre adolescentes y familiares de primer grado fueron para los trastornos del cluster A (personalidad esquizoide, esquizotípica y paranoide) y la personalidad límite (45).

Bioquímica de las Autolesiones

Los **sistemas bioquímicos** estudiados respecto al origen de las conductas autolesivas y su perpetuación son tres:

1. Sistema Serotonérgico. El primer estudio que evaluó las posibles bases neurobiológicas de las conductas autolesivas en pacientes con trastorno límite de personalidad fue realizado por Gardner en 1990 (46). En este estudio se encontró que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, intentos suicidas y actos autolesivos

tuvieron menores niveles de concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito de la serotonina) en el LCR al compararlos con un grupo de pacientes psiquiátricos sin autolesiones y con controles sanos. Por otra parte se identificaron que los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo mostraba asociación en diferentes estudios a las autolesiones en pacientes deprimidos, intentos suicidas, conducta agresiva y conducta violenta impulsiva y no violenta (47). Los estados orgánicos específicos y anormalidades bioquímicas se han considerado factores que predisponen a las autolesiones. Las investigaciones se enfocan a que existe un sustrato neuroquímico común para esta conducta independientemente del trastorno a que se asocia (35).

2. Sistema Opioide. Se ha planteado que tras el daño tisular por la conducta repetitiva se produce una liberación de beta endorfinas que origina un estado de relativa analgesia y 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. En pacientes autistas con conducta autolesiva se ha reportado una disfunción del sistema opioide: El uso de antagonistas opioides disminuyó la frecuencia de

conductas autolesivas a corto plazo en un subgrupo de pacientes autistas (48). Entre el 30% y 70% de los pacientes con autolesiones han mostrado disregulación en el sistema opioide o en el sistema de pro-opiomelanocortina, que incluye los neuropéptidos beta-encefalina, encefalina, hormona adrenocorticotrópica y estimulante de los melanocitos. Las autolesiones repetitivas se asocian con una elevación del nivel medio plasmático de metencefalina y un incremento en la secreción de beta-endorfina inmediatamente después del episodio de autolesión. En algunos pacientes con autolesiones por más de 2 años (con comorbilidad variada, especialmente trastorno límite de la personalidad), la respuesta de la beta-endorfina está desacoplada de la respuesta a ACTH, una forma de tolerancia a opiáceos, que explica el reforzamiento de la autolesión (49).

3. Sistema Dopaminérgico. Respecto al tercero de los sistemas bioquímicos involucrados, de los estudios realizados en ratas tras la administración de psicoestimulantes (pemolina, anfetaminas, cafeína), se puede concluir que la conducta autolesiva podría resultar de una disfunción del sistema dopaminérgico, tanto a nivel del transportador de dopamina, como de la expresión del receptor D1 dopaminérgico. Este sistema juega un papel determinante en la percepción del dolor y por lo tanto en

la génesis de la conducta, específicamente en núcleos relacionados con la integración cognoscitivo-afectiva, tales como el área tegmental ventral, la corteza anterior del cíngulo y el tálamo anterior (50).

Prevalencia y diferencias de género

La prevalencia de automutilación en la población general se ha cuantificado entre 3% a 4%. Sin embargo, debido a los pocos estudios que existen sobre el tema, debe tenerse precaución en interpretar estos porcentajes (38).

En tanto que la prevalencia a lo largo de la vida entre paciente psiquiátricos se ha reportado en 61% (51), siendo la adolescencia la edad de inicio más común para estas conductas (29,52).

Por otra parte, los estudios sobre prevalencia de autolesiones en población adolescente abierta han reportado un incremento progresivo, siendo del 14% en varias investigaciones a finales de los años 80's (50) y con reportes que llegan al 35% entre adolescentes hospitalizados en centros psiquiátricos, durante los años más recientes (53).

Respecto a la diferencia de género, la mayoría de los estudios de prevalencia a mediados de los años 80's reportaban que las autolesiones eran predominantes entre el

sexo femenino, e incluso se llegó a identificar como sujeto típico de estas prácticas a la mujer caucásica de alrededor de los 28 años, quien generalmente había iniciado a autolesionarse a los 14 años de forma repetida (30).

Los estudios recientes de prevalencia en población psiquiátrica adulta han mostrado equivalencia para hombres y mujeres (54,55), resultados que han sido reproducidos entre población adulta no psiquiátrica. Sin embargo, existe controversia al respecto, ya que hay más estudios que reportan la predominancia en mujeres *que en* hombres entre la población psiquiátrica (34, 56,57).

Factores contribuyentes de las autolesiones y sus Motivaciones

La revisión de la literatura identificó que los factores psicológicos y psicosociales que contribuyen a las autolesiones en adolescentes, fueron en primer lugar la disfunción familiar, los problemas en el funcionamiento social incluyendo las presiones en la identificación sexual, las relaciones conflictivas entre pares y las presiones académicas. Los factores psicológicos más relevantes fueron la impulsividad, la dificultad para resolver problemas y el trastorno depresivo. La combinación de estos factores tiene un efecto mayor que su presentación aislada (58).

Se ha observado que la motivación primaria frecuentemente descrita en este tipo de autolesiones incluye el deseo de expresar, validar o regular los afectos disfóricos, depresivos, con cargas importantes de tensión, dolor o ansiedad que parecen tener un rol en la inducción o terminación de síntomas disociativos (34), esto se ha utilizado para explicar su mayor frecuencia entre el sexo femenino, considerando que esto se debe a que las mujeres tienden menos a exteriorizar sus frustraciones en forma de agresión heterodirigida (59).

Las motivaciones tienen diferencias entre géneros: las mujeres exponen más razones sobre deseos de castigarse y de que lo realizan para aliviar el estado de tensión. En tanto que los hombres expresan más frecuentemente el deseo de morir y demostrar qué mal se sienten (60).

En un estudio practicado entre adolescentes internados en un centro Psiquiátrico con prácticas autolesivas, se encontró que el motivo principal del internamiento había sido la ideación suicida en 83% y 72% para hombres y mujeres respectivamente, un trastorno depresivo fue la segunda causa con igual proporción entre los sexos, la sobredosis fue la tercera causa con similares resultados a la anterior. La edad de inicio de estas conductas en los hombres fue más tardío (15 años) en comparación con las

mujeres (12 años). Otros estudios sólo describen como la edad de inicio típico de estas conductas está entre los 14 y 24 años, aunque sin diferencia de género (29, 56).

La comorbilidad tuvo mayores diferencias de género respecto a los trastornos de la conducta alimentaria (53% y 33% mujeres y hombres respectivamente), abuso de alcohol y drogas en 47% contra 16%, antecedente de abuso sexual en 58% de las mujeres y ningún caso entre el sexo masculino.

El 76% reportaron que la idea de autolesionarse fue personal, mientras que el 11.9% aceptó que la idea provino de ver a otros que se autolesionaban. La conducta fue solitaria en 95% de los casos y un 19% de éstos lo mantuvieron como secreto. Las actividades alternativas para no autolesionarse fueron utilizadas en el 86% de los casos, siendo estas: hablar con otros 35%, actividad física 28%, escribir o tocar un instrumento 27%, mantener las manos ocupadas en otra actividad 17%.

El tipo de autolesiones también tuvo variación genérica: sólo cortarse fue más frecuente entre el sexo masculino (100% vs 87%); entre las adolescentes mujeres predominó rasguñarse (77% vs 66%), golpearse (69% vs 50%), interferir con la cicatrización de heridas (52% vs 33%), arrancarse el pelo (66% en mujeres, ningún caso en hombres), morderse (61% vs 16%), morderse las uñas hasta sangrar (47% vs 33%),

quemarse (47% vs 33%), picarse con agujas (30% en mujeres, ninguno en hombres), y tratar de provocarse fracturas (16% en mujeres, ninguno en hombres). Un sesgo de esta investigación es que se trata de una muestra pequeña (36 sujetos de estudio) y con un predominio de mujeres (30 contra 6 hombres).

Otros estudios coinciden en que el corte de piel parece ser la forma más común de autolesión, en hasta el 70% de los individuos, entre el 21% a 44% se golpean y entre el 15% a 35% se queman la piel.

Los sitios más utilizados para autolesionarse, en el caso de los adolescentes del sexo masculino fueron los antebrazos y muñecas (83%), los brazos y codos (50%) y, las manos y dedos (33%); para las mujeres adolescentes hubieron mayor variedad de sitios utilizados, pero el más frecuente fue los antebrazos y las muñecas (100%) seguidos por brazos y codos (58%), piernas y tobillos (47%), muslos y rodillas (44%), manos y dedos (36%) y abdomen (30%).

Respecto a las motivaciones para autolesionarse, el número promedio de estas fue de 8, la más común fue "cuando estoy al tope de deprimido (a)" en mujeres y hombres con un 86% y 66% respectivamente. Sólo un pequeño porcentaje utilizó las de "para que me pongan atención", "sentirme excitado" o "pertenecer a un grupo". Al investigar el estado emocional

durante el acto autolesivo, se expresó vergüenza en 64%, culpa en 59% y frustración en 50% (61).

