

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



TESIS:

Diferencias en la gravedad de la psicopatología en niños con autolesiones sin intencionalidad suicida, medida con el Cuestionario de Asignación Diagnóstica (CADI)

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

Mariana Alejandra Avila Herrera

TUTORA:

Dra. Lilia Albores Gallo

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Albores'.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2021



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Mariana Alejandra Avila Herrera

Correo electrónico: marian_avilah@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliaalbores@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" Secretaría de Salud

RESUMEN

Antecedentes: Las autolesiones no suicidas se definen como el daño deliberado y autoinfligido al tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionados social o culturalmente. Se presentan en adolescentes de la comunidad como en muestras clínicas. La prevalencia de por vida en adolescentes de 17-18% para al menos una incidencia de Autolesión no suicida. Se asocia como un síntoma de varios diagnósticos psiquiátricos, incluidos los trastornos de ansiedad y depresivos, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de la personalidad, y el trastorno límite de la personalidad ocurre con mayor frecuencia.

Objetivo: Determinar la gravedad de la psicopatología en niños y adolescentes con autolesiones no suicidas, medida con el instrumento CADI, en una muestra retrospectiva.

Material y método: Análisis secundario de base de datos de muestra de niños y adolescentes (n=397) de 10 a 14 años. Se evaluó a participantes que completaron la Cédula de Asignación Diagnóstico (CADI) para niños y adolescentes en versión autorreporte y reporte de padres y la Cédula de Autolesiones (AUTOLES). El análisis de variables se realizó mediante la Prueba T de student, y la D de Cohen para calcular el tamaño del efecto.

Resultados y conclusiones: El promedio de edad fue de 12.20 años (DE +0.93). Del total de participantes, el 15.11% de los participantes reportó haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida y sin la intención de quitarse la vida. Un 11.83% reportó haberse lastimado sin la intención de quitarse la vida, pero nunca con la intención de quitarse la vida. Solo 1 participante reportó haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida, pero nunca sin la intención de quitarse la vida; el 73.06% restante de la muestra negó haberse autolesionado a lo largo de su vida. Se encontró que los puntajes del TDAH Combinado eran notablemente mayores en niños y adolescentes que tenían autolesiones no suicidas, en comparación con aquellos que no se lesionaban, con una D de cohen de 0.7; este mismo resultado se encontró de manera significativa en el puntaje de síntomas depresivos (D= 0.9), trastornos de la conducta (D= 0.5), explosivo intermitente (D= 0.5), ansiedad generalizada (D= 0.7) y trastorno oposicionista desafiante (D= 0.7). Se encontraron inconsistencias en la gravedad de la sintomatología reportada, siendo menores los puntajes reportados por los padres que los reportados por los hijos en todos los rubros.

Términos MeSH: non suicidal selfinjury, NSSI, mental disorder.

ÍNDICE

HOJA DE DATOS	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
Definición	7
Epidemiología	9
Factores de riesgo de autolesiones	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	13
HIPÓTESIS	14
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	14
Objetivo general:	14
Objetivos específicos:	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
Tipo de estudio:	15
Muestra:	15
Variables:	16
PROCEDIMIENTO:	19
CRONOGRAMA:	20
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:	21
Cédula de autolesiones	21
Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión para Niños y Adolescentes (CADI-N):	22
Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P)	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS:	23
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	30
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	38
Anexo 1: Carta de aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del proyecto actual.	38

Anexo 2: Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación del proyecto actual.	39
Anexo 3: Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación (“Validez de la cédula de autolesiones”).	40
Anexo 4: Carta de aprobación del Comité de Investigación (“Validez de la cédula de autolesiones”).	41
Anexo 5: Cédula de Autolesiones (Autoles)	42
Anexo 6: CADI Cuestionario de Asignación diagnóstica - Autoreporte	45
Anexo 7: CADI Cuestionario de Asignación diagnóstica - Versión para padres	47

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones no suicidas se definen como el daño deliberado y auto infligido del tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionados social o culturalmente.

En los últimos años, se detectó un incremento en las autolesiones según diversos estudios. Sin embargo, la prevalencia e incidencia se desconoce de manera exacta, por variaciones en las definiciones y registros.

La lesión no suicida, a diferencia de las lesiones con intencionalidad suicida, se identifican tiempo después del inicio, en parte porque los niños y los adolescentes mantienen este comportamiento en secreto. Su identificación es importante porque se asocia con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión. Además, las autolesiones no suicidas son un predictor de suicidio y de muerte prematura. Por lo que su identificación temprana es una oportunidad para intervenir en los trastornos asociados y previniendo intentos de suicidio.

MARCO TEÓRICO

Definición

La Sociedad Internacional para el Estudio de las Autolesiones ¹ define la autolesión no suicida (NSSI por sus siglas en inglés) como el daño deliberado y autoinfligido del tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionados social o culturalmente. Dentro de esta definición se exponen varias características: 1.- el daño que resulta de la autolesión es una consecuencia intencional o esperada del comportamiento, por lo tanto, los comportamientos de riesgo como no usar el cinturón de seguridad mientras se conduce, o daños accidentales, que pueden ocurrir al practicar deportes extremos, generalmente están excluidos de la definición. 2.- la autolesión generalmente resulta en algún tipo de lesión física inmediata, que incluye cortes, contusiones, rasguños o marcas en la piel. Los comportamientos que no resultan directamente en lesiones generalmente se excluyen, aunque puedan ser dañinos o peligrosos. Por ejemplo, la restricción alimentaria generalmente no se considera una forma de autolesión, ya que el daño físico asociado tiende a acumularse con el tiempo en lugar de ocurrir de una vez cuando ocurre el comportamiento. 3.- la autolesión está separada de los pensamientos o comportamientos suicidas, las personas generalmente informan que no tienen expectativas ni intención de causar la muerte cuando se autolesionan, aunque gradualmente ideas suicidas pueden agregarse. De hecho, en algunos casos, la autolesión puede usarse como forma de afrontamiento frente a la angustia intensa que puede asociarse con el pensamiento suicida 4.- Los comportamientos que pueden causar daño físico pero que son aceptables en nuestra sociedad, o parte de un ritual cultural, espiritual o religioso reconocido, no se consideran autolesiones. Por esta razón, la modificación del cuerpo, la perforación del cuerpo o los tatuajes generalmente no se consideran formas de autolesión. A veces, NSSI también se refiere a autolesiones deliberadas; sin embargo, este término suele tener un alcance mucho más amplio y abarca cualquier lesión autoinfligida, independientemente de la intención.¹

El criterio fundamental para distinguir entre conductas autodestructivas no suicidas y el suicidio es la intención de muerte ². Según Shneidman, el suicidio implica no tanto el deseo de matar el cuerpo, sino el deseo de acabar con la propia conciencia³, las NSSI, a su vez, tiene 2 funciones. Una de ellas es el refuerzo negativo y la eliminación de estímulos no deseados, es decir, descartar estados emocionales desagradables. Las categorías más comunes de estados

emocionales desagradables declarados por NSSI son miedo, tristeza, vergüenza o culpa, tensión, ansiedad o pánico, frustración y desprecio. La proporción y la gravedad de estas emociones varían individualmente. La otra función de NSSI es el refuerzo positivo- potenciar un estímulo deseado, es decir, proporcionar estimulación experimentando emociones fuertes y deshacerse de la sensación de vacío, que se produce en la gran minoría de los casos ⁴.

La definición propuesta y aceptada en el DSM-5 se describe a continuación ⁵:

Tabla 1. Criterios diagnósticos de las NSSI: DSM-5	
A	En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conlleva un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).
B	El individuo realiza los comportamientos auto lesivos con una o más de las siguientes expectativas <ol style="list-style-type: none"> 1- Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. 2- Para resolver una dificultad interpersonal. 3- Para inducir un estado de sentimientos positivos.
C	Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1- Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo. 2- Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto. 3- Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúa.
D	El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
E	El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento
F	El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica.

Epidemiología

Las autolesiones no suicidas están presentes en poblaciones adolescentes tanto en la comunidad como en muestras clínicas. Las tasas internacionales de prevalencia de por vida en adolescentes son del 17-18% para al menos una incidencia de NSSI ⁶. En muestras psiquiátricas adolescentes, las tasas de prevalencia de NSSI son altas, alrededor 60% para un incidente de NSSI y del 50% para NSSI repetitivo ⁷. Un metaanálisis reciente reportó que la prevalencia agregada de por vida y la de 12 meses de autolesiones no suicidas fueron más altas en el grupo de asistencia escolar en comparación con el grupo de asistencia parcial y no escolar (22.8%, vs. 19 %) y (21.5 vs. 8.0%) respectivamente ⁸.

