



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CONDUCTAS DE DAÑO AUTOINFLINGIDO CON
Y SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA PRESENTA:

DR. EDUARDO ARMANDO ZAMBRANO CHONG

2017

Tutor teórico: Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Tutor metodológico: Dr. Enrique Chávez León



Ciudad de México, julio de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

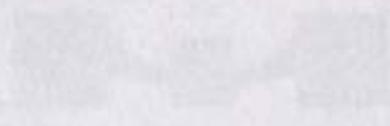


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y PSICHIATRÍA
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

CONVOCATORIA PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
 "EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL
 MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL SECTOR PÚBLICO"

SE ABREYERON LOS PLAZOS PARA LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE PARTICIPACIÓN
 EL DÍA 14 DE AGOSTO DE 2017.

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

118

1860

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y PSICHIATRÍA
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y PSICHIATRÍA
 RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ
 14 AGO. 2017
 DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
 12.55
 Conside

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, la Dra. Martha L. Chong, que sin su esfuerzo, dedicación apoyo y amor, no tendría las herramientas necesarias para andar en este largo y bello camino llamado vida y para conseguir todos y cada uno de los logros que he podido obtener.

A la Dra. Fátima Tinoco, en quien encontré el punto culminante de la felicidad y quien ha sido mi apoyo, compañía y mi soporte en los momentos alegres, difíciles y cotidianos. Gracias por los consejos, la alegría, las confrontaciones y por dejarme ver que cada momento de la vida es invaluable.

A mis tutores, la Dra. Martha Ontiveros y el Dr. Enrique Chávez, personas en quienes encuentro una inspiración para dar lo mejor de mí en el ámbito académico y personal.

Al cosmos y su creador por darme la oportunidad de ser consciente de la vida y de la existencia.

TABLA DE CONTENIDOS

ANTECEDENTES	3
Definiciones	3
El daño autoinflingido	8
MARCO DE REFERENCIA	9
Antecedentes sobre daño autoinflingido en la comunidad general	9
Antecedentes sobre daño autoinflingido en población internada	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	19
HIPÓTESIS	21
DISEÑO	21
MATERIALES Y MÉTODOS	22
Universo de estudio	22
Población de estudio	22
Tamaño de la muestra	22
Criterios de selección	22
Definición de variables	23
Descripción de procedimientos	26
Recursos	28
Escala de medición	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS	59
ANEXOS	63

1. INVESTIGADORES:

1.1 Investigador Principal: Dr. Eduardo Armando Zambrano Chong. Residente de la Especialidad de Psiquiatría del INPRFM

1.2 Investigador asociado principal. Dra. Martha P. Ontiveros Uribe. Médico Adscrito y Profesora Titular del Programa Único de Especialidades Médicas del INPRFM.

1.3 Investigador asociado. Dr. Enrique Chávez León. Coordinador de Investigación y Educación Continua de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México. Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

2. SEDE.

Subdirección de Hospitalización de la Dirección de Servicios Clínicos del INPRFM

3. ANTECEDENTES.

DEFINICIONES

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión 5 (DSM-5 por sus siglas en inglés)^[1], incluye dos propuestas relacionadas a las conductas de daño autoinflingido en el apartado de condiciones para futuros estudios, las cuales son: Trastorno de comportamiento suicida y comportamiento autolesivo no suicida. Los criterios propuestos se muestran en la siguiente Tabla:

Tabla 1. Criterios propuestos en el DSM-5 acerca de Trastorno de Comportamiento Suicida y Comportamiento Autolesivo No Suicida

	Trastorno de comportamiento suicida	Comportamiento autolesivo no suicida (NSSI)
A.	En los últimos 24 meses el individuo ha realizado un intento suicida*	En el último año el individuo se ha realizado en 5 o más días, autolesiones de manera intencional sobre la superficie corporal con el fin de inducir situaciones como dolor, sangrado o equimosis, entre otros (cortes, quemaduras, picaduras, golpes); con la expectativa de que la lesión lleve únicamente a daño físico leve o moderado (i.e. no existe intencionalidad suicida)
B.	El hecho, no cumple criterios para comportamiento autolesivo no suicida	El comportamiento se da con una o más de las motivaciones siguientes: 1. Obtener alivio de un sentimiento o estado cognitivo negativo 2. Resolver un conflicto interpersonal 3. Inducir un estado emocional positivo/placentero.
C.	El diagnóstico no aplica para ideación suicida o actos preparativos	La conducta se asocia con al menos uno de los siguientes: 1. Conflictos interpersonales, pensamientos o sentimientos negativos como ansiedad, depresión, tensión ira, estrés generalizado, o autocrítica, que ocurre en el periodo inmediato previo a la lesión 2. Previo al inicio, existe un periodo de preocupación acerca del comportamiento autolesivo que es difícil de controlar.

	3. Pensar en autolesionarse que ocurre frecuentemente, incluso si no se lleva a cabo la conducta.
D. No se realizó en estado confusional agudo (delirium)	El comportamiento no es socialmente aceptado (perforaciones, tatuajes, rituales religiosos) y no se limita a una excoriación u onicofagia
E. No se realizó en el sólo contexto de un fin religioso o político	El comportamiento causa malestar importante o disfuncionalidad
F. N/A	El comportamiento no se explica mejor por alguna otra condición médica o trastorno mental.
<u>Especificadores:</u> -Actual: no han pasado más de 12 meses desde el último intento -En remisión temprana: han pasado de 12-24 meses desde el último intento	N/A

*Comportamientos iniciados por el propio individuo, que al momento de comenzarlos espera que los mismos conlleven a su propia muerte.
- Modificado de APA, 2013^[1]

En otros apartados del DSM-5, como en los criterios para el trastorno límite de personalidad, la APA en sus traducciones oficiales incluye el término *suicidal behavior* y lo traduce como comportamiento suicida y *self-mutilating behavior* traducido como comportamiento de automutilación; sin dar una definición al respecto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó un estudio en 1992 para describir el daño autoinflingido en donde adoptó la definición para éste de: *un acto con desenlace no letal, en el cual un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual, que, sin la intervención de otros, causará ‘autodaño/daño propio’; o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito o la dosis terapéutica aceptada, y que está dirigido a generar cambios los cuales el sujeto desea vía las actuales o las esperadas consecuencias físicas* ^[2].

Por otro lado el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) del Reino Unido publicó en 2004 una guía de práctica clínica para el manejo en agudo del daño autoinflingido (*self-harm*) en el que define este último como: *autoenvenenamiento o autolesión (self-damage), independientemente del propósito aparente del acto*^[3]. En 2011 se publicó por este mismo organismo una guía para el manejo a largo plazo, en donde se detalló la definición estableciéndose como *cualquier acto de autointoxicación o autolesión intencional, independientemente del grado de intencionalidad suicida o el motivo*

subyacente^[4].

Este último abordaje, que habla sobre el motivo o intencionalidad es importante, ya que se debe de reconocer que existen pacientes, especialmente aquellos con antecedente de abuso sexual, en quienes los actos para autoinflingirse daño ocurren aparentemente sin el control del paciente e incluso sin la conciencia del mismo, durante episodios disociativos, por lo que se ajusta mejor el termino de autodaño en vez de autodaño ‘deliberado’^[4].

El daño autoinflingido incluye un amplio rango de comportamientos, y las personas que lo realizan son parte de un grupo muy heterogéneo, por lo que se debe tener mucha cautela en cuanto a utilizar de manera generalizada este tipo de términos^[5].

Por otro lado hay quienes favorecen que ‘intento suicida’ se refiere a un término con subcategorías en el cual lo que se reconoce el alto riesgo suicida de personas que se producen a si mismos daño, aunque en general el término pudiera ser poco preciso ^[5].

La tabla 2 muestra la relación de múltiples métodos utilizados para generarse daño y el grado de letalidad que pudiera llegar a tener en la integridad física del individuo.

Tabla 2. Métodos para generarse daño y su repercusión en la integridad física

Altamente letales	Ahorcamiento, disparo con arma de fuego, saltar de lugares altos, intoxicación/envenenamiento, enterrarse objetos punzocortantes, electrocutarse, asfixiarse/ahogarse.
Métodos tradicionales con fines suicidas	Sobredosis de sustancias Utilizar sustancias recreativas como un tipo de daño autoinflingido Cortes Quemaduras
Menor letalidad	Morderse a si mismo Rasguños Excoriaciones Cortes en la piel con forma de palabras o símbolos Enterrarse agujas, alfileres u objetos similares Interferir con la cicatrización de heridas
Autolesiones con daño tisular evidente	Golpes autoinflingidos Golpearse o golpear en/con la cabeza Picaduras con objetos punzantes Tirar del cabello
Otros comportamientos que generan daño sin lesiones visibles	Realizar ejercicio para lastimarse Omitir necesidades básicas con fin autopunitivo Omitir tratamientos médicos Ayunos Riesgo deliberado (como conductor, peatón, etc.)

Modificado de Skegg, 2005.

En una revisión sobre dichas conductas se tratan de delimitar los términos, sin embargo se aclara que cada uno de ellos varía tanto en significado como en uso en distintos países ^[5]:

Intento suicida (*suicide attempt*)

Usado ampliamente, especialmente en Estados Unidos, para episodios donde hubo por lo menos alguna intencionalidad suicida o algunas veces sin referirse a la intencionalidad suicida. El daño corporal repetido puede excluirse.

Auto-daño deliberado (*deliberate self-harm*)

Usado en el Reino Unido para todos los episodios en los que el individuo sobrevivió sin importar la intencionalidad. En Estados Unidos se usa para referirse a episodios de daño corporal sin intencionalidad suicida, especialmente si son repetitivos. Usualmente se excluyen la sobredosis de sustancias y los métodos de alta letalidad. Este término excluye actos de daño autoinfligido que llegan a ocurrir bajo estados disociativos en los que el individuo se encuentra poco o nada consciente.

Conducta parasuicida (*parasuicide behaviour*)

Episodio en donde el individuo sobrevivió, con o sin intencionalidad suicida (especialmente utilizado en Europa). O episodios sin intencionalidad suicida. Daño corporal repetido podría excluirse.

Auto-envenenamiento o autolesión (*self-poisoning/ self-injury*)

Auto-daño a través de cualquiera de estos métodos, independientemente de la intencionalidad suicida.

Automutilación (*self-mutilation*)

Mutilación corporal grave (p. ej. enucleación oftálmica), sin intencionalidad suicida. Daño corporal superficial repetido sin intencionalidad suicida (sinónimo con el término usado en Estados Unidos de auto-daño deliberado).

También conocido como comportamiento autolesivo o heridas auto-inflingidas. Algunas veces el término es utilizado para describir los dos anteriores y también auto-daño estereotipado en personas con discapacidad intelectual.

Debido a la heterogeneidad de estos términos, incluyendo sus traducciones del inglés al español, se considera para este trabajo que el término más acorde para describir el fenómeno en pacientes hospitalizados es el de "***self-harm***", utilizado en literatura europea y en estudios internacionales para estudiar el fenómeno y población que se incluyó en este documento, considerando la traducción más adecuada la de "**daño autoinfligido**" y en el cual la intencionalidad y motivación puede ser tanto suicida como no suicida. Asimismo cuando se citen referencias escritas en inglés y en ellas se utilice el término "***self-injury***", la traducción aquí utilizada será la de "autolesión" y que se estará

refiriendo en términos generales a la definición propuesta por la APA en los criterios para comportamiento autolesivo no suicida, descrito anteriormente.

EL DAÑO AUTOINFLINGIDO

El daño autoinflingido se considera un factor predictor de suicidio consumado, y se ha encontrado que es uno de los factores clínicos más determinantes^[6]. El daño autoinflingido llega a ser frecuente en mujeres entre los 15 y los 24 años de edad, independientemente del diagnóstico psiquiátrico, grupo en el cual existe una tendencia al incremento en las tasas de eventos ^[7].

En la literatura de habla inglesa, existe una discrepancia en cuanto al término de intento suicida y gesto suicida ya que un intento lo definen como: “conducta potencialmente autolesiva, sin un desenlace fatal, para la cual existe evidencia (ya sea implícita o explícita) de que la persona intentó en algún nivel quitarse la vida. En contraste, una conducta autolesiva en la que no hubo intencionalidad de morir, sino de dar ‘la apariencia’ de un intento suicida a modo de ‘comunicarse con otros’ son referidos como gestos suicidas ^[8]. En contraste con aquellos pacientes que no tienen intencionalidad suicida, los que realizan intentos suicidas tienen mucho mayor riesgo de autoinflingirse heridas más letales o de morir por suicidio consumado según la definición previa^[8].

Es importante recalcar que las conductas de daño autoinflingido pueden ser con intencionalidad de terminar con la propia vida; sin embargo muchos actos no tienen una conexión directa con una intencionalidad suicida. Pueden ser intentos de un tipo de comunicación con otras personas, para influenciar o asegurar el recibir ayuda o cuidado por parte de los demás o una forma de obtener alivio de una situación o estado emocional difícil y que de otro modo sería agobiante ^[9]. Incluso, de manera paradójica, aunque difícil de entender, el propósito de algunos actos de daño autoinflingido puede ser el de evitar quitarse la vida y preservarla.

Probablemente el primer caso de automutilación sin intencionalidad suicida aparece

descrito por un psicólogo de orientación psicoanalista, L. Eugene Emerson, en el primer volumen de *Psychoanalytic Review* publicado en el año 1913 ^[10]. En el artículo, Emerson describe el caso de la Joven “Miss A’s” durante su estancia en el Hospital Psiquiátrico de Boston. Según esta referencia Emerson enfatizaba la ausencia de irracionalidad de la paciente “*This patient was not insane*” ^[10]. De acuerdo a esta referencia Emerson varió la forma de tratamiento respecto al resto de sus colegas ya que abordaba, más que la clasificación y categorización de los síntomas, los detalles y la vivencia del acto en si. Además de utilizar una variación de la “*talking cure*” –curación por la palabra- de Freud y a la escucha comprensiva. Karl Menninger, psiquiatra de orientación psicoanalista hace referencia en sus trabajos de 1935 y 1938 a la automutilación (*self-mutilation*^[11]) para hacer referencia tanto a aquellos comportamientos o actitudes que pueden ser interpretados como patológicas, como a las acciones que también incluyen automutilación pero que son vistas como conductas normales en un contexto determinado. Conductas como comerse las uñas, lesionar partes del cuerpo con una finalidad decorativa o estética, rituales que incluyen la mortificación del cuerpo en un contexto religioso, etc.^[12]

Menninger establece la distinción entre suicidio (*suicidal behaviour* o ideación suicida) y automutilación (*self-mutilation*, a pesar de que también introduce el término *partial suicide* para referirse a la automutilación). Para Menninger la automutilación responde a “*una expresión no letal de una muerte atenuada*” y establece seis tipos distintos de automutilaciones ^[11].

“El comportamiento autolesivo (CAL) se define como una conducta autodestructiva que causa daño tisular directo y no tiene intención de causar la muerte y las lesiones no son tan severas o extensas como para constituir un daño letal” ^[13].

4. MARCO DE REFERENCIA.

ANTECEDENTES SOBRE DAÑO AUTOINFLINGIDO EN LA COMUNIDAD EN GENERAL:

El daño autoinflingido se ha convertido en un problema de salud pública, la mayoría de los estudios epidemiológicos al respecto provienen del Reino Unido y Europa, siendo muy pocos los que vienen de reportes en Estados Unidos y países en desarrollo como México. En el Reino Unido se han reportado 200,000 casos atendidos anualmente ^[14], un estudio reportó que las tasas de intentos suicidas y autolesiones (con presentación en servicios de urgencias) eran de 150 por cada 100,000 anualmente. En estudios grandes de encuestas se ha sugerido que el 4.6% de la población en Estados Unidos y 4.4% en el Reino Unido han incurrido en daño autoinflingido previamente ^[14]. Se han reportado incidencias entre 300 y 600 casos por cada 100,000 habitantes por año ^[14]. A pesar de estos reportes, cabe destacar que la mayoría se hacen en base a los casos tratados en servicios de salud, lo que puede subestimar las tasas, especialmente entre las personas jóvenes.