Los estudios en la población adolescente abierta han determinado como factores asociados a las autolesiones los siguientes: tener amigas(os) que recientemente se hayan autolesionado, miembros de la familia que se autolesionen, uso de drogas, depresión, ansiedad, impulsividad, baja autoestima, antecedentes de abuso sexual y el efecto del "contagio" en las unidades de tratamiento (51,62).

Los estudios en relación a las autolesiones en mujeres jóvenes han identificado que entre el 50% y el 62% tienen el antecedente de haber sufrido abuso sexual o físico en la infancia o adolescencia. Esta asociación alcanza sus cifras mayores cuando se combina un trastorno depresivo, aunque la severidad del trastorno *per se* no es suficiente para provocar la asociación con autolesiones. Otros factores identificados incluyen el abuso físico y los conflictos parentales y el consumo de alcohol y drogas. Esto se ha utilizado para explicar por qué algunas mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia llegan a autolesionarse y otras no (34,46).

Autolesiones: Comorbilidad con Trastornos Mentales

Varios son los trastornos psiquiátricos asociados a las autolesiones entre los adolescentes y la población

psiquiátrica adultos. Del eje I: trastornos afectivos y conductuales, incluyendo trastorno depresivo, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad. Del eje II, son los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite. En este último se ha reportado que entre el 70% y 80% presentan conductas autolesivas que inician en la adolescencia, persisten por décadas y ocasionan gran disfunción personal y social (51,62,63,64,65,66,67,69).

En un estudio realizado en adolescentes cuyo motivo de asistencia a un centro psiquiátrico fue el haber tenido una autolesión, se identificaron los siguientes trastornos psiquiátricos en mujeres y hombres respectivamente: Trastorno depresivo en 73% vs 71%, abuso de alcohol en 38% vs 20%, abuso de otras sustancias psicoactivas en 4% y 15%, los trastornos de ansiedad, somatomorfos y adaptativos conjuntaron 24% y 11%, trastornos de la conducta alimentaria 14% y 2%, esquizofrenia y otras psicosis no afectivas 5% y 3%.

Respecto a los trastornos de personalidad, estos se identificaron en 46% de los casos, el 17% cumplieron criterios para un trastorno de personalidad, 13% para dos y el 15% para tres o más. Los más comunes fueron el límite, ansioso, anancástico (obsesivo-compulsivo) y paranoide.

Las variaciones reportadas entre Trastorno depresivo mayor y autolesiones entre población adolescente están en rangos variables que van del 18% al 45% (61,69).

Las autolesiones han sido descritas en el 60% de los pacientes con Síndrome de Tourette, con una variedad de prácticas que aumentan en severidad en forma similar a los síntomas obsesivos y conductas hostiles. Al estudiar la comorbilidad de este síndrome con el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los Trastornos afectivos y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se encontró que las conductas autolesivas se incrementaron cuatro veces más para el TOC (56).

En un estudio para determinar los factores predictivos de autolesiones entre pacientes con síndrome de Tourette, se encontró que para las autolesiones leves a moderadas (rasguños, mordidas, golpes o cualquier lesión que causara daño mínimo) fueron los síntomas obsesivo compulsivos, mientras que para las autolesiones severas (con daño extenso a piel o mucosas) fue la severidad de los tics.

La asociación entre automutilación y tricotilomanía ha sido estudiada solamente en mujeres debido a la baja prevalencia de este trastorno en hombres. La tricotilomanía se clasifica como un trastorno del control de los impulsos y

su comorbilidad con autolesiones ha sido reportada en menos de 27% (71).

Planteamiento del problema

Los síntomas disociativos cada vez son identificados con mayor frecuencia (7,28) ya que con anterioridad eran subdiagnosticados (7). Su prevalencia puede alcanzar en diversas poblaciones hasta el 30% (7,10). Actualmente existen reportes donde se sabe que estos síntomas están relacionados a una gran variedad de condiciones psiquiátricas (7,8,10,13,15,16) y médicas (6,20,21). De hecho, se han postulado diversas teorías como etiología de los trastornos disociativos (4,25,27); como datos de importancia se sabe que los antecedentes traumáticos en la infancia son un factor importante en la génesis de esta patología como son violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia paterna etc. (11,12,22) Siendo su importancia como posibles factores de riesgo para estos síntomas.

En los últimos años, se ha incrementado el reporte de conductas autolesivas en los adolescentes (50), sin embargo al igual que los síntomas disociativos su reporte permanece aún muy por debajo de sus cifras reales, debido a que un porcentaje no mayor al 12% es el que llega a solicitar atención médica (51). Se han relacionado con diversos trastornos mentales (51, 61,62.69) y considerando que estas

conductas pueden ser el reflejo de un periodo de crisis en la adolescencia, es importante considerar los antecedentes de trauma en la infancia como el abuso físico, el sexual, la negligencia (34,46) y la presencia de una psicopatología (29,51,62), por lo que es necesario hacer la detección temprana, clasificación y utilización de medidas terapéuticas apropiadas.

Así al enfrentarnos a una población tan heterogénea, como es la de los adolescentes con autolesiones, el abordaje exitoso es especialmente difícil. El valor de conocer los antecedentes, psicopatología asociada, y las cualidades de la población estudiada estriba en que nos permitirá orientar hacia los antecedentes y aplicar estrategias terapéuticas más exitosas en su manejo y control. La proyección posterior de estos estudios a poblaciones más grandes, con fines epidemiológicos podrán modificar la visión actual de las conductas autolesivas y los síntomas disociativos en la población adolescente, desde una conducta "indeseable" en el caso de las autolesiones y síntomas poco "tomados en cuenta" en el caso de los síntomas disociativos, hasta un elemento de detección y predictor clínico de severidad de la psicopatología.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de síntomas disociativos en una muestra de adolescentes con conductas autolesivas y que tipo de psicopatología se asocia en este tipo de población?

Hipótesis:

1. Los adolescentes con antécédentes de autolesiones se asocian con Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Ansiedad y Abuso o Dependencia a sustancias.

2. La Poblacion de estudio tiene una Alta prevalencia de antécédentes de trauma (Abuso sexual, físico y negligencia).

3. La Poblacion de estudio con antecedentes de autolesiones tiene una alta comorbilidad de experimentar síntomas disociativos.

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Describir la prevalencia de los síntomas disociativos en una muestra de adolescentes que presentan autolesiones, su psicopatología y las características de las autolesiones.

Objetivos específicos

1. Evaluar la comorbilidad de las autolesiones con síntomas disociativos en los adolescentes.

2. Describir la psicopatología coincidente con conductas autolesivas en adolescentes.
3. Describir los patrones de autolesión en los adolescentes.

Materiales y Método

1) Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformado por adolescentes de ambos sexos que estaban internados en la Unidad de adolescentes mujeres, Unidad adolescentes varones y PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr Juan N Navarro o que acudieron a la consulta externa de la clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Diseño del Estudio

Descriptivo y transversal.

Universo

El universo de estudio estuvo conformado por adolescentes de 11 a 18 años, internados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN) y de la consulta externa de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de este protocolo.

Criterios de inclusión

1. Adolescentes de 11 a 18 años hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro o que acudieron a la consulta externa de la Clínica de Adolescentes del INPRFM.
2. Ambos sexos.
3. Con antecedente de al menos una conducta autolesiva en el último mes previo a su cita en consulta externa del INPRFM o a su internamiento en los servicios de Unidad de adolescentes mujeres, Unidad adolescentes varones y PAIDEIA del HPIJNN.
4. Que acepten voluntariamente participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. La presencia de los siguientes diagnósticos psiquiátricos: trastornos generalizados del desarrollo, trastornos psicóticos, retraso mental o cualquier condición que no permita la comprensión de la entrevista y su expresividad verbal.
2. Las autolesiones que sólo hayan tenido intenciones suicidas conscientes.
3. Quienes hayan iniciado las conductas autolesivas posterior a su ingreso a la actual hospitalización o la consulta externa.

Criterios de eliminación

1. Se nieguen a continuar su participación en el estudio
2. Que no terminen los cuestionarios aplicados

Definición de variables y unidades de medida

Variable dependiente

Síntomas disociativos: Se caracterizan por alteraciones en las funciones integradoras de la conciencia, identidad, memoria y percepción del entorno que se manifiestan a través de síntomas tales como amnesia, estados de fuga, flashbacks, sensación de irrealidad y de separarse de "uno mismo", experiencias extracorporales y desdoblamientos. Se evaluará mediante la Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes (A-DES).

Variables independientes

Autolesión: cualquier lesión en el tejido corporal considerada superficial o moderada, de carácter voluntario, sin una intención suicida consciente y que se da en ausencia de trastornos del desarrollo o de síntomas psicóticos.

Diagnóstico Psiquiátrico: En base a los criterios del DSM-IV se evaluará con la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), para identificar el o los diagnósticos

existentes en los sujetos de estudio durante su hospitalización o en consulta externa.