Según un metaanálisis, la prevalencia media durante la vida de al menos una aparición de NSSI en muestras escolares de todo el mundo es del 17,2% (rango 8,0-26,3%) ⁶. Las tasas son mucho más bajas en adultos jóvenes (13,4%) y adultos mayores (5,5%) ⁶.

Existen pocos estudios respecto a la evolución longitudinal de las NSSI, se observa un inicio de aproximadamente a los 14 años ⁹; alcanzan su punto máximo a mediados de la adolescencia (alrededor de 15-16 años), disminuyen hacia la adolescencia tardía (alrededor de 18 años) ¹⁰. Aunque el NSSI parece cesar en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana en la mayoría de las personas afectadas, el comportamiento tiene comorbilidad elevada que aumentan el riesgo a largo plazo.

Un estudio reciente informó una disminución en la NSSI repetitiva y los comportamientos suicidas en adolescentes de 15 a 17 años en Alemania a los dos años de seguimiento, mientras que el uso indebido de sustancias de alto riesgo aumentó en esta muestra, especialmente en adolescentes con NSSI frecuente ¹⁰. Esta podría ser una primera indicación de que al final de la adolescencia, otras conductas disfuncionales a veces reemplazarán a NSSI.

Las NSSI es más frecuente en las mujeres y las características de NSSI varían sustancialmente según el género ¹¹. Las mujeres con conducta severa de NSSI a menudo muestran una amplia gama de conductas psiquiátricas graves y otras conductas problemáticas disfuncionales. Las mujeres suelen involucrarse en cortes, rascarse y múltiples comportamientos de autolesión, mientras que los hombres se involucran más en golpearse una parte del cuerpo contra una superficie dura ¹².

Factores de riesgo de autolesiones

La edad adolescente, el género femenino, el contacto social o medial con NSSI, el acoso escolar y las experiencias adversas de la infancia como el abuso físico y sexual o la negligencia son los principales factores de riesgo para el desarrollo de NSSI ^{13, 14}. Los resultados de los estudios neurobiológicos apuntan a anormalidades en el eje HPA, el sistema opioide endógeno, así como el procesamiento neuronal de estímulos adversos emocional, social o físicamente ¹⁴.

Autolesiones no suicidas y psicopatología

Existen pocos estudios en relación a las autolesiones no suicidas y a la comorbilidad psiquiátrica concomitante. Los trastornos del estado de ánimo, especialmente un trastorno de depresión mayor recurrente, y los trastornos de la personalidad, particularmente el síndrome límite, están estrechamente relacionados con las autolesiones sin intencionalidad suicida en la adolescencia y la edad adulta. Son comunes los trastornos de ansiedad y uso de sustancias, y en la adolescencia, los trastornos de externalización también se relacionan con NSSI ^{15, 16}.

El NSSI a menudo ocurre como un síntoma de varios diagnósticos psiquiátricos, incluidos los trastornos de ansiedad y depresivos, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de personalidad y el trastorno límite de la personalidad ocurre con mayor frecuencia, también muestra una alta comorbilidad con impulsos suicidas y comportamientos suicidas ¹⁷. Dado el amplio conjunto de relaciones entre NSSI y una serie de trastornos clínicos, existen razones para creer que NSSI puede desglosarse de acuerdo con una variedad de subtipos. Klonsky y Olin ¹⁸ encontraron cuatro clases latentes entre adultos jóvenes que exhibían autolesiones sin intencionalidad suicida, según la gravedad del método de autolesión (es decir, golpearse a sí mismo en lugar de cortar o tallar la piel) y la sintomatología psiquiátrica comórbida. Estos grupos se definieron como 1. NSSI experimental, 2. NSSI leve, 3. Funciones múltiples / NSSI ansioso y 4. Funciones automáticas / NSSI suicida con los síntomas y comportamientos más graves observados en la cuarta clase latente. Dentro del grupo de "múltiples funciones / ansiedad", sugieren problemas crónicos relacionados principalmente con el inicio

temprano de la sintomatología y los múltiples refuerzos (tanto sociales como automáticos). Una de las principales diferencias encontradas por los investigadores entre “NSSI leve” y las clases latentes tres y cuatro giran en torno a la gravedad de las acciones de autolesión, con las clases latentes tres y cuatro involucradas en una sobredosis intencional o ingestión de objetos dañinos, a diferencia de la clase latente NSSI leve, que se dedica principalmente a autolesiones no químicas. Quizás una de las implicaciones más importantes es la adaptación de la intervención clínica para NSSI.

Favazza ¹⁹ sostiene que la autolesión no suicida es una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados. Utilizó conceptos tributarios de un “modelo médico”, basados en una aproximación descriptiva, fenomenológica, para clasificar las autolesiones no suicidas ²⁰.

Tabla 2. Trastornos psiquiátricos asociados a la autolesión no suicida

<i>Tipo de autolesión</i>	Trastornos psiquiátricos relacionados
<i>Mayor</i>	Intoxicación por drogas o alcohol, Trastorno de identidad de la integración corporal.
<i>Estereotipada</i>	Autismo, S. de Gilles De la Tourette, S. de Lesch-Nyan, Neuropatías hereditarias, Retardo Mental.
<i>Compulsiva</i>	Tricotilomanía, parasitosis delirante
<i>Impulsiva</i>	Trastorno por ansiedad (generalizada, estrés agudo, estrés postraumático, obsesivo compulsivo, inducido por sustancias), Trastornos de personalidad Borderline, Histriónico y Antisocial, Trastornos somatomorfos y facticios, Trastornos de Identidad y Despersonalización, Anorexia y Bulimia Nervosa, Trastornos depresivos, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos por abuso de alcohol, Cleptomanía.

En la 4ª edición del DSM ²¹, la NSSI deliberada sólo se puede encontrar como un síntoma del trastorno límite de la personalidad (TLP), sin embargo, en la práctica clínica, es frecuente encontrarse pacientes con autolesiones sin TLP. Glenn y Klonsky ²² encontraron en una muestra psiquiátrica de adolescentes que la coexistencia de NSSI y TLP no es más común que la coexistencia de cualquier otro diagnóstico del Eje I y NSSI. Zetterqvist ²³ encontró que en la población que cumplió con los criterios NSSI DSM-5 hay más psicopatología y deterioro general, que en la población que no presentó comportamiento NSSI o en la población que presenta comportamiento NSSI, pero no cumplió con el DSM- 5 criterios.

Muchos estudios examinaron la asociación entre NSSI y patología internalizante; recientemente Bentley ²⁴ resumió estos estudios en su revisión meta-analítica: todos los trastornos emocionales examinados tenían una razón de probabilidades aumentada para NSSI, excepto para el trastorno bipolar y el trastorno de ansiedad social. La asociación fue más fuerte con el pánico y el trastorno de estrés postraumático; de lo contrario, no hubo diferencias significativas entre los trastornos emocionales. Se enfatizan las metodologías inconsistentes, como la amplia gama de instrumentos utilizados para evaluar NSSI y los múltiples términos para autolesiones, incluido NSSI ²⁵.

NSSI también representa un factor de riesgo de comportamiento suicida posterior (OR = 4,27;) ²⁶ a pesar de que la protección contra el suicidio es una función informada del comportamiento ²⁷. Esta relación puede explicarse por la teoría interpersonal del suicidio, ya que incluso cuando NSSI actúa como una respuesta a corto plazo para hacer frente a los sentimientos suicidas, en última instancia, puede aumentar el riesgo de suicidio a través de procesos como el desarrollo de la capacidad de un individuo para participar en autolesiones. (es decir, una capacidad adquirida) ²⁸.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La asociación entre las autolesiones no suicidas y la comorbilidad psiquiátrica impone un riesgo mayor para la salud del niño y el adolescente, sin embargo en la población mexicana existen pocos estudios enfocados a estudiar esta asociación. cuando la sintomatología es referida por el menor, tanto en las autolesiones como síntomas de otras comorbilidades psiquiátricas, ya que, al ser la autolesión no suicida, una conducta no aprobada por los padres

y de menor repercusión física en comparación a un intento suicida, en muchos casos no es reportada en los cuestionarios de reporte por los padres, y por tanto se encuentra un vacío en la investigación, que con este estudio se pretende establecer de manera objetiva las diferencias en la gravedad de la psicopatología en niños y adolescentes que presentan autolesiones sin intencionalidad suicida.

