



Autolesiones no suicidas y su relación con la ansiedad en pacientes del hospital
psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Tesis para obtener la especialidad en PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Flora Minerva Cuevas Núñez

Asesor teórico:
Dr. Fernando Corona

Asesor metodológico:
Dra. Juana Freyre

Ciudad de México, México

Junio 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Al Dr. Ramón Cuevas Guzmán, capaz de inmiscuirse en todas las áreas de la ciencia

A la Dra. Nora Minerva Núñez López ejemplo de la terquedad

A la licenciada Alba Marisol Cuevas Núñez crítica de estilo

Al Horla, sabio escondido (muy escondido)

A aquél que me hacía hacer las tareas de metodología a pesar de que nos venciera el sueño.

Al doctor “que nunca usa bata”

Al Mago.

.

“Cuando murió, mamá me entregó sus útiles de afeitar y su petaca de cuero, y me enseñó dónde los guardaría hasta que yo creciera. Esa noche me colé en el cuarto, abrí silenciosamente el armario y robé la navaja barbera. La palpé con cuidado y me di un tajo en el muslo y otro en el brazo derecho. Durante mucho tiempo me levanté cada noche para abirme una herida nueva, y nunca lloré. Pero cuando le recordaba lloraba.”

“El día en que cumplí dieciséis años descubrí que me odiaba a mí misma y apenas podía tolerar mi imagen en el espejo. Dejé de comer. Mi cuerpo me repugnaba y trataba de ocultarlo bajo ropas sucias y harapientas. Un día encontré en la basura una vieja cuchilla de afeitar de Sergei. La llevé a mi habitación y adquirí la costumbre a hacerme cortes en las manos y en los brazos con ella. Para castigarme. Tatiana me curaba en silencio todas las noches.”

Marina, Carlos Ruiz Zafón.

ÍNDICE

	Pág
Índice general	4
Índice de tablas y figuras	4
Abreviaturas	5
Resumen	6
Introducción	7
Marco teórico	8
Método	25
Justificación	25
Planteamiento del problema	26
Pregunta de investigación	26
Objetivos	27
Hipótesis	27
Variables	28
Muestreo	28
Sujetos	29
Instrumento	29
Consideraciones éticas	30
Análisis	31
Cronograma de actividades	31
Resultados	32
Discusión	40
Conclusión	43
Recomendaciones	43
Bibliografía	45
ANEXOS:	47
Carta de consentimiento	47
ISAS	49
MINI	51

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Variantes demográficas de los pacientes obtenidos	33
Figura 1. Correlación entre la edad y número de pacientes con conductas autolesivas	33
Figura 2. Distribución del porcentaje de pacientes hombres a la edad de inicio de conductas autolesivas	34
Figura 3. Edad de inicio de autolesiones no suicidas en mujeres	35
Figura 5. Métodos utilizados para realizarse autolesiones no suicidas	35
Figura 6. Módulos de la entrevista neuropsiquiátrica presentados por pacientes con autolesiones no suicidas	37
Figura 7. Relación del diagnóstico encontrado en la escala neuropsiquiátrica internacional y el sexo del paciente	38
Figura 8. Tiempo transcurrido entre la última autolesión no suicida y la	39

ABREVIATURAS

Acrónimo	Significado
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición
DSM V:	Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales quinta edición
ANS	Autolesiones no suicidas
ISAS	Inventory of Staments About Self Injury
HPFBA	Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
HPIJNN	Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro

RESUMEN

Introducción: Las autolesiones no suicidas (ANS) se definen como la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal en ausencia de intención letal. La prevalencia a lo largo de la vida es del 15-17% en adolescentes en la comunidad, en la población psiquiátrica del 40-80%, mostrándose como un fenómeno frecuente y del cual se tiene poca información.

Objetivo: Analizar la relación entre las lesiones no suicidas y los trastornos de ansiedad.

Material y métodos: El estudio se realizó en pacientes ingresados en hospitalización continua del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se aplicó las escalas ISAS (Inventory of statements about self-injury) y el MINI.

Palabras claves: autolesiones no suicidas, ISAS, inventory of statements about self-injury, hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones no suicidas se refieren a la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal en ausencia de intención letal (1), (2), (4). Se estima que la prevalencia a nivel mundial es del 17.2% en adolescentes, 13.4 % en adultos jóvenes y 5.5% en adultos (1), (4), (17). En México, como en otros países, los estudios no distinguen entre los intentos de suicidio de las autolesiones con y sin intencionalidad suicida, lo que ocasiona errores diagnósticos, así como de tratamiento (2) (4). El propósito de esta tesis es estudiar la motivación de las autolesiones no suicidas, así como su relación con la ansiedad, por medio de la utilización del Inventory of Staments about self-injury, la MINI International Neuropsychiatric Interview y los criterios diagnósticos del DSM 5.

MARCO TEORICO:

Se cree que todos los animales nacen con un sentido innato de la autopreservación bajo situaciones favorecidas por el apego. En el interés de nuestra supervivencia, tomamos las que creemos, son las mejores decisiones, para obedecer el instinto natural de la preservación de nuestros genes (1) (2). Sin embargo, desobedeciendo este principio, hay personas que presentan comportamientos que van encaminados a ocasionarse daños. (1). Ejemplo de ello son las autolesiones no suicidas, que se definen como la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal, en ausencia de intención letal, la cual no está aceptada socialmente (1), (2), (4), (10), (11) (19) Entender porque los pacientes adoptan este comportamiento es importante por diversas causas: origina malestar físico y psicológico a los pacientes y a menudo es estresante para sus amigos y seres queridos; encontrar la razón de las autolesiones, puede ayudar a entender por qué las personas realizan acciones que llegan a ser dañinas; además de estar asociadas con morbilidad e intentos suicidas posteriores (1) (17).

Definición.

Las autolesiones pueden ser entendidas como: sintomatología presente en trastornos emocionales de diversas índoles o una entidad nosológica separada, llamada autolesiones no suicidas (19).

Los fenómenos no suicidas, pueden ser clasificados en tres tipos primarios: gesto o truco suicida, en el cual los pacientes llevan a creer a otros que su intención es morir cuando no lo es; autolesiones no suicidas, que es el daño directo y la destrucción deliberada del tejido corporal, en la ausencia de cualquier intento

observable de morir; pensamientos de autolesión, el tener idea de realizar este tipo de comportamiento sin llevarlo a cabo. (1)

Nock et al (2010), definen las autolesiones no suicidas como la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal, en ausencia de intención letal. (1), (4).

Villaroel et al (2013), la definen como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte. Por ende, la ideación o los actos con intencionalidad suicida están excluidos de la definición. Son intencionales y directas, aunque como se describe con anterioridad la falta de intención de morir, puede generar cierta ambivalencia al respecto. Se excluyen los rituales y prácticas culturales, pues estas son repetidas por muchas generaciones, con un claro significado simbólico, y constituyen un acto de valentía o pureza. (1), (2) (16) (19). Las autolesiones no suicidas pueden ser entendidas como una interacción compleja entre factores individuales, variables sociales, eventos de salud moderados por variables sociodemográficas (17).

Epidemiología.

Resulta complejo establecer la prevalencia de este comportamiento, debido en parte a la definición que llega a ser tomada de manera más amplia por algunos investigadores, así como por el hecho de que los pacientes que acuden al servicio de urgencias no son todos los que llegan a verse envueltos en esta patología. (2) (16).

En Estados Unidos de Norteamérica, diversos estudios sugieren que aproximadamente entre el 13-45% de los adolescentes y el 4% de los adultos se han visto envueltos en este tipo de comportamientos en algún momento de sus vidas y que al menos el 10% de las personas jóvenes también las han manifestado al menos una vez en sus vidas (1) (17) En las guías alemanas se encontró una tasa de prevalencia especialmente alta con cifras que van del 25-35% en muestras de adolescentes en la comunidad y 50% en pacientes psiquiátricos. (13).

En una revisión realizada en España, se muestra una prevalencia en adolescentes del 13-28% en la población comunitaria y del 40-80% en la clínica. En adultos psiquiátricos la prevalencia es de un 20%, y la prevalencia-vida es de un 11.5-25.6%. La edad más frecuente de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, y la media a los 12.5 años. Entre el 70-93% tiene entre tres o más episodios de autolesiones, mientras que entre el 7-29% sólo presenta un episodio. (16).