Un estudio de prevalencia realizado en habitantes de entre 19 y 26 años de edad en la Ciudad de México reportó que la prevalencia de autolesión no suicida a lo largo de la vida era de 18.6% (22.7% para en mujeres y 14.4% en hombres). En este mismo estudio los métodos más utilizados fueron, cortarse, excoriar la piel o rasguñarse. Por otro lado la prevalencia en el último año fue de 3.2%, esta vez sin diferencias entre ambos géneros^[15]. En otro estudio que evaluó a adolescentes de entre 12 a 17 años de edad, atendidos en urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro en el periodo de 2005 a 2011, encontró que 9.8% del total de adolescentes atendidos tenían historia de “autolesiones” (76.3% en mujeres). En este estudio los métodos más utilizados fueron en orden descendente, cortes superficiales, golpes y rasguños autoinflingidos. Cabe mencionar que este estudio se basó en los reportes asentados en el expediente clínico. El 42.1% había asociado como motivo la baja tolerancia a la frustración y manipulación, posterior a discusiones, 30.6% lo asoció a síntomas afectivos como irritabilidad o depresión, 19.1% con síntomas de ansiedad, 4.5% con síntomas psicóticos, 1.6% como actividad imitativo y 1.4% con la finalidad de pertenecer a un grupo. Llamando la atención el incremento de dicha conducta siendo de 0.4% en 2005 e incrementando a 5.7% en 2011 ^[16]. En otro estudio descriptivo realizado en escuelas secundarias y de nivel medio superior, realizado

en la Ciudad de México se reportó una prevalencia de 5.6% de autolesiones en adolescentes de entre 11 y 27 años, sin denotarse diferencias entre ambos géneros ^[17]. En cuanto a intentos suicidas, un reporte del INEGI en 2014, basado solamente en motivos de egreso hospitalario, reportó un total de 2292 casos por lesiones autoinflingidas, aunque este reporte no detalla si se trata de lesiones con intencionalidad suicida o sin esta. De los egresos por lesiones autoinflingidas, 58.1% fueron de mujeres y 41.9% de hombres. Al observar la edad, se obtiene que cinco de cada 10 lesionados (53.4%) eran menores de 25 años, situación que se acentúa más en mujeres que en hombres, con seis (61.1%) y cuatro (42.7%) de cada 10, respectivamente. El principal método de autolesión es el envenenamiento por fármacos (23.5%), seguido por el de otras drogas, medicamentos y otras (22.1%), y por plaguicidas (15.9 por ciento) ^[18].

De las características asociadas a daño autoinflingido se ha reportado que es más común en mujeres[8], sin embargo esta proporción en algunos estudios se ha ido reportando en decremento, con tendencia a igualarse ^[19].

El pico epidemiológico etario es entre los 15 a 19 años para las mujeres y 30 a 34 años para los hombres. Hasta el 90% de los pacientes con este tipo de conductas tienen un diagnóstico psiquiátrico formal, siendo el diagnóstico más común el de los trastornos del estado de ánimo y entre un cuarto y la mitad de los pacientes tienen abuso de etanol ^[20].

Hasta el 80% de los casos es a través de auto-envenenamiento, las sobredosis de paracetamol han disminuido en frecuencia, mientras que las sobredosis por fármacos antidepressivos han incrementado particularmente con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ^[21, 7], a pesar de esto, el paracetamol sigue siendo la principal sustancia ingerida en sobredosis. Alrededor de la mitad de los casos de daño autoinflingido incluyen ingesta de etanol ya sea en momentos previos inmediatos o durante el episodio ^[22].

Existen dos consecuencias mayores en cuanto al daño autoinflingido, los suicidios y la repetición de la conducta; las tasas de reincidencia en un mismo paciente son de alrededor del 15% en población europea, un cuarto de los pacientes reinciden en las siguientes 3 semanas, y la mediana de tiempo para reincidir es de 12 semanas. Las tasas de suicidio se han reportado de 1.8% durante el primer año posterior a la conducta autolesiva, 3% a los 5 años y alrededor del 7% más allá de los 9 años posteriores [23].

De acuerdo con la definición estudiada y reportada por García-Nieto y cols. entre gesto suicida e intento suicida –que como ya se comentó proviene de las referencias de habla inglesa—se obtuvo en una muestra en España, en donde se encontró que existen diferencias entre las características asociadas a cada una de estas conductas de daño autoinflingido, lo siguiente: aquellos con intento tuvieron más probabilidad de tener mayor edad y de tener el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno narcisista de personalidad; mientras que los pacientes que realizaron gestos, tuvieron más probabilidad de tener diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP), trastorno antisocial de personalidad (TAP) y/o trastorno histriónico de personalidad (THP). Los pacientes con intentos reportaron de manera más frecuente el haberlo hecho con la motivación de eliminar ‘sentimientos desagradables’, por otro lado, aquellos con gesto reportaron con más frecuencia el haberlo hecho como una forma de ‘comunicación con otros’ o de atraer su atención [8]. Los pacientes con trastorno bipolar tuvieron más riesgo de cometer intentos. Los pacientes con trastornos psicóticos tuvieron más riesgo de presentar ambos. El abuso de sustancias fue significativo en los grupos de comparación (intento, gesto, ambos). Con este tipo de resultados se puede concluir que existen diferencias significativas entre un intento suicida y un gesto suicida. Por lo que sigue siendo de gran importancia establecer la intencionalidad en cada tipo de conducta autolesiva [8].

ANTECEDENTES SOBRE DAÑO AUTOINFLINGIDO EN POBLACIÓN INTERNADA.

Al momento de esta revisión no hay estudios publicados acerca de este tipo de conductas

durante el internamiento en hospitales psiquiátricos en México. La mayoría de los estudios provienen de EEUU y Europa.

Respecto a las características de los pacientes que llevan a cabo conductas de daño autoinflingido se realizó un estudio descriptivo con datos nacionales del Reino Unido, con el objetivo de describir las características demográficas de aquellos que incurren en éste tipo de actos y las características del mismo en pacientes internados en instituciones psiquiátricas [24].

En este estudio se encontraron 14, 271 reportes de conductas autolesivas, definidas según la guía NICE 2011, aunque **sin intencionalidad suicida**; que se dieron en servicios intrahospitalarios desde el primero de enero al 31 de diciembre de 2009. Se analizaron al final del proceso de selección 448 casos. Los hallazgos más relevantes fueron:

- La proporción de mujeres que incurrieron en dichas conductas fue tres veces mayor a la de los hombres.

- El 65% de los incidentes ocurrieron en servicios de psiquiatría general; 29% en servicios forenses; 5% en servicios para adultos mayores y 2% en servicios de rehabilitación no ambulatoria.

- En 30% de los casos el personal hospitalario reportó 'ausencia de daño' por el usuario; 60% fue reportado como 'daño leve'; 10% 'moderado'; y 0.2% como 'daño grave'. De todos los casos analizados el 8% fueron canalizados a servicios de urgencias médicas para recibir tratamiento.

- Se reportaron alrededor de 20 métodos distintos para autolesionarse; siendo agrupados en el estudio por categorías: lesión de la piel (38.8%), restricción de la ventilación (20.1%), provocación de golpes (14.5%), uso de sustancias tóxicas (8.9%), enterrarse objetos (3.1%), quemaduras (2.2%), ingestión de objetos (1.1%), mordeduras y quemaduras por fricción (0.9% cada una), saltar o caídas autoprovocadas (0.7%), intento de ahogamiento (0.4%), excoriaciones provocadas con las uñas (0.2%) y tirar del cabello (0.2%).

- En cuanto al lugar: la mayoría ocurrieron en áreas 'privadas' como el cuarto/habitación (21%), áreas de regaderas (9.2%), área propiamente del baño (4.2%); áreas de las

instalaciones al aire libre (2.2%). De los incidentes que ocurrieron en áreas comunes se reportó áreas de estancia (0.9%), cocinas (0.7%), pasillos (0.7%), comedores (0.4%), y áreas comunes no especificadas (1.1%). Los incidentes fuera de las instalaciones (ya sea por salidas autorizadas o no autorizadas) ocurrió en 2.7% de los casos analizados.

-Objetos utilizados: Se reportaron 141 tipos de objetos. Los más usados fueron puertas, muros o ventanas para golpearse (21.7%), ropa y blancos (8.7%), navajas (8.7%), utensilios de cocina (8.5%), medicamentos (7.8%), cables (2.0%), bolsas de plástico (1.6%), sustancias no medicamentosas (0.7%). En el 71% de los incidentes por intento de estrangulación/ahorcamiento no se sujetó la ligadura a algún punto físico y del resto que sí lo hizo, ató la ligadura a la puerta del cuarto o del baño, regadera, cama, rieles de cortinas, lavabos.

-Un reporte interesante fue el de los horarios en los que ocurrieron este tipo de incidentes, utilizaron la prueba de chi cuadrada, en donde se observó que una gran proporción ocurrían significativamente en las horas de la tarde y noche, con el mayor número entre las 20:00 y 23:00h. No se encontró diferencia significativa entre los días de la semana o los meses.

-La mayoría de los pacientes se autolesionaron en privado, 25.6% le avisaron al personal posterior mente y 32.3% no avisaron. 6.3% se autolesionaron en áreas comunes pero no enfrente de otros y 7.2% en frente del personal.

-La mayoría de los casos estudiados incurrieron en autolesiones después de experimentar 'emociones conflictivas', alucinaciones auditivas o visuales, o después de algún tipo de conducta conflictiva incluyendo conflictos o discusiones con el personal.

-De los pacientes que realizaron alguna conducta autolesiva 18% se encontraban bajo alguna forma de contención/vigilancia.

-De las intervenciones que siguieron a los incidentes 10.7% fueron contención verbal, 6.9% con métodos de restricción física, 4.2% instauración de medidas de vigilancia especiales, 4.0% uso de medicamentos *Pro Re Nata* (PRN), 2.9% vía intramuscular; traslado a otra área 1.3%, mantenimiento en área común de observación 1.3%, y aislamiento en 1.1% de los casos.

Durante el mismo periodo de estudio, se realizó un reporte de intentos de suicidio intrahospitalarios con los siguientes hallazgos ^[25]:

-El 70% de los intentos fueron realizados por mujeres, 21% por hombres, en 9% de los reportes no se especificaba el sexo del paciente.

-La mayoría se realizó en servicios de psiquiatría general (85%), del resto en servicios forenses (11%), servicios para adultos mayores (3%) y servicios de rehabilitación intrahospitalaria (0.4%).

-El método más utilizado fue la estrangulación con un 82.4%, seguido de sofocación en 9.4%, ingesta de sustancias tóxicas con 2.9%. Siendo los menos autoexsanguinación en 1.2%, un solo caso consistió en prenderse fuego.

-De los que utilizaron la estrangulación 56.2% se ató la ligadura al cuello, 40.5% usó algún tipo de punto de atadura para la ligadura, de estos los más usados fueron en 5.5% ventanas, 4.5% puertas, 3.0% camas, y carriles en baños 2.5%

-Se reportaron más de 50 objetos distintos, la mayoría utilizó ligaduras. Los más usados fueron: ropa (40.6%), bolsas de plástico (7%), blancos (6.6%), cables de electrodomésticos (4.9%) y medicamentos en 2.9%.

-Los lugares en los que se llevó a cabo el intento más comunes fueron: el cuarto del paciente 41%, cuartos de regadera 11.5%, baños 9.8%, lugares al aire libre 3.7%, salas de estar 0.8%, comedores 0.8%, pasillos 0.4%. Sin embargo no se reportó en 63% de los casos el lugar del intento.

-en cuanto al horario hubo una proporción mayor estadísticamente significativa en la tarde-noche, siendo entre las 18 y 21 horas el periodo de tiempo con más número de intentos, encontrándose otro pico entre las 11 y 13 horas. No hubo diferencias entre el día de la semana o meses del año.

-Las mujeres tuvieron tasas de gravedad mayores que los hombres; hubo una mayor proporción de mujeres que utilizó estrangulamiento mientras que una mayor proporción de hombres utilizó el ahorcamiento.

-El 80% de los intentos fue detenido cuando el personal encontró al paciente. 6.6% fueron

encontrados por otros pacientes, 3.2% fueron encontrados por personal de seguridad doméstico o terceros como amigos o familiares que alertaron al personal. Sólo el 2.8 detuvo por si mismo el intento avisando posteriormente. 1.6% de los casos no concluyó en suicidio consumado debido método pobremente diseñado, o a circunstancias del entorno de carriles de cortinas colapsables o alarmas en puertas y ventanas.

-Los intentos suicidas fueron descubiertos durante la revisión, cuando existía un protocolo de observación intermitente. Un número de intentos fue encontrado debido a actividades diarias, en las que personal se encontraba en las áreas comunes o entraba a la habitación del paciente. Estas actividades incluían ofrecer alguna bebida, el llamado para los tiempos de comida, o la toma de medicamentos y signos vitales. Otro tipo de actividades comunes incluían entrar al cuarto del paciente para discutir aspectos del tratamiento o cuidado, realizar una evaluación psicológica o exploración física así como ofrecer salidas para caminatas.

Otro estudio que evaluó la relación entre el pacto terapéutico y el comportamiento autolesivo en pacientes hospitalizados, encontró en una muestra de 650 pacientes egresados de una unidad psiquiátrica de una prevalencia de 4.8% de daño autoinfligido en un periodo de 6.5 meses. De éstos (31), 14 expresaron intencionalidad suicida de manera explícita^[26].

Otros estudios han reportado que los comportamientos de daño autoprovocado más frecuentes en paciente hospitalizados son consumo dañino de sustancias o medicamentos y realización de cortes ^[27,28,29,30,31].

En cuanto a los suicidios consumados en ambientes intrahospitalarios existen importantes diferencias entre reportes nacionales de Estados Unidos y el Reino Unido, mientras que en el primer país se reportaron 1500 suicidios por año en 2003^[32], en Inglaterra existen reportes de 120 suicidios intrahospitalarios por año^[25].

Existe una gran variabilidad de las frecuencias reportadas para conducta autolesiva

durante el internamiento, de usuarios de servicios psiquiátricos intrahospitalarios, que oscila entre un 4% y 70% siendo los más en servicios de índole forense^[24].

Se realizó un estudio en Canadá sobre adultos mayores internados en Residencias para este tipo de población en donde la prevalencia de daño autoinfligido intencionado fue de 9.3 casos por 1000 adultos mayores internados, las tasas en hombres y mujeres fueron de 1.1 y 1.0, respectivamente. Los factores asociados a la conducta autolesiva fueron pacientes de menor edad (60-74 años) un diagnóstico psiquiátrico, uso de psicofármacos, mayores puntajes en escalas que evalúan severidad de depresión y uso-abuso de etanol. Tener relaciones interpersonales positivas se encontró como protector al igual que, aunque de manera un tanto inesperada, limitaciones y deterioro para el desempeño de actividades de la vida diaria

Unos datos que son de llamar la atención son los reportados por un estudio de casos y controles anidado en una cohorte publicado en 2005 ^[33], en donde se exploró el riesgo suicida asociado a la hospitalización misma. Se encontró que el riesgo suicida tiene dos picos de presentación, uno ya conocido que es en la primera semana posterior al alta, sin embargo el segundo pico de incidencia se dio durante la primera semana del internamiento. Los trastornos del estado de ánimo fueron los que más incrementaron el riesgo a lo largo del periodo de estancia intrahospitalaria, mientras que los trastornos del espectro de la esquizofrenia y de nuevo los trastornos afectivos, incrementaron el riesgo suicida en su mayoría inmediatamente después de la admisión o el alta^[33].

