

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



**TESIS:**

Correlación del nivel de impulsividad y agresividad  
con la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos

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

Martha Díaz Rodríguez

**TUTOR:**

Dr. Emmanuel Isaías Sarmiento Hernández

**CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2014**



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.

## **RESUMEN.**

**Antecedentes:** La conducta autolesiva en los adolescentes puede realizarse como una forma de autocontrol, regulación o descarga emocional. Puede exacerbarse con depresión o ansiedad y a veces se asocia con ideas suicidas, aumentando el riesgo de mortalidad. Por otro lado, la agresividad y la impulsividad son comunes y podrían ser un factor involucrado en estas conductas.

**Objetivo:** Se estableció la asociación de niveles de impulsividad y agresividad con la presencia de conductas autolesivas en adolescentes deprimidos. Se identificaron los diagnósticos comórbidos frecuentemente asociados con la conducta autolesiva.

**Material y Métodos:** Estudio transversal donde participaron 93 adolescentes (edad media  $8.25 \pm 1.3$  años) de un hospital psiquiátrico. Se evaluaron mediante K-SADS-PL, Escala de Agresividad Explícita y Escala de Impulsividad de Plutchik.

**Resultados:** La conducta autolesiva estuvo presente en el 48.4% de la muestra y la mayoría tenían antecedentes de intento suicida. Fue frecuente la distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante; sólo la distimia tuvo asociación significativa con la conducta autolesiva e intento suicida. No hubo diferencias significativas con la agresividad. Los adolescentes deprimidos con conducta autolesiva o antecedentes de intento suicida mostraron mayor nivel de impulsividad que aquéllos sin estas características.

**Conclusiones:** La alta impulsividad asociada nos obliga a detectar propositivamente la existencia de conductas autolesivas en todos los adolescentes y desmitificarlos de un aparente riesgo suicida bajo. Debido a las comorbilidades y características en estos jóvenes, es indispensable un manejo oportuno e integral.

**Palabras clave, MeSH:** Autolesión, Adolescencia, Impulsividad, Agresividad.

## ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN .....	2
2. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1 Conducta autolesiva	
2.2 Agresividad	
2.3 Impulsividad	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
4. JUSTIFICACIÓN .....	8
5. HIPÓTESIS.....	9
6. OBJETIVOS.....	9
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
▪ Tipo de diseño	
▪ Muestra	
▪ Criterios de inclusión	
▪ Criterios de exclusión	
▪ Criterios de eliminación	
▪ Variables	
▪ Procedimiento	
▪ Instrumentos de medición	
▪ Análisis estadístico	
▪ Factibilidad	
▪ Consideraciones éticas	
8. RESULTADOS.....	18
9. DISCUSIÓN.....	21
10. CONCLUSIONES .....	24
11. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES .....	25
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
13. ANEXOS .....	31

## 1. INTRODUCCIÓN

Las conductas autolesivas son un daño provocado a sí mismo con un fin determinado o por la simple reacción a un estímulo que el individuo percibe como dañino pero que en lugar de agredir a ese alguien o algo, se agrede a sí mismo. Este patrón de conductas se ha estudiado en los últimos años con mucha mayor frecuencia que en épocas pasadas y también se ha observado que con frecuencia su inicio ocurre en la adolescencia. Actualmente, se ha postulado que las conductas autolesivas probablemente pudieran estar relacionadas con la inmadurez de algunas estructuras cerebrales relacionadas con la agresividad e impulsividad.

La agresividad ha acompañado al hombre desde sus orígenes ya que va de la mano con el instinto de supervivencia, es decir, el humano agrede por instinto a quien le quiere dañar. Sin embargo, a través de los años se observado que los seres humanos no solo dañan de manera instintiva, sino también de manera premeditada. Aunado a esto, en muchos casos estas conductas pueden presentarse bajo un contexto impulsivo lo que aumenta el daño físico, emocional y social de este grupo de individuos.

En los puntos anteriores radica la importancia del presente estudio, ya que si bien no es un tema nuevo, sí es de suma importancia debido a la frecuencia con la que se observan dichas conductas en los adolescentes, pudiendo repercutir en actos que a futuro podrían concluir de manera catastrófica, como lo es tener una adaptación disfuncional a cualquier estímulo (ambiente, relación interpersonal o pensamiento) que considere estresante llegando incluso al suicidio.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Conducta autolesiva**

La conducta autolesiva es aquella caracterizada por ser autodestructiva y que causa daño tisular sin intención suicida<sup>1,2</sup>. Existen diversas clasificaciones de las conductas autolesivas, una de las cuales las divide en directas e indirectas, donde las primeras incluyen cortarse, rascarse, morderse, golpearse o quemarse la piel intencionalmente<sup>3</sup>, mientras que las conductas autolesivas indirectas causan lesión al cuerpo sin incluir un daño inmediato y deliberado al tejido cutáneo<sup>4</sup>. Se ha observado que los adolescentes con conductas autolesivas directas tienen más ideas autocríticas, mayor propensión al suicidio y más antecedentes de intentos suicidas, en comparación con aquellos con conductas autolesivas indirectas<sup>4</sup>. Otra clasificación se basa en la frecuencia de las conductas autolesivas, denominándose ocasionales y repetitivas. Las primeras se realizan una a cuatro veces a lo largo de su vida y las conductas autolesivas repetitivas son aquellas donde se realizan cinco o más veces en la vida. De acuerdo con investigaciones recientes, las ocasionales son mucho más frecuente (71.3%) que las repetitivas<sup>1</sup> pero estas últimas están asociadas con más problemas psicológicos<sup>5</sup>. Actualmente la mayoría de los niños y adolescentes que las presentan no buscan algún tipo de ayuda médica<sup>1,6,7</sup>, quedando desatendidos casi el 75% de acuerdo con una investigación publicada en el 2014<sup>1</sup>, lo que obstaculiza el tratamiento. Por ello, se han realizado diversos estudios para conocer mejor las características de esta conducta, así como los patrones relacionados con ella. Un claro ejemplo es un estudio longitudinal realizado durante 14 años con una muestra de 1,943 adolescentes desde los 15 años de edad, donde la conducta autolesiva se realizó en el 88.7% en alguna ocasión en su vida<sup>8</sup>.

En general, la edad de inicio de las autolesiones es a partir de los 15 años<sup>7</sup>, pero también se ha reportado a edades más tardías, de 15-19 años<sup>9</sup> o más tempranas que van de los 12-14 años<sup>10</sup>. Una variable importante en la edad de inicio es la frecuencia con la que se realizan las autolesiones, por ejemplo, un estudio en adolescentes que cursaban el 9° grado escolar observó que estas conductas se

presentaban a edades más tempranas si eran ocasionales (10.9% de la muestra) y solo en un 4% si eran repetitivas<sup>5</sup>. Muchos autores reportan que las conductas autolesivas son más frecuente en las mujeres<sup>6-11</sup>. Algunos sugieren que es hasta 1.8 veces más frecuente a comparación de los hombres<sup>7</sup>. Según algunos autores, el sexo femenino incrementa la probabilidad de continuar con estas conductas hasta la adultez pero a partir de los 20.7 años han observado un decremento<sup>8</sup>. El método más utilizado por las mujeres es cortarse los brazos en privado, atribuyéndolo principalmente a una forma de autocontrol y regulación emocional, mientras que en los hombres es lesionarse las manos pegándole a objetos en presencia de otros, siendo el motivo más frecuente, el descargar su ira<sup>6,7</sup>.