Variables antecedentes

Edad

Sexo

Escolaridad

Nivel socioeconómico

2) Instrumentos de Medición

a. Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

Desarrollada dentro de la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines como: El Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS), el Interview Schedule for Children (ISC), el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) y el Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry SCAN. Se diseñó para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales IV edición (DSM-IV). Esta escala está integrada por cuatro partes: 1) datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual; 2) que explora propositivamente síntoma por síntoma de las

diferentes psicopatologías; 3) se interroga a los padres sobre los antecedentes generales del paciente y la 4) donde se abordan los apartados del desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol, drogas y evaluación del funcionamiento psicosocial. En conjunto la ESA, consta de 21 apartados distribuidos en estas cuatro secciones, se compone de 243 preguntas. Tiene un tiempo de aplicación de 60-90 minutos, dependiendo de la familiarización del clínico con el instrumento y de la cooperación del adolescente y el padre. Para registrar la evaluación se cuenta con una hoja de respuestas que consigna el síntoma y su duración durante su evolución en los últimos seis meses como parte de las manifestaciones actuales; evalúa el síntoma a lo largo de la vida, si se ha presentado en diferentes episodios y cuánto duró en cada uno; permite consignarlo como rasgo del paciente o bien si existe duda en torno a la codificación, pese a una exploración completa, además se puede consignar si la exploración del síntoma ha sido incompleta(14)

En la confiabilidad interevaluador, los coeficientes Kappa para las principales categorías diagnósticas fueron: trastorno depresivo mayor (TDM) 0.92, trastorno distímico (TD) 0.81, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 0.75, trastorno de conducta (TC) 0.97, y abuso de alcohol y drogas (AAD) 0.99. Los

coeficientes de correlación Kappa para los resultados de confiabilidad temporal fueron: TDM 0.59, TD 0.40, TDAH 0.78, TC 0.85 y para ADD 0.65 (14).

Escala de experiencias disociativas en adolescentes (A-DES)

La Escala de experiencias disociativas en adolescentes (A-DES) es un breve autoreporte que mide disociación en adolescentes, fue desarrollada como una herramienta de tamizaje de trastornos disociativos severos y para aclarar las características y límites de procesos disociativos normales y patológicos en adolescentes entre los 11 y 18 años de edad.

La escala A-DES es un autoreporte de 30 ítems que están neutralmente redactados y no son molestos para los adolescentes. La respuesta a las preguntas esta en un formato que va de 0 a 10 que califica desde nunca (0) hasta siempre (10) permitiendo a los sujetos cuantificar sus experiencias y responder por grado, por lo tanto, reflejan un rango de experiencia disociativa desde normal a patológica. La calificación total del A-DES es igual al promedio de todas las calificaciones de los ítems. Las áreas examinadas por la escala A-DES se dividen principalmente en 4 aspectos básicos de la disociación e incluyen 1) la amnesia disociativa (incluyendo largo plazo y momento actual), 2) concentración e involucración

imaginativa (confusión entre realidad y fantasía), 3) influencia pasiva (desconexión entre afecto y comportamiento), 4) despersonalización y desrealización) sensación de desconexión del cuerpo y de la realidad), dentro de este último grupo también se exploran otros dos síntomas importantes que son: disociación de la identidad (sensación de tener más de una identidad) y disociación de las relaciones (la sensación súbita e inexplicable de alteraciones en la relación). La confiabilidad de esta escala es de 0.92 utilizando el alpha de Cronbach y la prueba de Spearman-Brown, además tiene buena consistencia interna y validación. La escala A-DES ha sido traducida a 19 idiomas incluyendo el español (9).

3) Procedimiento de Evaluación

Se seleccionó a los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos durante la primera semana de estancia hospitalaria en los servicios de Unidad de Adolescentes Mujeres, Varones y PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, así como de la consulta externa de la Clínica de Adolecentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. Las entrevistas se realizaron dentro de la unidad de Hospitalización o de Consulta externa de ambas instituciones. Se requirió la presencia y autorización de

los padres para la participación durante la aplicación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) y la Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes (A-DES).

Se les informó sobre el procedimiento de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado por escrito en un formato elaborado para este motivo.

Primero se aplicó el cuestionario de autorreporte de la escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes en presencia del médico residente a cargo de la investigación para resolver dudas de los sujetos de estudio. Posteriormente se aplicó la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes en una o dos sesiones según el caso.

La reclutación de los pacientes y la aplicación de los instrumentos se obtuvieron en los meses de Marzo a Noviembre de 2009.

4) Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados, se utilizaron frecuencias y la regresión logística para predecir la asociación entre variables. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0.0.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se reclutó un total de 77 pacientes de los cuales 7 pacientes no completaron las entrevistas (4 pacientes solo completaron una escala y 3 pacientes ya no regresaron a consulta) por lo que se incluyó a un total de 70 pacientes.

I. Características demográficas

Los resultados del análisis demográfico de la población de estudio (N=70) mostró las siguientes características concentradas en la Tabla 1 por población general y en la Tabla 2 por diferencia de género.

Tabla 1. Factores demográficos por población general

CARACTERISTICA	TOTAL POBLACION
EDAD	14.5 Años N=17 (24%)
ESCOLARIDAD	2do secundaria N=18 (25%)
RELIGION CATOLICA	N=57 (82%)
TRABAJA	N=18 (26%)
NO TRABAJA	N=52 (74%)
ACOMPAÑANTES DURANTE ENTREVISTA	
MADRE	N=53 (76%)
PADRE	N=41 (58%)
TIOS	N=10 (15%)
OTRO	N=18 (26%)

Tabla 2 Análisis demográfico por diferencia de género

CARACTERÍSTICAS	FEMENINO (%)	MASCULINO (%)
EDAD	14.4 (25%)	14.5 (22%)
ESCOLARIDAD	2do sec (25%)	3ro sec (28%)
RELIGION CATÓLICA	41 (79%)	16 (89%)
TRABAJA	12 (23%)	6 (33%)
NO TRABAJA	40 (77%)	12 (67%)
ACOMPAÑANTES		
MADRE	41 (79%)	12 (67%)
PADRE	29 (56%)	12 (67%)
TIOS	8 (15%)	3 (17%)
OTRO	12 (23%)	6 (33%)

II. Descripción clínica

El análisis clínico buscó identificar por qué se presentaron los pacientes a solicitar atención psiquiátrica de urgencias o de primera vez y el diagnóstico al que se llegó luego de la aplicación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Se observó la concentración de diagnósticos que motivaron la consulta en la tabla 1 por el total de la población, en la tabla 2 se dividió por género. La proporción de diagnósticos por su frecuencia se concentran en el total de la población en la Grafica 1 y en la Grafica 2 por diferencia de género.

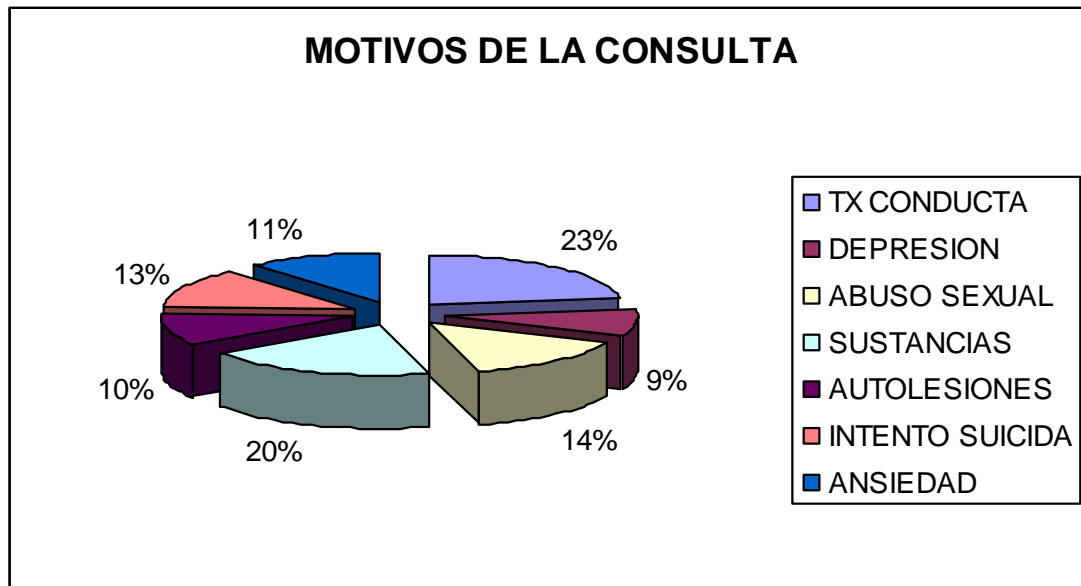
Tabla 1 Motivo de consulta en el total de la población.