Más aún, el riesgo suicida de pacientes hospitalizados llega a ser hasta más de 70 veces el de la población general^[34].

Large y cols.^[35] proponen incluso que pueden existir características propias del internamiento que independientemente de otros factores incrementen el riesgo suicida en los pacientes, lo que denominan suicidio intrahospitalario (a manera de símil se puede establecer la analogía con la neumonía intrahospitalaria) en la que el suicidio se da por el hecho de estar hospitalizado. Dentro de sus propuestas hablan de que las medidas de

seguridad y restricciones incrementadas para evitar la fuga de pacientes, puede incrementar la incomodidad del paciente tanto como para estimular o incrementar el impulso mismo de la conducta suicida. También hablan de que los pacientes tanto ingresados bajo protocolo voluntario como involuntario encuentran el proceso de admisión humillante y les genera el miedo de recibir cierto estigma. Sin importar si el ingreso ha sido voluntario o involuntario, la mayoría pueden llegar a creer que han sido obligados de alguna forma a internarse. Los pacientes tratados en instalaciones que se cierran con llave o seguro llegan a describir que se sienten atrapados en una situación en donde son obligados a ser controlados. La violencia y la agresión verbal pueden ser tanto observadas, como en algunas veces experimentadas. La experiencia de la hospitalización psiquiátrica puede ser atemorizante desmoralizante o inducir sentimientos de abandono, opresión e incrementa la vulnerabilidad. Para algunos de estos pacientes los beneficios protectores pueden ser sobrepasados por el estrés adicional de la hospitalización que se agrega a una diátesis suicida ya presente^[35]. Esto no sólo es válido para los intentos suicidas sino también para la conducta de daño autoinflingido, incrementándose en un ambiente hospitalario por las mismas razones, más allá de los factores previos a la hospitalización.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia a lo largo de un año, con la que los pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) incurren en conductas de daño autoinflingido?

¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas que se asocian con las conductas de daño autoinflingido realizadas por los paciente que se encuentran hospitalizados en el INPRFM?

6. JUSTIFICACIÓN.

El daño autoinflingido es una de las causas más frecuentes de internamiento psiquiátrico en personas menores de 30 años de edad^[36], y es el mayor factor de riesgo asociado al

suicidio ^[37]. De los pacientes hospitalizados por daño autoinflingido no letal, el 7% mueren por suicidio en un periodo de seguimiento de 9 años o más^[23]. Por lo tanto el abordaje de esta situación es de suma importancia.

Por otro lado no existen estudios a nivel nacional e incluso a nivel de habla hispana que reporten las características y hallazgos descriptivos de este tipo de conducta en pacientes durante una hospitalización psiquiátrica, hecho que no permite planear estrategias de abordaje y prevención primaria, secundaria o terciaria para los servicios de hospitalización psiquiátrica; y en este caso específicamente con las características de población que se atienden en el INPRFM; por lo que este estudio cubre una falta de información necesaria para mejorar estos aspectos en la población mexicana con trastornos mentales y sienta bases para el diseño de futuros proyectos. Por otro lado este tipo de conductas durante la hospitalización puede incrementar el uso de medicamentos y otros recursos, e incluso prolongar los días de estancia intrahospitalaria, incrementando los costos, situación que habla de la necesidad no sólo por el beneficio individual, sino a nivel de salud pública y distribución de recursos que requiere un sistema de salud gubernamental. Tener una mayor información del daño autoinflingido en pacientes hospitalizados, no solo lleva a un beneficio individual, sino a la implementación de políticas internas en nuestra Institución. El evaluar características como la prevalencia de cualquier trastorno mental y en general cualquier condición médica, es esencial para planear los servicios, distribuir los recursos y generar estrategias y prioridades de entrenamiento e investigación^[38].

Además de que identificar las características clínicas y sociodemográficas asociadas a las conductas de daño autoinflingido y factores asociados al fenómeno, permiten generar preguntas de investigación sobre la etiología y fenomenología, así como para la planeación de estudios futuros. Y particularmente identificar a los pacientes hospitalizados de nuestro Instituto que tengan un riesgo que amerite reforzar, reestructurar o mantener las medidas preventivas actuales.

7. OBJETIVOS.

I.- Principales:

a) Describir la frecuencia de pacientes que incurrieron en conductas de daño autoinflingido durante un periodo de 9 meses del 1º. agosto 2016 al 30 de abril 2017, en la Subdirección de Hospitalización del INPRFM.

b) Describir las características del evento de daño autoinflingido

c) Describir la intencionalidad, motivación y los detonantes para la conducta de daño autoinflingido

II.- Los objetivos secundarios fueron:

a) Describir las características demográficas de la población

b) Describir los antecedentes clínicos de cada participante asociados con la conducta de daño autoinflingido.

c) Describir las características de la infraestructura intrahospitalario asociadas a la conducta de daño autoinflingido.

d) Describir los aspectos del tratamiento intrahospitalario asociados al daño autoinflingido.

Siendo las siguientes variables las estudiadas para describir dichos objetivos:

I. Sexo

II. Edad

III. Diagnóstico

a. Psicopatológico

b. Rasgos de personalidad y/o trastorno

IV. Días de estancia al momento de la conducta de daño autoinflingido

V. Tratamiento actual

VI. Número de intentos suicidas previos

VII. Antecedentes de conductas de daño autoinflingido previo

VIII. Número de hospitalizaciones previas

IX. Método utilizado

X. Intencionalidad:

a. Manifestada al personal de salud.

b. Manifestada al investigador.

XI. Motivación

XII. Detonante

XIII. Condiciones ambientales y de infraestructura hospitalaria asociadas al evento

a. Hora en la que ocurrió

b. Día de la semana en que ocurrió

c. Lugar del hospital: área destinada sólo al paciente, área común (comedor, sala de televisión), central de enfermería, área de terapia recreativa.

d. Número de personas que acompañaban al paciente

8. HIPÓTESIS.

El presente estudio es de diseño observacional por lo que no existen hipótesis explícitas sin embargo se pueden plantear de la siguiente manera:

-Las frecuencias se comportaran dentro de los intervalos dados en estudios similares, sin embargo debido a las medidas que ya se toman en el Instituto, se espera se encuentre, dentro de los rangos menores, esperando una frecuencia alrededor de 10% al 30%.

-Las conductas autolesivas se presentarán en mayor proporción en mujeres que en hombres.

-La mayoría tendrá antecedentes de eventos previos a lo largo de la vida La principal motivación será para afrontar estados emocionales o psicológicos negativos.

-La mayoría de conductas de daño autoinfligido serán sin intencionalidad suicida.

-La mayoría de los eventos se presentará en la habitación del paciente, considerando que en su mayoría son habitaciones individuales.

9. DISEÑO.

1) Según el diseño general: Observacional descriptivo.

2) Según el inicio del estudio en relación a su cronología:

a) **Prospectivo:** Inicio del estudio anterior a los hechos analizados. Los datos se recabaron a medida que se fueron presentando.

3) Relación que guardan entre sí los datos:

- a) **Transversal.** Los datos se obtuvieron sólo una vez por cada individuo.

10. MATERIALES Y MÉTODO.

10.1. Universo de estudio: Pacientes hospitalizados en el INPRFM, en un período de 9 meses del 1º de agosto de 2016 al 30 de abril de 2017.

10.1.1 Población de estudio: Pacientes que incurrieron en conductas de daño autoinflingido a lo largo del internamiento y que aceptaran participar en el estudio, mediante firma de Consentimientos Informado.

10.2. Tamaño de la muestra.

Se trata de un estudio transversal en el que la población de estudio fueron todos los pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización y que durante el periodo de estudio tuvieran la variable independiente (realización de conductas de daño autoinflingido). Debido al diseño se considera que se estudió a la población total y no una muestra de la misma. Realizándose una selección no probabilística por criterio de la muestra en el periodo de tiempo ya asignado.

Se formó un solo grupo en el que se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización del INPRFM durante un periodo de 9 meses y que presentaron conductas de daño autoinflingido durante su internamiento. Los participantes se integraron conforme se presentó el evento de conductas autolesivas, durante el periodo de estudio, siendo una muestra por conveniencia.

Forma de asignación de los casos a los grupos de estudio: Secuencial, los casos se integraron a los grupos conforme se presentaron.

10.3. Criterios de selección:

10.3.1. Criterios de Inclusión.

I.- Pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización en el periodo asignado de estudio.

II.- Tener 16 años o más

III.- Pacientes que durante su internamiento incurrieron en conductas de daño autoinflingido.

IV.- Pacientes que aceptaron responder un cuestionario, previo consentimiento informado a ser entrevistados en caso de tener 18 años o más de edad; y asentimiento del paciente y consentimiento informado del padre o tutor en caso de menores de edad.

10.3.2. Criterios de exclusión.

I.- Pacientes que de acuerdo a la evaluación por el equipo médico a cargo de su tratamiento, no fueran aptos para ser entrevistados: debido a su condición física o debido a su condición psicopatológica.

II.- Pacientes que no fueran capaces de comprender la entrevista por alteraciones cognitivas, sólo fueron excluidos del análisis con respecto a dicha entrevista

10.3.3 Criterios de eliminación.

I.- Pacientes que de acuerdo a su derecho y libertad decidieran abandonar el estudio y/o proceso de entrevista.

II.- Pacientes egresados por abandono hospitalario

III.- Pacientes egresados por alta voluntaria antes de terminar el proceso de entrevista

IV.- Pacientes dados de alta sin indicación médica (que no regresaran del permiso terapéutico indicado por el personal médico a cargo)

10.4. **Definición de variables**

Variable principal: Presencia de realización de conductas de daño autoinflingido durante el internamiento. Variable independiente, nominal.

Tabla 3. Definición de variables

VARIABLES GENERALES			
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALAS DE MEDICIÓN
Intencionalidad Manifestada al investigador	Dependiente	Cualitativa Nominal	Entrevista
Intencionalidad manifestada al equipo médico	Dependiente	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico
Motivación	Dependiente	Cualitativa Nominal	Entrevista
Detonante	Dependiente	Cualitativa Nominal	Entrevista
Diagnóstico psiquiátrico principal	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico
Diagnóstico de trastorno de personalidad	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico
Antecedente de conductas de daño autoinfligido	Independiente	Cualitativa Nominal	Entrevista
Edad	Independiente	Cuantitativa Discreta	Expediente Clínico
Género	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico
Método utilizado	Dependiente	Cualitativa nominal	Expediente Clínico/Entrevista
Hora del día en que se realizó	Dependiente	Cuantitativa continua	Expediente Clínico/Entrevista
Día de la semana en que se realizó	Dependiente	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico/Entrevista
Lugar del hospital en donde se realizó	Dependiente	Cualitativa Nominal	Entrevista
Número de personas que acompañaban al paciente	Independiente	Cuantitativa discreta	Entrevista
Tiempo total de estancia	Dependiente	Cuantitativa discreta	Expediente Clínico
Tiempo de estancia hospitalaria en días antes del evento	Dependiente	Cuantitativa discreta	Expediente Clínico
Número de hospitalizaciones previas	Independiente	Cuantitativa discreta	Expediente Clínico
Medicamentos utilizados al momento de la conducta	Independiente	Cualitativa nominal	Expediente Clínico
Factor percibido como precipitante (detonante)	Dependiente	Cualitativa nominal	Entrevista

10.4.1 Descripción de cada variable

Realización de conducta(s) de daño autoinfligido: un acto con desenlace no letal, en el cual el paciente inicia un comportamiento que, sin la intervención de otros, causará ‘autodaño/daño propio’, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo

prescrito o la dosis terapéutica aceptada, y que está dirigido a generar cambios los cuales el sujeto desea vía las actuales o las esperadas consecuencias físicas.

-Intencionalidad: La consecuencia deseada u objetivo que el paciente tiene al momento de realizar la conducta, ya sea suicida o no suicida:

--Manifestada al personal de salud: Aquella que se asiente en el expediente clínico

--Intencionalidad manifestada al investigador: Aquella que manifieste durante la entrevista:

-Motivación: Es la finalidad u objetivo con que el participante realiza la conducta de daño autoinflingido:

--Para obtener un estado afectivo-cognitivo placentero.

--Para deshacerse de o evitar un estado afectivo-cognitivo desagradable.

--Para intentar comunicar su estado afectivo a otras personas.

--Para evadir o evitar alguna situación próxima

-Detonante: Es la situación o factor que el participante considera lo llevó a lesionarse de manera directa.

-Diagnóstico principal de egreso: El diagnóstico de trastorno psiquiátrico asentado en la nota de egreso (de acuerdo al diagnóstico multiaxial correspondería al Eje I)

-Diagnóstico de personalidad: Presencia o ausencia de algún diagnóstico de trastorno de personalidad (de acuerdo al diagnóstico multiaxial correspondería al Eje II), ya sea como rasgo o condición establecida.

-Antecedente de conductas autolesivas previas: Presencia o ausencia de conductas de daño autoinflingido previo al internamiento.

-Edad: Edad cronológica en años a partir de la fecha de nacimiento dada.

-Género: Masculino o femenino.

-Tiempo de estancia en hospitalización: Número de días transcurridos desde la fecha de ingreso hasta el momento de la conducta

-Tiempo total de estancia: Numero de días transcurridos de la fecha de ingreso a la fecha de egreso

-Número de hospitalizaciones previas: Número de internamientos por causas de riesgo psiquiátrico asentadas en el expediente, ya sea en esta Institución u otras.

-Número de intentos suicidas previos: Número de veces que el paciente a lo largo de su vida ha incurrido en conductas de daño autoinflingido con el objetivo manifestado de quitarse la vida

-Medicamentos utilizados: tratamiento farmacológico que el paciente esté usando al momento de la conducta, por indicación del equipo médico tratante.

-Factor considerado como precipitante (detonante): Situación que el paciente considera que fue lo que lo motivó a realizar la conducta de daño autoinflingido.

-Método utilizado: Medio utilizado por el paciente para autoinflingirse el daño.

-Horario del día: Hora del día en que se reporta ocurrió el evento, en las notas de evolución médica o de enfermería, o que manifieste el paciente o el equipo médico a cargo.

-Día de la semana: día de la semana en que se reporta ocurrió el evento, en las notas de evolución médica o de enfermería, o que manifieste el paciente o el equipo médico a cargo.

-Lugar del hospital en donde se realizó: Área del inmueble donde se llevó a cabo el acto, ya sea común, o diseñada para uso exclusivo del paciente.

-Número de personas que acompañaban al paciente: Personas que al momento de la conducta del paciente estaban presentes y pudiesen haber observado el evento.

(Tabla 3 Definición de variables).

10.5. Descripción de procedimientos.

Se realizó un protocolo de investigación el cual fue enviado al comité de tesis en primera instancia y posteriormente al comité de ética, ambos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El personal médico del área de hospitalización de Servicios Clínicos del INPRFM, reportó al investigador responsable los eventos que cumplían las características de conducta de daño autoinflingido de acuerdo a la definición de variables (Tabla 3).

El investigador responsable se presentó con los pacientes que habían incurrido en conducta de daño autoinflingido, explicando que se estaba llevando a cabo un estudio de estas conductas y solicitando su participación.

Para ello, a cada participante se le otorgó un consentimiento informado por escrito, durante el cual se le aclararon dudas y comentándoles de forma detallada los objetivos del estudio y el procedimiento de en forma concisa. Se les enfatizó el derecho a la libre decisión de participar o no en el estudio, y de hacerlo, la misma libertad de retirarse en el momento que así lo desearan sin que la decisión influyera en su tratamiento.