La comorbilidad psiquiátrica es un término utilizado para describir la presencia de dos o más trastornos mentales en un mismo individuo, las cuales son frecuentes en los adolescentes que tienen conductas autolesivas, principalmente la depresión y la ansiedad<sup>4-6,9,12</sup>. Algunos autores mencionan que las autolesiones son frecuentes cuando hay sentimientos de soledad<sup>13</sup> o con el fin de regular emociones abrumadoras e intolerables<sup>14</sup>, lo cual sucede frecuentemente cuando hay síntomas depresivos y ansiosos. De acuerdo con varios estudios, la depresión se encuentra presente en nueve de cada 1,000 pre-escolares, en 20 de cada 1,000 escolares (6 a 11 años) y en por lo menos 50 de cada 1,000 adolescentes (12-18 años)<sup>15,16</sup> y está asociado con dificultades psicosociales y académicas, así como con el suicidio<sup>17</sup>. El inicio temprano de un trastorno depresivo mayor más una distimia, es decir una “depresión doble”, es frecuente y en muchas ocasiones se acompaña de otros trastornos psiquiátricos<sup>17</sup>. Varios autores concuerdan que la depresión incrementa el riesgo de presentar conducta autolesiva<sup>5,6,9,12,18</sup> y de perpetuarla hasta la adultez<sup>5,8</sup>.

Investigaciones revelan que más de la mitad de adolescentes deprimidos eventualmente realizarán un intento suicida y aproximadamente el 10% de estos terminarán en suicidio consumado dentro de los 15 años posteriores a su diagnóstico psiquiátrico<sup>15,16</sup>. Respecto a los adolescentes con autolesiones, el 70% ha presentado al menos un intento suicida alguna vez en su vida<sup>19</sup>, siendo la

conducta autolesiva un importante predictor del intento suicida<sup>20</sup>. La mayoría de los adolescentes no tienen una intención suicida al momento de realizar esta conducta autolesiva<sup>6,10</sup>, pero se ha encontrado que sí hay un aumento en la asociación entre ideas suicidas y conductas autolesivas cuando estas últimas son repetitivas<sup>5</sup>. También se ha reportado que aquellos adolescentes con dos a cinco lesiones aumentan al doble el riesgo suicida; mientras los que tienen más de 10, lo incrementan hasta cinco veces<sup>6</sup>.

Otras comorbilidades frecuentes en las conductas autolesivas son discapacidad intelectual, psicosis, riesgo de uso de alcohol, tabaco, cannabis, además de conducta antisocial<sup>5,8,21</sup>. Un hallazgo interesante es que las autolesiones realizadas por varones fueron cuatro veces más frecuentes si se encontraban bajo intoxicación de alcohol o alguna droga<sup>7</sup>. Respecto al eje II propuesto por el DSM-IV-tr (22), en un estudio se reportó que el diagnóstico más frecuente en adolescentes con autolesiones sin fines suicidas hospitalizadas fue el trastorno límite de personalidad, seguido del trastorno evitativo de la personalidad y luego el trastorno paranoide de la personalidad<sup>19</sup>.

## **2.2 Agresividad**

La agresión es una conducta que tiene la intención de provocar daño físico a otro individuo y tiene el fin de promover la conservación y supervivencia de la especie. Pero en los seres humanos, la conducta agresiva de forma indiscriminada y recurrente, sin ganancia o valor evolutivo, representa un grave problema clínico<sup>23</sup>. Un claro ejemplo son los adolescentes que presentan conductas autolesivas sin fines suicidas, donde la agresividad es más frecuente en comparación con aquellos sin estos patrones de comportamiento<sup>24</sup>.

La agresividad tiene muchas clasificaciones; una de ellas distingue dos tipos, la premeditada o instrumental y la impulsiva o reactiva. En la primera, la corteza prefrontal está íntegra, mientras que en la agresividad reactiva tiene poco control sobre sus impulsos en esta misma región, ya que hay una alteración en el control cognitivo



que se produce cuando se experimentan emociones negativas intensas como respuesta ante una amenaza percibida del medio. La agresión reactiva es resultado de la disfunción de regiones orbitofrontales, ventromediales del lóbulo prefrontal y estructuras subcorticales como la amígdala e hipocampo<sup>25,26</sup>.

La hipótesis de las neuronas espejo propone que en el lóbulo de la ínsula y corteza cingulada anteriores se reconocen las emociones de uno mismo y de los otros, generando empatía, y esta última es el inhibidor más potente que se conoce contra la violencia y crueldad, por lo que la alteración de las neuronas en espejo puede promover la agresividad. Más aún, la pérdida de flexibilidad intelectual y de habilidades para resolver problemas pueden generar problemas sociales que terminen en soluciones agresivas<sup>25</sup>.

Por otro lado, las conductas agresivas son aprendidas desde edades tempranas y se manifiestan varios años más tarde. Por ejemplo, los preescolares expuestos a violencia de pareja no presentaban conductas agresivas de inmediato pero sí años después; es decir, entre más se exponían a violencia de pareja antes de los tres años de edad, más conductas agresivas presentaban cuando tenían ocho años<sup>27</sup>. También se ha demostrado que si los niños preescolares son expuestos a la agresión verbal materna, hay pocas complicaciones a corto plazo; pero en tres años algunos de estos niños presentaban baja autoestima, conductas delictivas y mayor probabilidad de síntomas depresivos<sup>28</sup>.

Diversos estudios señalan que la agresividad con conductas autolesivas en adolescentes femeninas se asocia con supervisión parental es muy estricta o muy pobre o si estas consumen alcohol; mientras que en los adolescentes masculinos, esta asociación se encuentra si hay castigos parentales, riqueza y tabaquismo<sup>29-32</sup>. En otro estudio se observó que la agresión verbal y la indirecta estuvieron asociadas con la presencia de conducta autolesiva en estudiantes de nacionalidad china con problemas para manejar sus emociones, pudiendo ser un probable factor de riesgo para las conductas autolesivas<sup>32</sup>.

### 2.3 Impulsividad

La impulsividad se ha definido como la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida y sin reflexión, así como con comportamientos inadecuados y poco planificados<sup>25</sup>. También está frecuentemente acompañada de comportamientos agresivos en los pacientes con intento suicida y puede presentarse desde la infancia<sup>33</sup>. Además es una de las características que se encuentra con frecuencia en los adolescentes con conductas autolesivas sin fines suicidas, en comparación con los jóvenes que no las presentan<sup>24</sup>.

La amígdala es de las principales estructuras cerebrales implicadas en la impulsividad y agresividad, específicamente el volumen ventral de esta estructura se asoció positivamente con la impulsividad motriz y el dorsal izquierdo se asoció negativamente con la agresión verbal y física, consistente con roles de activación y control en población con problemas importantes de autocontrol<sup>34</sup>.