	Mujeres	Hombres	Total
Trastornos de conducta	N=11 (16%)	N=5 (7%)	N=16 (23%)
Trastorno Depresivo mayor	N=5 (7%)	N=1 (1%)	N=6 (8%)
Abuso Sexual	N=8 (11%)	N=2 (3%)	N=10 (14%)
Consumo de Sustancias	N=9 (13%)	N=5 (7%)	n=14 (20%)
Autolesiones	N=6 (9%)	N=1 (1%)	N=7 (10%)
Intento de suicidio	N=6 (9%)	N=3 (4%)	N=9 (13%)
Ansiedad	N=7 (10%)	N=1 (1%)	N=8 (11%)
Total	52 (74%)	18 (26%)	70 (100%)

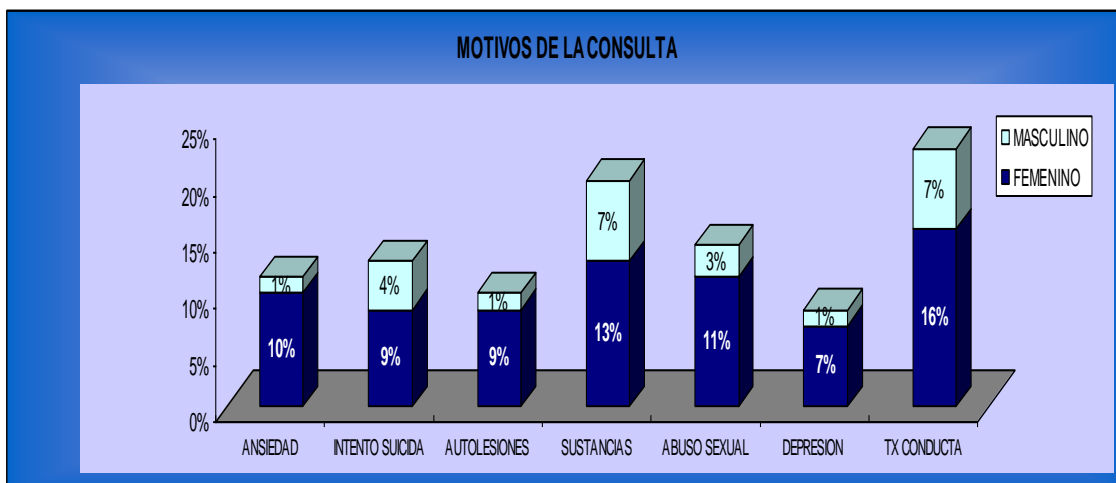
Tabla 2. Motivo de consulta por diferencia de género

	Mujeres	Hombres	Total
Trastornos de conducta	N=11 (21%)	N=5 (28%)	N=16 (49%)
Trastorno Depresivo mayor	N=5 (10%)	N=1 (6%)	N=6 (16%)
Abuso Sexual	N=8 (15%)	N=2 (11%)	N=10 (26%)
Consumo de Sustancias	N=9 (17%)	N=5 (28%)	N=14 (45%)
Autolesiones	N=6 (17%)	N=1 (6%)	N=7 (23%)
Intento de suicidio	N=6 (12%)	N=3 (17%)	N=9 (29%)
Ansiedad	N=7 (13%)	N=1 (6%)	N=8 (19%)
Total	52 (74%)	18 (26%)	70 (100%)

Grafica 1 Motivo de consulta en el total de la población



Grafica 2 Motivo de consulta por diferencia de género



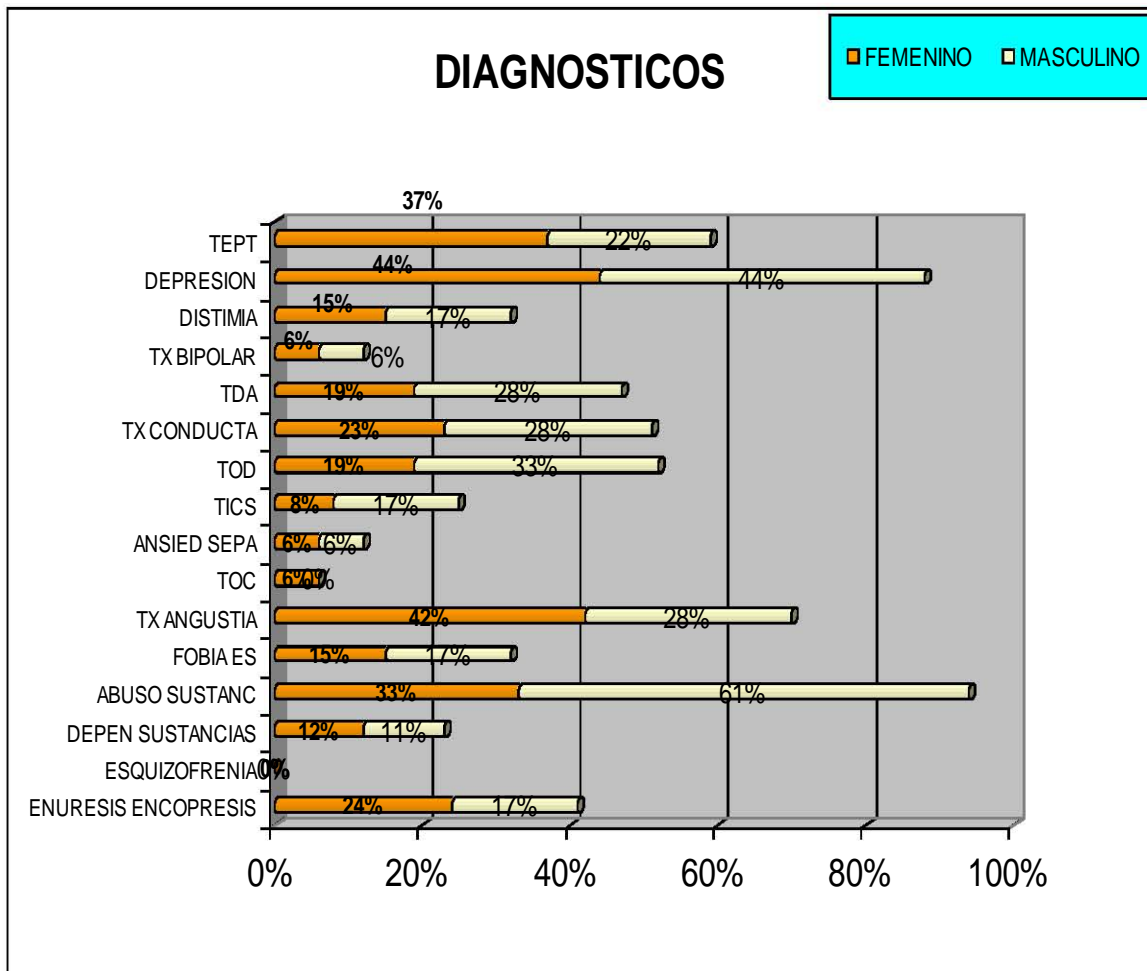
III.- Diagnósticos comorbidos

III. Comorbilidad de diagnósticos realizados con la Entrevista Clínica Semiestructurada se muestra en la Tabla 3

Tabla 3 Comorbilidad por total de la población

	Mujeres	Hombres	Total
TEPT	N=19 (37%)	N=4 (22%)	N=23 (32%)
Depresión	N=23 (44%)	N=8 (44%)	N=31 (44%)
Distimia	N=8 (15%)	N=3 (17%)	N=11 (16%)
Bipolar	N=3 (6%)	N=1 (6%)	N=4 (7%)
TDAH	N=10 (19%)	N=5 (28%)	N=15 (21%)
Trastorno Conducta	N=12 (23%)	N=5 (28%)	N=17 (24%)
T. Oposicionista	N=10 (19%)	N=6 (33%)	N=16 (23%)
Tics	N=4 (8%)	N=3 (17%)	N=7 (10%)
T. Ansiedad Separación	N=3 (6%)	N=1 (6%)	N=4 (6%)
TOC	N=3 (6%)	N=0 (0%)	N=3 (4%)
T. Angustia	N=22 (42%)	N=5 (28%)	N=27 (39%)
Fobia Específica	N=8 (15%)	N=3 (17%)	N=11 (16%)
Abuso Sustancias	N=17 (33%)	N=11 (61%)	N=28 (40%)
Dependencia Sustancias	N=6 (12%)	N=2 (11%)	N=8 (11%)
Esquizofrenia	N=0 (0%)	N=0 (0%)	N=0 (0%)
Enuresis Encopresis	N=12 (24%)	N=3 (17%)	N=15 (21%)

Grafico 4 Diagnósticos por diferencia de género



IV.-ANTECEDENTES DE ABUSO

El porcentaje de evento traumático se muestra en las tablas 6 y 7 en la población total y por diferencia de género.