JUSTIFICACIÓN

Las autolesiones no suicidas son un tema de interés, ya que es, es un comportamiento común y altamente recurrente que alcanza su punto máximo en la adolescencia; las tasas de prevalencia son altas tanto en la población general como en la población psiquiátrica, en esta última alcanza tasas de hasta 60% ²⁹. La importancia de las autolesiones no suicidas es por su asociación con un amplio espectro de trastornos mentales. La importancia de NSSI se destaca en investigaciones recientes que ilustran que las autolesiones no suicidas son un importante predictor de comportamiento suicida ³⁰. Además, está altamente asociado con otros comportamientos de riesgo y psicopatología comórbida.

Existen pocos estudios en relación a las autolesiones no suicidas y a la comorbilidad psiquiátrica concomitante. Los trastornos del estado de ánimo, especialmente un trastorno de depresión mayor recurrente, y los trastornos de la personalidad, particularmente el síndrome límite, están estrechamente relacionados con el NSSI en la adolescencia y la edad adulta. En México los estudios al respecto son limitados, la mayoría de los estudios realizados son en muestras comunitarias, o bajo reportes realizados por los padres.

El propósito de este estudio es determinar las diferencias en cuanto a la psicopatología presentada en los menores con autolesiones no suicidas, así como las diferencias reportadas en el informe de los padres y en el autoinforme, basándonos en el ítem 52 de la escala de Autoles

HIPÓTESIS

- HI: Los puntajes del CADI-N serán mayores en los niños y adolescentes que se autolesionan sin intencionalidad suicida en comparación con aquellos que no se autolesionan.
- HO: Los puntajes del CADI-N no serán mayores en los niños y adolescentes que se autolesionan sin intencionalidad suicida en comparación con aquellos que no se autolesionan.
- HI: Existen diferencias significativas en las características reportadas por los padres y los menores.
- HO: No existen diferencias significativas en las características reportadas por los padres y los menores.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general:

1. Determinar la gravedad de la psicopatología en niños y adolescentes con autolesiones no suicidas, medida con el instrumento CADI, en una muestra retrospectiva.

Objetivos específicos:

1. Determinar las diferencias de la gravedad de la psicopatología reportada entre los niños/adolescentes y por los padres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo, no probabilístico.

Muestra:

La muestra se conformó por niños y adolescentes (N=397) de entre 10 y 14 años, estudiantes de escuelas primarias y secundarias de Tlalpan, Ciudad de México.

Este estudio es un análisis secundario de datos del proyecto titulado Validación de la cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México que recibió aprobación por parte del Comité de investigación y el Comité de Ética en investigación del hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Criterios de inclusión

- Niños y adolescentes escolarizados en primaria o secundaria.
- Niños y adolescentes de ambos sexos entre 10 y 14 años.
- Niños y adolescentes que presentan autolesiones no suicidas.
- Niños y adolescentes que acepten participar en el estudio y que hayan firmado el asentimiento informado.
- Niños y Adolescentes cuyos padres hayan autorizado su participación en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Niños y adolescentes que no acepten participar en el estudio.
- Niños y adolescentes cuyos padres no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Niños y adolescentes que no hayan completado los instrumentos aplicados

Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años de vida que tiene el niño y adolescente al momento de la aplicación de instrumentos.	Cuantitativa (10 a 14 años)	Independiente
Sexo	Condición Orgánica que distingue a los femeninos de los masculinos	Femeni no Masculi no	Cualitativa Nominal dicotómica (hombre- mujer)	Independiente
Anorexia	Trastorno caracterizado por una pérdida auto inducida de peso, acompañada por una distorsión de la imagen corporal	Puntuación obtenida en la subescala para anorexia de la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI-N y CADI-P) que incluye los reactivos 20, 29, 114 y 72	Cuantitativa	Independiente
Bulimia	Trastorno caracterizado por ingesta excesiva de alimentos y conductas purgativas y restrictivas.	Puntuación obtenida en la subescala para bulimia del CADI-N y CADI-P que incluye los reactivos 61, 63, 20 y 29	Cuantitativa	Independiente

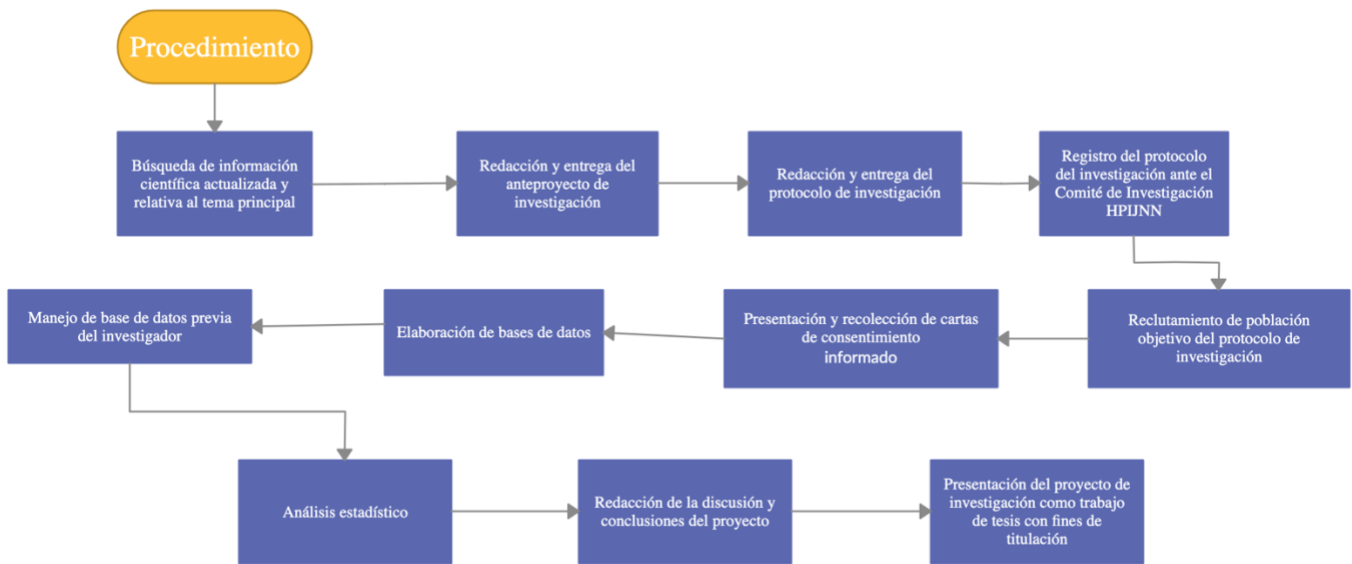
Atracón	Episodios recurrentes de ingesta excesiva y descontrolada.	Puntuación obtenida en la subescala para Atracón del CADI-N y CADI-P; ítems 61 y 63.	Cuantitativa	Independiente
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación Inatento.	Presentación del TDAH donde se cumplen los criterios diagnósticos de inatención, pero no de hiperactividad/impulsividad	Puntuación obtenida en la subescala para TDAH inatento del CADI-N y CADI-P que incluye 6 reactivos de los siguientes: 2, 4, 7, 8, 10, 11, 102.	Cuantitativa	Independiente
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación Hiperactivo/ Impulsivo.	Presentación del TDAH donde se cumplen los criterios diagnósticos de hiperactividad/impulsividad, pero no de inatención.	Puntuación obtenida en la subescala para TDAH Hiperactivo/ Impulsivo del CADI-N y CADI-P que incluye 6 de los siguientes reactivos: 12, 14, 15, 16, 21, 48, 52 y 67.	Cuantitativa	Independiente
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación Combinada.	Presentación del TDAH donde se cumplen los criterios diagnósticos de hiperactividad/impulsividad y de inatención	Presencia del subtipo inatento e hiperactivo/impulsivo de las previas subescalas del CADI-N y CADI-P	Cuantitativa	Independiente
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Ansiedad persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular	Puntuación en la subescala para Ansiedad Generalizada del CADI-N y CADI-P, incluye los reactivos	Cuantitativa	Independiente