Se ha observado que altos niveles de impulsividad se correlacionan fuertemente con altos niveles de conductas agresivas y hostilidad; así mismo, el suicidio consumado realizado de manera impulsiva está altamente relacionado con una historia de vida de comportamientos agresivos a comparación de los suicidios no impulsivos<sup>33</sup>. Se ha observado que los adolescentes con autolesiones con fines suicidas reportan mayor severidad de impulsividad; más aún cuando los adolescentes con conducta autolesiva e ideación suicida se hospitalizaban, empeoraba su impulsividad, comparados con aquellos sin ideación suicida<sup>12</sup>.

En un estudio con pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar tipo 1 se encontró que el mayor predictor para intento suicida fue la impulsividad<sup>23</sup>. También se ha asociado a las conductas autoagresivas reportadas en varios estudios<sup>35,36</sup> y, específicamente, cuando hay afectos negativos o positivos<sup>37,38</sup>.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe asociación entre el nivel de impulsividad y agresividad con la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos que acuden a un Hospital Psiquiátrico Infantil de la ciudad de México?

### **4. JUSTIFICACIÓN**

La conducta autolesiva es actualmente un tema de interés en la salud mental a nivel mundial, por lo que se han realizado una gran variedad de investigaciones para tratar de entender mejor este fenómeno. Sin embargo, aún hay características en este grupo de adolescentes que es necesario estudiar más a fondo para poder entender mejor este fenómeno.

Los rasgos impulsivos-agresivos parecen ser parte de la diátesis para desarrollar distintos trastornos psiquiátricos, entre ellos el comportamiento autolesivo. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” se ha observado un incremento notable de casos de adolescentes con autolesiones. En el año 2005 se registraron 14 casos (0.4% de la población atendida en ese año), en el 2010 se registraron 193 casos (5.7% de la población atendida de ese año) y para septiembre del 2011 se habían registrado 138 casos (5.7% de la población atendida hasta ese mes). Estos datos nos dieron la pauta para entender que aún falta mucho por investigar y que fue necesario realizar un esfuerzo para identificar los grupos vulnerables, es decir, aquellos que tuvieran alto riesgo de presentar conductas autolesivas. De esta manera se podría, en un futuro, establecer programas específicos de prevención y tratamiento con el fin de la reducir la morbi-mortalidad en la salud mental de niños y adolescentes.

## 5. HIPÓTESIS

- ❖ Hi: Altos niveles de impulsividad y agresividad se asocian con un mayor número de conductas autolesivas en los adolescentes deprimidos.
- ❖ Ho: No existe asociación entre los niveles de impulsividad y agresividad con la presencia de conductas autolesivas en adolescentes deprimidos.

## 6. OBJETIVOS

- ❖ **General:**

Establecer la asociación de los niveles de impulsividad y agresividad con la presencia de conductas autolesivas en adolescentes deprimidos.

- ❖ **Específicos:**

- a) Identificar el nivel de impulsividad en los adolescentes deprimidos que se autolesionan.
- b) Identificar el nivel de agresividad en los adolescentes deprimidos que se autolesionan.
- c) Identificar los diagnósticos comórbidos más frecuentemente asociados con la conducta autolesiva.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

- ❖ **TIPO DE DISEÑO:** El estudio fue de tipo transversal y correlacional.
- ❖ **MUESTRA:** La muestra estuvo conformada de pacientes adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico de la ciudad de México y que presentaron depresión como principal diagnóstico con y sin presencia de conducta

autolesiva. El tamaño se determinó en base a lo referido por Sudman en 1976 sobre muestras regionales y nacionales en estudios de investigación médica.

❖ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Adolescentes cuyo diagnóstico principal fue depresión con y sin conducta autolesiva
- Ambos sexos
- Que aceptaron participar en el estudio, con previa autorización por escrito de sus padres

❖ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que se encontraban bajo intoxicación de alguna sustancia
- Que cursaron con alguna condición médica que pusiera en riesgo su salud

❖ **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no completaron adecuadamente las escalas durante el estudio
- Pacientes que decidieron retirarse del estudio
- Pacientes quienes sus padres solicitaron no continuar en el estudio

❖ **VARIABLES:**

- **Variables Independientes**  
a) **Impulsividad**

Definición Conceptual: Es la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida, en ausencia de reflexión y se caracteriza por comportamientos inadecuados y poco planificados<sup>25</sup>.

Definición Operacional: Se determinó a través de la escala de impulsividad de impulsividad de Plutchik la cual pregunta al paciente sobre su tendencia a

involucrarse en conductas que reflejen posibles pérdidas de control, refiriéndose a la planeación, gastos impulsivos, sobrealimentación, control emocional y al control de conductas.

## **b) Agresividad**

Definición Conceptual: Es una conducta que tiene la intención de provocar daño físico a otro individuo o a uno mismo<sup>25</sup>.

Definición Operacional: Se determinó a través de la escala de agresión explícita. En ella se evalúan tipos específicos de agresión y la severidad global de ésta. Este instrumento consta de 4 tipos de categorías que son la verbal, contra objetos, autoagresión y física heterodirigida; además cuantifica su duración, el horario (matutino o vespertino) en el que se presenta y el tipo de intervención empleada.

- **Variable Dependiente**

- a) Conducta autolesiva:**

Definición Conceptual: Es una conducta autodestructiva que causa daño tisular sin intención suicida o sin que las lesiones sean tan extensas o severas como para tener un daño letal<sup>2</sup>.

Definición Operacional: Se tomó como autolesión toda aquella conducta dirigida a causar daño de manera intencional con cualquier finalidad menos la de causar la muerte. La identificación de las mismas se llevó a cabo aplicando la sección correspondiente a autolesiones del tamizaje de la entrevista semi-estructurada K-SADS-PL (que incluye como conductas autolesivas, a aquellas que se realicen por lo menos 4 veces al año y/o que hayan causado una lesión severa) e incluye preguntas como:

*¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillos/velas? ¿Te has herido con agujas/cuchillos? ¿Con tus uñas? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué lo hacías? ¿Has tenido muchos accidentes? ¿Qué clase de accidentes?*

*¿Con qué frecuencia? Algunos niños hacen estas cosas porque quieren suicidarse, y otros lo hacen porque se sienten mejor después de hacerlo ¿Porqué lo hacías?*

#### ❖ **PROCEDIMIENTO**

La presente investigación dio seguimiento al estudio “Asociación de variantes genéticas del transportador de serotonina en adolescentes deprimidos con o sin antecedentes de lesiones autoinflingidas e intento suicida” realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” por el investigador principal. Esta segunda fase del estudio inició en el primer semestre del 2013 y los pacientes fueron localizados y contactados a través del expediente clínico. Poco menos de la mitad del total de la muestra aceptó participar nuevamente. A todos aquellos que aceptaron se les explicó el objetivo de esta nueva fase, y tanto a los padres o tutores como a los adolescentes que aceptaron la invitación, se les dio a firmar el consentimiento informado.