Aquellos pacientes que aceptaron y firmaron el documento por escrito en presencia de dos testigos, continuaron con el siguiente procedimiento:

El investigador principal realizó una entrevista semiestructurada, en la que se preguntaron las variables generales del estudio, y en caso de duda se interrogó para detallar la respuesta del paciente. La entrevista se realizó cuando el personal de hospitalización del INPRFM consideró que el/la participante se encontraba en condiciones clínicas estables.

Se le comentó al participante que la información obtenida sería totalmente confidencial e independiente del tratamiento indicado y de las evaluaciones por el equipo médico encargado del tratamiento intrahospitalario, a modo de evitar algún sesgo de información.

Las respuestas se asentaron en una hoja de recolección de datos para tener la información por escrito y posteriormente poderla adecuar a una base de datos..

Se revisó el expediente clínico, así como las hojas de enfermería y de indicaciones médicas, para obtener las variables restantes. Se solicitó permiso al paciente para revisar dicho documento.

Los datos obtenidos de las escalas y la información de interés, obtenida del expediente clínico se agregó a la base de datos.

Los datos sociodemográficos y valoraciones clínicas fueron almacenados en la base de datos diseñada por el investigador y se realizó análisis estadístico con el programa IBM-SPSS Statistics version 24 para sistema operativo OS X (Apple).

10.6. Recursos.

10.6. 1. Recursos Humanos.

Investigador: Dr. Eduardo Armando Zambrano Chong

Actividad asignada: Detectar individuos para la selección, invitarlos y otorgar el consentimiento informado, recabar los datos, establecer la base de datos. Procesar el análisis. Organizar y elaboración de informe.

Número de horas por semana de 10 a 15 horas.

Tutor teórico: Dra. Martha P. Ontiveros Uribe

Actividad asignada: Revisión del proyecto, estructuración del mismo y de los procedimientos a realizar.

Tutor metodológico: Dr. Enrique Chávez León

Actividad asignada: Revisión de la metodología empleada, de los procedimientos y análisis de los datos.

10.6.2. Recursos materiales.

Recursos con los que se cuenta:

El expediente clínico de cada paciente.

Ordenador que será aportado por los investigadores para almacenar la información de manera electrónica.

Recursos inmobiliarios propios del área de hospitalización para realizar las actividades.

Elementos de escritura, papelería, que serán aportados por los investigadores.

10.6.3. Recursos financieros.

No se solicitaron recursos financieros a la Institución, los recursos necesarios fueron aportados por el investigador principal.

10.7. Escalas de medición

Para evaluar la conducta de daño autoinflingido se utilizó la Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA) –*Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI)—la cual cuenta con una validación al idioma español (ANEXO 1) en donde se obtuvieron datos muy similares a la original que validan su aplicación en este idioma ^[39]. En el reporte de validación original se establece que es una escala que más que medir un único constructo (v. gr. Ideación suicida) con diversas preguntas, ésta se diseñó para medir varios constructos con la menor cantidad de componentes posibles, por lo que no utilizaron el análisis factorial ni de la consistencia interna, si no que se utilizó la consistencia interevaluador, prueba de aplicación en dos tiempos y la comparación con otras pruebas. Obteniendo niveles de $k_s=1$ para la evaluación de presencia a lo largo de la vida de ideación, gesto e intento suicida y autolesiones no suicidas; y $k=0.90$ para planeación suicida. La prueba en dos momentos obtuvo $k=0.70$ para ideación suicida, $k=0.71$ planeación suicida, intento 0.8 y autolesiones no suicidas $k=1.0$. La comparación contra las escalas K-SADS-PL en los ítems usados para este proyecto que fueron intento suicida y autolesión no suicida fueron $k=0.65$ y $k=0.75$, respectivamente ^[40]. En la versión validada al español se obtuvieron los siguientes resultados: Fiabilidad entre-examinadores reveló un acuerdo perfecto ($k = 1$) para todos los ítems que evalúan la presencia de alguna conducta suicida a lo largo de la vida; y para todos los ítems que evalúan la presencia de alguna conducta suicida en el pasado año y en el pasado mes. Fiabilidad *test-retest* fue muy buena en el caso de la ideación suicida (ítem 1, $k = 0,82$), los planes suicidas ($k = 0,79$) y los intentos de suicidio ($k = 0,87$); e inferior en el caso de las autolesiones ($k = 0,65$) y los gestos suicidas ($k = 0,47$). Para los resultados relativos a la validez de constructo en general, el acuerdo entre las respuestas fue muy bueno, oscilando entre el $k = 0,65$ en el caso del método utilizado y el $k = 0,99$ en el caso de la presencia de ideación suicida, planes e intentos de suicidio ^[39].

Esta escala permitió obtener las características asociadas a la conducta autolesiva. La EPCA, desarrollada en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard por Nock et al. ^[40], valora además de conductas autolesivas, gestos suicidas permitiendo

diferenciarlos de los intentos de suicidio propiamente dichos. Junto con estas conductas, dentro de la entrevista se incluye la evaluación de ideación suicida y planes suicidas; sin embargo debido a los objetivos del estudio sólo se utilizaron los apartados para conducta autolesiva, intento suicida y gesto suicida.

Esta escala evalúa los siguientes aspectos para cada tipo de conducta: edad de inicio, método, severidad, función, desencadenantes, dolor experimentado, consumo de alcohol o drogas asociado, impulsividad e influencia del entorno. Este instrumento consta de una escala tipo Likert autoaplicable, que posteriormente se completa con una entrevista para detallar las respuestas y aclarar dudas. Primero realizando una pregunta para detallar la intencionalidad del acto, es decir si se trata de un intento suicida, un gesto suicida, o la motivación es otra en cuyo caso se deja abierta la opción para que el participante asiente con que intención se lastimó. Posterior a esto se plantean preguntas que exploran: a) el objetivo con el cual se realizó la conducta, b) los detonadores o situaciones que la persona percibe la llevaron a considerar el lastimarse por si mismo como una opción, c) en qué grado el estado mental llevó a realizar la conducta, d) un apartado que se considera mide indirectamente el grado de impulsividad hacia la conducta ya que la persona contesta cuanto tiempo estuvo pensando en llevar a cabo el acto antes de hacerse daño, e) si se comentó con alguien que se deseaba lastimar y f) la probabilidad de que se vuelva a llevar a cabo la conducta de daño autoinflingido en un futuro.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

"Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado en el que se explican los posibles riesgos asociados a las intervenciones realizadas por los investigadores.

Todos los casos incluidos se reclutaron previa aceptación y firma de una carta de consentimiento informado firmada por el paciente (ANEXO 2) .

Asimismo todos los procedimientos evaluados dentro de la Institución de manera rutinaria y en relación con el proyecto, se llevaron a cabo siguiendo los lineamientos de la “NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.”, específicamente sus apartados 7 al 10 en los que se incluyen aspectos éticos en el tratamiento hacia los pacientes.

RESULTADOS

Características demográficas.

Durante el periodo comprendido para los resultados se obtuvieron 44 casos que cumplen con la definición aportada de conductas de daño autoinflingido, de los cuales desafortunadamente un caso tuvo desenlace fatal, por lo que sólo los 43 casos restantes se analizaron en conjunto y son los que se describen a continuación. De los 43 casos reportados, 35 (81.4%) fueron mujeres y 8 (18.6%) fueron hombres. La edad promedio fue de 27.91 (DE: 10.1) con un rango de 13 a 59 años de edad. Durante dicho periodo hubo un total de 393 egresos reportados de acuerdo al sistema de censo intrahospitalario, de los cuales 282 fueron pacientes de sexo femenino y 111 de sexo masculino. Debido a que hubo muy pocos casos de hombres de los casos analizados, solamente se compararon las frecuencias de daño autoinflingido entre sexos, y el resto de análisis se realizó sin hacer esta diferenciación.

Prevalencia de conductas de daño autoinflingido

En la tabla 4 se muestran los casos de daño autoinflingido que se dieron a lo largo de 9 meses en el servicio de hospitalización del INPRFM. Los principales hallazgos fueron que para este periodo la prevalencia global fue de 10.9%. Haciendo el análisis por sexo se encontró que para las mujeres la prevalencia en este periodo fue de 12.4% (n=35), mientras que para los hombres se fue de 7.2% (n=8). Al momento de realizar una comparación entre ambas proporciones se encontró un OR = 1.82 (CI95%: 0.8-4) y $\chi^2 = 2.2$ (p=0.13). A pesar de que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos, las mujeres tienden a cometer más este tipo de actos que los hombres.

Tabla 4.

Prevalencia a lo largo de 9 meses de conductas de daño autoinfligido por sexo				
		Mujeres	Hombres	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Daño autoinfligido	SI	35 (2.4%)	8 (7.2%)	43 (10.9%)
	NO	247 (87.6%)	103 (92.8%)	350 (89.1%)
Total		282 (71.8%)	111 (28.2%)	393

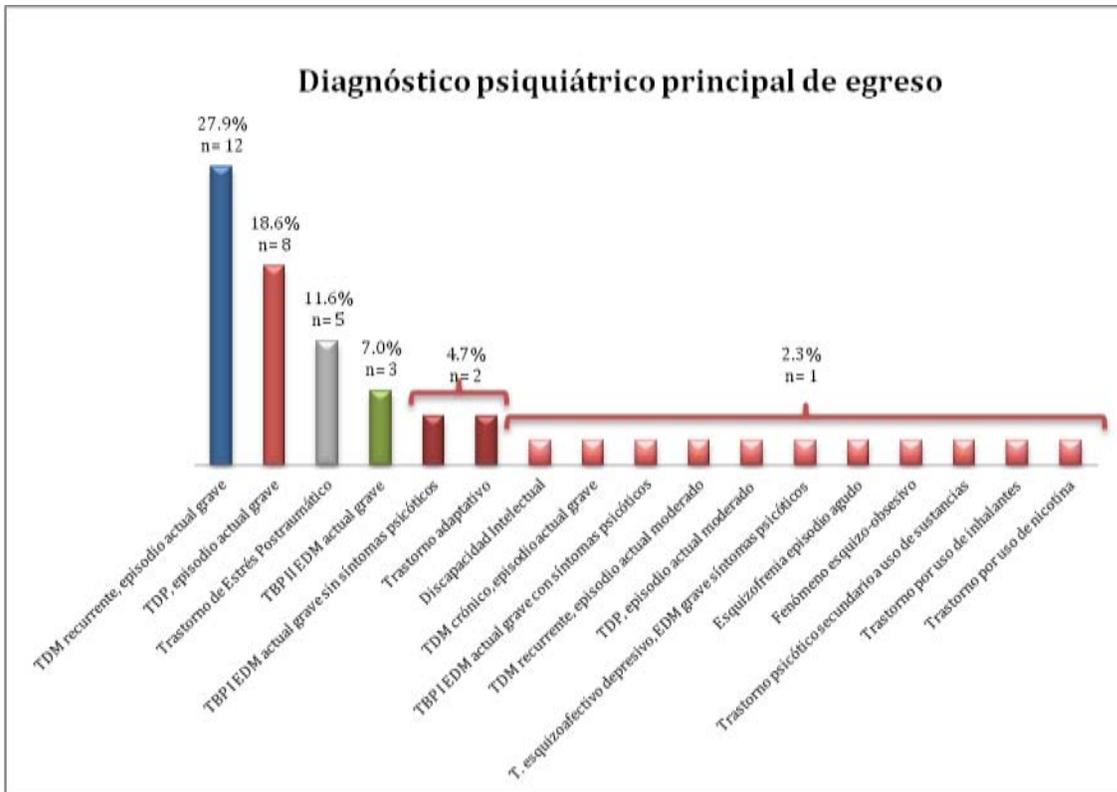
Aspectos clínicos.

El diagnóstico de egreso consignado en el expediente de los pacientes que se lastimaron a sí mismos se puede observar en la Tabla 5 y en la Gráfica 1. Excepto por el fenómeno esquizo-obsesivo, la asignación se dio de acuerdo al DSM-5. Se puede observar que tomados de manera individual los 3 diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor (TDM) recurrente y el trastorno depresivo persistente (TDP) que cursaban con un episodio depresivo mayor (EDM) grave junto con el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo haciendo una agrupación por categorías similares, el 53.5% (n= 23) de los pacientes tenían algún trastorno depresivo, 13.9% (n= 6) algún trastorno del espectro bipolar, 11.6% (n=5) TEPT, 6.9% (n= 3) ya sea con un trastorno del espectro de la esquizofrenia o un trastorno relacionado al uso de sustancias, y el resto de categorías con 2 o menos casos. Quedando los trastornos del estado de ánimo y el TEPT como los diagnósticos de egreso más frecuentes en pacientes que realizaron alguna conducta de daño autoinfligido durante su internamiento. Asimismo se puede observar que el episodio depresivo como diagnóstico sindromático estuvo presente en 70% (n= 30) de los casos.

Tabla 5.

Diagnóstico psiquiátrico principal de egreso		
	n	%
TOTAL	43	100.0%
TDM recurrente, episodio actual grave	12	27.9%
TDP, episodio actual grave	8	18.6%
Trastorno de Estrés Postraumático	5	11.6%
TBP II EDM actual grave	3	7.0%
TBP I EDM actual grave sin síntomas psicóticos	2	4.7%
Trastorno adaptativo	2	4.7%
Discapacidad Intelectual	1	2.3%
TDM único, episodio actual grave	1	2.3%
TBP I EDM actual grave con síntomas psicóticos	1	2.3%
TDM recurrente, episodio actual moderado	1	2.3%
TDP, episodio actual moderado	1	2.3%
Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo EDM grave con síntomas psicóticos	1	2.3%
Esquizofrenia episodio agudo	1	2.3%
Fenómeno esquizo-obsesivo	1	2.3%
Trastorno psicótico secundario a uso de sustancias	1	2.3%
Trastorno por uso de inhalantes	1	2.3%
Trastorno por uso de nicotina	1	2.3%

TDM: Trastorno depresivo mayor, TDP: Trastorno depresivo persistente, TBP I: Trastorno bipolar tipo uno, TBP II: Trastorno bipolar tipo dos, EDM: Episodio depresivo mayor

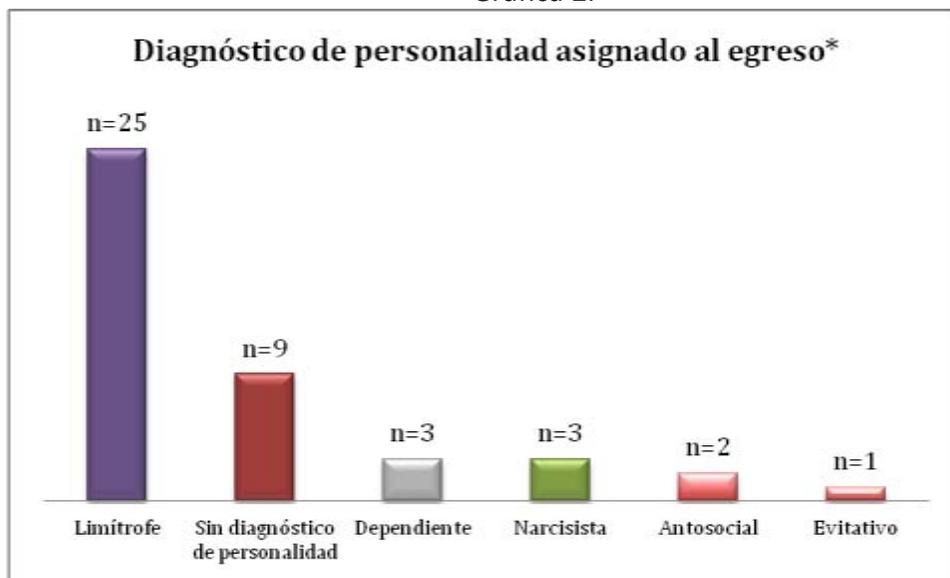


Gráfica 1.