Estudios estadounidenses existentes sugieren que las autolesiones ocurren más frecuentemente en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, entre ellos anorexia nerviosa y bulimia, trastornos de ansiedad paroxística, trastorno obsesivo compulsivo etc. (1) (15) En Alemania, en estudios longitudinales, se han encontrado como factores de riesgo el sexo femenino, historial de autolesiones no suicidas previas, intentos suicidas previos, desordenes psiquiátricos, desesperanza, sintomatología del clúster B e intentos suicidas anteriores. (13)

Estudios en población general en Chile describen que el 13-29 % de los adolescentes, el 4-6% de los adultos ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida y que el 4% de la población adolescente se ha visto envuelta en conductas autolesivas repetidas (4 o más veces al año), (2) (14) Estudios en Estados Unidos de Norteamérica, demuestran que la edad de inicio de las autolesiones no suicidas se encuentra entre los 12 y 14 años, presentándose más comúnmente en mujeres, típicamente en la adolescencia, sugiriendo que es un periodo de alto riesgo. La duración es de aproximadamente 2 años. En otro estudio epidemiológico estadounidense, se muestra que, en adultos, la prevalencia a lo largo de la vida es del 6%. (14) Anecdóticamente, personal de salud y maestros han reportado un aumento importante en este tipo de comportamiento. (1), (10), (11) (14) (16) (19)

En México, un estudio realizado por el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro en adolescentes de 11 a 17 años demostró cifras que van del 5.6 al 17.1%, entre los 6-17 años (2) (4). En el mismo estudio, se encontró que la prevalencia a lo largo de la vida es del 15-17% de adolescentes en la comunidad, mientras que en la población clínica psiquiátrica va del 40-80%, siendo los antebrazos y las muñecas el área topográfica más común para autolesionarse. Las motivaciones más comunes en este estudio fueron sentimientos o enojo previos y sentimientos negativos previos. (4).

En el hospital psiquiátrico fray Bernardino Álvarez, en el año 2016 se atendieron 14500 consultas de urgencias, de las cuales 1129 fueron intentos suicidas. En 2017, se vieron 18042 consultas de urgencias.

Un conjunto de factores, incluyendo historial de abuso en la infancia, la presencia de un desorden mental, pobres habilidades verbales, historial de autolesiones no suicidas previas, desesperanza, género femenino, ser miembro de la cultura gótica son asociados con la presencia de autolesiones no suicidas, no estando bien establecida su relación. (1) (17) (18) (19).

En estudios estadounidenses, se ha reportado que el método autolesivo más utilizado es el “cutting”, realizado habitualmente con navajas o rastrillos en brazos, piernas y estomago; otros métodos es rascarse hasta sangrar, quemarse o insertarse objetos debajo de la piel; los mismos patrones fueron encontrados en estudios hechos en población adulta. (1) (14) En las guías de práctica clínica de Australia, se han encontrado mayor prevalencia en cuanto al envenenamiento seguido de cortes en la piel (12). Al igual que en estudios previos, en la muestra de adolescentes de Tlalpan, se observó que la autolesión más prevalente fueron los cortes en la piel (2).

Criterios.

No hay aún un sistema estandarizado para clasificar las autolesiones, sin embargo, hay un acuerdo entre investigadores y clínicos de que el comportamiento varía en una escala de intensidad de leve, moderado a severo. (1) Otra distinción hecha entre investigados es el acto realizado por los pacientes con un desarrollo en rangos normales del realizado por personas con discapacidades intelectuales, o el que se realiza por pacientes con trastornos psicóticos, pues estos no llevan las mismas motivaciones que las ANS. (1)

CRITERIOS DSM 5:

Dada la prevalencia de las ANS y el que se han encontrado en pacientes sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, ha habido varios intentos de que se incluya en el DSM 5. En el manual más reciente, la quinta versión del DSM, se menciona que es una condición de la cual se requieren más estudios para que sea considerada un diagnóstico oficial, colocándola en la sección tres. Sin embargo, los criterios que se propusieron para el diagnóstico de las ANS fueron las siguientes:

1. En el último año, el individuo en cinco o más días se ha realizado daño intencionalmente autoinfligido en la superficie corporal del cuerpo, para inducir sangrado o dolor (cortarse, quemarse, golpearse, rascarse) por propósitos socialmente no sancionados, realizándola con la idea de que el daño ocasionara daño menor o moderado. El comportamiento no es el común esperado, como el morderse las uñas.

2. El daño intencional es asociado con al menos dos de los siguientes:

Precipitante psicológico: dificultades interpersonales o pensamientos o sentimientos negativos como depresión, ansiedad, tensión, enojo, estrés o autocrítico, el cual ocurre antes del acto de la autolesión.

Impulso: antes de engancharse en el acto, un periodo de preocupación con el comportamiento pensado que es difícil de resistir.

Preocupación: los pensamientos acerca de las autolesiones ocurren frecuentemente, incluso cuando no se llevan a cabo.

Respuesta contingente: la actividad se realiza con la expectativa de que aliviará una dificultad interpersonal, un sentimiento negativo o un estado cognitivo, o que inducirá un estado de pensamiento positivo, durante el acto o en un momento posterior.

3. El comportamiento o sus consecuencias causan problemas clínicamente o interfieren en áreas interpersonales, académicas u otras importantes del funcionamiento

4. El comportamiento no ocurre exclusivamente durante estados de psicosis, delirium o intoxicación. En individuos con un desorden del desarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón repetitivo de estereotipias. El comportamiento no puede ser explicado por otro desorden mental o médico.

5. La ausencia de intención suicida ha sido establecida por el paciente o puede inferirse mediante el compromiso repetido en un comportamiento que el individuo sabe que no es probable que resulte en la muerte. (4), (2), (7) (13) (18) (19).

La mayoría de la población se ve atrapada por comportamientos que indirectamente dañan tanto física como psicológicamente, sin embargo, estos no

se consideran dentro de las autolesiones no suicidas, debido a que su principal motivación es obtener placer y no causar daño per se. (1), (10)

Una creencia compartida es que al preguntarle al paciente acerca de autolesiones no suicidas, se le orilla a pensar en realizarlas, sin embargo, investigaciones recientes han mostrado que el indagar acerca de estos comportamientos no disminuye el umbral de pensamientos acerca de autolesiones. (1) (12)

Los problemas del comportamiento se caracterizan por eventos repetidos de actos dañinos, encontrándose difíciles de estudiar porque son de naturaleza episódica y son realizados en privado. Por ello, las investigaciones acerca del tema suelen tomar información de reportes retrospectivos hechos por los pacientes, aportando información relevante, sin embargo, viéndose limitada por una amplia gama de errores. (1)

Los pensamientos de autolesionarse usualmente ocurren cuando la persona se encuentra sola y con sentimientos “negativos”, en respuesta a un evento estresor. La presencia de autolesiones inmediatamente después de sentimientos negativos apoya el que estas son hechas con un significado de búsqueda de ayuda o de autoregulación. (1) (11)

Quienes se encuentran en estos comportamientos, reportan haber estado bajo el influjo de sustancias en menos del 5 % de las ocasiones en que cursaron con pensamientos de autodaño, sugiriendo que la mayoría de estas ocasiones ocurren en periodos de sobriedad. (1) (14) Sin embargo, las guías australianas mencionan

que cerca de la mitad de los episodios de autolesiones cometidas en Reino Unido estuvieron asociadas con la ingestión de alcohol, y estudios norteamericanos han encontrado el uso concomitante de sustancias psicoactivas en el 14-60% de los adolescentes que presentaban ANS (12) (19).

Una de las consecuencias más importantes durante estos eventos es el daño físico infringido, paradójicamente muchos de estos pacientes refieren sentir poco o nada de dolor durante los mismos. Explicaciones potenciales para ello pueden ser la habituación al dolor, la liberación de endorfinas durante el evento, desregulación en el sistema opioide o la creencia de que uno merece ser castigado; cualquiera que sea la causa, la falta de dolor ocasiona que el tratamiento de este comportamiento sea más difícil de llevar a cabo. (1) (10)

Al verse involucrados en ellos, los pacientes refieren enojo, culpa y vergüenza (1)

Modelos teóricos.

Una amplia gama de modelos teóricos propone que las autolesiones son llevadas a cabo para demostrar control sobre deseos sexuales o de muerte, para definir límites entre uno mismo y otro, para terminar con episodios disociativos o para proteger a otros de episodios de rabia. (1) (19) En una revisión realizada por Groschwitz (2012), se encontraron diversas hipótesis como la predisposición genética, una actividad fisiológica alterada, alteraciones en el funcionamiento de estructuras límbicas como la amígdala y el córtex cingulado anterior, niveles bajos de ácidos grasos esenciales, alteraciones en los neurotransmisores como la disminución de la serotonina, aumento de dopamina, disminución en la secreción

de cortisol, así como niveles disminuidos de opioides endógenos (a. liberación de opioides endógenos durante la realización de ANS, ocasionando disminución de los niveles de estrés; b. grandes niveles endógenos de opioides, lo que llevaría a un umbral más alto al dolor), sin embargo y desafortunadamente muchas de estas teorías se han mostrado inconsistentes, así como poco sensibles, encontrándose las mismas alteraciones en pacientes que cuentan con otras patologías. (1), (10) (14) (19). Revisiones sistemáticas recientes, sugieren que las principales regiones afectadas incluyen el córtex orbitofrontal, la corteza prefrontal ventromedial, la corteza prefrontal dorsolateral y el córtex cingulado anterior; en estas áreas se cree que subyacen alteraciones en procesos neurocognitivos como la toma de decisiones riesgosas, pobres habilidades en la toma de decisiones, inhibición cognitiva deficiente, problemas de memoria, alteraciones en la resolución de problemas; sin embargo los hallazgos han sido inconsistentes (17). Se habla también de un factor de contagio social. (16) (19)

El modelo teórico propuesto por Nock et al (2010) habla de tres causas: Las ANS son repetitivas porque funcionan como un método de regular el propio afecto y/o influenciar sobre el ambiente de una manera deseada. Segundo, el riesgo de ANS se ve aumentado por características que crean una predisposición para tener problemas regulando el propio afecto o influenciado el ambiente social. Tercero, el riesgo se ve aumentado por algunos factores específicos que llevan a la persona a elegir este comportamiento. (1), (11), (19).