La evaluación de los pacientes se realizó mediante una batería de tres escalas. Primeramente, el investigador principal evaluó a todos los participantes con la entrevista diagnóstica semi-estructurada K-SADS-PL y posteriormente el investigador adjunto aplicó las escalas de agresión explícita y de impulsividad de Plutchik. Finalmente, a cada participante, en presencia de sus padres o tutores, se les explicaron los resultados obtenidos en dichas escalas y después fueron incorporados a los expedientes clínicos con previo informe verbal a su médico tratante.

## ❖ INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

### **I. Escala de K-SADS-PL**

La versión de K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime) fue adaptado del K-SADS-P, el cual fue desarrollado por William Chambers y Joaquin Puig-Antich<sup>39</sup>. Se trata de una entrevista diagnóstica semi-estructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes, de acuerdo a los criterios del DSM-III y DSM-IV <sup>40</sup>. La aplicación del instrumento necesita una capacitación específica. Para el llenado del instrumento se entrevista a los padres, a los niños y finalmente se incluyen otras fuentes de información como la escuela. Cuando el instrumento se administra a pre-adolescentes, se comienza con los padres. Cuando trabajamos con adolescentes, se inicia con ellos. Si existen discrepancias entre las diferentes fuentes de información, el evaluador tendrá que utilizar el mejor juicio clínico. Para la administración correcta del K-SADS-PL, es necesario la realización de: 1) una entrevista no estructurada de introducción, 2) una entrevista diagnóstica de evaluación, 3) completar la lista de chequeo del suplemento, 4) completar los suplementos adecuados de diagnóstico, 5) el resumen de los diagnósticos de por vida y 6) la escala de evaluación global de la infancia<sup>39,40</sup>.

Para su validación en nuestro país se evaluaron 40 pacientes de 6 a 17 años que acudieron a tres instituciones públicas de atención psiquiátrica. Se realizó la traducción al español, retro-traducción al inglés y adaptación de la entrevista. Las entrevistas a los pacientes y sus padres se video grabaron y calificaron por 3 evaluadores independientes. Se obtuvieron coeficientes Kappa de buenos a excelentes para trastorno depresivo mayor  $k=0.76$ , cualquier trastorno ansioso  $k=0.84$ , TDAH  $k=0.9$  y trastorno disocial  $k=1$ <sup>41</sup>.

### **II. Escala de Agresión (EAE)**

La Escala de Agresión Explícita (EAE) fue publicada a principios de 1986 y diseñada para determinar la severidad de las conductas agresivas, por medio de una



entrevista clínica; en ella se evalúan tipos específicos de agresión y la severidad global de ésta en adultos y niños. Este instrumento consta de 4 tipos de categorías que son la verbal, contra objetos, autoagresión y física heterodirigida con cuatro subescalas en cada una para evaluar la severidad de la conducta; además cuantifica su duración, el horario (matutino o vespertino) en el que se presenta y el tipo de intervención empleada<sup>42</sup>.

La puntuación total de la EAE se obtiene con la suma global de cada categoría; la media obtenida de la puntuación total en población psiquiátrica fue de 15 puntos y las puntuaciones medias de cada una de las categorías que evalúa son de 2.9 puntos para agresión verbal, 2 para agresión contra objetos, 1.8 para autoagresión y 1.4 para agresión física heterodirigida<sup>42</sup>. Una conducta violenta es definida por una puntuación de dos o más en cada una de las subescalas, al igual que el tipo de intervención empleado para el control de la agresividad<sup>43</sup>.

La escala ha mostrado una adecuada confiabilidad en población psiquiátrica, presentando una estrecha relación entre la estimación clínica del riesgo de violencia en pacientes hospitalizados<sup>44</sup>. En México fue validada en el 2002 al incluir a 39 pacientes del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” quienes tenían antecedentes de conductas agresivas indistintamente del diagnóstico psiquiátrico, de los cuales 13 (34%) tenían esquizofrenia y 26 (66%) presentaban trastornos mentales orgánicos. Al explorar la concordancia entre evaluadores se encontró un coeficiente de correlación intraclase de 0.96. Se observó una asociación entre los síntomas positivos y la severidad de la agresión en la evaluación basal del estudio ( $r = 0.33$ ,  $p = 0.03$ ) lo que sugiere la validez de la EAE para determinar la presencia y severidad de conductas agresivas<sup>45</sup>.

En el 2004, se realizó su especificidad y sensibilidad en otro estudio realizado con 137 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia del servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Por medio de una entrevista diagnóstica, dos psiquiatras especializados en el diagnóstico de esquizofrenia establecieron la presencia o no, así como la severidad de las conductas violentas. De forma paralela, otro investigador independiente y ciego al

diagnóstico les aplicó la Escala de Agresión Explícita. A partir de las definiciones y fórmulas para la obtención de los indicadores de sensibilidad y especificidad<sup>46</sup>, el 27% (n=37) de los sujetos fueron considerados como verdaderos positivos (diagnóstico de violencia y EAE  $\geq$  7 puntos), el 2.2% (n=3) como falsos positivos (EAE  $\geq$  7 puntos sin el diagnóstico de violencia), 6.6% (n=9) como falsos negativos (diagnóstico de violencia y EAE < 7 puntos) y 64.2% (n=88) como verdaderos negativos (sin el diagnóstico de violencia y < 7 puntos). A partir de estos resultados, se obtuvo una sensibilidad de 0.80 y una especificidad de 0.97 de la EAE utilizando un punto de corte de 7 puntos para distinguir a los pacientes esquizofrénicos violentos de los pacientes esquizofrénicos no violentos<sup>47</sup>. Por tanto, la Escala de Agresión Explícita es un instrumento adecuado para la evaluación de la agresión en pacientes psiquiátricos y puede ser utilizada en diferentes ámbitos de la investigación clínica en estos pacientes.

### **III. Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP)**

La Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP) es un instrumento que consta de 15 reactivos los cuales se contestan mediante una escala ordinal del 0 al 3 (“nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”), a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 los cuales se califican de forma inversa. Los reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas las cuales reflejan posibles pérdidas de control, refiriéndose a la planeación, gastos impulsivos, sobrealimentación, control emocional y al control de conductas<sup>48</sup>.

Al inicio de su validación de la escala se encontró que una consistencia interna de 0.73, discriminando adecuadamente la impulsividad existente entre un grupo de estudiantes universitarios y un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados los cuales fueron más impulsivos<sup>48</sup>. En México, su validación se realizó con 2 grupos de diferentes universos, uno constituido por 121 hombres, que se encontraban internados en el servicio médico psiquiátrico del Reclusorio Preventivo Sur y en el otro grupo se incluyeron a 27 pacientes psiquiátricos que habían intentado

suicidarse, además de un grupo control de 17 pacientes que nunca habían intentado suicidarse de los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se midió la consistencia interna del instrumento mediante el  $\alpha$  de Cronbach y se obtuvo la estructura factorial del instrumento<sup>49</sup>.

El promedio total de la EIP fue de 15.6 puntos, con una consistencia interna de 0.66, comparable a la reportada por Plutchik que fue 0.73<sup>48</sup>. La versión en español de la EIP demostró tener la capacidad para discriminar entre los enfermos mentales recluidos en un centro penitenciario que habían intentado suicidarse, de aquellos con autoagresiones, encontrándose que estos últimos tenían puntuaciones significativamente más altas. De la misma forma, se ha encontrado que los pacientes que habían intentado suicidarse eran más impulsivos que los pacientes que no presentaron dicha conducta<sup>50</sup>.