		17, 19, 58, 13, 33, 59, 47, 73, 76, 10 y 113).		
Trastorno Depresivo Mayor	Caracterizado por ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días por al menos dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo	Puntuación obtenida en la subescala para Trastorno Depresivo Mayor del CADI-N y CADI-P que incluye los reactivos 13, 113, 23, 49, 24, 54, 96, 78, 108, 33, 73, 76	Cuantitativa	Independiente
Trastorno Obsesivo Compulsivo	Trastorno característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes	Puntuación obtenida en la subescala para Trastorno Obsesivo CADI-N que incluye los reactivos 42, 43, 82 y 9.	Cuantitativa	Independiente
Trastorno del espectro autista	Caracterizados por alteraciones cualitativas de la interacción social, comunicación, repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades	Puntuación obtenida en la subescala para Trastorno del espectro autista de la Cédula de Asignación Diagnóstica (CADI-N y CADI-P) que incluyen los siguientes reactivos: 100, 71, 98, 94, 2, 6, 9, 26, 101, 28 o 70.	Cuantitativa	Independiente
Trastorno de Conducta	Trastorno caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los	Puntuación obtenida en la subescala para Trastorno de conducta de la CADI-N y CADI-P que incluye al menos 3	Cuantitativa	Independiente

	derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad.	de los siguientes reactivos: 39, 74, 77, 79, 87, 88, 95, 104, 107, 111, 118, 120, 122.		
Trastorno Negativista Desafiante	Caracterizado por la presencia de un comportamiento desafiante, desobedientes y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás	Puntuación obtenida en la subescala para Trastorno Negativista Desafiante de la CADI-N y CADI-P que incluye al menos 4 de los siguientes reactivos: 13, 62, 80, 93, 113, 116, 119 y 74.	Cuantitativa	Independiente
Presencia de Autolesiones no suicidad	Presencia o ausencia de autolesiones sin intención de quitarse la vida	Respuesta obtenida en la escala Cédula de autolesiones en el reactivo 52	Cualitativa Nominal dicotómica (SI-NO)	Dependiente

PROCEDIMIENTO:

Este estudio es un análisis secundario de base de datos de una muestra de niños y adolescentes de 10 a 14 años de escuelas primarias y secundarias de Tlalpan, Ciudad de México. Se recolectaron datos sobre la gravedad de psicopatología en adolescentes mexicanos con autolesiones a los que se aplicó el Cuestionario de Asignación Diagnóstico (CADI) para niños y adolescentes en versión autorreporte y versión reporte de los padres, y la Cédula de Autolesiones (AUTOLES).



CRONOGRAMA:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2020- 2021	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Búsqueda de información científica actualizada y relativa al tema principal																
Redacción y entrega del anteproyecto de investigación																
Redacción y entrega del protocolo de investigación																
Registro del protocolo del investigación ante el Comité																

precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional y algunas variables explicativas. El instrumento se diseñó con base en los criterios del DSM 5 para autolesiones sin intención suicida. Además, las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico con la mencionada propuesta y explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado.

Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión para Niños y Adolescentes (CADI-N):

Este cuestionario fue diseñado en español por la Dra. Lilia Albores Gallo, es un instrumento autoaplicable, por lo que no requiere adiestramiento. El tiempo de aplicación depende de las habilidades lectoras del sujeto. Este cuestionario investiga la psicopatología más común en niños de 7 a 18 años, cuenta con 145 preguntas, que evalúan síntomas en una escala Likert de 3 puntos: 0 = no es cierto; 1= a veces u ocasionalmente y 2= casi siempre o muy cierta. Los resultados se organizan en 16 subescalas de diagnóstico: Internalizados: Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (12 reactivos), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)(11 reactivos); Externalizados: TDAH inatento (7 reactivos), TDAH impulsivo (8 reactivos), TDAH combinado (15 reactivos), Trastorno de conducta (13 reactivos), Trastorno Negativista Desafiante (8 reactivos), Trastorno explosivo intermitente (4 reactivos) y otros: Anorexia (4 reactivos), Bulimia (4 reactivos), Atracón (2 reactivos), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (4 reactivos), Trastorno del Espectro Autista (TEA)(11 reactivos), Trastorno de Estrés Postraumático (14 reactivos), Insomnio (3 reactivos), Apnea/ hipopnea Obstructiva del sueño (2 reactivos). Además de las subescalas Resiliencia (14 reactivos) y Síntomas Somáticos (9 reactivos) (Anexo 4). Se califica mediante algoritmos diseñados de acuerdo al DSM5, especificados por diagnóstico en la tabla de variables. La consistencia interna del CADI-N para el Total de Diagnósticos es = 0.94.

Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P)

Este cuestionario fue diseñado por la Dra. Lilia Albores Gallo en idioma español y el presente estudio constituye su proceso de validación. Investiga la psicopatología más común en niños de 3a 17 años 11 meses de edad, está basado en los criterios diagnósticos del DSM 5 y debe contestarse por los padres o tutores del participante. El tiempo de aplicación depende de las

habilidades lectoras del sujeto y cualquier persona con un nivel de lectura de 4° de Primaria puede contestarlo. Evalúa 16 diagnósticos psiquiátricos, síntomas somáticos y resiliencia a través de una escala de Likert de 3 puntos, en donde 0 = no es cierto, 1 = a veces u ocasionalmente y 2 = casi siempre o muy cierto: Anorexia (4 reactivos), bulimia (4 reactivos), atracón (2 reactivos), TDAH inatento (7 reactivos), TDAH impulsivo (8 reactivos), TDAH combinado (15 reactivos), trastorno de ansiedad generalizada (11 reactivos), trastorno depresivo mayor (12 reactivos), trastorno obsesivo compulsivo (4 reactivos), trastorno del espectro autista (11 reactivos), Trastorno de conducta (13 reactivos), trastorno oposicionista desafiante (8 reactivos), trastorno explosivo intermitente (4 reactivos), trastorno de estrés postraumático (14 reactivos), apnea obstructiva del sueño (2 reactivos), insomnio (3 reactivos), síntomas somáticos (9 reactivos), y resiliencia (14 reactivos). Se califica en base a un algoritmo diagnóstico diseñado a partir de los criterios del DSM 5.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis de variables se realizará mediante la Prueba T de student, y la D de Cohen para calcular el tamaño del efecto. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS versión 24 (*Statistical Package for Social Sciences*).

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio es una Investigación sin riesgo, según la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

Se evaluó la información de 397 niños y adolescentes con un rango de edad entre 10 y 14 años; El promedio de edad fue de 12.20 años (DE +0.93). La edad promedio del padre fue de 41.4 años (DE +6.33); la edad promedio de la madre fue de 38.95 años (DE +5.74). En cuanto a la escolaridad del padre, el 40.8% de los padres contaban con formación básica (primaria o secundaria), el 28.7% contaba con escolaridad preparatoria, el 18.1% contaba con escolaridad universitaria, y el 3,4% contaba con una formación de posgrado. En cuanto a la escolaridad de la madre, el 44.6% reportó formación básica, el 29.2% formación preparatoria, 18.9% formación de licenciatura y 2.2% formación de posgrado. En cuanto al sexo de los participantes, el 42.6%

Del total de participantes, el 15.11% de los participantes reportó en la escala AUTOLES haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida y sin la intención de quitarse la vida. Un 11.83% reportó haberse lastimado sin la intención de quitarse la vida, pero nunca con la intención de quitarse la vida. Solo 1 participante reportó haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida, pero nunca sin la intención de quitarse la vida; el 73.06% restante de la muestra negó haberse autolesionado a lo largo de su vida.