Nock et al (2010) proponen que las ANS se mantienen por medio de cuatro posibles vías de procesos de reforzamiento, ya sean positivos o negativos; encontrándose que las autolesiones se pueden mantener por un refuerzo intrapersonal negativo, en donde el comportamiento es seguido inmediatamente de una disminución de pensamientos o sentimientos aversivos: Un refuerzo intrapersonal positivo es donde el comportamiento es seguido de un aumento en sentimientos o pensamientos deseados. En un reforzamiento interpersonal positivo el comportamiento es seguido de un evento social deseado (atención, consuelo), mientras que un reforzamiento interpersonal negativo es aquel donde el comportamiento es seguido del cese de ciertos eventos sociales. Estas cuatro vías forman un modelo de cuatro funciones de las ANS, con el que se pretende ayudar a entender las descripciones del comportamiento y ha sido apoyada por auto reportes y resultados de estudios. Esta misma teoría, menciona que algunas personas poseen factores de vulnerabilidad (pobres habilidades comunicativas, pobre capacidad de resolución de problemas, presencia de abuso, crítica o ridiculización, rechazo de parte de personas del círculo social) inter o intrapersonales que limitan la capacidad para responder a obstáculos y eventos estresantes de una manera adaptativa, incrementando la posibilidad de recurrir a las autolesiones no suicidas (1), (11).

La propuesta final del modelo teórico de Nock et al (2010) es que varios procesos específicos influyen en el uso de autolesiones como un medio para cumplir con las funciones propuestas, así mismo habla de diversas teorías, las cuales propone como futuras fuentes de investigación: 1. Hipótesis del aprendizaje social: las

decisiones de una persona de engancharse en ANS pueden ser influenciado por lo que observan acerca de este comportamiento en otras personas. 2. Hipótesis del autocastigo: las personas pueden optar por las ANS porque proveen un vehículo para el autocastigo. Empíricamente, diversos estudios han arrojado que: el autocastigo se encuentra entre los principales motivos que conllevan a las ANS, los pacientes con estos comportamientos poseen mayores grados de autocrítica que aquellos no involucrados. 3. Hipótesis de la señalización social: propone que una posible explicación para este comportamiento es que las personas lo utilizan como un medio de comunicar preocupación, ya que resulta más efectivo que otros como el hablar. 4. Hipótesis opiácea: las personas que se ven envueltas en ANS típicamente reportan poco o nada de dolor al realizarlas, siendo posible que se habitúen. 5. Hipótesis pragmática: resulta más rápido, fácil y efectivo involucrarse en estos comportamientos que en otro tipo de métodos mal adaptativos (1) (19)

Xavier et al (2015), encontraron que la amenaza y la sumisión en la infancia, el temor a la autocompasión, el afecto negativo y el sexo femenino, contribuyen significativa e independientemente a la predicción de la frecuencia de conductas autolesivas entre una muestra de adolescentes (11); concluyendo que la sensación de desconexión de otros, así como la falta de sentimientos de estimación y protección puede llevar a conductas autolesivas. (11).

La mayoría de los estudios realizados se han enfocado en conocer la presencia de autolesiones no suicidas, y pocos han examinado su progresión en el tiempo (1).

Entrevistas.

Similar a otras formas de patologías psiquiátricas, las autolesiones no suicidas cuentan con múltiples modelos de medición, entre ellos entrevistas estructuradas y semi estructuradas, variando el instrumento dependiendo de la finalidad de la investigación (1).

Tratamiento

En general, los fármacos psicotrópicos no deben ser iniciados para manejar las autolesiones no suicidas, a menos que sea dirigido hacia comorbilidades, y cuando sean iniciados se sugiere tratar al paciente de manera interdisciplinaria (12) (13). Aunque los antidepresivos y el litio no parecen ser efectivos para prevenir la repetición de las ANS, pueden tener beneficios en múltiples aspectos del comportamiento suicida (pensamientos, intentos, mortalidad por suicidio) en otras poblaciones de pacientes, como aquellos con depresión mayor o trastorno bipolar. Sin embargo, los estudios que lo comprueban son realizados en poblaciones muy pequeñas, evidenciando una falta de información (12) (13).

Las terapias psicológicas y psicosociales, así como cognitivo conductual y psicodinámica interpersonal son efectivas en el tratamiento de las autolesiones; así como las intervenciones breves. No se tienen suficientes estudios para situar una sobre otra en población general. (12) (13), sin embargo, una revisión realizada en España encontró resultados prometedores en los modelos de terapia cognitivo conductual, siendo la terapia dialéctico conductual la que más evidencia disminución de las ANS. (16)

Ansiedad.

Todos experimentamos ansiedad; ésta se caracteriza por una sensación difusa, desagradable y vaga de aprensión, a menudo acompañada de síntomas autonómicos. La constelación particular de síntomas presentes durante la ansiedad tiende a variar entre las personas. La ansiedad es una señal de alerta; advierte de peligro inminente y permite a una persona tomar medidas para enfrentar una amenaza. El miedo es una señal de alerta similar, pero debe diferenciarse de la ansiedad. El miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva. (9)

La ansiedad y el miedo son señales de alerta y actúan como una advertencia de una amenaza interna y externa. La ansiedad puede ser una respuesta normal y adaptativa que tiene cualidades que salvan vidas y advierte de amenazas de daño corporal, dolor, impotencia, posible castigo o la frustración de las necesidades sociales o corporales; de separación de los seres queridos; de una amenaza para el éxito o el estado de uno; y finalmente de amenazas a la unidad o totalidad. Impulsa a una persona a dar los pasos necesarios para prevenir la amenaza o disminuir sus consecuencias. Esta preparación se acompaña de una mayor actividad somática y autónoma controlada por la interacción de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. (9)

Al igual que con otras patologías psiquiátricas, tenemos criterios los cuales nos ayudan a estadificar la ansiedad; ejemplo de ello son los que encontramos en el DSM 5

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un elemento.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante. (21)

Si un evento se percibe como estresante depende de la naturaleza del evento y de los recursos de la persona, las defensas psicológicas y los mecanismos de adaptación. Ya sea que el desequilibrio sea externo, entre las presiones del mundo exterior y el ego de la persona, o interno, entre los impulsos de la persona y la conciencia, el desequilibrio produce un conflicto. (9)

En el DSM 4, las autolesiones no suicidas se encontraban como criterio del trastorno de la personalidad de tipo límite, sin embargo, resultó que las autolesiones ocurren en adolescentes y adultos jóvenes con una prevalencia significativamente más alta que el trastorno límite de la personalidad en la población general. Más de la mitad de los jóvenes hospitalizados en salas psiquiátricas debido a autolesiones no cumple con los criterios diagnósticos para

los trastornos del Eje II; la autolesión puede coexistir con trastornos del Eje I, pensamientos suicidas y tendencias suicidas o puede ser un predictor de intentos suicidas (19).

Diversos estudios han mostrado que la presencia de autolesiones no suicidas se utiliza para dirigir la ira, el disgusto y el odio hacia uno mismo, experimentándose como algo familiar, egosintónico encontrándose un alivio inmediato de la emoción frente a la angustia, sentimientos intensos de vergüenza y culpa (11). La guía australiana del 2016 menciona que el 83.9% de los adultos y el 81.2% de los adolescentes que se presentan en urgencias para ser atendidos por autolesiones, cumplen características para otros trastornos psiquiátricos, siendo la depresión, el abuso de alcohol y la ansiedad los más frecuentes (12). Un estudio realizado en Oxford, reportó que el 80% de los pacientes pasaba por múltiples problemas vitales, como en relaciones con parejas o compañeros, problemas con el alcohol o problemas financieros; aquellos mayores de 55 años presentaban un aumento en las patologías físicas o mentales y aislamiento. (12).

Una revisión meta analítica arrojó que todos los desordenes emocionales revisados tienen un aumento en el odds ratio para las ANS, excepto el trastorno bipolar y la ansiedad social (18). La prevalencia fue mayor en trastorno de estrés postraumático y trastorno paroxístico episódico. (18).

Una investigación realizada en Estados Unidos de Norteamérica menciona que la relación entre trastornos de ansiedad y autolesiones no suicidas o intentos suicidas ha sido controversial, culpando en parte a la no diferenciación entre uno y

otro. Se encontró además que los pacientes con trastornos de ansiedad tienden a repetir este comportamiento. (15)

A pesar de que se han efectuado diversos estudios, así como tesis que vinculan la presencia de autolesiones no suicidas como autorregulación en procesos ansiosos, estos fueron llevados a cabo en población infantil y adolescente, sin encontrarse estudios en personas jóvenes ni en adultos.