Respecto al diagnóstico de personalidad se realizó un concentrado incluyendo si se había dado un diagnóstico propiamente de personalidad o de rasgos. En la Tabla 6 y en la Gráfica 2 se muestran las frecuencias de los diagnósticos de personalidad otorgados al egreso. El 58.1% de los pacientes tuvieron diagnóstico ya sea de trastorno o rasgos de personalidad limítrofe, 20.9% no contaban con algún diagnóstico en este rubro ya sea por ausencia de psicopatología o porque dicho diagnóstico se había aplazado al no tener los elementos suficientes para asignarlo, los rasgos o trastorno dependiente y narcisista de personalidad estuvieron presentes cada uno en un 7% de los casos, 4.7% contaron con diagnóstico antisocial y 2.3% con diagnóstico evitativo. Aplicando una prueba de chi cuadrada para analizar si la distribución es equitativa se obtuvo un valor de 58.72 ($p < 0.01$), pudiéndose asociar el diagnóstico de rasgos o trastorno limítrofe de personalidad a la presencia de daño autoinfligido. A pesar de que las conductas de daño autoinfligido están ampliamente asociadas a los rasgos limítrofes es evidente que el no tener este

diagnóstico o la presencia de otro en cuanto a la personalidad, no es excluyente de la conducta descrita.

Gráfica 2.



N= 43. *Los diagnósticos incluyen ya sea un trastorno de personalidad o rasgos.

Tabla 6

Diagnóstico de personalidad asignado al egreso*	
Diagnóstico	n (%)
Límitrofe	25 (58)
Sin diagnóstico de personalidad	9 (21)
Dependiente	3 (7)
Narcisista	3 (7)
Antisocial	2 (4.6)
Evitativo	1 (2.4)

*Los diagnósticos incluyen ya sea un trastorno de personalidad o rasgos.

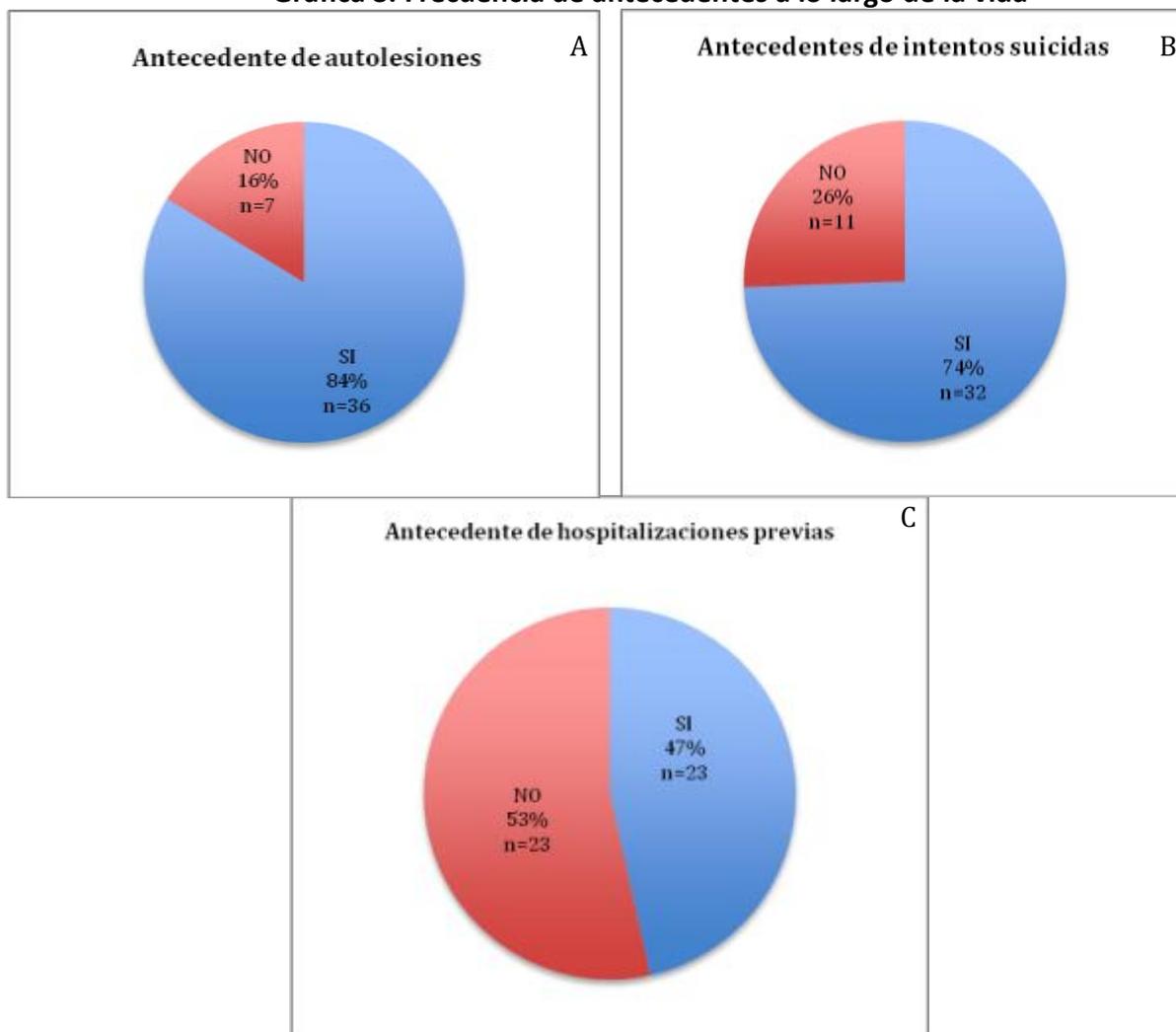
Se realizó un rastreo de estudios neurofuncionales de los cuales sólo se contó ya sea con tomografía de emisión monofotónica (SPECT por sus siglas en inglés) o electroencefalograma (EEG). El primer método evalúa el nivel de perfusión cerebral en las diferentes áreas lo cual , indirectamente, se asocia al funcionamiento de dicha área; el segundo evalúa el promedio de la actividad eléctrica cerebral también en sus distintas regiones. De los casos evaluados, 33 de ellos tenían un estudio, 10 de ellos no contaban

con alguno. De los 33 que tenían un estudio neurofuncional 30.3% (n= 10) tenían un resultado normal, y de aquellos que contaban con alteraciones en el estudio el 42.4% se asociaron a disfunción localizada hacia el lóbulo frontal.

Antecedentes clínicos

Los pacientes que incurrieron en conductas de daño autoinflingido tenían antecedente de por lo menos una hospitalización psiquiátrica previa en un 46.5% vs. 53.5% que no tenían este antecedente, por lo que no se puede considerar que este sea un factor determinante, la media de hospitalizaciones previas fue de 1.09 (DE= 2.0), con un rango de 1 a 12 hospitalizaciones psiquiátricas que antecedían a la actual. Sin embargo en lo que respecta a antecedente de intentos suicidas en algún momento de la vida, 74.4% (n= 32) tenían esta variable presente; asimismo 83.7% (n= 36) contaban con un antecedente de conductas autolesivas a lo largo de su vida (Gráfica 3). Al realizar un análisis binomial para evaluar la distribución de cada categoría en aquellas variables, se encontró que sólo el antecedente o ausencia de hospitalizaciones previas tenía una distribución estadísticamente binomial; sin embargo el tener un antecedente de intento suicida ($p = 0.002$) y autolesiones previas a lo largo de la vida ($p < 0.001$) predominan sobre la ausencia, por lo que estos antecedentes están altamente asociados a las conductas de daño autoinflingido durante la hospitalización.

Gráfica 3. Frecuencia de antecedentes a lo largo de la vida



Características del evento

Se analizó el evento de daño autoinflingido. En la Tabla 7 y en la Gráfica 4 se pueden observar los métodos utilizados. Se puede observar que golpear una parte del cuerpo, excepto la cabeza, contra la pared y rasguñarse hasta sangrar fueron los más comunes. El ahorcamiento estuvo presente sólo en casos en los que la conducta tenía intencionalidad suicida. Aplicando una prueba de chi cuadrada para evaluar distribución equitativa se obtuvo un valor de 18.53 ($p= 0.13$) por lo que no existe una predominancia estadística de alguno de los métodos utilizados sobre otro.

Tabla 7.

Métodos utilizados para generar daño autoinfligido		
	n	Porcentaje
Rasguñarse hasta sangrar	7	16.3%
Golpear con las manos o el cuerpo contra la pared	7	16.3%
Golpearse alguna parte del cuerpo con las manos/puños	5	11.6%
Cortes	4	9.3%
Rasguño sin sangrado	4	9.3%
Golpear alguna parte del cuerpo contra el mobiliario	3	7%
Excoriación	3	7%
Tirar del cabello	2	4.7%
Golpear la cabeza contra la pared	2	4.7%
Ahorcamiento	2	4.7%
Estrangulamiento	1	2.3%
Morderse	1	2.3%
Vómito autoprovocado	1	2.3%
Pellizcarse	1	2.3%

Gráfica 4.



La Tabla 8 muestra las frecuencias en cuanto a los objetos que se utilizaron para autoinflingirse daño. Los objetos más utilizados fueron las uñas, la pared y las manos del propio paciente, esto relacionado a lo antes descrito en cuanto a los métodos como rasguño, excoriación y golpes que en general predominaron. Para los objetos utilizados si existe una preponderancia estadística de los 3 primeros con una $\chi^2 = 35.9$ ($p < 0.01$).

Tabla 8.

Objeto utilizado	
	n (%)
Uñas	13 (30.2)
Paredes	11 (25.6)
Manos	7 (16.3)
Mobiliario hospitalario	5 (11.6)
Ropa	3 (7)
Cepillo de dientes	1 (2.3)
Dientes	1 (2.3)
Cubiertos de plástico	1 (2.3)
Tornillo	1 (2.3)

En cuanto al número de eventos realizados por un mismo paciente se encontró una media de 1.86 (DE= 1.03), con un rango de 1 a 6 eventos reportados.

El factor detonante se encuentra esquematizado en la Tabla 9 y en la Gráfica 5, esta variable se considera como la circunstancia directa que el paciente consideró lo llevó a autolesionarse al realizarle la entrevista. La presencia de emociones o pensamientos negativos—especialmente la ansiedad—tuvo la frecuencia más alta. Las reacciones disociativas fueron muy comunes. Tenemos que recordar que el TEPT es un diagnóstico común en estos pacientes. Asimismo llama la atención que algunos pacientes consideraron la entrevista médica y las restricciones que se imponen por reglamento de la hospitalización como factores detonantes. Una paciente con anorexia nervosa consideró que el comer era el factor desencadenante de su conducta de daño. La prueba χ^2 para distribución equitativa fue de 19.79 ($p < 0.05$) por lo que se considera que existe predominancia de los primeros factores.

Gráfica 5.

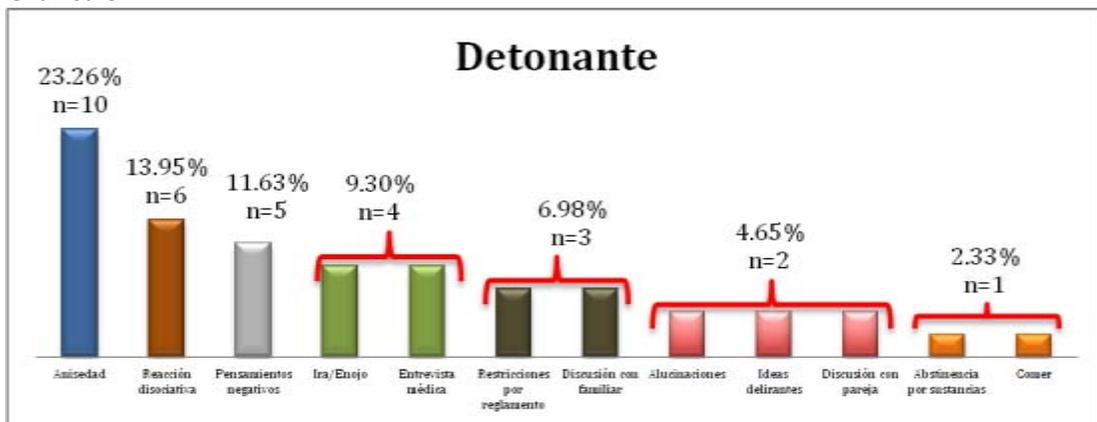


Tabla 9.

Detonante que el paciente consideró lo llevó a dañarse		
	n	(%)
Ansiedad	10	(23.6)
Reacción disociativa	6	(13.95)
Pensamientos negativos	5	(11.63)
Ira/enojo	4	(9.3)
Entrevista médica	4	(9.3)
Restricciones por reglamento	3	(6.98)
Discusión con familiar	3	(6.98)
Alucinaciones	2	(4.65)
Ideas delirantes	2	(4.65)
Discusión de pareja	2	(4.65)
Abstinencia a sustancias	1	(2.3)
Comer	1	(2.3)

Intencionalidad

En cuanto a la intencionalidad y motivación dada por los participantes se encontraron los siguientes resultados.

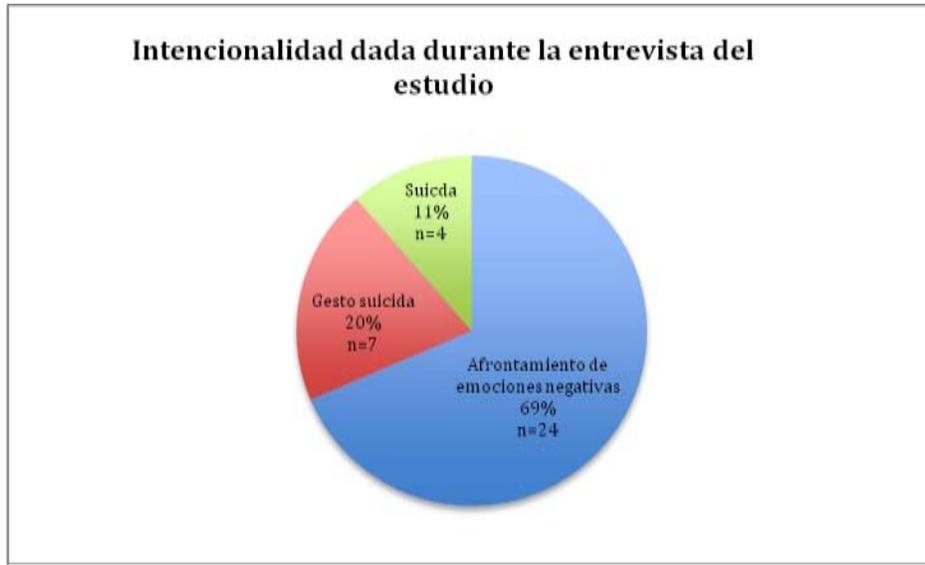
La Tabla 10 muestra la motivación registrada en el expediente, es decir aquella que el paciente expresó al equipo médico tratante. Es de llamar la atención que la mayoría de los pacientes incurren en conductas autolesivas para contender con la ansiedad; en segundo lugar la intencionalidad es suicida.

Tabla 10.