Con la finalidad de determinar el grado de psicopatología en los participantes que se lesionaban únicamente sin intención de quitarse la vida, se realizó una comparación de medias en los puntajes del CADI-N y el CADI-P con el grupo de participantes sin autolesiones. Se encontró que los puntajes del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de presentación combinada (TDAH-C) eran notablemente mayores en niños y adolescentes que tenían autolesiones no suicidas, en comparación con aquellos que no se lesionaban, con una D de cohen de 0.7; este mismo resultado se encontró de manera significativa en el puntaje de síntomas depresivos (D= 0.9), trastornos de la conducta (D= 0.5), explosivo intermitente (D= 0.5), ansiedad generalizada (D= 0.7) y trastorno oposicionista desafiante (D= 0.7). Además, al analizar la información proporcionada por los padres en el CADI-P, se encontraron inconsistencias en la gravedad de la sintomatología psiquiátrica reportada por estos en comparación con la de sus hijos; los puntajes obtenidos en la escala aplicada a los padres son menores que los reportados por los hijos en cada rubro de psicopatología;

sin embargo, existieron diferencias significativas reportadas en el CADI-P en el grupo de síntomas de TDAH-C entre los participantes con autolesiones no suicidas, en comparación con aquellos que no se lesionaban, con una mayor gravedad sintomatológica en el primer grupo (D=0.3). En la tabla 1 se pueden observar los resultados completos de este análisis.

Tabla 1. Diferencias en los puntajes del CADI por grupos con Autolesiones sin intención de suicidio y Sin autolesiones					
Psicopatología	A+ M(DE)	SIN A M(DE)	t	Efecto (d)	P
CADI-N					
Anorexia	2.5	1.6	2.921	0.4	0.005
Bulimia	1.2	0.7	1.920	0.4	0.060
Atracón	0.8	0.6	1.282	0.2	0.205
TDAH-I	6.8	4.7	4.695	0.7	0.000
TDAH-Im	6.6	4.7	3.802	0.6	0.000
TDAH-C	13.4	9.5	4.776	0.7	0.000
Conducta	3.2	1.7	3.196	0.5	0.002
Explosivo Intermitente	1.0	0.4	2.785	0.5	0.007
Ansiedad generalizada	8.6	5.7	5.127	0.7	0.000
Psicosis	2.0	0.9	3.875	0.6	0.000
Depresión Mayor	8.9	5.1	5.683	0.9	0.000
TOC	3.1	2.3	3.162	0.5	0.002
Espectro Autista	7.5	5.7	3.705	0.5	0.000
Somáticos	4.5	2.3	3.776	0.6	0.000
Oposicionista	5.2	3.0	4.700	0.7	0.000
Tics	1.9	1.1	3.437	0.6	0.001

CADI-P					
Anorexia	1.1	0.9	0.673	0.1	0.504
Bulimia	0.5	0.4	0.607	0.1	0.547
Atracón	0.5	0.4	0.803	0.1	0.426
TDAH-I	5.7	5.1	1.267	0.2	0.211
TDAH-Im	4.7	4.1	1.968	0.3	0.056
TDAH-C	10.3	8.5	1.808	0.3	0.077
Conducta	1.1	0.7	1.291	0.2	0.204
Explosivo Intermitente	0.4	0.2	1.359	0.2	0.181
Ansiedad generalizada	5.0	4.0	1.466	0.2	0.150
Psicosis	0.2	0.1	0.392	0.1	0.697
Depresión Mayor	4.2	3.6	1.208	0.1	0.233
TOC	1.5	1.5	0.168	0	0.867
Espectro Autista	5.7	4.8	1.878	0.3	0.067
Somáticos	2.0	1.4	1.488	0.2	0.144
Oposicionista	4.3	3.0	1.870	0.3	0.68
Tics	0.8	0.6	1.284	0.2	0.206
	<i>CADI-N = Cuestionario de asignación diagnóstica, versión para niños y adolescentes. TDAH = Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad TDAH-I = Predominio inatento TDAH- Im: predominio impulsivo/hiperactivo TDAH-C Presentación combinada. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. CADI-P = Cuestionario de asignación diagnóstica, versión para padres.</i>				

Se evaluó la información de 397 niños y adolescentes con un rango de edad entre 10 y 14 años; El promedio de edad fue de 12.20 años (DE +0.93). La edad promedio del padre fue de 41.4 años (DE +6.33); la edad promedio de la madre fue de 38.95 años (DE +5.74). En cuanto a la escolaridad del padre, el 40.8% de los padres contaban con formación básica (primaria o secundaria), el 28.7% contaba con escolaridad preparatoria, el 18.1% contaba con escolaridad

universitaria, y el 3,4% contaba con una formación de posgrado. En cuanto a la escolaridad de la madre, el 44.6% reportó formación básica, el 29.2% formación preparatoria, 18.9% formación de licenciatura y 2.2% formación de posgrado. En cuanto al sexo de los participantes, el 42.6% eran varones y el 57.4% eran mujeres.

DISCUSIÓN

En este estudio se investigó las diferencias en la gravedad de la psicopatología en niños con autolesiones sin intencionalidad suicida, medida con el Cuestionario de Asignación Diagnóstica.

Se evaluó la información de 397 niños y adolescentes con un rango de edad entre 10 y 14 años; El promedio de edad fue de 12.20 años. Del total de participantes, el 15.11% de los participantes reportó en la escala AUTOLES haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida y sin la intención de quitarse la vida. Un 11.83% reportó haberse lastimado sin la intención de quitarse la vida, pero nunca con la intención de quitarse la vida. Solo 1 participante reportó haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida, pero nunca sin la intención de quitarse la vida; el 73.06% restante de la muestra negó haberse autolesionado a lo largo de su vida

Una revisión reciente, realizada por Mannekote y colaboradores en el 2020³¹ que incluyó artículos de países en desarrollo, reportan que las tasas de NSSI son muy variables, oscilando entre el 11,5% y el 33,8%, según la naturaleza de la muestra y el diseño del estudio, pero los datos muestran una tendencia creciente a nivel mundial, incluso en los países en desarrollo; lo cual coincide con los hallazgos reportados en este estudio, ya que del total de participantes de esta muestra muestra, el 26.94% de los participantes reportó haber presentado autolesiones al menos una vez en la vida, ya sea con o sin la intención de quitarse la vida.

Los hallazgos encontrados para la población que presenta autolesiones sin intencionalidad suicidas corresponden al 11.38% de la muestra, coinciden con lo reportado en revisiones recientes, que señalan alrededor del 10% de la población general ³². En un estudio comparativo entre 11 países europeos, se encontró que la prevalencia global fue del 27,6% (17.% al 38.6% para prevalencia a lo largo de la vida);, 19,7% informó haberlo realizado en una ocasión y el 7,8% de manera repetitiva. Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro estudio difieren de lo encontrado en otros estudios en muestras escolares realizadas en adolescentes de Alemania, quien reporta que, entre el 25% y el 35% de los adolescentes en las muestras escolares informaron al menos un incidente de NSSI ^{33,11} y 12,25% de los adolescentes informó NSSI repetitivo (= 5 eventos dentro de su vida) ³⁴. Si bien en este estudio, el objetivo no fue determinar la frecuencia de las autolesiones, estas diferencias estadísticas con Alemania se pueden deber a las herramientas de evaluación y a que Alemania tuvo una de las tasas más altas de conducta autolesiva directa ocasional y repetitiva en los estudios comparativos.

En relación a las autolesiones no suicidas en este estudio realizamos una comparación de medias en los puntajes del CADI-N y el CADI-P con el grupo de participantes sin autolesiones. Se encontró que los puntajes del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de presentación combinada (TDAH-C) eran notablemente mayores en niños y adolescentes que tenían autolesiones no suicidas, en comparación con aquellos que no se lesionaban. Lo anterior coincide con estudios previos que se han enfocado en relacionar el TDAH y las autolesiones, por ejemplo, en 2013, Hinsahw y colaboradores ³⁵ realizaron un estudio de seguimiento a 10 años en niñas con TDAH, en el cual postulan que el deterioro continuo incluye un riesgo elevado de intentos de suicidio y autolesiones, en este estudio se utilizó el cuestionario de autolesiones (SIQ) para las autolesiones no suicidas, el cual evalúa ítems similares a los evaluados en la escala Autoles, se encontró que la autolesión fue significativamente más probable en el grupo de TDAH combinado (51%) que en el grupo de TDAH inatento (29%) y que en el de comparación (19%).

Este mismo resultado se encontró de manera significativa en el puntaje de síntomas depresivos (D= 0.9), trastornos de la conducta (D= 0.5), explosivo intermitente (D= 0.5), ansiedad generalizada (D= 0.7) y trastorno oposicionista desafiante (D= 0.7). En la literatura se ha establecido que la NSSI recurrente está más fuertemente asociada con la psicopatología (p. Ej. Ansiedad, depresión, uso

de sustancias y trastornos alimentarios), deterioro y angustia en comparación con menos actos NSSI de por vida ³⁶.