MÉTODO

Justificación: Las autolesiones no suicidas se refiere a la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal, en ausencia de intención letal. En México, como en otros países, los estudios no distinguen entre los intentos de suicidio de las autolesiones con y sin intencionalidad suicida. La mayoría de los estudios se han realizados en adolescentes, ya que se ha visto que las ANS suelen iniciar durante la adolescencia, en un promedio de 10-14 años. Sin embargo, este comportamiento puede seguirse presentándose durante la edad adulta, encontrándose una prevalencia a nivel mundial del 17.2% en adolescentes, 13.4 % en adultos jóvenes y 5.5% en adultos. Por lo anterior, y al ser un padecimiento que se maneja desde hace poco por el DSM 5, hay pocos estudios del tema, así como una menor cantidad de estudios realizados en pacientes adultos. En diversos estudios, realizados en pacientes con autolesiones no suicidas (en su mayoría en niños) se ha visto que una de las motivaciones principales es un fin ansiolítico. Estudios y tesis se han realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro, pero no en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; el cual es el hospital psiquiátrico a nivel nacional que cuenta con más camas, así

como con el mayor número de pacientes atendidos en urgencias. Al ser patologías diferentes, las autolesiones no suicidas y los intentos suicidas implican características y tratamientos diferentes, sin embargo, los estudios no las tratan como tal, agrupándolas todas por igual. La finalidad de este estudio es investigar las motivaciones de las autolesiones no suicidas, estimar una incidencia de estas y hacer conciencia de estas como un diagnóstico y no solo como sintomatología de otras patologías.

Planteamiento del problema: Las autolesiones no suicidas se definen como la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal, en ausencia de intención letal. Como la definición misma lo indica, la finalidad no es el suicidio, sino que cuenta con diversas motivaciones, entre las cuales se encuentran la autorregulación, la venganza, el autodominio, entre otras. En México, como en otros países, se toman a las autolesiones no suicidas como intentos suicidas que no llevaron a cabo su cometido, diagnosticándolas y tratando las de la misma forma. A través de este estudio se pretende investigar la motivación de las autolesiones no suicidas a través de la escala ISAS, así como relacionarlas con la ansiedad a través de la aplicación de la escala MINI; llevándose a cabo en el servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de Noviembre del 2018 a marzo del 2019.

Pregunta de investigación: ¿Existe correlación entre las lesiones no suicidas y la ansiedad en los pacientes que son atendidos en el servicio de urgencias del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

Objetivos:

Objetivo general:

Describir los tipos de autolesiones no suicidas y las diferentes motivaciones ha realizarlas en pacientes que utilizan el servicio de hospitalización continua del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con la presencia o ausencia de trastornos de ansiedad.

Objetivos específicos:

- Determinar la comparación por de edad y sexo de los pacientes con conducta de autolesiones no suicidas que utilizan el servicio de hospitalización del HPFBA con las motivaciones que llevan a adoptar comportamientos de autolesión.
- Determinar el tipo de autolesión no suicida más prevalente en los pacientes estudiados.
- Analizar las motivaciones que llevan a adoptar comportamientos como las autolesiones no suicidas y determinar cuál es la más prevalente en los pacientes estudiaos.

Hipótesis de investigación:

Existe correlación entre las autolesiones no suidas y la ansiedad en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

Hipótesis nula:

No existe correlación entre las autolesiones no suicidas y la ansiedad en los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Instrumento	Nivel de medición	Tipo
Autolesiones no suicidas	Destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal en ausencia de intención letal	ISAS	Cualitativa nominal	Dependiente
Motivación	Sentimiento que anima a una persona a actuar o realizar algo.	ISAS	Cualitativa nominal	Independiente
Trastorno de ansiedad	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades	MINI	Cualitativa dicotómica	Independiente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Número de años que tiene el paciente.	Cuantitativa	Independiente
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Hombre o mujer	Cualitativa dicotómica	Independiente

Muestreo de pacientes:

Criterios de inclusión: Para el estudio, se utilizaron pacientes de hospitalización continua en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de Diciembre del 2018 a marzo del 2019, de 18 a 60 años, que contaban con autolesiones o historial de autolesiones no suicidas, con o sin expediente en el hospital, que se encontraban de acuerdo en participar en el estudio, después de establecer un consentimiento informado y firmar su aprobación.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años o mayores de 60, pacientes cuyas lesiones hayan sido realizadas con finalidad suicida, pacientes que se nieguen a realizar la escala, pacientes que cuenten en ese momento con sintomatología psicótica.

Criterios de eliminación: Pacientes que durante la realización de la encuesta mencionen que sus autolesiones fueron con fines suicidas, pacientes que muestren sintomatología psicótica durante la aplicación de esta.

El tipo de estudio es observacional, no experimental, transversal.

Sujetos de estudio:

El estudio se realizó en el servicio de hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de diciembre del 2018 a marzo del 2019, los cuales cumplieron los criterios de selección descritos más adelante, por lo que se trata de una muestra no probabilística por conveniencia.

Instrumento: Se utilizó la versión en español de la escala ISAS (Inventory of statements about self injury), la cual fue validada en diciembre del 2016, con población mexicana. Es una escala de 39 reactivos, los cuales se miden del 0-2 (no relevante, poco relevante, muy relevante) la cual evalúa las diferentes motivaciones o funciones que las personas refieren para realizar autolesiones no suicidas. En la validación en español, mostró una confiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach de 0.89 para la escala total y de 0.72 a 0.82 para cada factor. A los pacientes con autolesiones no suicidas se les aplicará el MINI (Mental Interview Neuropsychiatric Interview), entrevista estructurada basada en los criterios del DSM 4 y CIE 10, contiene módulos que evalúan varios desordenes del Axis I del DSM 4, sensibilidad del 0.41 y especificidad del 0.84 a 0.97. La respuesta es dicotómica siendo sí y no.

Consideraciones éticas:

El protocolo de investigación se llevó a cabo de acuerdo con ley General de Salud en Materia de investigación de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como la declaración de Helsinki.

Fue revisado y aprobado por el comité de ética de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Artículo 14).

Se solicitó el consentimiento informado por escrito (según el artículo 21) de cada uno de los pacientes participantes previa aplicación de los instrumentos, habiéndose explicado con anterioridad el procedimiento y la naturaleza del estudio, respetándose en todo momento el derecho a declinar la solicitud de

participar (Artículo 14). La información obtenida se manejó de manera confidencial y fue utilizada solo con fines para este protocolo de investigación (Artículo 16). Se anexa el consentimiento informado. (ANEXO 1)

La investigación se considera de riesgo mínimo según el artículo 17 de la ley general de salud.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

La información obtenida de cada paciente fue incluida en una base de datos de Excel e incluyó la información de edad del paciente, sexo, método de generación de autolesiones, fecha de inicio en la generación de autolesiones, fecha de última autolesión, escala ISIS y MINI.

Se realizó estadística descriptiva a través de histogramas para ver la distribución de las edades de los pacientes, sexo, los métodos de generación de autolesiones, escala ISIS y MINI.

Para ver el comportamiento de la generación de autolesiones en función de la edad se utilizó la correlación de Spearman, ya que es una medida no paramétrica de asociación basada en rangos, recomendada para variables discretas o continuas que no necesariamente presentan distribución normal.

Para ver si había diferencias significativas estadísticas entre el número observado de mujeres y hombres; los métodos utilizados para generarse autolesiones y; la motivación de manejar la ansiedad y los trastornos de ansiedad, se aplicaron

pruebas de “ji cuadrada”, ya que se trata de una técnica de bondad de ajuste que se utiliza para probar si existe una diferencia entre un número observado de objetos o respuestas que caen en una categoría y un número esperado de observaciones, evaluando el grado de correspondencia entre las observaciones encontradas y esperadas en cada categoría.

La generación de gráficos y análisis estadísticos fueron realizados en el programa InfoStat

RESULTADOS

Se entrevistaron 52 pacientes, de los cuales 39 son mujeres (75%) y 13 hombres (25%). Las edades de los pacientes fueron de los 18 a los 48 años, (ver tabla 1) con una media de 25.41 años. (Figura 1). La edad de inicio de conductas

autolesivas tuvo una media de 14.57 años, con un rango que va desde los 8 a los 34 años (Tabla 1).

Una prueba de ji cuadrada para el sexo y bajo la Ho = “no existe diferencias entre sexo para los pacientes con conducta autolesiva” nos permite rechazar esta hipótesis con una $p \leq 0.0003$, por lo que se puede decir que la probabilidad de que los pacientes con conducta autolesiva correspondan a mujeres es significativamente más alto.