Tabla 6 Porcentaje de abuso en población total

	Mujeres	Hombres	Total
Abuso Sexual	N=20 (28%)	N=4 (6%)	N=24 (34%)
Abuso Físico	N=5 (7%)	N=5 (7%)	N=10 (14%)
Ambos	N=6 (9%)	N=2 (3%)	N=8 (12%)
Sin Abuso	N=21 (30%)	N=7 (10%)	N=28 (40%)
TOTAL	N=52 (74%)	N=18 (26%)	N=70 (100%)

Tabla 7 Porcentaje de Abuso según diferencia de genero

	Mujeres	Hombres	Total
Abuso Sexual	N=20 (38%)	N=4 (22%)	N=24 (34%)
Abuso Físico	N=5 (10%)	N=5 (28%)	N=10 (14%)
Ambos	N=6 (12%)	N=2 (11%)	N=8 (11%)
Sin Abuso	N=21 (40%)	N=7 (39%)	N=28 (40%)
TOTAL	N=52 (100%)	N=18 (100%)	N=70 (100%)

V.- Tipo de Lesiones

En la siguientes dos tablas se muestra el porcentaje de tipo y sitio de lesiones encontrados

Tabla 8: Tipo de lesión en muestra total

	Mujeres	Hombres
Perdida Continuidad de la piel	N=48 (92%)	N=4 (22%)
Quemaduras	N=3 (6%)	N=3 (17%)
Contusión	N=11 (21%)	N=15 (84%)
Arrancarse el cabello	N=4 (8%)	N=0 (0%)
Otras	N=4 (8%)	N=1 (6%)

Tabla 9 Tipo de lesión por diferencia de genero

	Mujeres	Hombres
Perdida Continuidad de la piel	N=48 (69%)	N=4 (6%)
Quemaduras	N=3 (4%)	N=3 (4%)
Contusión	N=11 (16%)	N=15 (21%)
Arrancarse el cabello	N=4 (6%)	N=0 (0%)
Otras	N=4 (6%)	N=1 (1%)

Tabla 9 y 10 Sitios de Lesión en total de la población y por diferencia de género

Tabla 9 Sitios de lesión en población Total

	Mujeres	Hombres	Total
Cara	N=4 (6%)	N=2 (3%)	N=6 (9%)
Cabeza	N=9 (13%)	N=6 (9%)	N=15 (22%)
Extremidades Superiores	N=48 (70%)	N=16 (23%)	N= 65 (93%)
Extremidades Inferiores	N=14 (20%)	N=12 (17%)	N= 26 (37%)
Otras	N=9 (13%)	N=4 (6%)	N= 13 (19%)

Tabla 10 Sitios de lesión por diferencia de género

	Mujeres	Hombres	Total
Cara	N=4 (8%)	N=2 (11%)	N=6 (9%)
Cabeza	N=9 (17%)	N=6 (33%)	N=15 (22%)
Extremidades Superiores	N=48 (94%)	N=16 (89%)	N= 65 (93%)
Extremidades Inferiores	N=14 (27%)	N=12 (67%)	N= 26 (37%)
Otras	N=9 (17%)	N=4 (22%)	N= 13 (19%)

Tabla 11 Promedio de calificaciones de la escala A-DES por diferencia de genero

	Mujeres N=52	Hombres N=18
Concentración e Imaginación	3.19	2.61
Amnesia Disociativa	4.06	4.43
Influencia Pasiva	2.14	1.76
Despersonalización desrealización	4.5	4.75
Disociación de identidad	2.7	2.72
Disociación de las relaciones	1.54	1.72

Tabla 12 Promedio de calificaciones por Población total

PROMEDIO CALIFICACIONES ESCALA A-DES			
	Concentración e imaginación	Amnesia Disociativa	Influencia Pasiva
TOTAL POBLACION N=70	3.04	4.15	2.04

CALIFICACIONES ESCALA A-DES			
	Despersonalización Desrealización	Disociación de la identidad	Disociación de las relaciones
TOTAL POBLACION N=70	4.57	2.7	1.58

Tabla 13. Promedio de Calificaciones por diferencia de Género de acuerdo a antecedentes de Abuso sexual, físico y ambos antecedentes

PROMEDIO CALIFICACIONES ESCALA A-DES EN MUJERES			
	Concentración e imaginación	Amnesia Disociativa	Influencia Pasiva
Sin Abuso	2.2	2.5	1.5
Abuso Sexual	3.36	5.12	2.56
Abuso Físico	3.68	3.52	2.22
Ambos	4.4	5.7	2.7

PROMEDIO CALIFICACIONES ESCALA A-DES EN MUJERES			
	Despersonalización desrealización	Disociación de la Identidad	Disociación de las relaciones
Sin Abuso	3.06	1.3	1.2
Abuso Sexual	5.3	4.4	1.5
Abuso Físico	4.46	1.3	1.4
Ambos	7	3.8	2.4

PROMEDIO CALIFICACIONES ESCALA A-DES EN HOMBRES			
	Concentración e imaginación	Amnesia disociativa	Influencia pasiva
Sin abuso	1.4	3.6	0.5
Abuso Sexual	2.7	2.74	3.8
Abuso físico	3.6	3.5	0.9
Ambos	4.2	3.6	3.9

PROMEDIO CALIFICACIONES ESCALA A-DES EN HOMBRES			
	Despersonalización Desrealización	Disociación de la identidad	Disociación de las relaciones
Sin abuso	3.4	1.6	1.8
Abuso sexual	6.8	4.8	2.8
Abuso físico	3.7	1.8	0.5
Ambos	7.7	4.8	1.9

Para determinar cuál de las subescalas de disociación predice la presencia de algún diagnóstico, se utilizó la regresión logística la cual mostró los siguientes resultados:

La subescala de amnesia disociativa mientras más alta, mayor probabilidad de padecer TEPT y Depresión.

Para el TDA, TOD, TICS, la subescala de concentración e involucración afectiva predijo la presencia del trastorno.

Para la Fobia específica, la subescala de Influencia pasiva predijo la presencia de este trastorno.

Para la Dependencia a sustancias, la subescala de despersonalización predijo la presencia del trastorno.

Para la Enuresis/encopresis, la subescala de disociación de las relaciones predijo la presencia del trastorno.

Todos los resultados fueron estadísticamente significativos con $p: \leq 0.05$.

Para los diagnósticos de Distimia, TBP, TC, Ansiedad por separación, TOC, Trastorno por angustia, Abuso de sustancias y Esquizofrenia ninguna subescala predijo la presencia del diagnóstico.

CONCLUSIONES

La mayoría de esta muestra estuvo conformada por el sexo femenino lo que coincide con lo reportado en la literatura tanto en la manifestación de síntomas disociativos (72) así como en las conductas autolesivas en adolescentes y adultos (34,56,57). El promedio de edad fue de 14 años correlacionándose con el promedio de muestras clínicas que han reportado dos picos de mayor manifestación, a los 14 y 23 años en cuanto a automutilaciones y 15 años para la disociación (72,56). El motivo principal de consulta de primera vez en esta investigación fueron los trastornos de conducta mientras que en otros estudios fue el trastorno depresivo, el intento suicida y el uso de sustancias en adolescentes (69), esto quizá se explique porque esta muestra fue tomada tanto en consulta externa como en pacientes internados en unidades hospitalarias, o quizá represente un pobre control de impulsos descrito en varias investigaciones asociado al autodaño (33,62,63,72). El resto de motivos de consulta de primera ocasión fueron los siguientes: consumo de sustancias, abuso sexual, intento suicida, trastornos de ansiedad, autolesiones y depresión haciéndose notar que las autolesiones tuvieron un porcentaje muy bajo a pesar de que todos los casos presentaron este síntoma, lo que podría traducir que probablemente estas conductas son subdiagnosticadas en la

clínica si no se buscan propositivamente (38) ya que los adolescentes saben que esto es una conducta mal vista socialmente incluso hay quienes se realizan heridas o golpes corporales en sitios no visibles. En tanto las comorbilidades de diagnósticos psiquiátricos fueron hallados los siguientes en orden decreciente de importancia: Trastorno depresivo mayor 44%, abuso de sustancias 40%, trastorno de angustia 39%, trastorno de estrés postraumático 32%, trastorno de conducta 24%, antecedentes de trastorno de eliminación 21%, fobia específica 16%, dependencia a sustancias 11%, trastorno bipolar 7% y trastorno obsesivo compulsivo 4%.

El trastorno depresivo mayor fue la primera causa de comorbilidad en esta muestra, similar a las reportada en poblaciones de jóvenes que se autolesionan alcanzando cifras promedio que van del 18% al 45% (61). Pero inferiores a las reportadas por otros ensayos clínicos que alcanzan promedios de hasta 70% (69). El abuso de sustancias y en particular alcohol, el trastorno de angustia, el de estrés postraumático y los trastornos de conducta son significativamente comorbidos en pacientes con autolesiones reflejando similitud con los datos obtenidos en nuestra muestra, salvo por el trastorno límite de personalidad, trastornos somatomorfos, adaptativos y de alimentación que también son comorbilidades clínicas

frecuentes con autolesiones (56,69); estos trastornos no fueron evaluados en este estudio ya que la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes no los incluye entre sus rubros clínicos de investigación. Realizando el análisis separado por género se encontraron algunas diferencias ya que las mujeres presentaron más prevalencia de trastornos de angustia y estrés postraumático en comparación a los hombres que presentaron mayor comorbilidad con trastornos de conducta y abuso de sustancias en particular alcohol.