Los trastornos psiquiátricos caracterizados por dificultades de regulación de emociones y afectos negativos pueden ser especialmente relevantes para el comportamiento NSSI. Coincidente con los hallazgos encontrados en nuestro estudio, en otras investigaciones se ha encontrado que las personas que cumplen los criterios para los trastornos de ansiedad, que se caracterizan por un afecto negativo frecuente e intenso, aversión a experimentar afecto negativo y esfuerzos por evitar o escapar de las emociones negativas ³⁷ informan tasas más altas de NSSI en comparación con aquellos sin un diagnóstico de trastorno de ansiedad ²⁴. La comunidad no clínica y las poblaciones universitarias también informan asociaciones positivas de ansiedad con NSSI ³⁸, y estudiantes que dan positivo en la detección de un trastorno de ansiedad (aproximadamente el 12% cumple con los criterios para los trastornos de ansiedad anualmente) ³⁹; tienen más probabilidades de informar NSSI en comparación con aquellos sin una sintomatología de ansiedad elevada ⁴⁰.

Un hallazgo interesante es en cuanto a la comparación entre la información proporcionada en el autoinforme CADI-N y la información referida por los padres en el CADI-P, ya que se encontraron inconsistencias en la gravedad de la sintomatología reportada, siendo menores los puntajes a los reportados por los hijos en todos los rubros. Estos resultados son similares a los encontrados en trabajos sobre concordancia entre la psicopatología informada por los jóvenes y la informada por los padres, por ejemplo los resultados obtenidos en el estudio realizado por Salbach ⁴¹, muestran una concordancia de pobre a baja entre los problemas de conducta informados por los padres y los jóvenes en la escala de internalización y en la escala de problemas totales del CBCL y el YSR, y una concordancia moderada con respecto a los síntomas de externalización. Estos hallazgos se han replicado en muestras no clínicas y de edades menores, con lo que se ha logrado exponer probables causas al respecto, por ejemplo, en un estudio realizado en población mexicana ⁴² se evidenció que los niños sistemáticamente reportan estar experimentando grados de estrés mayores que los que sus padres parecen darse cuenta, lo cual podría sugerir que algunos padres no son conscientes del grado de tensión al que están sometidos sus hijos y consecuentemente de los riesgos sobre su salud física y mental. En esta misma línea y enfocado a las autolesiones, una publicación reciente ⁴³, estudió las actitudes de

los padres hacia las NSSI y los trastornos mentales de sus hijos, identificando 3 principales actitudes 1. Ignorancia, informaron que NSSI no es muy común, especialmente sin antecedentes familiares, por esta razón, cuando se enteraron del NSSI de su hijo, ignoraron el comportamiento. 2. Vergüenza, y 3. Estereotipo, pensaban que los trastornos del estado de ánimo no eran muy graves y no amenazaban la vida, en su opinión, los adolescentes no experimentan ninguna presión y pueden salir y relajarse para curar un trastorno del estado de ánimo porque no es una enfermedad mental. Estas mismas razones podrían influir en nuestra población para que se subestime la gravedad de la sintomatología.

Es importante continuar investigando las autolesiones en niños y adolescentes, ya que, si bien este estudio no se centra en la prevención de las mismas, la importancia radica en que varios estudios han demostrado la recurrencia, alrededor de 10-15% de los niños que se autolesionan tienen probabilidades de repetir tales episodios en un año ⁴⁴. Así mismo, otros estudios han indicado que la autolesión predice el suicidio, es decir, el riesgo de suicidio entre los pacientes que se autolesionan (aún sin intencionalidad suicida) es mayor que en la población general ^{45, 46}.

CONCLUSIONES

1. Del total de participantes, el 60.9% restante de la muestra negó haberse autolesionado a lo largo de su vida; el 28.7% de los participantes reportó en la escala AUTOLES haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida y sin la intención de quitarse la vida; .13% reportó haberse lastimado sin la intención de quitarse la vida, pero nunca con la intención de quitarse la vida. Sólo 1 participante reportó haberse lastimado en el pasado con la intención de quitarse la vida, pero nunca sin la intención de quitarse la vida
2. Se encontró que los puntajes del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de presentación combinada (TDAH-C) eran notablemente mayores en niños y adolescentes que tenían autolesiones no suicidas, en comparación con aquellos que no se lesionaban, con una D de cohen de 0.7; este mismo resultado se encontró de manera significativa en el puntaje de síntomas depresivos (D= 0.9), trastornos de la conducta (D= 0.5), explosivo

intermitente (D= 0.5), ansiedad generalizada (D= 0.7) y trastorno oposicionista desafiante (D= 0.7).

3. Se encontraron inconsistencias en la gravedad de la sintomatología reportada, siendo menores los puntajes reportados por los padres que los reportados por los hijos en todos los rubros.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. En este estudio no se contempla la comorbilidad con Trastorno de personalidad límite, la cual tiene una prevalencia elevada en adolescentes con autolesiones no suicidas.

REFERENCIAS

1. International Society for the Study of Self-injury. (2018, May). What is self-injury? Retrieved from: <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>
2. Walsh BW. Treating self-injury, second edition: A practical guide [Internet]. New York, NY: Guilford Publications; 2012. Available from: <https://www.guilford.com/books/Treating-Self-Injury/BarentWalsh/9781462518876>.
3. Shneidman E. The definition of suicide. Nashville, TN: John Wiley & Sons; 1985.
4. Whitlock J, Muehlenkamp JJ, Eckenrode J. Variation in non-suicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37:725–735.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (5ª ed.). Washington DC: Autor.
6. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2014 Jun [cited 2020 Jun 2];44(3):273–303. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/sltb.12070>
7. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research* [Internet]. 2013 Apr [cited 2020 Jun 2];206(2–3):265–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178112006427>
8. Lim K-S, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *IJERPH* [Internet]. 2019 Nov 19 [cited 2020 Jun 2];16(22):4581. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4581>.
9. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* [Internet]. 2011 Sep [cited 2020 Jun 2];41(9):1981–6. Available from:

https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291710002497/type/journal_article

10. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Bord Personal Disord Emot Dysregul* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 2];2(1):2. Available from: <http://www.bpded.com/content/2/1/2>.
11. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med* [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 Jun 2];39(9):1549–58. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291708005114/type/journal_article
12. Baetens I, Claes L, Willem L, Muehlenkamp J, Bijttebier P. The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. *Personality and Individual Differences* [Internet]. 2011 Apr [cited 2020 Jun 2];50(4):527–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886910005544>
13. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Jun 2];19(3):20. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-017-0767-9>
14. Whitlock J. Self-injurious Behaviors in a College Population. *PEDIATRICS* [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2020 Jun 2];117(6):1939–48. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2543>
15. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2012 Jan [cited 2020 Jun 2];37(1):157–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453011001624>
16. Nitkowski D, Petermann F. Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. [Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review]. *Fortschr Neurol Psychiatr* [Internet]. 2011 Jan [cited 2020 Jun 2];79(01):9–20. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1245772>
17. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Underwood S, Gochez-Kerr T. Subtypes of Non- Suicidal

- Self-Injury Based on Childhood Adversity. *Psychiatr Q* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Jun 2];86(1):137–51. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11126-014-9313-7>
18. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2001 Jan [cited 2020 Jun 2];178(1):48–54. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S000712500022789X/type/journal_article
 19. Favazza AR. Autolesión no suicida: cómo la clasificación guía el tratamiento. *Current Psychiatry*. 2013; 4 (6):13-17
 20. Castro Morales Jorge. Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014 Oct [citado 2021 Jun 02] ; 77(4): 226-235. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400005&lng=es.
 21. American Psychiatry Association . *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 4th edn. (DSM-IV)* Washington DC: American Psychiatry Association; 1994
 22. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42:496–507. doi: 10.1080/15374416.2013.794699
 23. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:31. doi: 10.1186/s13034-015-0062-7.
 24. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:72–88. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.006
 25. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017 May 3;17(1):160. doi: 10.1186/s12888-017-1326-y. PMID: 28468644; PMCID: PMC5415783
 26. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, Nock MK. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(2):225-36. doi:

- 10.1017/S0033291715001804. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26370729; PMCID: PMC4774896.
27. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007 Mar;27(2):226-39. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002. Epub 2006 Oct 2. PMID: 17014942.
28. Joiner TE, Ribeiro JD, Silva C. Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Curr Dir Psychol Sci [Internet]*. 2012 Oct [cited 2020 Nov 4];21(5):342–7. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0963721412454873>
29. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [Internet]. 2008 Feb [cited 2020 Jun 2];76(1):22–7. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.76.1.22>
30. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet [Internet]*. 2012 Jun [cited 2020 Jun 2];379(9834):2373–82. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612603225>
31. Mannekote Thippaiah S, Shankarapura Nanjappa M, Gude JG, Voyiaziakis E, Patwa S, Birur B, Pandurangi A. Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Jul 25:20764020943627. doi: 10.1177/0020764020943627. Epub ahead of print. PMID: 32715834.
32. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*. 2018 Feb;27(2):257-261. doi: 10.17219/acem/66353. PMID: 29521070
33. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosmanm D, Haring C, Iosuec M, Kahn JP, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Podlogar T, Postuvan V, Saiz PA, Sisask M, Tubiana A, Varnik A, Wasserman D. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Apr;55(4):337-48. doi: 10.1111/jcpp.12166. Epub 2013 Nov 12. PMID: 24215434.
34. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosmanm

- D, Haring C, Iosuec M, Kahn JP, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Podlogar T, Postuvan V, Saiz PA, Sisask M, Tubiana A, Varnik A, Wasserman D. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Apr;55(4):337-48. doi: 10.1111/jcpp.12166. Epub 2013 Nov 12. PMID: 24215434.
35. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, Swanson EN. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Dec;80(6):1041-1051. doi: 10.1037/a0029451. Epub 2012 Aug 13. PMID: 22889337; PMCID: PMC3543865.
 36. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Reconsidering criterion A for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder. *J Psychopathol Behav Assess*. 2016;38(4):547–58.
 37. Barlow DH. Disorders of emotion. *Psychol Inq*. 1991;2(1):58–71
 38. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(5):581–91.
 39. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol*. 2018;127(7):623–38.
 40. Gollust SE, Eisenberg D, Golberstein E. Prevalence and correlates of self-injury among university students. *J Am Coll Health*. 2008;56(5):491–8.)
 41. Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K, Lehmkuhl U. Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(3):136–43
 42. Reyes AM, Acuña L. Reportes de niños y padres sobre eventos vitales estresantes y síntomas de enfermedad. *Interam J Psychol*. 2008;42(2):272–86
 43. Fu X, Yang J, Liao X, Lin J, Peng Y, Shen Y, Ou J, Li Y, Chen R. Parents' Attitudes Toward and Experience of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: A Qualitative Study. *Front Psychiatry*. 2020 Jul 15;11:651. doi: 10.3389/fpsy.2020.00651. PMID: 32760298; PMCID: PMC7373789.
 44. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry*. 1996

Aug;169(2):202-8. doi: 10.1192/bjp.169.2.202. PMID: 8871797.

45. Allely CS. The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*. 2014 May 7;14:133. doi: 10.1186/1471-244X-14-133. PMID: 24884622; PMCID: PMC4020381.
46. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;181:193-9. doi: 10.1192/bjp.181.3.193. PMID: 12204922.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del proyecto actual.



Ciudad de México a 11 de febrero de 2021.
Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigador responsable
HPIJMS
P r e s e n t e .

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: "Validez de la cédula de autolesiones".
Clave de registro: III/01/0113.

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO:**

Título: "Autolesiones sin intencionalidad suicida y comorbilidad psiquiátrica, medida con el Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión niños y adolescentes (CADI-N)".
Clave de registro: III/01/0113/T1
Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Mariana Alejandra Avila Herrera.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por ensenda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación


Dra. Patricia Cavalata-Ramírez

cop. Archivo de la división de investigación.



Anexo 2: Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación del proyecto actual.



Comité de Bioética de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"

Ciudad de México, 16 de Junio 2021

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIDNN-CEI-DA-014-2021

MARIANA ALEJANDRA ÁVILA HERRERA

TESISTA

Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "Diferencias en la gravedad de la psicopatología en niños y adolescentes con autolesiones sin intencionalidad suicida, medida con cuestionario de asignación diagnóstica (CADI)", con número de registro II/01/0113/11. Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

c.c.p. Dra. Patricia Zaveleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIDNN-Presente
Archivo, HPIDNN-Presente

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 14080, CDMX.
Teléfono: 55 5573 4844, 55 5573 4866 y 55 5573 2855, hpi.jnnavarro@salud.gob.mx, www.gob.mx/salud/hpi



Anexo 3: Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación (“Validez de la cédula de autolesiones”).



Anexo 4: Carta de aprobación del Comité de Investigación (“Validez de la cédula de autolesiones”).



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

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



Oficio: DI/CI/845/0213
Asunto: Aprobación

México, D.F., a 15 de Febrero de 2013

DRA. LILIA ALBORES GALLO
Investigador Principal
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado “**Validez de la cédula de autolesiones.**”, registrado en esta División de Investigación la clave **II1/01/0113**, como proyecto interno del personal de esta institución, ha sido dictaminado: **Aprobado**. Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de investigador:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dr. Humberto Nicolini
Presidente del Comité de Investigación

Anexo 5: Cédula de Autolesiones (Autoles)

CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: _____ No. Lista _____ FECHA _____ EDAD: _____
 SEXO: Masculino Femenino #de años escolaridad de tú mamá _____ papá _____. Vives con
 ambos padres sólo mamá sólo papá 1padre o madre y pareja ¿Cuántos focos hay al
 interior de tu casa _____ Tu desempeño escolar es: bueno regular malo
 ¿Alguna vez tú te has hecho *daño intencionalmente* hasta provocar sangrado o dolor de la siguiente
 manera?:

		Tacha la respuesta verdadera
		Tipo de lesión
Si	No	1. ¿Te has cortado la piel?
Si	No	2. ¿Te has frotado la piel con un objeto?
Si	No	3. ¿Has introducido algún objeto debajo de la piel o uñas?
Si	No	4. ¿Te has pellizcado la piel?
Si	No	5. ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel?
Si	No	6. ¿Te has rascado cicatrices?
Si	No	7. ¿Has jalado la piel que se descama después de una quemadura de sol?
Si	No	8. ¿Te has quemado la piel con cigarrillos o con sustancias ácidas o corrosivas?
Si	No	9. ¿Has arrancado tu pelo, las pestañas o cejas (no por razones cosméticas)?
Si	No	10. ¿Te has arrancado las uñas?
Si	No	11. ¿Te has mordido?
Si	No	12. ¿Te has pegado en partes del cuerpo, en la cabeza, o te has dado cachetadas?
Si	No	13. ¿Tienes sentimientos o pensamientos negativos antes de lastimarte?
Si	No	14. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión, antes de lastimarte?
Si	No	15. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
Si	No	16. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con tensión antes de lastimarte?
Si	No	17. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje, antes de lastimarte?
Si	No	18. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con estrés, antes de lastimarte?
Si	No	19. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con autocrítica, antes de lastimarte?
Si	No	20. ¿Antes de lastimarte tienes un periodo de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
Si	No	21. ¿Cuándo te lastimas sientes preocupación por realizar esta conducta?
Si	No	22. ¿Después de lastimarte sientes preocupación por haber realizado esta conducta?
Si	No	23. ¿La necesidad de realizar los actos para lastimarte te vienen con frecuencia aunque no siempre los ejecutas?
Si	No	24. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de sentimientos negativos?
Si	No	25. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de ideas negativas?
Si	No	26. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de dificultades personales?
Si	No	27. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te despiertan sentimientos positivos?
Si	No	28. ¿La liberación de la tensión ocurre durante la práctica del acto para lastimarte?
Si	No	29. ¿La liberación de la tensión ocurre inmediatamente después de realizarlo?
Si	No	30. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
Si	No	31. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como dormir o descansar?
Si	No	32. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como socializar con tu familia o amigos?