Variables demográficas																																																			
Variables	Número (porcentajes)																																																		
Edad	18-23 años→ 19 pacientes (36.5%) 24-29 años→ 23 pacientes (44.2%) 30-35 años→ 7 pacientes (13.4%) 36-40 años→ 1 paciente (1.9%) >40 años → 2 pacientes (3.8%) Total 52 pacientes																																																		
Sexo	Hombres→ 13 Mujeres → 39 Total 52																																																		
Edad de inicio de la realización de autolesiones no suicidas	8-13 años→ 25 pacientes 13-18 años→ 19 pacientes 18-23 años→ 6 pacientes > 24 años → 1 pacientes																																																		
Métodos de autolesiones no suicidas	<table border="0"> <tr><td>agujas</td><td>H 1 M 1</td><td>2</td><td>3.84%</td></tr> <tr><td>cortarse</td><td>H 1 M 13</td><td>14</td><td>26.92%</td></tr> <tr><td>frotar</td><td>H 0 M 1</td><td>1</td><td>1.92%</td></tr> <tr><td>golpes</td><td>H 2 M 4</td><td>6</td><td>11.53%</td></tr> <tr><td>interferencia</td><td>H 1 M 4</td><td>5</td><td>9.61%</td></tr> <tr><td>jalarse</td><td>H 2 M 5</td><td>7</td><td>13.46%</td></tr> <tr><td>mordidas</td><td>H 0 M 1</td><td>1</td><td>1.92%</td></tr> <tr><td>pellizcarse</td><td>H 2 M 0</td><td>2</td><td>3.84%</td></tr> <tr><td>quemarse</td><td>H 1 M 0</td><td>1</td><td>1.92%</td></tr> <tr><td>rascado</td><td>H 1 M 8</td><td>9</td><td>17.30%</td></tr> <tr><td>sustancias</td><td>H 2 M 2</td><td>4</td><td>7.69%</td></tr> <tr><td>Total</td><td></td><td>52</td><td></td></tr> </table>			agujas	H 1 M 1	2	3.84%	cortarse	H 1 M 13	14	26.92%	frotar	H 0 M 1	1	1.92%	golpes	H 2 M 4	6	11.53%	interferencia	H 1 M 4	5	9.61%	jalarse	H 2 M 5	7	13.46%	mordidas	H 0 M 1	1	1.92%	pellizcarse	H 2 M 0	2	3.84%	quemarse	H 1 M 0	1	1.92%	rascado	H 1 M 8	9	17.30%	sustancias	H 2 M 2	4	7.69%	Total		52	
agujas	H 1 M 1	2	3.84%																																																
cortarse	H 1 M 13	14	26.92%																																																
frotar	H 0 M 1	1	1.92%																																																
golpes	H 2 M 4	6	11.53%																																																
interferencia	H 1 M 4	5	9.61%																																																
jalarse	H 2 M 5	7	13.46%																																																
mordidas	H 0 M 1	1	1.92%																																																
pellizcarse	H 2 M 0	2	3.84%																																																
quemarse	H 1 M 0	1	1.92%																																																
rascado	H 1 M 8	9	17.30%																																																
sustancias	H 2 M 2	4	7.69%																																																
Total		52																																																	
Motivación para realización de lesiones no suicidas	<table border="0"> <tr><td>AR</td><td>Hombres 5</td><td>9.6%</td></tr> <tr><td></td><td>Mujeres 18</td><td>34.6%</td></tr> <tr><td>AUD</td><td>Hombres 0</td><td>0%</td></tr> <tr><td></td><td>Mujeres 1</td><td>1.9%</td></tr> <tr><td>BS</td><td>Hombres 0</td><td>0%</td></tr> <tr><td></td><td>Mujeres 1</td><td>1.9%</td></tr> <tr><td>EMB</td><td>Hombres 0</td><td>0%</td></tr> </table>			AR	Hombres 5	9.6%		Mujeres 18	34.6%	AUD	Hombres 0	0%		Mujeres 1	1.9%	BS	Hombres 0	0%		Mujeres 1	1.9%	EMB	Hombres 0	0%																											
AR	Hombres 5	9.6%																																																	
	Mujeres 18	34.6%																																																	
AUD	Hombres 0	0%																																																	
	Mujeres 1	1.9%																																																	
BS	Hombres 0	0%																																																	
	Mujeres 1	1.9%																																																	
EMB	Hombres 0	0%																																																	

	ES	Mujeres 1	1.9%
		Hombres 1	1.9%
		Mujeres 3	5.8%
	LIMT	Hombres 0	0%
		Mujeres 1	1.9%
	MA	Hombres 0	0%
		Mujeres 1	1.9%
	VENG	Hombres 2	3.8%
		Mujeres 0	0%
	>una motivación	Hombres 5	9.62%
		Mujeres 13	25%
Última realización de autolesiones no suicidas	>1 año	H→ 6	Total
		M→ 9	15
	<1 año	H→7	Total
		M→30	37

Tabla 1. Variantes demográficas de los pacientes obtenidos.

La correlación de Spermán es de $r = -0.41$ con una $p = 0.09$, lo cual sin ser una correlación significativa muestra un patrón claro de una disminución en los pacientes que se generan autolesiones conforme incrementa su edad, con una

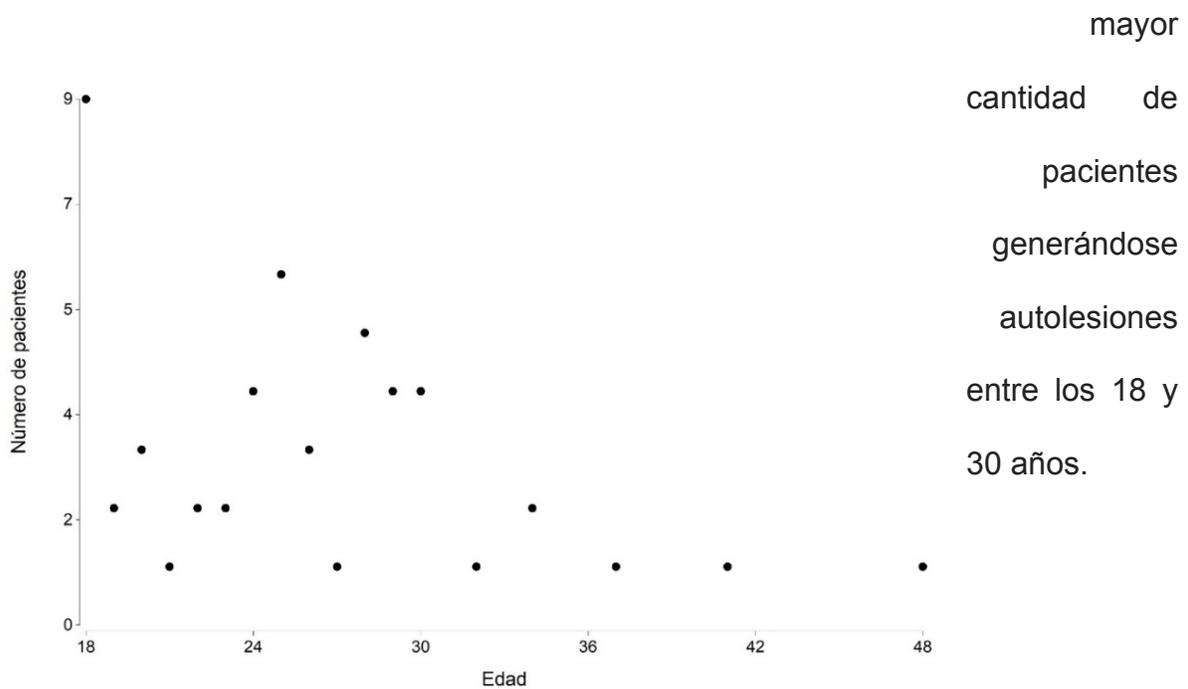


Figura 1. Correlación entre la edad y número de pacientes con conductas autolesivas. Se observan las edades de los pacientes obtenidos en el estudio, de 18-48 años para ambos sexos.

Poco más del 65% de los pacientes de ambos sexos inician su conducta autolesiva entre los 12-15 años, encontrándose una correlación inversamente proporcional con el aumento de la edad.

El 46 % de los hombres inician su conducta autolesiva entre los 12 y 13 con una disminución hacia edades menores y mayores. (Figura 2)

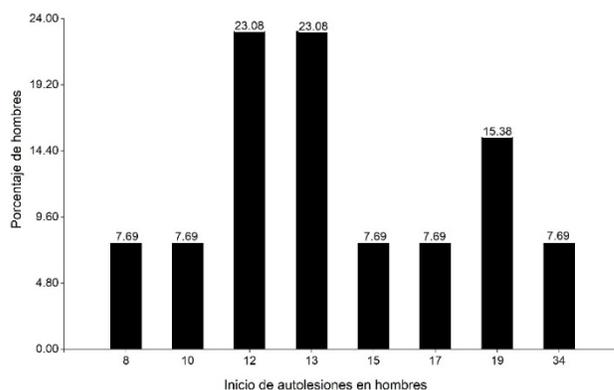


Figura 2. Distribución del porcentaje de pacientes hombres a la edad de inicio de conductas autolesivas. En pacientes varones la edad de inicio se mantiene al igual que en las mujeres entre los 12-15 años.

El 69% de la mujeres inicia la conducta autolesiva entre los 12 y 15 años, con una disminución hacia edades menores y mayores. (Figura 3)

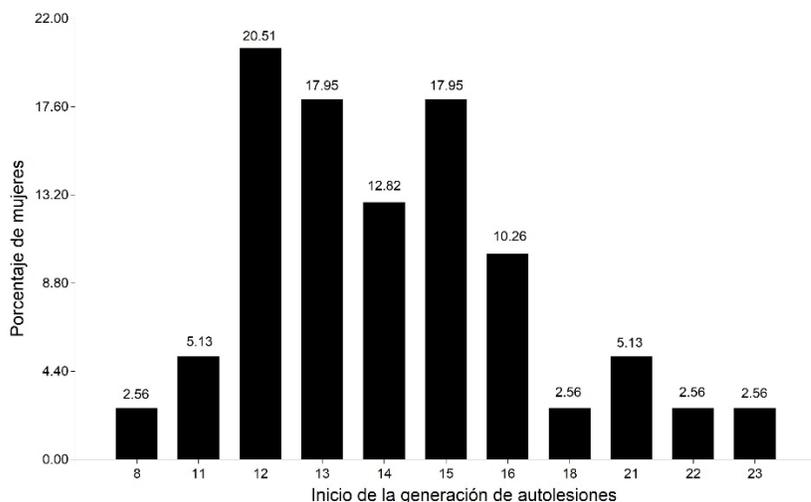


Figura 3. Edad de inicio de autolesiones no suicidas en mujeres. Se observa la edad de inicio en pacientes mujeres, mismos que, al igual que en los varones la gran mayoría se encuentra entre los 12-15 años de edad, presentándose a edades tan tempranas como 8 años.