La mayoría de estudios refieren como causa contribuyente tanto de las conductas autolíticas como de trastornos disociativos el antecedente de importancia de abuso sexual, físico, negligencia, debido a su relación causal en ambas entidades así como que en el cuestionario de entrevista semiestructurada para Adolescentes cuenta con un rubro para interrogar este diagnóstico de importancia, por lo que se decidió averiguar la relación de este antecedente con la sintomatología disociativa, además de su prevalencia. Se dividió a los pacientes con antecedentes de abuso sexual y físico en cualquier momento de su vida hasta el momento actual y también se tomó en cuenta a los pacientes sin este antecedente, arrojando los siguientes datos: hasta el 63% de la población total refirió un antecedente de trauma y el 37% no presentó este antecedente. Además al dividir la muestra por diferencia de género se encontró que las

mujeres presentaban hasta un 60% de igual forma cerca del 40% negó algún tipo de abuso. Al revisar la literatura en relación a conductas autolíticas en mujeres adolescentes se ha reportado que poco mas del 50% tienen este antecedente durante la infancia u adolescencia incrementando aun mas la cifra al asociarse a un cuadro afectivo como el trastorno depresivo aunque por si solo los cuadros afectivos no son causa de autolesiones. Otros factores asociados son abuso físico, consumo de sustancias como alcohol, cocaína, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, disfunción familiar. Nuestros hallazgos muestran resultados muy parecidos a los reportados en la literatura. Los hombres por su parte en esta investigación reportaron hasta un poco mas del 60% del total de la muestra como genero algún antecedente de abuso físico y sexual datos comparables con los descritos en la literatura que reportan cifras similares a las halladas en este estudio.

En cuanto el tipo de lesiones que más frecuentemente reportó la población de estudio fue la pérdida de continuidad en 75%, contusiones 37%, quemaduras 8%, arrancarse el cabello 6%, y otras lesiones solo el 7%; estas últimas fueron 2 mujeres que se picaban con agujas, 2 se mordían las uñas hasta sangrar y un hombre se fracturó un antebrazo. Comparado con reportes de estudios descriptivos nuestros hallazgos arrojan que coinciden en

que el la perdida de continuidad de piel parece ser la forma más común de autolesión hasta en el 70% de los individuos. Además coinciden con estos estudios que reportan de 21% a 44% de los pacientes se golpean, estando nuestra muestra dentro de este rango (37%) y hasta un 35% se queman la piel discrepando nuestros hallazgos con tan solo un 8%. Al dividir la población de estudio por el género, las mujeres tendieron mas a provocarse heridas y arrancarse el cabello mientras los hombres presentaron más contusiones, lo que denota mayor violencia en sus conductas pero no coincidió con lo mencionado en la literatura que indica que los hombres tienden más a autoprovocarse heridas y las mujeres más a arrancarse el cabello y quemarse. Los métodos utilizados por las mujeres en general son menos violentos que los usados por los hombres quienes muestran una tendencia mayor hacia todo tipo de contusiones, esto reproduce parcialmente otras publicaciones (53,61), salvo que en estas hasta un 30% de la población se autolesionan el abdomen y en este protocolo no hubieron casos con este tipo de lesión; por otra parte la muestra de hombres en esta investigación fue más pequeña.

La escala de experiencias disociativas para adolescentes (A-DES) es un cuestionario que se utiliza para medir síntomas disociativos en adolescentes.

Las escalas que miden los síntomas disociativos han desempeñado un papel crucial en el establecimiento de la significación clínica de estos síntomas en los trastornos psiquiátricos, en particular los trastornos disociativos, de estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios (van IJzendoorn y Schuengel, 1996). Las escalas de autoreporte tanto en Adultos tales como la Escala de experiencias disociativas (DES), y la escala de experiencias disociativas en jóvenes han demostrado éxito en el cribaje clínico para los trastornos disociativos y han establecido la relación entre los mayores niveles de disociación y antecedente de trauma (9).

En muestras clínicas de pacientes psiquiátricos con puntuaciones de disociación alta a menudo son clínicamente distintivos, por ejemplo, tienen más automutilación y riesgo suicida que aquellos pacientes con puntuaciones bajas con el mismo diagnóstico (Demitrack et). Es por eso que se aplicó esta escala en este estudio para evaluar la prevalencia de estos síntomas en jóvenes con autolesiones y saber si algún síntoma en particular se relaciona más con este tipo de lesiones y si altas calificaciones podrían ser predictores de antecedentes de trauma (9). Los resultados mostraron que las calificaciones promedio por la población total solo fueron positivas para los síntomas de

despersonalización, desrealización, concentración e imaginación, y amnesia disociativa; al momento de hacer el análisis separando al grupo en ambos géneros se encontró aun calificaciones positivas en el genero femenino para estos tres síntomas pero en los hombres se hallaron resultados positivos solo para el complejo desrealización-despersonalización, y amnesia disociativa. Posteriormente realizando análisis del promedio de calificaciones en ambos géneros y tomando en cuenta si tenían o no antecedentes de abuso sexual, y físico se obtuvieron calificaciones interesantes, incluso se analizaron los resultados de pacientes que refirieron ambos antecedentes buscando saber si a mayor traumatización la sintomatología se manifestaba de manera más severa. Los resultados que se obtuvieron por diferencia de género fueron: Para hombres y mujeres sin antecedentes de abuso solo fue positiva su calificación para despersonalización-desrealización además de que los hombres dieron positiva para amnesia disociativa. Las mujeres dieron calificaciones positivas en 4 de los 6 síntomas de estudio: Concentración e involucración imaginativa, amnesia, despersonalización-desrealización y disociación de la identidad; cabe mencionar que las mujeres que sufrieron abuso sexual presentaron mayores calificaciones de los síntomas con respecto a las que solo sufrieron abuso físico; aquellas

pacientes que reportaron ambos síntomas, sus puntuaciones eran mayores a las que tenían antecedente de un solo síntoma lo que podría calificarse como a mayor calificación positiva mayor antecedente de trauma. Los hombres por su parte mostraron de igual forma calificaciones mas bajas si no contaban con antecedente de abuso salvo en los síntomas de despersonalización y amnesia disociativa, pero al analizarlos con antecedentes de trauma se encontró que sus calificaciones daban positivo para amnesia disociativa e influencia pasiva, despersonalización-desrealización, y disociación de la identidad; si solo tenían antecedentes de abuso físico presentaron calificaciones positivas para concentración e involucración imaginativa, despersonalización y amnesia disociativa; tomando en cuenta ambos antecedentes las calificaciones incrementaron claramente con respecto a los otros subgrupos y solo la disociación de las relaciones fue negativa.

Finalmente la regresión logística mostró que la escala de ADES-A predice la presencia de los diagnósticos de TEPT, Depresión, TDA, TOD, TICS, Fobia específica, Dependencia a sustancias y Enuresis/encopresis. El resto de los diagnósticos no fueron significativos, sin embargo, la muestra de esta investigación fue pequeña para concluir que dichos diagnósticos no son predecidos por la escala.

Se sugiere hacer mayor estudios de la disociación con una mayor cantidad de pacientes; asimismo, utilizar sujetos controles y que no hayan sufrido autolesiones para evaluar el comportamiento de la escala y comparar el grado de disociación.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 1989; 146:1530-1540
2. The role of neurosis in phylogenetic adaptation, with particular reference to early man. Am J Psychiatry 1976; 133:543-547
3. Feeling Unreal: Cognitive Processes in Depersonalization Am J Psychiatry 157:103-109, January 2000
4. The flexible observer and neodissociation theory American Journal of Clinical Hypnosis___April 1, 2006 Wickramasekera, Ian II
5. Should Conversion Disorder Be Reclassified as a Dissociative Disorder in DSM-V? Psychosomatics 48:369-378, September-October doi: 10. 1176/appi.psy.48.5.369
- 6 Sandra Badeck^b, Beckmann, Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: a startle response study, Journal of Psychiatric Research Volume 39, Issue 1, January 2005, Pages 85-92
7. dawn baker, elaine hunter depersonalisation disorder: clinical features of 204 british journal of p sychiatry 2003, 428-433
8. Glenn N. Saxe, M.D., Bessel A. Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients Am J Psychiatry 1993; 150:1037-1042

9. Armstrong, Judith G. Ph.D.1; Putnam, Frank W. M.D.2; Carlson, Eve Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale The Journal of Nervous & Mental Disease Issue: Volume 185(8), August 1997, pp 491-497
10. Rebeca Robles, Susana Garibay, Francisco Paez, Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica Mexicana: Prevalencia comorbilidad y características psicométricas de la escala de experiencias disociativas Salud Mental Vol. 29 No 2 Marzo Abril 2006
- 11 Recognizing and Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents Who Have Been Severely Maltreated: Dissociative Disorders Jeffrey J. Haugaard Child Maltreatment, Vol. 9, No. 2, 146-153 (2004)
12. Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder Vedat Şar, M.D., Gamze
- 13.** Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic Hamdi Tutkun, M.D., Vedat Şar Am J Psychiatry 155:800-805, June 1998
14. De la Peña, F; Patiño, M; Mendizábal, A: La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), descripción del

instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*. 1998, 21.