El análisis factorial del instrumento agrupó los reactivos en 4 subescalas: (a) factor de autocontrol, el cual está compuesto por 6 reactivos que evalúan aspectos relacionados con la capacidad del sujeto para esperar o retrasar sus acciones, (b) factor de planeación de las acciones en el futuro, que incluye la posibilidad de percatarse de las consecuencias de sus actos y aun así perseverar en las ideas, (c) factor de conductas fisiológicas, en el que se agrupó la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales y, (d) factor de actuación espontánea, que hace referencia a la conducta irreflexiva y descontrolada<sup>49</sup>. A partir de estos resultados, la versión en español de la Escala de Impulsividad de Plutchik tiene un adecuado comportamiento psicométrico y puede ser empleado en diferentes ámbitos de la investigación clínica.

### ❖ ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de características clínicas y demográficas, se utilizaron porcentajes y medias. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los pacientes deprimidos con y sin antecedente de conducta autolesiva se utilizó la *Chi Cuadrada* y *t de student*. El nivel de significancia estadística se fijó con una  $p \leq 0.05$ .

### ❖ FACTIBILIDAD

Para la realización del presente estudio se contó con las instalaciones y recursos necesarios para el reclutamiento y evaluación clínica de los pacientes.

### ❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos según lo establecido por la Declaración de Helsinki. De acuerdo a los artículos 80, 81 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud se trató de un estudio de riesgo bajo. Dicha investigación es parte de un proyecto mayor titulado “Asociación de variantes genéticas del transportador de serotonina en adolescentes deprimidos con o sin antecedentes de lesiones autoinflingidas e intento suicida”, el cual fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil bajo el registro II1/01/0512 ante el Comité de Investigación del Hospital. De igual manera, el presente estudio fue evaluado y aceptado mediante el registro II1/01/0512/Tb (ver cartas de aceptación en el anexo II).

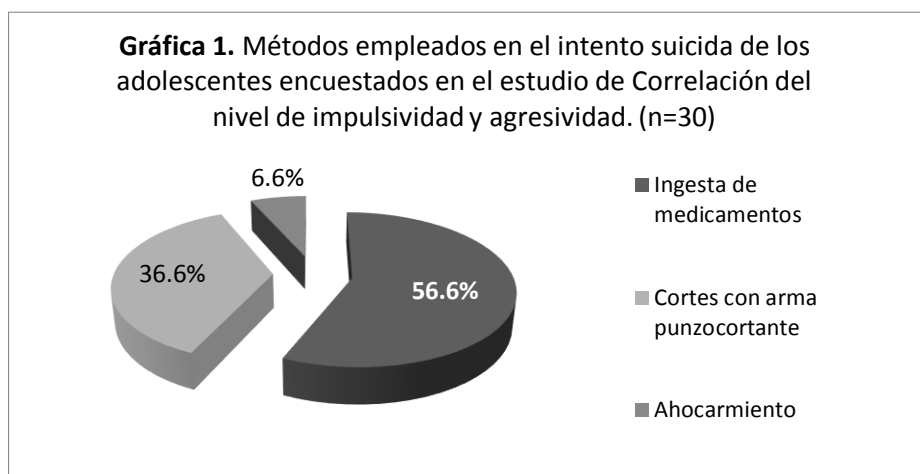
## 8. RESULTADOS

### ✓ Características demográficas de la muestra

Se incluyó un total de 93 pacientes de los cuales el 32.3% (n= 30) fueron hombres y el restante 67.7% (n=63) fueron mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de  $14.20 \pm 1.4$  años (intervalo 11-17 años). El nivel de escolaridad reportado en el momento del estudio tuvo una media de  $8.25 \pm 1.3$  años (intervalo de 6 a 11 años de estudio). De la muestra total, el 83% continuaba estudiando, mientras que el restante 17% había abandonado sus estudios.

### ✓ Características clínicas de la muestra

Del total de la muestra, el 48.4% (n=45) tuvo conducta autolesiva y el restante 51.6% (n=48) no había presentado este tipo de conducta al momento del estudio. De los 45 pacientes que se autolesionaban, todos se realizaban cortes superficiales en alguna parte de su cuerpo, principalmente en los antebrazos. Un dato interesante fue que 30 de los 45 (66.67%) pacientes con conducta autolesiva tenía antecedente de por lo menos un intento suicida reciente. El promedio de intentos suicidas de los pacientes fue de  $2.0 \pm 1.0$  intentos (rango 1-5 intentos suicidas). Doce pacientes reportaron haber tenido de tres a cinco intentos suicidas. En la Gráfica 1 se muestra la distribución de los principales métodos empleados en el último intento suicida reportado por los pacientes.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la muestra clínica estudiada. HPIJNN, 2013.

La distribución de los diagnósticos comórbidos de los pacientes incluidos de acuerdo al K-SADS-PL se muestra en la tabla 1. La principal comorbilidad fue la distimia (29%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada (19.4%), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante (18.3% cada uno).

**TABLA 1.** Comorbilidades psiquiátricas de los pacientes encuestados en el estudio de Correlación del nivel de impulsividad y agresividad.

<b>DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Distimia</b>	29
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b>	19.4
<b>TDAH</b>	18.3
<b>Trastorno Negativista Desafiante</b>	18.3
<b>Trastorno Disocial</b>	4.3
<b>Bulimia Nerviosa</b>	3.2
<b>Trastorno de pánico</b>	2.2
<b>Fobia Social</b>	2.2
<b>Trastorno de Estrés Postraumático</b>	2.2
<b>Enuresis</b>	2.2
<b>Abuso de Etanol</b>	2.2
<b>Ansiedad de Separación</b>	2.2

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la muestra clínica estudiada. HPIJNN, 2013.

Cuando se buscó la asociación de los trastornos comórbidos con la presencia de conducta autolesiva e intento suicida, únicamente la distimia mostró una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=5.090$ ,  $gl=1$ ,  $p=0.021$  y  $\chi^2=4.396$ ,  $gl=1$ ,  $p=0.033$ , respectivamente).

## ✓ Características de la agresividad e impulsividad

### a) Agresión

Se estudiaron las posibles diferencias en cuanto al nivel de agresividad entre los grupos de pacientes deprimidos con y sin antecedente de conducta autolesiva mediante los puntajes obtenidos con la Escala de agresión explícita (valores totales de la escala y valores de cada una de las subescalas), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (t de student para muestras independientes y con resultados de  $p > 0.05$  en todas las pruebas).

### b) Impulsividad

Los pacientes deprimidos con conducta autolesiva mostraron mayores niveles de impulsividad en comparación con los pacientes deprimidos sin conducta autolesiva ( $t=8.727$ ,  $gl= 91$ ,  $p=.005$ ), lo cual se evaluó mediante la tendencia a involucrarse en diferentes conductas, reflejando así las posibles pérdidas de control. Esta variable fue medida a través de la escala de impulsividad de Plutchik.