El método de autolesiones más utilizado para ambos sexos fueron los cortes con 26.92%, seguido de rascarse 17.30% y jalarse el cabello 13.46%; las menos utilizadas son morderse, frotar la piel contra superficies ásperas y quemarse, cada una con 1.92%.

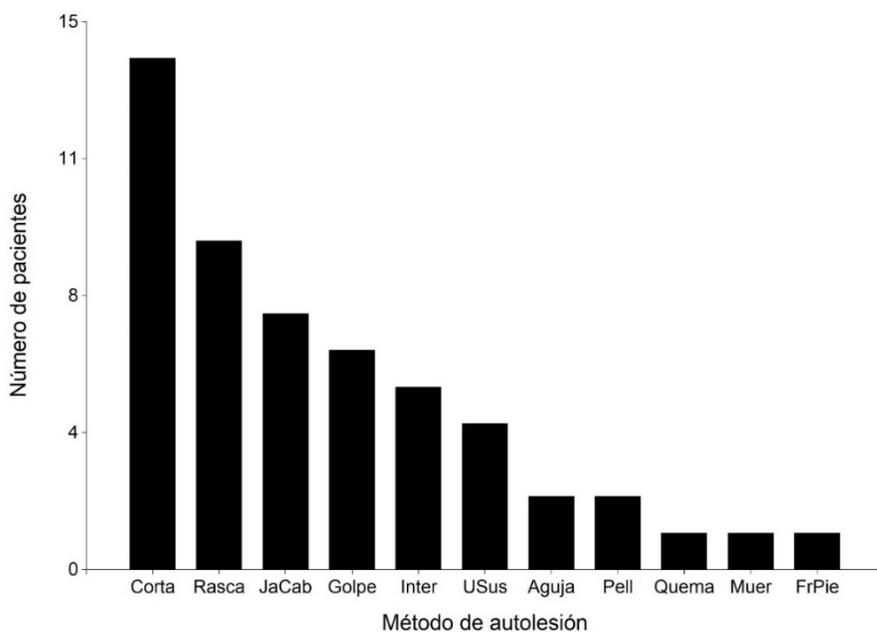


Figura 5. Métodos utilizados para realizarse autolesiones no suicidas. Corta: Cortarse. Rasca: Rascarse. JaCab: Jalarse el cabello. Golpe: Golpearse. Inter: Interferencia en el proceso de cicatrización de heridas. USus: Uso de sustancias nocivas. Aguja: clavarse agujas en la piel. Pell: Pellizcarse. Quema: Quemarse. Muer: Morderse. FrPie: Frotarse la piel contra superficies ásperas. Se observan los métodos de autolesiones utilizados por los pacientes. En primer lugar se encuentra el cortarse, seguido por rascarse y jalarse el cabello; de los menos socorridos son el morderse y frotarse la piel.

La prueba de ji cuadrada para los métodos utilizados para generarse autolesiones y bajo la H_0 = “no hay predilección por un método específico para generarse autolesiones no suicidas” muestra que la hipótesis debe de ser rechazada con una $p \leq 0.0001$ con $gl = 10$, por lo que se deduce que si hay preferencia entre los métodos utilizados, siendo los que se emplean con mayor probabilidad el cortarse, rascarse y jalarse los cabellos.

Respecto a las motivaciones que se encontraron en las respuestas de los pacientes, la más prevalente relacionada con las autolesiones no suicidas es la autorregulación (44.23%), seguida de una combinación de dos motivaciones, autorregulación/manejar angustia y evitar suicidio con el 7.69%, cada una. Algunos pacientes expresaron más de una motivación para la realización de autolesiones no suicidas.

En los diagnósticos evidenciados por la entrevista neuropsiquiátrica internacional, señala al trastorno depresivo mayor como la principal causa para recurrir a la generación de autolesiones (50%), seguido por el trastorno de ansiedad generalizada (15 %) y como las causas menores el trastorno de ansiedad social y la dependencia y consumo del alcohol. (figura 6)

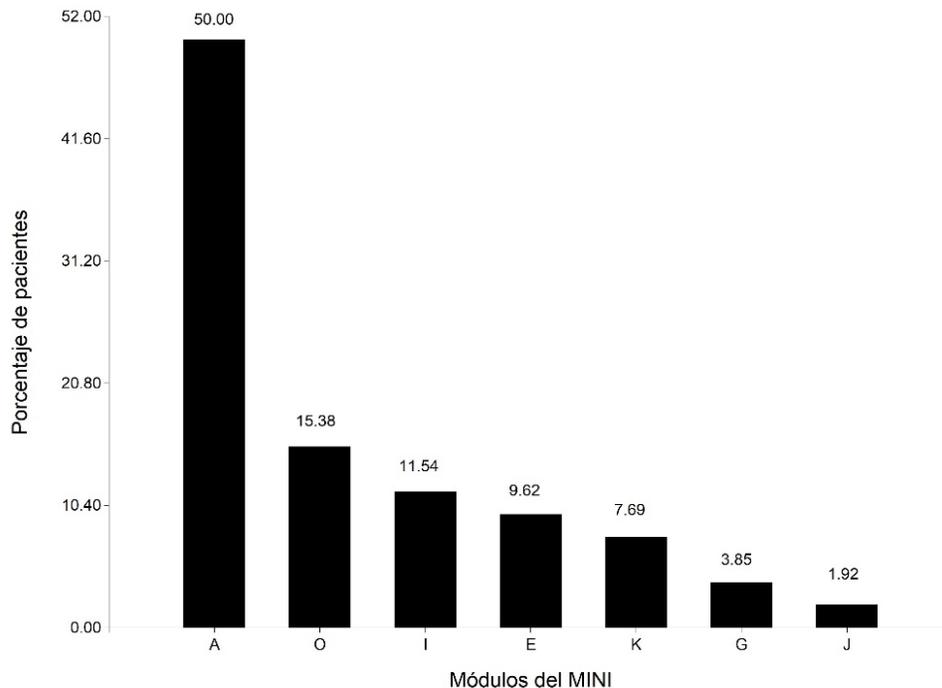


Figura 6. Módulos de la entrevista neuropsiquiátrica presentados por pacientes con autolesiones no suicidas. A: episodio depresivo mayor, E: ataque de pánico, G: Trastorno de ansiedad social, I: Trastorno de estrés postraumático, J: dependencia/abuso de alcohol, K: dependencia, abuso de sustancias, O: Trastorno de ansiedad generalizada. El MINI mostró, que la mitad de los pacientes evaluados con el ISAS cumplían criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, seguido de 15.3% representado por el trastorno de ansiedad generalizada.

En cuanto a la relación de motivaciones medida por el ISAS y los diagnósticos arrojados por el MINI, aquellos pacientes que tuvieron el diagnóstico de episodio depresivo mayor, utilizaron las autolesiones no suicidas como una manera de autorregulación, al igual que los pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor presentaron, con la misma frecuencia el cortarse y el rascarse como método de autolesión no suicida, seguido, en frecuencia, por jalarse el cabello y golpearse. Los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizado presentan con mayor

frecuencia el cortarse como mecanismo de autolesión no suicida, seguido por rascarse y la utilización de sustancias.