15. Relación entre las experiencias disociativas y las hipotéticas psicosis. YALE. 2000 AGO;188 Pope CA, Kwapil TR.

16. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation David Watson , , Kevin D. Wu and Cynthia Cutshall *Journal of Anxiety Disorders* Volume 18, Issue 4, 2004, Pages 435-458

17. Dissociative Disorders: New Findings Joel Yager, MD, *Journal Watch Psychiatry* May 17, 2006

18. Eric Vermetten, M.D., Ph.D. Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative *Am J Psychiatry* 2006; 163:630-636

19. Sierra M, Berrios GE: Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 1998; 44:898-908

20. Simeon, M.D. Orna Guralnik, Psy.D. Feeling Unreal: A PET Study of Depersonalization Disorder Daphne *Am J Psychiatry* 2000; 157:1782-1788

21. Multiple Personality and Related Dissociative Phenomena in Patients with Temporal Lobe Epilepsy Laura Schenk and David Bear, M.D. *Am J Psychiatry* 138:10, October /98/

22. Rodríguez Vega, Fernández Liria, Trauma disociación y Somatización, Anuario de psicología clínica y de la salud 2005, 1, 27-38
23. Charles A. Morgan III, MD, MA; Steve Southwick, Relationships Among Plasma Dehydroepiandrosterone Sulfate and Cortisol Levels, Symptoms of Dissociation, and Objective Performance in Humans Exposed to Acute Stress
24. v. Roca, ph.d. j. Hart, m.d. Cognitive function and dissociative disorder status among veteran subjects with chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2006; 18:226-230
25. Van der Hart, Steele; Disociación: una característica principal del complejo TEPT insuficientemente reconocida; *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.2000,
26. Kathy Steel, Onno van der Hart, Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja, *Journal of Trauma & Dissociation* ,6(3),11-53 .
27. Bennett G. Braun M.D. The Bask model of dissociation: 'Dissociation', Vol. I, No, 2 : tune .1988
28. Glenn N. Saxe, M.D., Bessel A. Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients *Am J Psychiatry* 1993; 150:1037-104

29. Favazza AR; Conterio, K: Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989, 79.
30. Clarke, L: Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *J Clin Nurs*. 1998, 7(2).
31. Favazza AR; DeRosear L, Conterio K: Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 1989, 19.
32. Favazza AR; Rosenthal RJ: Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*. 1993, 44.
33. Favazza, AR; Simeon, D: Self-mutilation: Impulsivity and Agresión .Hollander, E; Stein, DJ, eds. New York:Wiley, 1995.
34. Suyemoto, KL: The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998, 18.
35. Jones, IF; Daniels, B: An Ethological Approach to Self-Injury. *The Brit Jour of Psy*. 1996, 169(3).
36. Simpson, MA: Self-mutilation and suicide. In *Suicidology: Contemporary Developments* 1976.
37. Kemperman, SR: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*. 2002, 325(7374).
38. Briere, J; Gil, E: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998, 68.

39. Severino, A; Baca-Garcia, E; Diaz-Sastre, C; Saiz, RJ: Familiar history of suicidal behavior. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003, 31(3).
40. Pooley, EC; Houston, K; Hawton, K; Harrison, PJ: Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychol Med.* 2003, 33(5).
41. Evans, J; Reeves, B; Platt, H; Leibenau, A; Goldman, D; Jefferson, K; Nutt, D: Impulsiveness, serotonin genes and repetition of deliberate self-harm (DSH). *Psychol Med.* 2000, 30(6).
42. Evans, J; Battersby, S; Ogilvie, AD; Smith, CA; Harmar, AJ; Nutt, DJ; Goodwin, GM: Association of short alleles of a VNTR of the serotonin transporter gene with anxiety symptoms in patients presenting after deliberate self harm. *Neuropharm.* 1997, 36(4).
43. Hawton, K; Haw, C; Houston, K; Townsend, E: Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2002, 106(5).
44. White, CN; Gunderson, JG; Zanarini, MC; Hudson, JI: Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2003,11(1).

45. Johnson, BA; Brent, DA; Connolly, J; Bridge, J; Matta, J; Constantine, D; Rather, C: Familial aggregation of adolescent personality disorders. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995, 34(6).
46. Gardner, EG; Nock, MK: Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *J of Abnor Psychology*. 2005, 114(1).
47. Winchel, RM; Stanley, M: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991, 148.
48. Sandman, TA; Nock, MK: A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *J of Consul & Clin Psychology*. 2004, 72(5).
49. Villalba, R; Harrington, CJ: Repetitive self-injurious behavior: a neuropsychiatric perspective and review of pharmacologic treatments. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2000, 5.
50. Sotres, RS; Bayón, G; Symons, FJ: The early development of stereotypy and self-injury: a review of research methods. *J of Intellectual Disability Res*. 2005.49(2).
51. DiClemente, RJ; Ponton, LE; Hartley, D: Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991, 30.
52. Pattison, EM; Kahan, J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983, 140.

53. Gratz, KL: Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopat and Behav Asses*. 2001, 23.
54. Klonsky, E; David, MA; Oltmanns, TF: Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry*. 2003, 160(8).
55. Stanley, B; Gameroff, MJ; Michalsen, V; Mann, JJ: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*. 2001, 158.
56. Nijman, HL; Dautzenberg, M; Merckelbach, HL; Jung, P: Self-mutilating behavior in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*. 1999, 14.
57. Ogundipe, LO: Suicide attempts vs deliberate self-harm (letter). *Br J Psychiatry*. 1999; 175.
58. Webb, L: Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *Jour of Advanced Nurs*. 2002, 38(3).
59. Frost, P; Anne, BA : Deliberate self-harm cases: a primary care perspective. *Nursing Stand*. 2004, 18.
60. Rodham, K; Hawton, KD; Evans, E: Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Jour Am Acad of Child & Adolesc Psychiatry*. 2004, 43(1).
61. Nixon, MK; Cloutier, P: Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized

Adolescents. Jour Am Acad of Child & Adolesc Psychiatry.2002, 41(11).

62. Garrison, FA; Boyce, P: The problem of deliberate self-harm. Current Opin in Psychiatry.2001, 14.

63. Guertin, T: Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. Jour Am Acad of Child & Adolesc Psychiatry. 2001, 40(9).

64. Karwautz, A; Resch, F; Wober-Bingol, C; Schuc, B: Self-mutilation in adolescence as addictive behaviour. Wien Klin Wochenschr. 1996, 108.

65. Walsh, RS; Conner, K: Injury Hospitalization and Risks for Subsequent Self-Injury and Suicide: A National Study From New Zealand. Am J of Pub Health. 2003, 83.

66. Van der Kolck, BA; Perry, JC; Herman, JL: Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry. 1991; 148.

67. Simeon, D; Stanley, B; Frances, A; Mann, JJ; Winchel, R: Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. Am J Psychiatry.1992; 149.

68. Taiminen, TJ; Kallio-Soukainen, K; Nokso-Koivisto, H: Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1985, 37.

69. Clarkin, JS; Cooper, J: Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. Am J of Psychiatry. 2005, 162.

70. Gladstone, GL: Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *The Am Jour of Psychiatry*. 2004, 161(8).
71. Boughn, S; Holdom, JJ: The Relationship of Violence and Trichotillomania. *Jour of Nurs Scholarship*. 2003, 35(2).
72. Martinez Taboas, Gloria Canino, Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths *Journal of traumatic stress*, Vol 19 No 4 August 2006 pp, 439-448

A-DES

Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes

Judith G. Armstrong, Ph.D., Frank W. Putnam, M.D., Eve Bernstein Carlson, Ph.D., Deborah Z. Libero, Ph.D.,
y Steven R. Smith, B.A.

NOMBRE:

SEXO:

FECHA: ____ / ____ / ____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca de diferentes tipos de experiencias que tiene la gente. Para cada una, marca el número que mejor defina cuánto de esta experiencia te sucede. Marca un 0 si nunca te sucede; un 10 si te pasa siempre. Si te pasa a veces pero no todo el tiempo, marca el número entre 1 y 9 que mejor describa qué tan seguido te pasa. Solo responde cuánto de esto te sucede CUANDO NO ESTAS bajo la influencia de alcohol o drogas.

1. Cuando miro la TV, leo, o juego con la computadora, estoy tan ensimismado/a que no tengo idea de lo que pasa a mi alrededor.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Traigo pruebas o tareas que no recuerdo haber hecho.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Tengo sentimientos fuertes que no me parecen míos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Puedo hacer algo realmente bien una vez y otra vez no puedo ni siquiera hacerlo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. La gente me dice que hago o digo cosas que no recuerdo haber hecho o dicho.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. *Me siento como en tinieblas y las cosas a mi alrededor me parecen irreales.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. *Me siento confundido/a acerca de si hice algo o si solo pensé en hacerlo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. *Miro el reloj y me doy cuenta de que pasó el tiempo y no puedo recordar qué sucedió.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. *Escucho voces en mi cabeza que no son mías.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. *Cuando estoy en un lugar donde no quiero estar, me puedo ir con la mente.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. *Soy tan bueno/a mintiendo y actuando que me lo creo yo mismo/a.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. *Me descubro como si estuviera “despertando” en medio de algo que estoy haciendo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. *No me reconozco a mí mismo/a en el espejo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. *Me encuentro yendo a algún lado o haciendo algo sin saber por qué.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. *Me encuentro en un lugar y no me acuerdo de cómo llegué ahí.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. *Tengo pensamientos que no parece que me pertenezcan.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. *Me doy cuenta de que puedo hacer que el dolor físico desaparezca.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. *No me puedo dar cuenta si las cosas realmente sucedieron o si yo solo las pensé o soñé con ellas.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. *Me encuentro haciendo algo que sé que está mal, aún cuando realmente no lo quiero hacer.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. *La gente me dice que a veces me comporto tan diferente que parezco otra persona.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. *Me siento como si tuviera paredes en el interior de mi mente.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Encuentro cosas escritas, dibujos o cartas que debo haber hecho yo, pero que no puedo recordar haber hecho.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Algo en mi interior parece obligarme a hacer cosas que no quiero hacer.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Descubro que no puedo decir si estoy recordando algo o si de hecho me está pasando.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Me descubro parado(de pie) fuera de mi cuerpo, mirándome como si fuera otra persona.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Mis relaciones con mi familia y amigos cambian de repente y no sé por qué.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Siento como si mi pasado fuera un rompecabezas y se hubieran perdido algunas piezas.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Me quedo tan ensimismado/a con mis juguetes o peluches que parecen estar vivos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Siento como si hubiera diferentes personas dentro de mi.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Siento como si mi cuerpo no me perteneciera.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PARA SER COMPLETADO POR EL TERAPEUTA:

Puntuación:

Subpuntuaciones por áreas:

- ▶ Concentración e Involucración Imaginativa: Items: 1+7+10+17+24+28 dividido por 5=
- ▶ Amnesia Disociativa: Items: 2+5+8+12+15+22+27 dividido por 7=
- ▶ Influencia Pasiva: Items: 4+14+16+19+23 dividido por 5=
- ▶ Despersonalización y Desrealización: Items 3+6+9+11+13+17+20+21+25+26+29+30 dividido por 12=
- ▶ Disociación de la Identidad: Items 3+9+21+29 dividido por 4=.....
- ▶ Disociación en las relaciones: Items 11+20+26 dividido por 3=

Armstrong, J. G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z., & Smith, S.R. (1997) "Development and validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale". The Journal of Nervous and Mental Disease, 185 (8): 491-497.

(Pg.493.) "El A-DES es un documento de dominio público y puede ser utilizado y reproducido sin restricciones de copyright"

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)
del Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

Índice

A. Presentación	2
B. Procedimiento	2
1. Datos Generales	3
2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual	4
3. Trastorno Depresivo Mayor	5-6
4. Distimia	6-7
5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)	7-8
6. Trastorno por Déficit de Atención	8-9
7. Trastorno de Conducta	9-10
8. Trastorno Desafiante Oposicionista	10-11
9. Trastornos por Tics	11-12
Trastorno por Tics Transitorio	11
Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal	12
Trastorno Gilles Tourette	12
10. Trastorno de Ansiedad de Separación	12-13
11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	13-14
12. Trastorno de Crisis de Angustia (Agorafobia)	14-15
13. Trastorno por Fobia Específica	16
14. Abuso de Sustancias	16-17
15. Dependencia de Sustancias	17
16. Esquizofrenia	17-19
17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual	19
18. Trastornos de la Eliminación	20-21
Enuresis	20
Encopresis	20-21
19. Historia del Desarrollo	21-22
Embarazo y Parto	21
Desarrollo Motor	21
Desarrollo Lenguaje	21
Desarrollo Social-Adaptativo	21
Desarrollo Académico	22
Desarrollo de los Hábitos	22
Desarrollo Sexual	22
20. Antecedentes	22-23
Antecedentes Personales No Patológicos	22
Antecedentes Personales Patológicos	23
Antecedentes Heredo-Familiares	23
21 Evaluación del Funcionamiento Psicosocial	23-24

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

B. Procedimiento

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a ésto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de ésto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, oposicionista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

1. Datos Generales

- 1.1. ¿Cómo te llamas?
- 1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)
- 1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, edo. y país*)
- 1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?
- 1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (en meses) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)
- 1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?
- 1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)
- 1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)
- 1.9. ¿Cuál es tu dirección?
- 1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?
- 1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)
- 1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?
- 1.13. ¿Qué religión tienes?

(Interrogatorio dirigido al padre)

- 1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?
- 1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?
- 1.16. ¿Cuáles son sus estudios?
- 1.17. ¿Cuál es su ocupación?
- 1.18. ¿Vive usted con el paciente?

2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas). Cuando el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta esto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.

Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.

3. Trastorno Depresivo Mayor

Para cada pregunta deberá mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida? especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 3.1 ¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes ^{triste} triste o enojado?
 - 3.2 ¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la T.V., ir al cine?
 - 3.3 ¿Has bajado de peso sin estar a dieta? ^{no aumento de peso desde hace}
 - 3.4 ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
 - 3.5 ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
 - 3.6 ¿Te has sentido cansado o con menos energía? -
 - 3.7 ¿Te has sentido inútil o muy culpable? ^{triste}
 - 3.8 ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso? ^{triste}
 - 3.9 ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
 - 3.10 ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
 - 3.11 ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
 - 3.12 ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?
 - 3.13 ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?
-

3.14. ¿Hace cuánto?

Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor

Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.

(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? *(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)*

3.16. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? *(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)*

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? *(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)*

3.18. *Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodepreciación, amenazas o conductas suicidas.*

4. Distimia

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá

preguntar: ¿te había sucedido esto antes. cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3 ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4. ¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?
- 5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?
- 5.3. ¿Has estado mucho más platicador?
- 5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?
- 5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?
- 5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?
- 5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?
- 5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?
- 5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

6. Trastorno por Déficit de Atención

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?
- 6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?
- 6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?
- 6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?
- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?

- 6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debes mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?
- 6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?
- 6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?
- 6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?
- 6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?
- 6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?
- 6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corrías en lugares en donde no se debía?
- 6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?
- 6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?
- 6.15. ¿Eres de los que habla mucho?
- 6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?
- 6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?
- 6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?
- 6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?
- 6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?
- 6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

7. Trastorno de Conducta

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual .cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?
- 7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?
- 7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?
- 7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?
- 7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?

8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?

8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*

8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

9. Trastornos por Tics

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuándo? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

Trastorno por Tics Transitorio

9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?

9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?

9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal

- 9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?
- 9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?
- 9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?
- 9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

Trastorno de G. Tourette

- 9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?
- 9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?
- 9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

10. Trastorno de Ansiedad de Separación

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?
- 10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?
- 10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?
- 10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?
- 10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?
- 10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?
- 10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?
- 10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?
- 10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?
- 10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, esto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientes ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?
- 11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?

11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?

11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?

11.5. ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que ésto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rígidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8. ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9. El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbido, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12. Crisis de Angustia

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (*deben estar presentes por lo menos cuatro*) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)

(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7. (La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo (animal, objeto o situación) te da mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparte con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

14. Abuso de Sustancias

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalantes, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para otras sustancias como inhalantes, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?

14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas, como manejar, nadar, patinar, etc.?

14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?

14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

15. Dependencia de Sustancias

15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?

15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?

15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?

15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?

15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?

15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?

15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

16. Esquizofrenia

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado

mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroga la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroga sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)

16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes sometiendo a prueba de realidad).

16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?

16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).

16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).

16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como ~~aplastamiento~~ aislamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).

16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?

16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).

16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).

16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).

17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?

17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

18. Trastornos de la Eliminación

Enuresis

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

Encopresis

¿Te has hecho popó, caca, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

19. Historia del Desarrollo

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

Embarazo y Parto

- 19.1. Embarazo planeado
- 19.2. Embarazo con complicaciones
- 19.3. Tipo de parto
- 19.4. Peso al nacer
- 19.5. Talla al nacer
- 19.6. A.PGAR

Desarrollo Motor

- 19.7. Sosten cefálico
- 19.8. Sedestación
- 19.9. Gateo
- 19.10. Bipedestación
- 19.11. Deambulación

Desarrollo del Lenguaje

- 19.12. Primeros Fonemas
- 19.13. Primeras Palabras
- 19.14. Primeras Frases
- 19.15. Frases Estructuradas

Desarrollo Social-Adaptativo

- 19.16. Control de Esfínter Vesical
- 19.17. Consolidación del Esfínter Vesical
- 19.18. Control de Esfínter Anal
- 19.19. Consolidación del Esfínter Anal

Desarrollo Académico

- 19.20. Edad a la que asistió a guardería
- 19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento

- 19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.25. Otros estudios

Desarrollo de los Hábitos

- 19.26. ¿Hubo alimentación al seno materno y por cuántos meses?
- 19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactación?
- 19.28. ¿Hubo problemas para la alimentación?
- 19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?
- 19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctilalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

Desarrollo Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugere pasar al apartado 20))

- 19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?
- 19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?
- 19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?
- 19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?
- 19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?
- 19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?
- 19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?
- 19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

20. Antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

- 20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración
- 20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda
- 20.3. Interrogar sobre la situación económica

Antecedentes Personales Patológicos

- 20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).
- 20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones
- 20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas
- 20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

Antecedentes Heredo Familiares

- 20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna
- 20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

Trabajo

- 21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?
- 21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?
- 21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

Relaciones Interpersonales

- 21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?
- 21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?
- 21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

Funcionamiento Sexual

- 21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?
- 21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

Satisfacción con la Vida

- 21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

Actividades Recreacionales

21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?

21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

Valoración Global

21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

Francisco R. de la Peña Olvera

Instituto Mexicano de Psiquiatría

1996