Motivación registrada en el expediente		
	n	Porcentaje
Ansiolítica	26	60.5%
Suicida	11	25.6%
Disminuir enojo/ira	2	4.7%
Síntomas psicóticos	2	4.7%
Gesto suicida	1	2.3%
Re experimentación/disociación	1	2.3%

Se encontró que algunos pacientes reportaban no recordar nada del evento (18.6%), 55.8% de los pacientes recordaba todo lo sucedido y un 25.5% reportó recordar sólo una parte del mismo. Durante la entrevista y al aplicar la escala EPCA, algunos pacientes comentaron que a pesar de que durante su internamiento habían expresado que la intención de lastimarse era para quitarse la vida, en realidad tenían una intencionalidad asociada a gesto suicida—conceptualizada en las definiciones—en donde el paciente realiza el acto de daño con el fin de hacer creer a los demás que quiere quitarse la vida, pero en realidad no tiene dicha intencionalidad. Debido a todo esto se obtuvieron los siguientes resultados respecto a la intencionalidad y motivación para la conducta de daño autoinflingido (Gráfica 6), obteniendo sólo una n= 35, ya que sólo toma en cuenta aquellos pacientes que recordaban el evento de lesión. Es claro que la mayoría lo realizaron como una forma de contender con emociones negativas, un pequeño porcentaje teniendo el deseo de manifestar intención suicida sin tenerla en realidad y una muy baja proporción (11%) tuvieron una franca intencionalidad suicida.

Gráfica 6



Características asociadas a la infraestructura, entorno del paciente y tratamiento hospitalario

En cuanto al área donde ocurrió el evento, 74.4% ocurrió dentro de la habitación, 11.6% dentro del baño de la habitación asignada a los pacientes, 9.3% en los pasillos del área asignada para pacientes y sólo hubo una frecuencia de 1 para la sala común de los pacientes y para un baño externo mientras el paciente estaba en actividades de terapia recreativa. (Tabla 11).

Tabla 11.

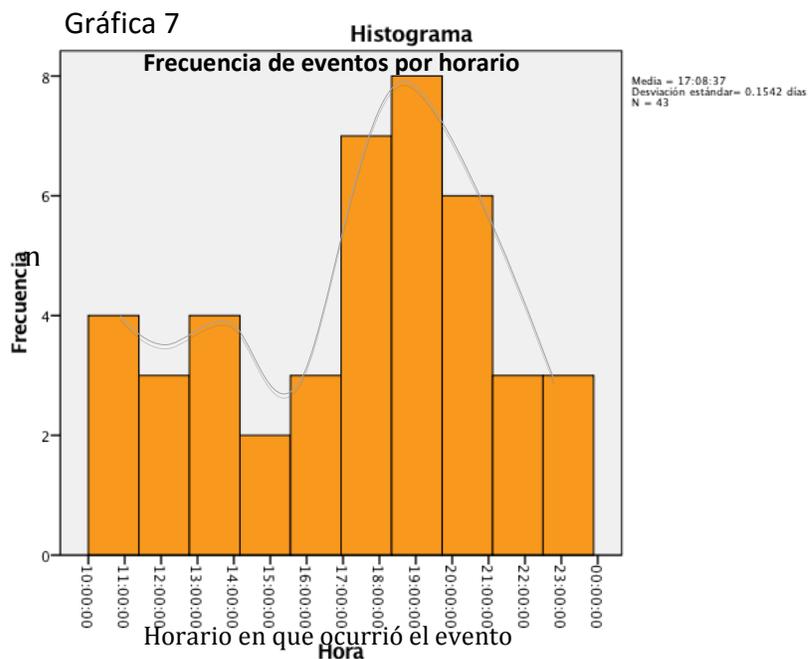
Áreas en donde ocurrieron los eventos		
Lugar	n	(%)
Habitación	32	(74.4)
Baño de la habitación	5	(11.6)
Pasillo dentro del tratamiento	4	(9.3)
Sala común, dentro del tratamiento	1	(2.35)
Baño público dentro del Instituto	1	(2.35)

Quedando muy claro que las áreas 'privadas' son aquellas con mayor riesgo para que se presenten este tipo de conductas. No obstante, cabe señalar que al realizar un análisis

post-hoc se encontró una correlación entre el área y la intencionalidad suicida con una chi cuadrada de 17.3 ($p= 0.002$), denotándose que los pacientes que manifestaron durante la entrevista que el acto de daño fue un intento suicida, realizaron la conducta en el baño de su habitación.

Solamente 7 (16.3%) de los 43 pacientes no tenían acompañante terapéutico asignado, del resto 29 (67.4%) tenía acompañante asignado las 24 horas del día, 4 (9.3%) asignado por 12 horas diurnas y 3 (7%) asignado por 12h nocturnas, por lo que esta medida no debe considerarse como un factor protector para que existan o no este tipo de eventos, tampoco se encontró que se asociara al número de eventos ocurridos ($\chi^2= 18.6$, $p= 0.097$).

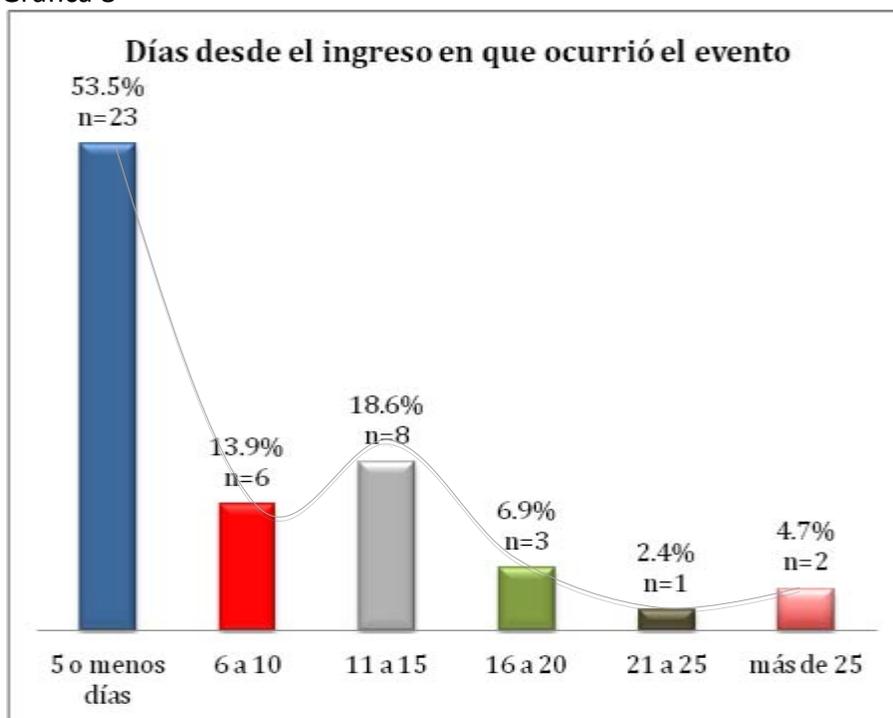
En cuanto a la hora la Gráfica 7 muestra la distribución de la hora en que ocurrieron los eventos, la media fue a las 17:08h con una desviación estándar de 3 horas 42 minutos, se aplicó una prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución con un resultado de 0.94 ($p<0.05$), encontrándose que la distribución no es normal. El pico horario, se encontró entre las 17 y 21 horas del día. No se encontraron diferencias estadísticas entre los días de la semana.



Al evaluar si el evento ocurrió durante el periodo de guardia, se encontró que 72% de los casos ocurrieron en este periodo contrastado con el 28% de casos que no.

Los días que el paciente tenía desde el ingreso al momento del evento están esquematizados en la Gráfica 8, se agruparon en categorías de cada 5 días y se observa que el periodo de mayor riesgo fue durante los primeros 5 días desde el ingreso hospitalario con un segundo pico entre los 11 y 15 días. En cuanto a los días totales de internamiento la media fue de 28.56 (DE: 9.04) y un rango de 7 a 63 días.

Gráfica 8



La intervención que se dio a los pacientes se esquematiza en la Gráfica 9, en donde se observa primero la frecuencia de casos por tipo de intervención y luego la intervención dada por paciente. Se puede observar que la mayoría de los pacientes recibieron más de un tipo de intervención, e incluso hubo a quienes se les indicaron tres medidas, las más utilizadas por paciente fueron la contención verbal más medicamento vía oral, seguida de fármaco vía intramuscular con sujeción, y en último lugar sólo medicamento por vía oral.

Gráfica 9: Intervenciones utilizadas

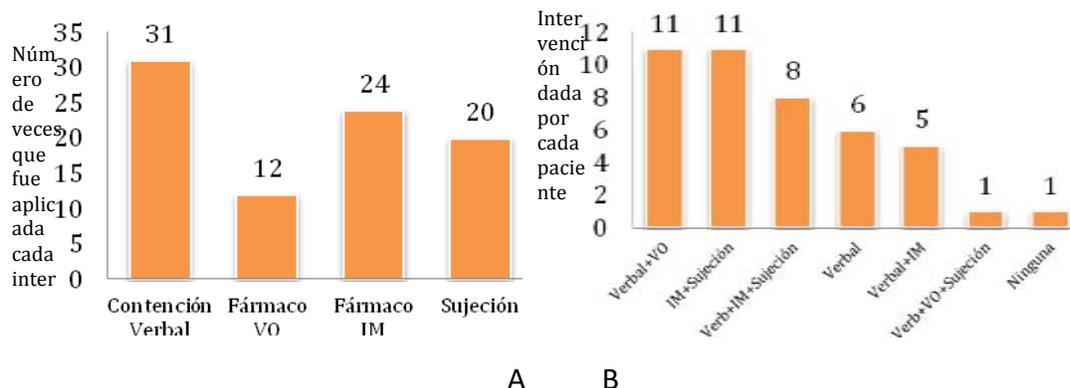


Figura 9. A: Se esquematiza la frecuencia en que fue utilizada cada una de estas intervenciones. B: Se observa la frecuencia de pacientes que recibieron cada una de las intervenciones terapéuticas y si se dio más de una.

Resultados de acuerdo a la Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA)

Debido a que en este estudio se utilizó solamente la parte de la EPCA que evalúa conductas autolesivas al momento de una conducta recién hecha se consideró viable realizar un análisis de los ítems utilizados para obtener la validez de constructo motivación e intención de la conducta, del cuestionario. Se realizó un análisis factorial exploratorio, mediante un análisis de componentes principales con rotación varimax para determinar la estructura del instrumento. Se analizaron las preguntas que generaban una escala ordinal tipo Likert. Se obtuvo un valor de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.0656 y un valor de prueba de esfericidad de Barlett de 128.4 ($p < 0.001$). Debido a estos valores se debe tomar con reserva el análisis de factores, se pudieron identificar 4 factores que explicaron 72.06% de la varianza:

1. Detonante de la conducta de daño autoinflingido de origen social
2. Detonante de la conducta de origen familiar
3. Motivación de la conducta para generar alguna situación
4. Motivación de la conducta para evitar alguna situación

(Tabla 12).

Tabla 12.

Factores por matriz de componente rotado de subescala para conductas autolesivas de la EPCA				
Ítem evaluado	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
¿En qué medida los problemas con compañeros te llevaron a hacerte daño?	0.88			
¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacerte daño?	0.88			
¿En qué medida los problemas académicos o laborales te llevaron a hacerte daño?	0.74			
¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacerte daño?		0.78		
¿En qué medida te hiciste daño para evadir o evitar alguna situación?		0.75		
¿En qué medida los problemas familiares te llevaron a hacerte daño?		0.60		
¿En qué medida te hiciste daño para comunicarte con alguien o conseguir su atención?			0.89	
¿En qué medida te hiciste daño para sentir algo porque te sentías vacío(a)?			0.62	
¿En qué medida te hiciste daño por tu estado mental?				0.86
¿En qué medida te hiciste daño para deshacerte de sentimientos malos o negativos?				0.53

Asimismo se realizó un análisis de la confiabilidad interna para las mediciones ordinales del instrumento obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.75 lo cual se considera un nivel de confiabilidad interna aceptable.

A pesar de lo anterior, la escala, en el caso de las conductas, además de medir motivación y detonantes cuenta con otros apartados como el tiempo que el paciente recuerda que pasó antes de hacerse daño—que los autores de la entrevista consideran es una medida indirecta de la impulsividad de la conducta—, si se comentó con alguien previamente y que tan probable el participante considera que puede repetirse la conducta de daño autoinfligido. La descripción se realiza en base a los 36 cuestionarios que lograron aplicarse de forma completa. Cuatro participantes no contestaron debido a que se les dificultaba la comprensión del cuestionario, dos no contestaron los cuestionarios de forma completa y un participante aceptó la revisión de su expediente y una entrevista breve, sin embargo no aceptó que se aplicara el cuestionario.

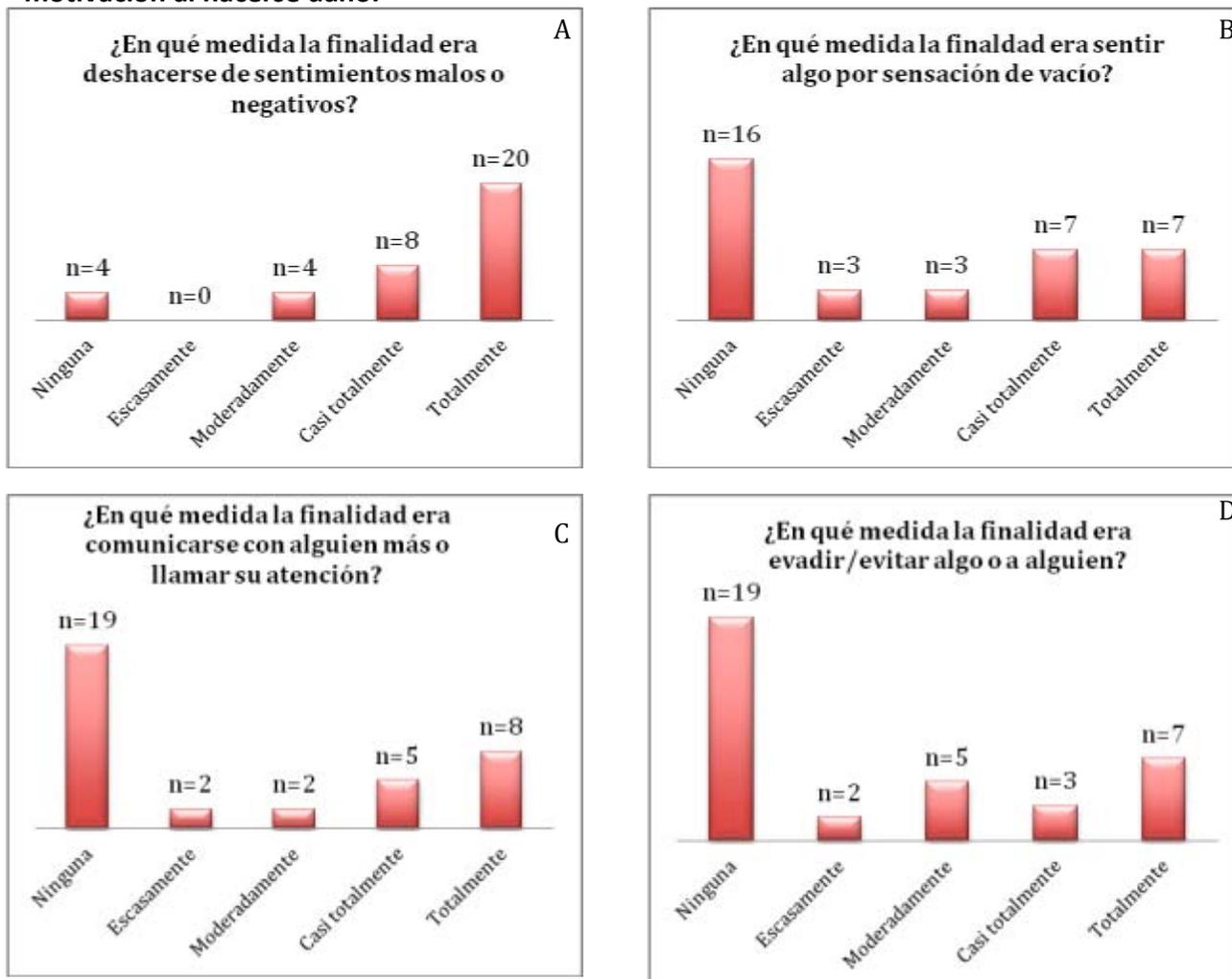
La descripción de estas variables se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13.