Teniendo en cuenta que más del 50% de los pacientes a quienes se les aplica el ISAS son del sexo femenino, encontramos que la mayor cantidad de estos pacientes cuentan con el diagnóstico de episodio depresivo, seguido por trastorno de ansiedad generalizada. A su vez el diagnóstico más frecuentemente encontrado en el sexo masculino fue episodio depresivo, seguido a su vez de trastorno de estrés postraumático. (Figura 7)

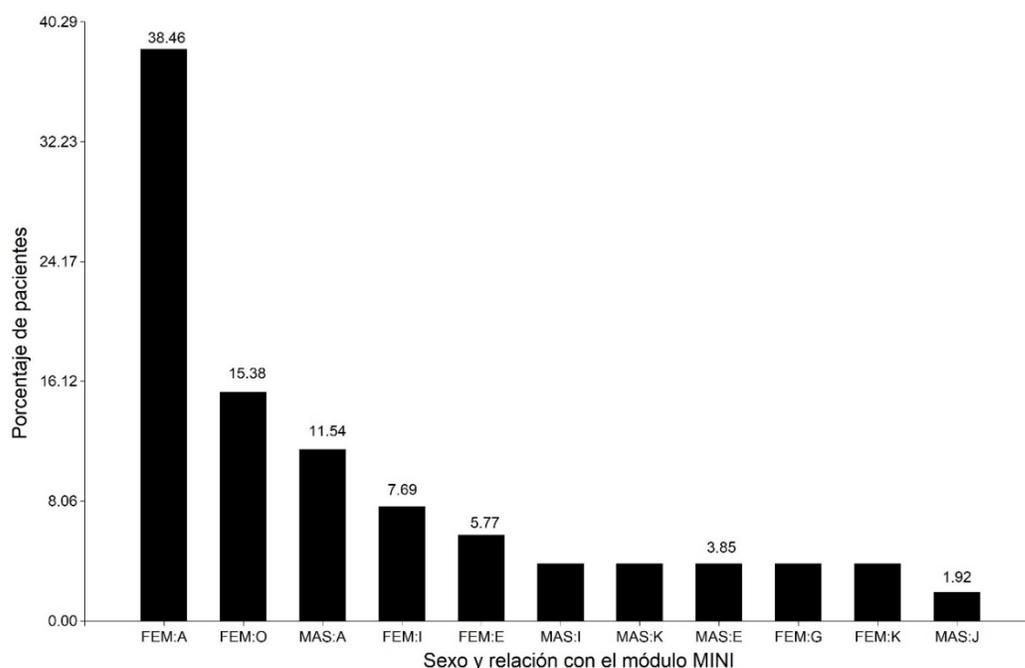


Figura 7. Relación del diagnóstico encontrado en la escala neuropsiquiátrica internacional y el sexo del paciente. A: episodio depresivo mayor, E: ataque de pánico, G: Trastorno de ansiedad social, I: Trastorno de estrés postraumático, J: dependencia/abuso de alcohol, K: dependencia, abuso de sustancias, O: Trastorno de ansiedad generalizada. Fem: mujer, Mas: hombre. Mas de la mitad de los pacientes femeninos cumplen criterios del MINI para el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Por su parte el diagnóstico más encontrado en varones es el episodio depresivo mayor.

La mayoría de los pacientes entrevistados (70%) han presentado este tipo de conductas en una temporalidad menor a un año. (figura 8)

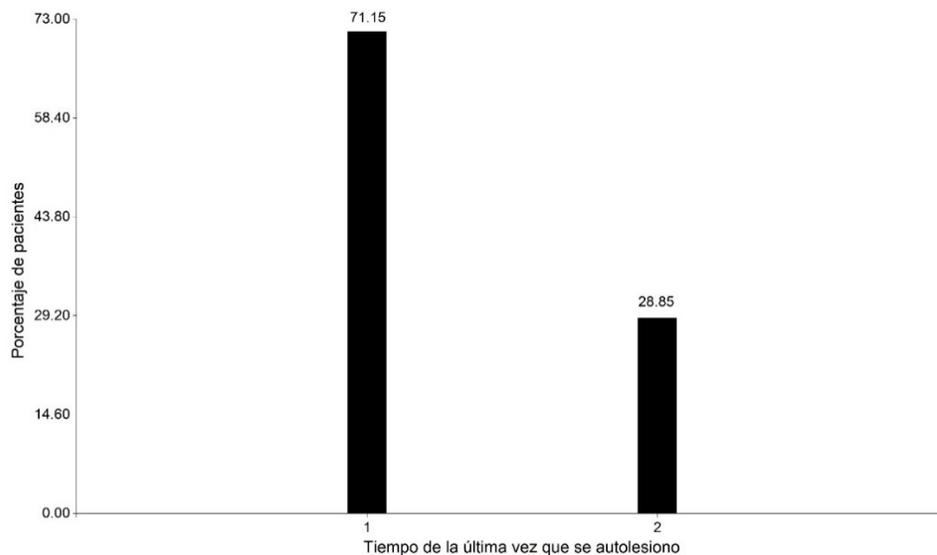


Figura 8. Tiempo transcurrido entre la última autolesión no suicida y la aplicación del ISAS. 1: menos de un año. 2: más de un año. Mas del 70% de los pacientes entrevistados sin distinguir entre sexo han presentado autolesiones no suicidas en el último año.

Tras la realización del análisis de chi cuadrada de Pearson, se observa que el valor arrojado es de .501, sin mostrar significancia entre la motivación de manejar la ansiedad y los trastornos de ansiedad, siendo rechazada la hipótesis de investigación de este estudio y reafirmada la hipótesis nula “No existe correlación entre las autolesiones no suicidas y la ansiedad en los pacientes que acuden al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez” (Tabla 2)

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.453 ^a	1	.501	
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000	
Razón de verosimilitud	.744	1	.388	
Prueba exacta de Fisher				1.000
Asociación lineal por lineal	.444	1	.505	.692
N de casos válidos	52			

Tabla 2. Análisis estadístico de las autolesiones no suicidas y ansiedad.

DISCUSIÓN

Arrojando resultados concordantes con la literatura y otros estudios realizados, la edad de inicio de más del 65% de los pacientes entrevistados se sitúa entre los 12 y los 15 años, durante la adolescencia, sugiriéndolo como un periodo de alto riesgo, debido probablemente a procesos biológicos, genética y hormonas específicas, si bien esta suposición no ha sido aún estudiada a fondo. (1) (2) (13) (16) (17)

La correlación de Spermán es de $r = -0.41$ con una $p = 0.09$, lo cual sin ser una correlación significativa muestra un patrón claro de una disminución en los pacientes que se generan autolesiones conforme incrementa su edad, con una mayor cantidad de pacientes generándose autolesiones entre los 18 y 30 años. Al ser un tema relativamente nuevo en cuanto a su consideración y su tema de investigación, así como a su incremento observado sobre todo en la población adolescente, poco se sabe de la presencia de autolesiones no suicidas en población geriátrica (>60 años), siendo un importante campo de investigación en un futuro (1) (13) (22) (23)

De igual manera, arrojando resultados similares a estudios llevados a cabo en el hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro y en estudios estadounidenses en población infantil (menores de 18 años) el método más utilizado para ambos sexos es la realización de cortes seguido por el rascarse. Si bien, el motivo por el cual estos son los más utilizados no ha sido estudiado, se podría pensar que la

facilidad para obtener instrumentos en la primera y el no tener que buscarlos en la segunda, pueden influir en la decisión. (1) (4) (14)

La motivación más importante en los estudios realizados en el hospital psiquiátrico infantil Juan N Navarro con población adolescente fue el manejar la ansiedad; en esta aseveración nosotros encontramos diferencia, pues en nuestros resultados la principal motivación para hacerlo es la autorregulación, esto mismo antes descrito en el estudio realizado por Nock, donde propone tres causas: Las ANS son repetitivas porque funcionan como un método de regular el propio afecto y/o influenciar sobre el ambiente de una manera deseada. Segundo, el riesgo de ANS se ve aumentado por características que crean una predisposición para tener problemas regulando el propio afecto o influenciado el ambiente social. Tercero, el riesgo se ve aumentado por algunos factores específicos que llevan a la persona a elegir este comportamiento. (1) (2) (11) (19) (14)

Otra diferencia que se encontró en los estudios realizados en la población del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es que aquellos pacientes que presentaban autolesiones no suicidas tenían en su mayoría comorbilidad con episodio depresivo, seguido de trastorno de ansiedad generalizada; lo anterior no concordante con los estudios antes realizados en adolescentes de población mexicana, quienes en primer lugar presentan diagnósticos relacionados con ansiedad. Futuros estudios, en pacientes no hospitalizados deberán ser llevados a cabo pues, el hecho de que se tome como muestra pacientes hospitalizados puede influir en este hallazgo, debido a que los pacientes con episodio depresivo mayor grave que se encuentran hospitalizados suelen estarlo por ideas de muerte

o intentos suicidas, sintomatología que, si bien puede encontrarse en los trastornos de ansiedad no es tan frecuente como en el anterior. (2) (4) (22) (23)

Otro factor a tomar en cuenta para los resultados encontrados en el estudio es la muestra, siendo esta por conveniencia y por lo tanto no representativa de toda la población mexicana, además del número relativamente pequeño de pacientes captados. Pruebas con grupo control y mayor número de pacientes debe ser considerada en posteriores estudios.

Por último, recordemos que las autolesiones no suicidas es una conducta presentada en más del 50% por mujeres, resultado que se comparte en el estudio realizado en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de donde el 75% de los pacientes capturados está conformado por mujeres. Aunque lo anterior es una constante no hay estudios que expliquen el porqué de esta prevalencia. (2) (22) (23)

CONCLUSIONES

Las autolesiones no suicidas son una conducta que si bien, no es algo nuevo, se ha observado un aumento en cuanto a su presencia, sobre todo en adolescentes a nivel mundial y en México.

Más estudios, enfocados en adultos jóvenes y mayores son necesarios para observar la progresión de las conductas autolesivas, así como su relación con otras comorbilidades y el motivo de su predominio en un sexo en específico.

En diversos estudios internacionales, así como en llevados a cabo en el país, se ha observado una importante relación entre las autolesiones no suicidas y patología ansiosa misma que, si bien no es demostrada en este estudio, sigue encontrándose una fuerte relación entre ambos.