De igual manera, mediante la prueba *t de student para muestras independientes* se comprobó que sí existe diferencia entre los promedios de puntaje de la escala de Plutchik entre los grupos de pacientes deprimidos con y sin antecedente de intento suicida, siendo el resultado estadísticamente significativo ( $t=2.728$ ,  $gl=91$ ,  $p=0.008$ ).

## 9. DISCUSIÓN

Las conductas autolesivas en adolescentes son patrones de comportamiento cada vez más frecuentes, donde solo la minoría busca ayuda médica<sup>1</sup>, prevaleciendo características poco estudiadas en este grupo específico. Por tanto, en esta investigación se pretendió establecer la asociación de los niveles de impulsividad y agresividad con la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos que acuden a un hospital psiquiátrico infantil en la ciudad de México. De manera adicional, se lograron identificar los diagnósticos más frecuentemente asociados con la conducta autolesiva.

En nuestros resultados, más de la mitad de los adolescentes que tenían conductas autolesivas eran del sexo femenino con una edad promedio de  $14.20 \pm 1.4$  años, lo que concuerda con la prevalencia por sexo y edad descrita por diversos autores<sup>6-10</sup>. Yates reportó que estos comportamientos comenzaban entre los 12 y 14 años<sup>10</sup>; sin embargo, la edad de inicio puede ser más tardía (entre 15 y 19 años) de acuerdo con lo descrito por Olfson<sup>9</sup>. Por otro lado, en nuestra muestra, el método más frecuentemente utilizado para la conducta autolesiva fue cortarse la piel, ratificando lo reportado por varias investigaciones<sup>6,7</sup>.

Las principales comorbilidades psiquiátricas asociadas a las conductas autolesivas y reportadas en múltiples literaturas científicas, son la depresión y la ansiedad<sup>4,6,9,12</sup>. Estos datos son similares a lo encontrado en nuestro estudio: si bien todos los adolescentes incluidos cursan con depresión, casi la mitad tuvieron diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o distimia. No obstante, solo la distimia estuvo asociada significativamente con las conductas autolesivas.

Existe una clara relación entre la conducta autolesiva y los componentes del suicidio en los adolescentes<sup>5,6,19,20</sup>. Por ejemplo, las conductas autolesivas incrementan la incidencia de las ideas suicidas<sup>5</sup> y duplican el riesgo suicida<sup>6</sup>. Si la conducta autolesiva es repetitiva, es posible predecir los intentos suicidas<sup>20</sup>.

En nuestro estudio, se ratifica esta asociación: el 66.67% de los pacientes reportaron tener antecedentes de intentos suicidas recientes. Estos datos son



alarmantes, ya que implican que estos adolescentes tienen un futuro muy desfavorable al cursar con depresión doble (depresión más distimia), y si además hay conductas autolesivas que incrementen las ideas e intentos suicidas, el pronóstico empeoraría<sup>17</sup>.

### **Características de la agresividad e impulsividad.**

Diversas investigaciones han reportado una asociación estadísticamente significativa entre la agresividad y las conductas autolesivas<sup>29-32</sup>, de hecho, Tang la ha sugerido como un probable factor de riesgo<sup>32</sup>. Sin embargo, en nuestros resultados no hubo esta relación. El motivo nos es desconocido, pero una probable hipótesis es que, en muchos casos, la agresividad influye indirectamente a lo largo de la vida de los jóvenes, de tal manera que bajo algunos factores estresantes inician con conductas autolesivas. Algunos autores han señalado las siguientes observaciones:

- a) Entre más exposición a la agresión parental tengan los niños pequeños, más agresivos serán posteriormente, en comparación con aquellos no expuestos<sup>27</sup>.
- b) La agresión verbal materna puede generar en los jóvenes baja autoestima y síntomas depresivos<sup>28</sup>.
- c) Los adolescentes agresivos, comparados con los no agresivos, tienen menos tolerancia a la frustración y menor adaptación a situaciones estresantes<sup>51</sup>.

Por tanto, podríamos suponer que los adolescentes expuestos a agresividad, o aquellos con conductas agresivas, van moldeando ciertas características (como baja autoestima, síntomas depresivos, baja tolerancia a la frustración y menor adaptación bajo situaciones estresantes) que los vuelven más vulnerables a presentar conducta autolesivas.

La impulsividad se presenta frecuentemente en adolescentes con conductas autolesivas sin fines suicidas<sup>24,35-38</sup>. Turecki propone que la impulsividad es alta cuando hay estas conductas en suicidios<sup>33</sup>. En nuestro estudio encontramos resultados similares, donde los jóvenes deprimidos presentaron una tendencia a involucrarse en conductas que reflejan posibles pérdidas de control, es decir, altos niveles de impulsividad. Además, la mayoría reportó cometer algún intento suicida reciente.

Como ya se mencionó, varios autores concuerdan que las conductas autolesivas aumentan el riesgo de presentar ideación e incluso intento suicida<sup>1,2,20</sup>. Si estos pacientes presentan conductas impulsivas, entonces no solo se incrementan los riesgos antes mencionados, sino que además es probable la consumación del suicidio, aun cuando en un principio el objetivo no fuera ese. Por ello es importante tomar medidas preventivas como la hospitalización breve, aunque ahí se debe tener una estricta vigilancia. Esto es porque, de acuerdo con Dougherty, cuando los adolescentes con conductas autolesivas e ideación suicida se hospitalizan, se incrementa la severidad de su impulsividad<sup>12</sup>, aumentando así el riesgo suicida.

Finalmente, Pompili observó que el mayor predictor para intento suicida era la impulsividad en pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar tipo I<sup>23</sup>. En nuestra muestra, todos los adolescentes tenían diagnóstico de depresión, casi un cuarto tenían además depresión doble (distimia más trastorno depresivo mayor) y la mayoría era impulsivos, lo cual aumenta considerablemente el riesgo suicida<sup>17,23</sup>.

## **10. CONCLUSIONES**

Este estudio estableció la asociación de los niveles de impulsividad y agresividad con la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos que acuden al hospital psiquiátrico infantil “Juan N. Navarro” en la ciudad de México. Ante dicho planteamiento, se propuso como hipótesis que sí se encontraría una relación de la impulsividad y agresividad con la conducta autolesiva, pero los resultados fueron inconsistentes.

Nuestra hipótesis de trabajo se comprobó parcialmente al encontrar una asociación significativa entre la presencia de mayores niveles de impulsividad y las autolesiones. Sin embargo, no hubo una asociación estadísticamente significativa entre la agresividad y las autolesiones desechando la segunda parte de nuestra hipótesis. Se requieren de mayores investigaciones para entender mejor el rol que juega, directa o indirectamente, la agresividad en este grupo específico de adolescentes.

Por otro lado, esta investigación identificó los diagnósticos comórbidos más frecuentemente asociados con la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos que acuden al hospital psiquiátrico infantil. De las cuatro principales comorbilidades encontradas (distimia, trastorno de ansiedad generalizada, TDAH y trastorno negativista desafiante), únicamente la distimia se asoció significativamente con las conductas autolesivas. Vale la pena destacar el hallazgo de la asociación entre la distimia y las ideas suicidas.