Promedio y moda que obtuvo cada una de las preguntas planteadas en escala Likert			
Pregunta	Media de la puntuación	Desviación estándar	Moda
¿En qué medida los problemas con compañeros te llevaron a hacerte daño?	0.8	1.3	0
¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacerte daño?	0.8	1.4	0
¿En qué medida los problemas académicos o laborales te llevaron a hacerte daño?	1.3	1.5	0
¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacerte daño?	1.9	1.8	0
¿En qué medida te hiciste daño para evadir o evitar alguna situación?	1.4	1.6	0
¿En qué medida los problemas familiares te llevaron a hacerte daño?	2.2	1.8	4
¿En qué medida te hiciste daño para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	1.5	1.7	0
¿En qué medida te hiciste daño para sentir algo porque te sentías vacío(a)?	1.6	1.6	0
¿En qué medida te hiciste daño por tu estado mental?	3.9	0.3	4
¿En qué medida te hiciste daño para deshacerte de sentimientos malos o negativos?	3.11	1.3	4
¿Que tan probable es que vuelvas a hacerte daño?	1.9	1.2	2

En la Gráfica 10 se muestran las frecuencias por cada puntuación otorgada a cada una de las siguientes preguntas de la EPCA, que se consideran evalúan la motivación de la conducta de daño autoinfligido:

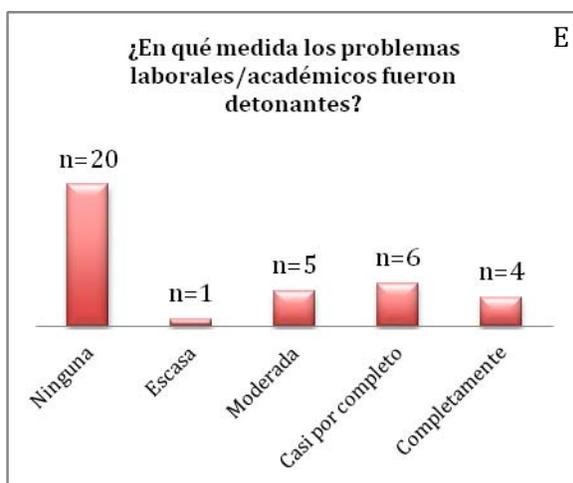
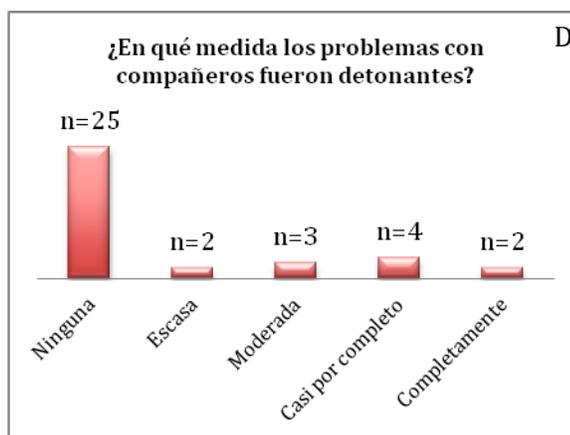
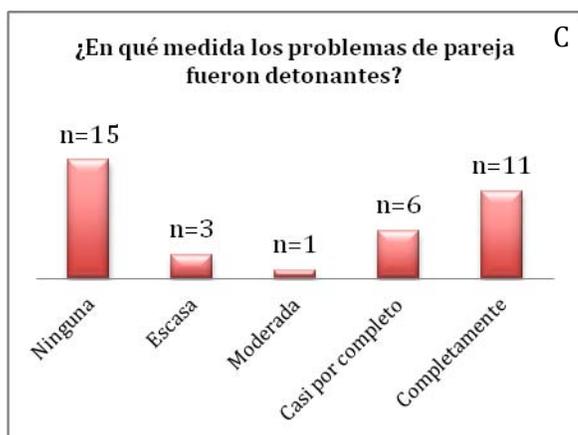
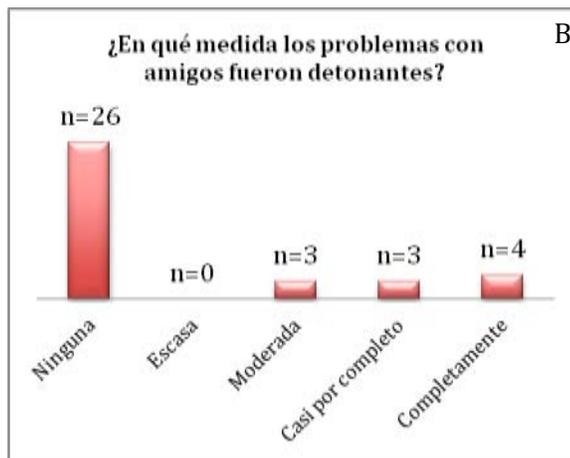
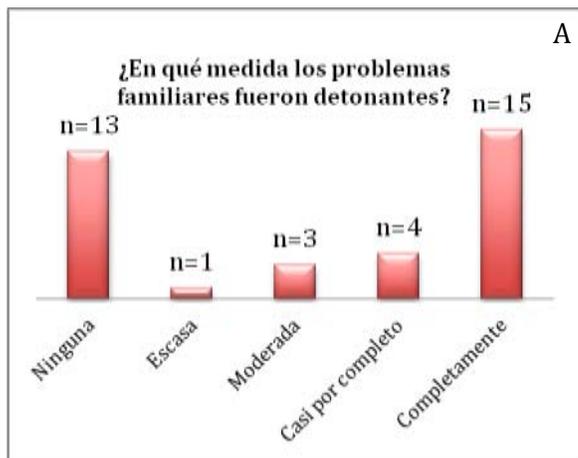
Gráfica 10: Distribución de frecuencias por cada puntuación otorgada a las preguntas que evalúan motivación al hacerse daño.



Se puede observar que de acuerdo a la EPCA, hubo mayor frecuencia de puntajes altos para el grado en que la finalidad de hacerse daño era deshacerse de emociones o sentimientos percibidos como malos o negativos. El resto de motivaciones tuvieron tendencia a tener puntuaciones nulas o poco considerables.

La Gráfica 11 muestra las frecuencias por cada puntuación otorgada a las preguntas que se consideran evalúan el detonante de acuerdo a la EPCA:

Gráfica 11: Distribución de frecuencias por cada puntuación otorgada a las preguntas que evalúan el detonante para hacerse daño.



Destacan por tener mayor frecuencia en las puntuaciones altas los problemas familiares y de pareja en ese orden, seguidos de los problemas laborales o académicos. Por otro lado podemos ver que los problemas con amigos o compañeros casi no son considerados como detonantes directos de la conducta, de acuerdo a la EPCA. De acuerdo al análisis factorial presentado más arriba, las situaciones familiares tienen mucho mayor peso como detonantes que las situaciones de índole social.

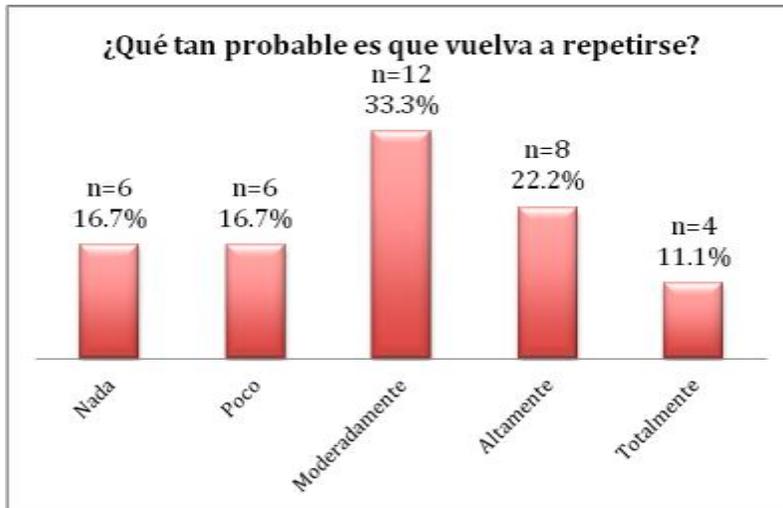
En un análisis post-hoc se realizó una prueba de Friedman para comparar los rangos medios para los 4 factores que miden motivación y los 5 que miden detonantes, y ver si existe una diferencia significativa entre las variables y posteriormente se realizó un análisis con prueba de rangos con signo de Wilcoxon por cada par de variable aplicando la corrección de Bonferroni (ajustando el valor de p a 0.008 y 0.005, respectivamente) para evaluar cuales variables diferían entre sí. Los hallazgos encontrados fueron los siguientes:

Motivación: La prueba de Friedman arrojó una $\chi^2 = 21.8$ ($p < 0.001$), es decir existe diferencia entre las diferentes motivaciones. Al realizar una comparación por cada par ajustando el valor α a 0.008, se encontró que el hacerse daño con la finalidad de deshacerse de sentimientos negativos o malos predominó sobre las finalidades de evadir o evitar algo o alguien ($z = -3.9$, $p > 0.001$), sentir algo ($z = -3.8$, $p > 0.001$), y comunicarse con alguien o llamar su atención ($z = -3.7$, $p > 0.001$).

Detonante: La prueba de Friedman arrojó un valor de χ^2 de 33.14 ($p < 0.001$), mostrando una diferencia significativa entre los diferentes detonantes. Realizando la comparación por cada par de variables ajustando el valor α a 0.005, se encontró que los problemas familiares predominaron como detonante sobre los problemas con compañeros ($z = -3.9$, $p < 0.001$), problemas con amigos ($z = -3.7$, $p < 0.001$) y los académicos/laborales ($z = -3.2$, $p = 0.001$) y que los problemas de pareja predominaron sobre los problemas con compañeros ($z = -2.9$, $p = 0.004$).

Sobre la probabilidad considerada por el paciente de poder volver hacerse daño en un futuro se puede observar en la Gráfica 12, que gran parte de los pacientes consideran que existe por lo menos una escasa probabilidad de volver a autolesionarse, y incluso la gran mayoría lo considera de moderado a totalmente probable.

Gráfica 12



Respecto a la pregunta sobre, cuánto tiempo estuvieron pensando en hacerse daño, se encontró que:

5. 10 (28.6%) habían considerado que no lo pensaron ni un segundo
6. 15 (42.9%) en menos de un minuto llevaron a cabo la conducta una vez que pensaron en ella
7. 6 (17.1%) de uno a quince minutos
8. 1 (2.9%) durante una hora
9. 3 (8.6%) durante un día o más

Sin embargo llama la atención que el instrumento en esta pregunta no es exhaustivo ya que no hay una opción para aquellos que consideraran que estuvieron pensando en hacerse daño entre una hora y un día.

DISCUSION

Según lo encontrado en la literatura reportada, hasta el momento se trata del primer estudio a nivel nacional y de habla hispana, que explora las conductas de daño autoinflingido en población psiquiátrica intrahospitalaria.

De acuerdo a los reportes de la literatura internacional, la prevalencia encontrada (10.9%) en nuestro estudio está dentro de los rangos inferiores de las prevalencias que se han reportado (4-70%) [24]. Esto se puede atribuir a que ya se toman medidas en el área de hospitalización para evitar este tipo de eventos adversos. Se restringen objetos que puedan ser utilizados para causarse daño, por ejemplo la entrada de revistas o libros sólo está permitida si no tienen grapas, si las dimensiones son pequeñas y si no cuentan con pasta dura. Antes del ingreso de cada paciente, acompañante y visitante se hace un registro tanto por el personal de vigilancia como de enfermería para controlar el acceso a objetos no permitidos.

La prevalencia en las mujeres es casi el doble de la de los hombres, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Esta tendencia a igualarse ya ha sido reportado en literatura de otros países. Quizás se pueda explicar por el hecho de que: a) durante la hospitalización ambos géneros están sometidos a estresores similares, b) la gravedad de la comorbilidad psiquiátrica y de personalidad tiende a ser similar siendo que requirieron tratamiento intrahospitalario, y c) también por las medidas del reglamento podrían igualarse los factores de riesgo asociados a esta conducta. Esto es de suma importancia ya que nos habla de que el daño autoinflingido podría comportarse de forma distinta en pacientes internados en comparación con población ambulatoria y la población general. Esto nos habla de la necesidad de realizar estudios longitudinales y analíticos para evaluar cuales son los factores de riesgo asociados a esta conducta durante un internamiento psiquiátrico.

Los trastornos depresivos mayor y persistente, junto con el TEPT, fueron los diagnósticos de egreso más comunes. Los primeros dos diagnósticos ya descritos en la población en general. Sin embargo el TEPT suele no figurar en los estudios que exploran el daño autoinflingido en población no internada, por lo que este hallazgo es muy relevante, sobre

todo por la influencia que puede tener los síntomas del trastorno en una hospitalización psiquiátrica, como por ejemplo el hecho de asociarse a reacciones disociativas. Esta situación se ha contemplado a la hora de definir las autolesiones o el daño autoinflingido en que ya se había postulado que no siempre el acto es deliberado.

Los trastornos de personalidad estuvieron presentes en la mayoría, sin embargo una proporción considerable de pacientes no contaban con diagnóstico en este rubro, al egreso de su hospitalización, por lo que la ausencia de aquellos no debe sesgarnos a bajar las medidas de prevención en los pacientes. Los rasgos limítrofes fueron los más comunes, situación que concuerda con los reportes que se hacen en población no hospitalizada [8].

Dentro del rubro de antecedentes clínicos el hecho de tener antecedentes de intentos suicidas o conductas autolesivas fue un factor altamente presente y es la regla más que la excepción, situación que podría considerarse a la hora del ingreso de un paciente para determinar un sistema que indique el riesgo de daño autoinflingido durante su hospitalización y así poder alertar al personal a cargo e incluso al personal que no es tratante del paciente, porque como ya se vio, casi tres cuartas partes de los eventos ocurrieron en periodo de guardia, lo que hace que tengan que ser atendidos por personal que no suele tener el conocimiento total del caso del paciente.

En consonancia al estudio reportado por Stewart y cols. ^[24], los métodos más utilizados fueron aquellos que implican golpes o lesiones en la piel. En muchas de las ocasiones el objeto utilizado fue algo que no puede controlarse, ya que como se vio en los resultados, las uñas, la pared y el mobiliario fueron los más comunes; ello a su vez habla de que las medidas tomadas reducen los factores modificables que pudieran influenciar en el daño autoinflingido en los pacientes que se hospitalizan en el INPRFM. Cabe mencionar que existen muchas otras formas de causarse daño y que en este estudio incluso la autoprovocación del vómito fue un método en una paciente con diagnóstico de anorexia nervosa, quedando claro que la conceptualización que se tiene de sólo tomar en cuenta aquellas lesiones que se realizan en la superficie dérmica o que dejan marca en esta es poco adecuada en el contexto intrahospitalario.

Tal como se planteó en las hipótesis, las áreas 'privadas' fueron las de mayor riesgo para que se presentaran las lesiones autoinflingidas.