Si bien, se desechó la propuesta de tomar a las autolesiones no suicidas como una entidad separada, es importante el que se brinde especial importancia en su detección, diagnóstico y tratamiento por parte de los especialistas en salud mental.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio con casos controles y pacientes ambulatorios para tener una muestra más amplia y más representativa; pudiendo incluir en ello al servicio de

psiquiatría comunitaria del HPFBA, como el servicio donde se capten pacientes con conducta autolesiva en un ámbito no hospitalario.

Realizar estudios que incluyan un enfoque especial en cuanto a la presencia de comorbilidades con autolesiones no suicidas

Llevar a cabo estudios donde se ponga especial atención en las particularidades de cada sexo y porque estas son mas encontradas en pacientes femeninos.

Desarrollar modelos enfocados en la detección, diagnóstico y tratamiento, los cuales puedan ser aplicados de manera sistemática en los pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Ofrecer cursos de actualización a profesores, padres y personal que se encuentra en contacto con menores de edad, sobre todo adolescentes, para la detección de conductas autolesivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Nock MK. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2010;6(1):339–63.
2. Villarroel JG, Jerez SC, Angélica Montenegro MM, Montes CA, Igor MM, Silva HI, et al. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico Non suicidal self injuries in clinical practice. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013;51(1):38–45.
3. Castro Silva E, Benjet C, Juárez García F, Jurado Cárdenas S, Lucio Gómez-Maqueo ME, Valencia Cruz A. Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2016;6(3):2544–51.
4. Albores-Gallo L, Méndez-Santos J, Xóchitl-García A, Delgadillo-González Y, Chávez-Flores C, Martínez O. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(4):159–68.
5. Galicia JF, Castañeda González CJ. Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México: la morbilidad atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez 2003-2010. *Rev Latinoam Psiquiatr*. 2012;11(3):90–6.
6. sap.salud.gob.mx. [internet]. Mexico: Secretaria de salud; Julio, 2017. Citado: 28 de octubre del 2017.
7. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry J* [Internet]. 2013;2013:159208.
8. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015;9(1):31.
9. Kaplan y Sadocks. *Synopsys of psychiatry*. 11 th ed. Philadelphia. Wolters

Kluwer; 2015.

10. Groschwitz RC, Plener PL. The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury (NSSI): A review. *Suicidol Online*. 2012;3:24–32.
11. Xavier A, Pinto Gouveia J, Cunha M. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence: The Role of Shame, Self-Criticism and Fear of Self-Compassion. *Child Youth Care Forum*. 2016;45(4):571–86.
12. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2016;50(10):939–1000.
13. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, Groschwitz RC, In-Albon T, Kaess M, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016;10(1):1–9.
14. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011;41(9):1981–6.
15. Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2012;29(3):172–9.
16. Mollà L, Vila SB, Treen D, López J, Sanz N, Martín LM, et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2015;20(1):51–61.
17. Angharad N, Karen R, Fabrice J, Benjamin P, Karina B, Katie J, et al. Are neurocognitive factors associated with repetition of self-harm? A systematic review. *Neuroscience and behavioral review*. 2016; 262-76
18. Gergely M, Lili Olga H, Judit B. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. (2017) 17:160.
19. Lenkiewickz K, Racicka E, Brynska A. Self-injury- placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatr. Pol*. 2017; 51(2): 323–334.
20. Huisman S, Mulder P, Kuijk J, Kerstholt M, Van Eeghen A, Leenders A, et al. Self injurious behavior. *Neurosciencie and biobehavioral review*. 2017

21. Association, A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. 2014
22. Parra Pérez, C. Estudio comparativo de autolesiones en adolescentes con y sin ansiedad en la comunidad. UNAM. Ciudad de México. 2014
23. Zorrilla Dosal, J. Estudio de validez y confiabilidad de la escala ISAS. UNAM. Ciudad de México. 2017.

ANEXO 1

Consentimiento informado.

Nombre del Paciente:

Se le invita a participar en un estudio de investigación en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el cual requiere de su consentimiento voluntario.

Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

El objetivo es comprender las motivaciones de las autolesiones no suicidas por medio de la aplicación de la escala ISAS (Inventory of statements about self-injury), en la cual se harán una serie de preguntas, que se deberán de responder con si o no o con numeros. Para ello requerimos, tanto la cooperación de usted (paciente) como de sus familiares con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Cabe mencionar que el estudio corre por cuenta del investigador, por lo que no se le solicitará ningún aporte económico.

Dicha información nos servirá a los médicos para comprender mas acerca de este padecimiento y como podemos ayudar de una mejor manera a todos los pacientes que son diagnosticados.

En caso de aceptar participar en este estudio se le entrevistará por psiquiatras entrenados sobre el tema a abordar y se le pedirá contestar algunos cuestionarios.

1. Su participación es totalmente voluntaria, previa aclaración de dudas con el investigador.
2. Usted podrá retirarse del estudio en el momento que lo deseé sin inconvenientes para su futuro tratamiento
3. Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y sobre los resultados de sus cuestionarios.
4. Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el estudio.
5. Los datos obtenidos a partir de la entrevista y los cuestionarios son confidenciales y se utilizarán única y exclusivamente con fines académicos y de investigación.
6. Su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Si usted tiene necesidad de información complementaria comuníquese con el responsable del estudio, el médico residente del 3 año de psiquiatría: Flora Minerva Cuevas Núñez, al número de celular 5555066915, a quien puede encontrar de igual manera en el servicio de consulta externa.

Fecha: _____

He leído la hoja de información y entiendo su contenido y de qué se trata el estudio. Me he entrevistado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto repercuta negativamente en mi atención médica y tratamiento. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia al estudio y/o sus resultados.

De acuerdo con esta información, acepto participar voluntariamente en este estudio

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____

Nombre del Familiar _____

Firma del Familiar _____

Nombre del testigo _____

Firma del Testigo _____

Nombre del Investigador Flora Minerva Cuevas Núñez

Firma del Investigador _____

Inventory of Staments About Self-injury (ISAS). Sección II. Funciones.

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario fué escrito para ayudarnos a entender la experiencia de las autolesiones no suicidas. Debajo, hay una lista de oraciones que pueden o no describir su caso. Por favor identifique las oraciones con las que se siente identificado.

Circule cero si la aseveración no es importante para usted

Circule uno si la aseveración es en algunas ocasiones importante para usted

Circule dos si la aseveración es importante para usted

Quando yo me autolesiono:	Respuesta:		
1. Me tranquilizo a mi mismo	0	1	2
2. Pongo distancia entre yo y otros	0	1	2
3. Me castigo	0	1	2
4. Me doy una razón para cuidarme (al atender la herida)	0	1	2
5. Me causo dolor para dejar de ser indiferente	0	1	2
6. Evito un impulso suicida	0	1	2
7. Genero una emoción fuerte	0	1	2
8. Creo un vínculo con mis amigos	0	1	2
9. Dejo que otros conozcan mi dolor emocional	0	1	2
10. Veo si aguanto el dolor	0	1	2
11. Creo una marca física de que me siento terrible	0	1	2
12. Quiero vengar a alguien	0	1	2
13. Me aseguro de que soy autosuficiente	0	1	2
14. Libero presión emocional	0	1	2
15. Muestro que soy diferente a otros	0	1	2
16. Expreso enojo a mí mismo por ser inútil	0	1	2
17. Creo una lesión de la que es mas fácil ocuparme que de mi estrés emocional	0	1	2
18. Trato de sentir algo	0	1	2
19. Respondo a pensamientos suicidas	0	1	2
20. Me divierto haciendo algo extremo	0	1	2
21. Intento ser aceptados por otros	0	1	2
22. Busco ayuda	0	1	2
23. Demuestro que soy rudo	0	1	2
24. Pruebo que mi dolor emocional es real	0	1	2
25. Obtengo venganza contra otros	0	1	2
26. Demuestro que no necesito de otros para ayuda	0	1	2
27. Reduzco ansiedad, frustración	0	1	2
28. Establezco una barrera entre yo y otros	0	1	2
29. Reacciono por sentirme infeliz	0	1	2
30. Me enfoco en atender mis heridas	0	1	2
31. Me aseguro que aún sigo vivo	0	1	2
32. Pongo un alto a pensamientos suicidas	0	1	2
33. Pruebo mis limites	0	1	2
34. Creo un signo de amistad con otros	0	1	2
35. Evito que una persona me abandone	0	1	2
36. Pruebo que puedo aguantar el dolor físico	0	1	2
37. Le doy un significado a mi dolor emocional	0	1	2
38. Trato de lastimar a una persona cercana	0	1	2
39. Establezco que soy independiente	0	1	2



1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ANEXO 4

Médico Jefe de Urgencias

Presente

Con el presente, solicito a usted de la manera más atenta, me sea permitida la aplicación de la escala MINI, así como del Inventory of Staments about self-injury en el servicio de urgencias en fecha tentativa de julio del 2018 a octubre del mismo año, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs. con el fin de recabar información para el protocolo de investigación de autolesiones no suicidas y su **relación con la ansiedad en pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez** asegurando que dicha información se utilizará con el único fin que en este documento se expone.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo

Flora M.
Flora Minerva Cuevas Núñez
Médico residente de 3 año
CP9730498

Recibo original
04. Julio. 2018