## 11. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de este estudio fue el número de pacientes que se incluyeron para el mismo. En futuros estudios será necesario el análisis de esta u otras variables clínicas en muestras de mayor tamaño para clarificar el posible rol que juegan en la presencia de conductas autolesivas. Aunque obtuvimos resultados significativos entre la presencia de mayores niveles de impulsividad y las autolesiones debemos considerar que el estudio fue de tipo transversal, por lo que se requiere de estudios longitudinales que evalúen la impulsividad a lo largo de la vida.

Además, nuestros resultados podrían estar sesgados, ya que nuestra muestra se basó en adolescentes con trastornos psiquiátricos que acuden específicamente a un hospital psiquiátrico infantil en la ciudad de México.

Por otro lado, existen implicaciones valiosas para la práctica clínica de la psiquiatría infantil y de la adolescencia. Las conductas autolesivas están constantemente asociadas con algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, que podría ser el perpetuador o el detonante de estos comportamientos. Por tanto, es recomendable detectar y tratar oportunamente estas comorbilidades, recordando que cualquiera que sea el motivo de consulta psiquiátrica de los adolescentes, se sugiere indagar si hay conductas autolesivas pasadas o recientes. Si es así, se debe desmitificar el hecho aparente de un bajo riesgo suicida, ya que en realidad esta población tiene una mayor probabilidad de presentar ideas e intentos suicidas, en comparación con aquellos adolescentes sin conductas autolesivas.

Finalmente, es importante tener en cuenta que muchos pacientes con autolesiones tienen altos índices de impulsividad, por lo cual debemos tener presente que aunque durante la evaluación clínica el paciente niegue o descarte la idea o intento suicida, frecuentemente podría ser víctima de su propia impulsividad.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2014 Apr;55(4):337-48.
- (2) Russ MJ, Shearin EN, Clarkin JF, Harrison K, Hull JW. Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993 Dec;150(12):1869-71.
- (3) Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:339-63.
- (4) Germain S, Hooley J. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research* 2012;197:78-84.
- (5) Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007 Jul;161(7):641-9.
- (6) Kidger J, Heron J, Lewis G, Evans J, Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry* 2012;12:69.
- (7) Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral AG, et al. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health* 2011;59(8):691-8.
- (8) Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012 Jan 21;379(9812):236-43.
- (9) Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Oct;62(10):1122-8.
- (10) Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev* 2004 Mar;24(1):35-74.
- (11) Ulloa R, Contreras C, Paniagua K, Victoria G. Frecuencia de Autolesiones y Característica Clínicas Asociadas en Adolescentes que Acudieron a un Hospital Psiquiátrico Infantil. *Salud Mental* 2013;36:417-20.
- (12) Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Pevette KN, Dawes MA, Hatzis ES, et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with

- non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res* 2009 Aug 30;169(1):22-7.
- (13) Giletta M, Scholte RH, Engels RC, Ciairano S, Prinstein MJ. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res* 2012 May 15;197(1-2):66-72.
  - (14) Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, et al. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. *Adv Child Dev Behav* 2011;40:301-36.
  - (15) Keith CR. Adolescent suicide: perspectives on a clinical quandary. *JAMA* 2001 Dec 26;286(24):3126-7.
  - (16) Pfeffer Cea. Suicidal behavior in prepubertal children: from the 1980s to the new millennium. In: Maris S, Canetto S, McIntosh J, Silverman M, editors. *Review of Suicidology*. Guilford ed. New York: 2000. p. 159-69.
  - (17) Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996 Nov;35(11):1427-39.
  - (18) Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2(1/2) year longitudinal study. *Psychiatry Res* 2011 Mar 30;186(1):65-70.
  - (19) Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006 Sep 30;144(1):65-72.
  - (20) Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011 Feb;20(2):103-8.
  - (21) Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991 Mar;148(3):306-17.
  - (22) López-Ibor J, Valdés M. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Elsevier Masson ed. España: 2002.
  - (23) Pompili M, Innamorati M, Raja M, Falcone I, Ducci G, Angeletti G, et al. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008 Feb;4(1):247-55.
  - (24) Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2008;12(3):219-31.

- (25) Alcázar-Córcoles M, Verdejo-García A, Bouso-Saiz J, Bezos-Saldaña L. Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev Neurol* 2010.
- (26) Euler F, Sterzer P, Stadler C. Cognitive control under distressing emotional stimulation in adolescents with conduct disorder. *Aggress Behav* 2014 Mar;40(2):109-19.
- (27) Holmes MR. The sleeper effect of intimate partner violence exposure: long-term consequences on young children's aggressive behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2013 Sep;54(9):986-95.
- (28) Donovan K, Brassard M. Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: associations with negative view of self and social problems. *Child Abuse Negl* 2011;35(10):814-30.
- (29) Baheiraei A, Hamzehgardeshi Z, Mohammadi MR, Nedjat S. Violence-related behaviors and self-inflicted injuries among 15-18 year old Iranian adolescents. *Indian Pediatr* 2011 Dec;48(12):984-5.
- (30) Horner RH, Day HM, Sprague JR, O'Brien M, Heathfield LT. Interspersed requests: a nonaversive procedure for reducing aggression and self-injury during instruction. *J Appl Behav Anal* 1991;24(2):265-78.
- (31) Repp AC, Deitz SM. Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behaviors. *J Appl Behav Anal* 1974;7(2):313-25.
- (32) Tang J, Ma Y, Guo Y, Ahmed NI, Yu Y, Wang J. Association of aggression and non-suicidal self injury: a school-based sample of adolescents. *PLoS One* 2013;8(10):e78149.
- (33) Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci* 2005 Nov;30(6):398-408.
- (34) Gopal A, Allgair A, D'Amato C, Furman M, Gansler A, Fulwiler C. Dorsal/ventral parcellation of the amygdala: Relevance to impulsivity and aggression. *Psychiatry Res* 2013;211:24-30.
- (35) Janis IB, Nock MK. Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Res* 2009 Oct 30;169(3):261-7.
- (36) McCloskey M, Look A, Chien E, Pajoumand G, Berman M. Nonsuicidal Self-Injury: Relationship to Behavioral and Self-Rating Measures of Impulsivity and Self-Aggression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2012;42(2):197-209.

- (37) Bresin K, Carter DL, Gordon KH. The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: a daily diary study. *Psychiatry Res* 2013 Feb 28;205(3):227-31.
- (38) Claes L, Muehlenkamp J. The Relationship between the UPPS-P Impulsivity Dimensions and Nonsuicidal Self-Injury Characteristics in Male and Female High-School Students. *Psychiatry J* 2013;2013:654847.
- (39) Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry* 1985 Jul;42(7):696-702.
- (40) Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Jul;36(7):980-8.
- (41) Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresan A, Apiquian R, et al. [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 Jan;34(1):36-40.
- (42) Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986 Jan;143(1):35-9.
- (43) Arango C, Calcedo BA, Gonzalez S, Calcedo OA. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999;25(3):493-503.
- (44) McNiel DE, Binder RL. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1991 Oct;148(10):1317-21.
- (45) Páez F, Fresán A. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 2002;25:21-6.
- (46) Baldessarini RJ, Finklestein S, Arana GW. The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1983 May;40(5):569-73.
- (47) Fresan A, Apiquian R, De la Fuente-Sandoval A, Garcia-Anaya M, Nicolini H. Sensitivity and specificity of the Overt Aggression Scale in schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2004 Mar;32(2):71-5.