El detonante más común fueron las emociones o pensamientos negativos, los participantes comentaron que el tratar de afrontarlos fue la motivación para provocarse daño a ellos mismos en la gran mayoría, y sólo unos pocos presentaron intencionalidad francamente suicida. Fue interesante contrastar la información registrada por el personal médico a cargo y la obtenida para el estudio, ya que la intencionalidad suicida en la primera situación era mucho más alta (uno de cada cuatro), reduciéndose a uno de cada 10 al momento de la entrevista, cabe mencionar que la posible explicación es que en el proceso del estudio se les comentó a los participantes que sus respuestas serían independientes de su tratamiento convencional y que no se les dirían estas respuestas a sus médicos tratantes, además a la hora de entrevistarlos se indagó sobre la magnitud de la lesión y la intencionalidad que manifestaban, y varios participantes comentaron que sabían que la lesión provocada no les quitaría la vida y por tanto consideraban que se trataba más de un gesto suicida, por lo que el incremento en frecuencia de esta intencionalidad puede tener esta explicación.

En el caso muy particular de esta población hospitalizada, se encontró que situaciones en las que incluso el paciente podía no estar consciente, fueron detonantes directos importantes, de estos se debe destacar la presencia de reacciones disociativas o reexperimentación de eventos traumáticos y sintomatología psicótica. En el pasado se solía utilizar el término daño deliberado, sin embargo lo encontrado agrega evidencia a que en muchas ocasiones el fenómeno de daño autoinflingido ocurre incluso si el paciente no está consciente de su conducta.

La Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas, es un instrumento demasiado extenso ya que evalúa pensamientos de autolesionarse o suicidarse y de cada uno de ellos evalúa características a lo largo de la vida y de un episodio reciente, situación que se repite para cuando se lleva a cabo la conducta ya sin fines suicidas como con fines (intento suicida). Durante el estudio se utilizó sólo el apartado que evalúa las conductas presentadas de forma aguda, lo cual permitió realizar un análisis a este apartado y llama la

atención que estos apartados miden de manera adecuada los constructos de motivación y detonante de la conducta de daño autoinfligido. En cuanto a motivación podrían dividirse los factores en aquellos que contemplan a las conductas de daño autoinfligido como un reforzador positivo y aquellos que se considerados como reforzadores negativos. Para los detonantes los factores se dividen en aquellos de índole familiar y aquellos de índole social. Se realizó un análisis post-hoc para ver si el tiempo que habían pensado en hacerse daño los pacientes antes de lastimarse—tomado como una medida de impulsividad, según los autores de la escala original—se asociaba con alguna otra variable como alteraciones frontales en estudios neuropsiquiátricos, los diagnósticos psiquiátricos y de personalidad, número de eventos de autolesión, sin embargo no se encontró asociación, por lo que en esta muestra esta variable no puede considerarse como una medida de la impulsividad del individuo, además de que este ítem no es exhaustivo como se mencionó más arriba.

En base a la EPCA predominó la motivación de deshacerse de sentimientos o emociones negativas o malas y los detonantes más considerados fueron los problemas familiares y de pareja. Esto concuerda con los detonantes mencionados por los pacientes de manera abierta. Por lo que se puede establecer que la gran parte de los pacientes se dañan a ellos mismos con el fin de afrontar emociones negativas.

El estudio es un estudio transversal descriptivo, por lo que al momento no se pueden establecer factores de riesgo o protectores asociados, sin embargo si da pauta de posibles factores de riesgo que se deberán estudiar en diseños más complejos de los cuales se encontraron los siguientes: Los primeros 5 días de internamiento, el estar en área designada como privada de hospitalización, horario vespertino, periodo de guardia, antecedente de autolesiones e intentos suicidas, diagnóstico de trastorno o rasgos límite de personalidad y presencia de un episodio depresivo. Por otro lado llama la atención que la gran mayoría tenían acompañante terapéutico (cuidador) y a pesar de ellos se pudieron hacer daño los pacientes, por lo que en este contexto hospitalario es necesario evaluar de que manera este factor se puede usar para influenciar de manera protectora para los pacientes.

Otra limitación del estudio es que no se consideraron las consecuencias físicas de las conductas, por lo que en estudios futuros se propone calificar la gravedad de estas conductas junto con las consecuencias.

Durante la entrevista realizada, dos pacientes solicitaron aclarar dudas en cuanto al fenómeno de las autolesiones comentando que el hecho de que se les informara o diera psicoeducación al respecto podría ayudarles más a comprender el fenómeno y quizás esto les ayudaría a controlarlo mejor, por lo cual, al ser una situación presente y a la que nos enfrentamos habitualmente en la práctica psiquiátrica intrahospitalaria, el brindar este tipo de información quizás sea una buena propuesta aunque deberá evaluarse el impacto de dicha medida en caso de implementarse.

CONCLUSIONES

Se puede considerar que el fenómeno de daño autoinfligido se comporta de forma distinta en un contexto de hospitalización psiquiátrica en comparación con población no hospitalizada. De entrada los objetos utilizados son distintos. Por otro lado, una proporción importante de pacientes no están conscientes o lo están sólo parcialmente de su conducta durante el evento. Y quizás asociado a esto último, existen otros diagnósticos que no suelen ser frecuentes en población no hospitalizada, como lo son el TEPT. Asimismo en esta población asociado a las restricciones y por obvias razones, no hay asociación con el estar bajo efectos de alguna sustancia psicotrópica, pero tampoco como diagnóstico psiquiátrico fue común el uso de sustancias. La intencionalidad puede o no ser suicida.

La intencionalidad de la conducta puede variar entre aquella que se le comenta durante las evaluaciones del equipo médico tratante y la que quizás realmente tenga el paciente. Esto puede estar influenciado por factores como el mismo temor a ser juzgado por parte del paciente, hasta situaciones como rasgos de personalidad que hagan que el paciente modifique la información que otorga.

Las condiciones hospitalarias y los factores que llevan a que los individuos se hospitalicen puede igualar las condiciones entre ambos géneros y hacer que el fenómeno se comporte similar en ambas poblaciones.

Dadas estas características, las definiciones que suelen manejarse para autolesión o daño autoinfligido de forma general podrían no adecuarse a la población intrahospitalaria. Por lo que proponemos que en esta población pudiera definirse una conducta de daño autoinfligido como: **cualquier acto que involucra lastimarse a si mismo, llevado a cabo por el individuo en contra de su cuerpo, pudiendo tener o no un desenlace fatal, independientemente de la intencionalidad.**

Las medidas de seguridad que ya se toman en el INPRFM tienen un impacto favorable en la prevención de este tipo de conductas, sin embargo existen factores no modificables que son intrínsecos y constitutivos de la infraestructura y de las características de los pacientes.

Se requieren estudios multicéntricos que evalúen esta conducta para poder determinar si estos hallazgos son dependientes a la infraestructura hospitalaria del Instituto Nacional de Psiquiatría o están más asociados a las características de ser paciente dentro de una unidad hospitalaria psiquiátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders- Fifth Edition (DSM-5). 5th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Lonnqvist J, Michel K, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand.* 1992 Feb;85(2):97-104.
3. National Institute for Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline Number 16: Self-harm The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2004.
4. National Institute for Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline Number 133. SELF-HARM: LONGER-TERM MANAGEMENT. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2012.
5. Skegg K. Self-harm. *Lancet.* 2005 Oct 22-28;366(9495):1471-83.
6. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 297–303
7. Hawton K, Harriss L, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychol Med* 2003; 33: 987–95.
8. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, de León-Martinez V, Baca-García E. Clinical features associated with suicide attempts versus suicide gestures in an inpatient sample. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):419-31
9. Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., et al. (2002) Why people engage in parasuicide: a cross- cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380–393.
10. Cardyn, L. The construction of female sexual trauma. En: Micale E, *Traumatic pasts history, psychiatry and trauma in the modern age (1870-1930)*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004.
11. Menninger K Psychiatric commentary on punishment. *Bull Menninger Clin.* 1973 Jul;37(4):321-32.

12. Casadó-Marín LC. Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes [Tesis Doctoral]. Tarragona, España: Universitat Rovira I Virgili; 2011 en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/37364/tdx_tesis%20Lina%20Casadó.pdf?sequence=1
13. Mendoza, Y. Pellicer, F. Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*. 2002 25(4), 10-16.
14. Kapur N Self-harm in general hospital. *Psychiatry*. 2009 Jun;8(6): 189-93
15. Benjet C, González-Herrera I, Castro-Silva E, Méndez E, Borges G, Casanova L. Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *J Affect Disord*. 2017 Jun;215:1-8.
16. Ulloa-Flores RE, Contreras-Hernández C, Paniagua-Navarrete K, Victoria-Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* 2013;36:417-420
17. Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, Xóchitl-García Luna A, Delgadillo-González Y, Chávez-Flores CI, Martínez OL. Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014 Jul-Aug;42(4):159-68.
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales. México 2016. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf
19. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health (Oxf)*. 2004 Nov 25.
20. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*. 2001 Jan;178(1):48-54.
21. O'Loughlin S, Sherwood J. A 20 year review of trends in deliberate self-harm in a British town, 1981–2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 446–53
22. Hawton K, Bergen h, Casey d, et al. self-harm in England: a tale of three cities. multicentre study of self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 513–21

23. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;181:193-9.
24. James K, Stewart D, Wright S, Bowers L. Self harm in adult inpatient psychiatric care: a national study of incident reports in the UK. *Int J Nurs Stud*. 2012 Oct;49(10):1212-9
25. Bowers L, Dack C, Gul N, Thomas B, James K. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud*. 2011 Dec;48(12):1459-65
26. Drew BL. Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001 Jun;15(3):99-106.
27. Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted suicide. Do we understand the patients' reasons? *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 62–69.
28. Patton GC, Harris R, Carlin JB, et al. Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychol Med* 1997; 27: 715–24.
29. Nada-Raja S, Skegg K, Langley J, Morrison D, Sowerby P. Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 177–86.
30. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 119–26.
31. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 325: 1207–11.
32. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG: Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:14–19
33. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Apr;62(4):427-32.
34. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2012 Feb;73(2):144-51. 23.
35. Large M, Ryan C, Walsh G, Stein-Parbury J, Patfield M. Nosocomial suicide. *Australas Psychiatry*. 2014 Apr;22(2):118-21.

36. Gunnell DJ, Brooks J, Peters TJ. Epidemiology and patterns of hospital use after parasuicide in the south west of England. *J Epidemiol Community Health*. 1996 Feb;50(1):24-9.
37. Hawton K, van Heeringen K. *Lancet*. Suicide. 2009 Apr 18;373(9672):1372-81.
38. Costello EJ, Burns BJ, Angold A, Leaf PJ. How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Nov;32(6):1106-14; discussion 1114-7.
39. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013 Jul-Sep;6(3):101-8.
40. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007;19:309-17.

ANEXO 1

Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas

¿Al hacerte daño, con que intención u objetivo lo hiciste?

- a) Para quitarte la vida

- b) Para que alguien creyera que tú querías quitarte la vida cuando realmente no tenías intención de hacerlo

- c) Alguna otra razón
¿Cuál?

En una escala de 0 a 4, siendo 0 ausencia total y 4 el grado máximo que considere, califica los siguientes aspectos de cuando te hiciste daño:

¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de sentimientos malos o negativos?

0 1 2 3 4

¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías vana(o), ajena(o) a tus emociones o vacía(o)?

0 1 2 3 4

En qué medida lo hiciste para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?

0 1 2 3 4

¿En qué medida lo hiciste para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?

0 1 2 3 4

En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a hacerte daño?

0 1 2 3 4

¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacerte daño?

0 1 2 3 4

¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacerte daño?

0 1 2 3 4

¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacerte daño?

0 1 2 3 4

¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacerte daño?

0 1 2 3 4

¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacerte daño?

0 1 2 3 4

Durante cuánto tiempo pensaste en hacerte daño antes de hacerlo

0 segundos	
1-60 segundos	
2-15 minutos	
16-60 minutos	
menos de un día	
1 a 2 días	
más de dos días	

Antes de hacerte daño, lo habías comentado con alguien

NO

SI, ¿Quién o quiénes?

En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a hacerte daño en el futuro?

0 1 2 3 4

El estar internada o internado ¿crees que influyó en tu conducta de hacerte daño?

SI NO

¿Porqué?

En caso de que fuese un intento suicida.

¿Cuáles fueron las circunstancias que contribuyeron a tu intento de suicidio?

Pérdida de trabajo/estrés laboral/ fracaso académico	
Discusiones con familiares o amigos	
Discusión con esposa o pareja	
Problemas financieros	
Desalojo, embargo	
Problemas de salud	
Muerte de otra persona	
Síntomas psiquiátricos	
Acontecimiento humillante	
Otro: _____	
no aplicable	
desconocido	

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
DIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS
SUBDIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTÍNUA
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CONDUCTAS DE DAÑO AUTOINFLINGIDO CON Y SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA, EN PACIENTE HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Esto se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Existen pocos datos respecto a los actos de daño provocado por uno mismo en pacientes durante una hospitalización psiquiátrica, por lo que para prevenir y tratar esta situación se requiere conocer las características asociadas.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar cuantos participantes llegan a hacer actos en los que se dañen a si mismos mientras están en el área de hospitalización.

Determinar que características están asociadas con este tipo de situaciones.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas generales sobre usted, sus antecedentes médicos, y el evento reportado sobre haberse hecho daño a usted mismo. Toda información será resguardada y codificada por los investigadores para mantener su total anonimato y confidencialidad.

Este estudio consta de las siguientes fases: La primera implica realizar preguntas para conocer las características que se asociaron al evento.

Posteriormente se revisará en su expediente los datos de edad, diagnóstico, tratamiento utilizado y descripción del evento, **por lo que se solicita su permiso para revisar su expediente clínico.**

Asimismo al ser dado de alta también **solicitamos su permiso para que se pueda revisar en su expediente,** el diagnóstico de alta y los días totales del internamiento.

4. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Durante estas actividades, podría presentar emociones o sentimientos relacionados al evento que pudieran resultar incómodos, teniendo toda libertad de notificar al personal.

En caso de que usted desarrolle alguna de estas situaciones o requiera otro tipo de atención, ésta se le brindará en los términos que siempre se le ha ofrecido, **ya que al estar usted en el área de hospitalización la atención brindada se dará por parte de los investigadores y/o el personal médico de hospitalización a su cargo sin generar costo alguno, por lo que no tendrá que realizar ningún gasto por la participación o atención que se le brinde durante la investigación.**

5. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

a) El beneficio directo para usted, será tener una evaluación objetiva sobre las características que se hayan asociado a alguna conducta de daño provocado por si mismo que ayuden a entender esta situación y tratar de prevenirla en un futuro.

b) Usted podrá discutir con el investigador los hallazgos de las preguntas que se le realicen y los resultados de la investigación.

c) De manera indirecta usted contribuirá a que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido al poder planear estudios más especializados, o incluso en un futuro el mayor conocimiento podría ser aplicado a su caso, por lo que tiene la libertad de en cualquier momento contactar a los investigadores para aclarar este tipo de información.

6. ACLARACIONES

- **Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.**
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- La información que usted nos otorgue será independiente de lo que maneja su equipo médico a cargo durante la hospitalización, y no influenciará en las decisiones que ellos tomen, a menos que así lo solicite usted.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en cualquier momento que lo desee, aun cuando alguno de los investigadores responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será totalmente respetada.
- **No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.**
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

- Usted también tiene acceso a las Comisiones de Tesis y Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante	Firma del participante	Fecha
-------------------------------	-------------------------------	--------------

Testigo 1	Firma del testigo 1	Fecha
------------------	----------------------------	--------------

Testigo 2	Firma del testigo 2	Fecha
------------------	----------------------------	--------------

Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre del investigador	Firma del investigador	Fecha
--------------------------------	-------------------------------	--------------