- (48) Plutchik R, Van PH. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1989;13 Suppl:S23-S34.
- (49) Paez F, Jiménez A, López A, Raull J, Ortega-Soto H, Nicolini H. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. Salud Mental 1996;19:10-2.
- (50) López A. Intentos suicidas y autoagresiones en pacientes psiquiátricos de un centro penitenciario. Relaciones con la impulsividad. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental 1995.
- (51) Nock MK, Kazdin AE. Parent-directed physical aggression by clinic-referred youths. J Clin Child Adolesc Psychol 2002 Jun;31(2):193-205.

## 13. ANEXOS

### I. Consentimiento informado

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO

(HPIJNN)

#### ESTUDIO DE CORRELACIÓN DEL NIVEL DE IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD CON LA CONDUCTA AUTOLESIVA

Nombre del Paciente:

---

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación en el cual colabora el hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), requiriendo de su consentimiento voluntario por escrito. Lea cuidadosamente la siguiente información y por favor pregunte lo que no entienda.

**Propósito del estudio:** El objetivo es estudiar por medio de entrevistas a pacientes con el diagnóstico de autolesiones a lo largo de su vida y sus características clínicas. Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Para el diagnóstico y evaluación de los pacientes se utilizarán entrevistas médicas para estudiar algunas características que se han relacionado con ambas conductas.

**Evaluaciones clínicas:** Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados junto con sus padres por un psiquiatra experimentado en el tema y se les aplicará una entrevista diagnóstica para niños y adolescentes. La duración aproximada será de 60 minutos.

**Beneficios:** Las entrevistas clínicas serán sin cargo económico alguno. Se brindará información amplia acerca de los resultados del paciente al momento de finalizar la entrevista diagnóstica.

**Confidencialidad:** Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son completamente confidenciales y no se incluirá el nombre del paciente en ningún reporte científico.

**Retiro de esta investigación:** La participación en el estudio es completamente voluntaria, si usted y su hijo(a) cambian su decisión sobre participar debe notificarlo al médico responsable el mismo día de la entrevista. Además usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento en esta o cualquier otra institución.

**Información complementaria:** Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en acudir a las instalaciones del HPI con los responsables del proyecto Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández o Dra. Martha Díaz Rodríguez dentro de las instalaciones del HPI en horas de trabajo.

## Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, se me han respondido todas mis preguntas en términos que he podido entender. Basado en esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del padre o tutor

Nombre y firma de la madre o tutora

Nombre y Firma del Investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y Firma de testigo

## II. Carta de aprobación del estudio por parte del Comité de Investigación y Comité de ética de investigación



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica  
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/905/0714

Dictamen: Aprobado

México, D.F., a 2 de diciembre de 2013

**Dra. Martha Díaz Rodríguez**  
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "*Correlación del nivel de impulsividad y agresividad con la conducta autolesiva en pacientes que acuden al HPIDJNN*", registrado en esta División de Investigación con la clave *II1,01,0512/Tb*, ha sido dictaminado como: Aprobado

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores.
- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de **Mayo y Noviembre** en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el **informe final** en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Humberto Nicolini Sánchez  
Presidente del Comité de Investigación

Ccp. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández. Investigador principal del HPIDJNN. Presente  
Archivo



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



No. de oficio: CEI/141  
Asunto: Dictamen de aprobación

México D.F. A 09 de julio del 2012

**DR. EMMANUEL SARMIENTO HERNÁNDEZ  
P R E S E N T E**

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado "*Genética de la conducta suicida en adolescentes*", con clave en el hospital III/01/0512, en donde usted aparece como investigador principal.

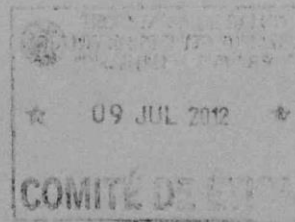
El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y fin del reclutamiento de sujetos de investigación y la finalización del estudio, así como también de entregar por escrito un informe final.

Además tenga presente que los compromisos adquiridos por usted con el hospital, incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los sujetos de estudio.

Atentamente

**PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN  
PRESIDENTE DEL COMITÉ  
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**



Cep. Dra. Dora María Pérez Ordaz - Directora del Hospital  
L. E. O. Lucía Anselma Buzareanu - Secretaria del Comité de Investigación  
Dra. Araceli González Rojas - Jefe de la División de Etnoquerencia y Capacitación  
Dra. Mía Elena Márquez Carrazo - Jefe de la División de Investigación  
Archivo del Comité de Ética en Investigación

Recibi 10/07/12

Av. San Buenaventura 86 Col. Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P. 14080 México DF  
5573-2855 5573-4866 5573-4844

### III. Escala de agresión explícita

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Fecha:// (día/mes/año)

Femenino ( )

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

##### **Agresión verbal. mismo**

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

##### **Agresión física en contra de él**

- 0 Sin agresión física contra si mismo
- 1 Se pica o se araña la piel, se golpea, se jala el cabello (sin ningún o con solamente un mínimo de daño)
- 2 Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se avienta al suelo/contra objetos (se lastima sin daños serios)
- 3 Pequeñas cortaduras o raspaduras, quemadas menores
- 4 Se mutila el mismo, se causa cortadas profundas, mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes.

##### **Agresión física contra objetos. personas.**

- 0 Sin agresión física contra objetos
- 1 Da portazos, desparrama la ropa, hace tiraderos
- 2 Avienta objetos, pateo muebles sin romperlos, pinta las paredes.
- 3 Rompe objetos, quiebra ventanas
- 4 Prende fuego, avienta objetos peligrosamente

##### **Agresión física contra otras**

- 0 Sin agresión física contra otras personas
- 1 Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jaloneos a la ropa.
- 2 Golpea, pateo, empuja o jala el cabello (sin ningún daño a los demás)
- 3 Ataca a los demás causando daños de leve a moderada consideración (raspaduras, hematomas, torceduras)
- 4 Ataca a los demás causando severo daño físico (huesos rotos, profundas laceraciones, daños internos).

**Intervenciones (marque la más severa).**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 0 No exhibe conductas agresivas | 6 Medicación inmediata con inyecciones                               |
| 1 Ninguna, se tranquiliza solo  | 7 Aislamiento sin reclusión  |
| 2 Entrevista con el paciente    | 8 Reclusión  |
| 3 Vigilancia estrecha           | 9 Uso de limitaciones  |
| 4 Contener al paciente          | 10 Los daños requieren tratamiento médico inmediato para el paciente |
| 5 Medicación inmediata vía oral | 11 Los daños requieren tratamiento para otras personas               |

Puntuación Total: \_\_\_\_\_

#### IV. Escala de Impulsividad de Plutchik

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Planeación: (4, 6, 11,15)

\_\_\_\_\_

Conductas fisiológicas: (7,9)

\_\_\_\_\_

Actuación espontánea: (2, 8,13)

\_\_\_\_\_

Total:

\_\_\_\_\_