		Tacha la respuesta verdadera
Si	No	33. ¿La idea de lastimarte vino de ti mismo(a)?
Si	No	34. ¿La idea de lastimarte vino al ver o saber que alguno de tus amigos/as lo hacía?
Si	No	35. ¿La idea de lastimarte vino al ver a algún familiar hacerlo? Menciona quién _____
Si	No	36. ¿La idea de lastimarte vino al verlo en cine, televisión, internet o comics?
Si	No	37. ¿Te lastimas en antebrazos y muñecas?
Si	No	38. ¿Te lastimas en brazos y codos?
Si	No	39. ¿Te lastimas en muslos y rodillas?
Si	No	40. ¿Te lastimas en abdomen y tórax (pecho o espalda)?
Si	No	41. ¿Te lastimas en la cara?
Si	No	42. ¿Te lastimas en cabeza?
Si	No	43. ¿Te lastimas en glúteos o genitales?
Si	No	44. ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?
Si	No	45. ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces?
Si	No	46. ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
Si	No	47. ¿Cuando te lastimas prefieres estar solo(a)?
Si	No	48. ¿Cuando te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
Si	No	49. ¿Cuando te lastimas te escondes de los demás?
Si	No	50. ¿Le has dicho a alguien que te lastimas? menciona a quién _____
Si	No	51. ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?
Si	No	52. ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
Si	No	53. ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?
Si	No	54. ¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida?
Si	No	55. ¿Alguna vez te realizaste un tatuaje para sentir dolor? En que parte de tu cuerpo tienes tatuaje? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	56. ¿Alguna vez te realizaste una perforación (piercing) para sentir dolor? En que parte de tu cuerpo tienes perforación? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	57. ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?
Si	No	58. ¿Te lastimas porque quieres castigarte?
Si	No	59. ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?
Si	No	60. ¿Te lastimas porque consigues atención de los demás?
Si	No	61. ¿Te lastimas para evitar suicidarte?
Si	No	62. ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama?
Si	No	63. ¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo?
Si	No	64. ¿Te lastimas porque te acosan en la escuela (bullying)?
Si	No	65. ¿Te lastimas porque tu acosas a alguien en la escuela (eres bully)?
Si	No	66. ¿No sabes por qué te lastimas?
Si	No	67. ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	68. ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?
Si	No	69. ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	70. ¿Alguna vez dejaste de lastimarte por más de 6 meses?
Si	No	71. ¿Después de ese periodo reiniciaste la conducta de lastimarte?
Si	No	72. ¿Hubo alguna situación, emoción o estrategia que ocurrió para dejar de lesionarte? Menciona: _____
Si	No	73. ¿Hubo alguna situación, emoción o condición que ocurrió para volver a lesionarte? Menciona: _____
Si	No	74. ¿Alguna vez por lesionarte te refirieron con algún psicólogo, pedagogo, médico, psiquiatra Trabajador social. En caso afirmativo: Fuiste? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si	No	75. ¿Alguna vez consultaste con un médico o fuiste a un hospital por haberte lesionado?
Si	No	76. ¿Hubo un evento que provocó que tú empezaras a lastimarte? Cual: <input type="checkbox"/> Divorcio de padres <input type="checkbox"/> Muerte de familiar <input type="checkbox"/> Terminar con pareja <input type="checkbox"/> Acoso (Bullying) Otro. Menciona _____

Si	No	77. ¿Hay eventos que disminuyen los actos para lastimarte? <input type="checkbox"/> Entretenimiento <input type="checkbox"/> Estar ocupado(a) <input type="checkbox"/> Tener pareja <input type="checkbox"/> Estar de viaje Otro. Menciona _____
Si	No	78. ¿Conoces a alguien que realiza actos para lastimarse como los que mencionamos? Quién: amigo(a) <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> compañero(a) de la escuela <input type="checkbox"/>
Si	No	79. ¿Alguna vez has compartido con algún amigo(a) los objetos con los que te cortas?
Si	No	80. ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer SIDA, hepatitis y otras enfermedades?
Si	No	81. ¿Tomas algún medicamento? Cuál _____
Si	No	82. ¿El medicamento induce o aumenta el deseo de lastimarte?
Si	No	83. ¿El medicamento disminuye el deseo de lastimarte?
Si	No	84. ¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas? A quién _____
85. ¿A quién te gustaría decirle que te autolesionas? Puedes seleccionar más de uno a) maestro(a), b) padre/madre, c) psicólogo, d) médico, e) pediatra, f) trabajador social, g) psiquiatra h), enfermera i) amigo(a), j) hermano(a) k) padre de la iglesia		
86. ¿Cuánto tiempo pasó desde que te comenzaste a lastimar hasta que alguien se dió cuenta (o tú le dijeras que te autolesionas)? Menciona _____ años, o _____ meses		
87. ¿Si has solicitado atención para tus autolesiones, cuánto tiempo pasó desde que comenzaste a lastimarte hasta que solicitaste la atención medica? Menciona _____ años, o _____ meses		
88. ¿La búsqueda de ayuda fue porque descubrieron que te lesionabas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cómo lo descubrieron y quién lo hizo _____		
89. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a realizar actos para lastimarte? _____ años		
90. ¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti? A qué edad: _____ años		
91. ¿Recientemente cambió la forma en que te autolesionas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Aumentó de intensidad <input type="checkbox"/> Disminuyó de intensidad <input type="checkbox"/> Cambiaste la parte del cuerpo que te autolesionas <input type="checkbox"/> otro menciona _____		
92. Usa esta sección para agregar comentarios que creas importante y que ayuden nuestra comprensión de porque los adolescentes se lesionan u otro comentario general		
Gracias por participar.		

Anexo 6: CADI Cuestionario de Asignación diagnóstica - Autoreporte

CADI Cédula de Asignación Diagnóstica (7- 18 años)

Auto reporte del adolescente 7-18

INSTRUCCIONES		IMPORTANTE		
<p>A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca el número que mejor te describe ahora o dentro de los 6 últimos meses.</p> <p>Califica con: 0 si no es cierto o no es aplicable a tu persona 1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y 2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta</p> <p>Por favor contesta todos los puntos.</p>		<p>IMPORTANTE</p> <p> NO BORRAR NADA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponga marcas oscuras • Ejemplo: <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> • Rellene completamente los ovalos • Rote completamente para cambiar marcas 		
1. Soy confiable		00	01	02
2. Tengo dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas		00	01	02
3. Tengo mucha energía		00	01	02
4. Parece que no escucho cuando me hablan		00	01	02
5. Soy independiente		00	01	02
6. No comprendo las emociones y sentimientos de los demás		00	01	02
7. Soy desorganizado (a)		00	01	02
8. Hago mis propias acciones		00	01	02
9. Me gusta ordenar las cosas		00	01	02
10. Me distraigo fácil		00	01	02
11. Soy olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas		00	01	02
12. Soy físicamente inquieto (a)		00	01	02
13. Me molesto fácilmente		00	01	02
14. Evito actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa)		00	01	02
15. Hablo mucho		00	01	02
16. Tengo dificultad para esperar turnos (línea)		00	01	02
17. Me preocupo excesivamente		00	01	02
18. Soy responsable		00	01	02
19. Soy nervioso (a)		00	01	02
20. Como excesivo		00	01	02
21. Difícilmente me quedo serbado (a) o quieto (a)		00	01	02
22. Hago el trabajo por actividades que antes disfrutaba		00	01	02
23. Me siento deprimido (a)		00	01	02
24. Tengo sueño en el día		00	01	02
25. Me siento culpable		00	01	02
26. Repito palabras o frases		00	01	02
27. Soy sociable		00	01	02
28. Evito comer ciertos alimentos		00	01	02
29. Me provocho el vómito		00	01	02
30. Alguien me pellizca o quiere darme		00	01	02
31. Me cuesta trabajo poner atención y cometer errores por descuido		00	01	02
32. Tengo excelente autoestima		00	01	02
33. Duermo poco		00	01	02
34. Intento cosas nuevas		00	01	02
35. Tengo ideas extrañas. Describe: _____		00	01	02
36. Soy atrevido		00	01	02
37. Veo personas, cosas o animales que nadie más ve		00	01	02
38. Como mucho		00	01	02
39. Falto a clases		00	01	02
40. Tengo miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Describe: _____		00	01	02
41. Cambio de postura, nuevo manoseos		00	01	02
42. Tengo pensamientos repetitivos. Describe: _____		00	01	02
43. Cuento, repito palabras o rezo para controlar pensamientos		00	01	02
44. Salto de una idea a otra		00	01	02
45. Pensamientos de muerte/morir		00	01	02
46. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración		00	01	02
47. Me canso fácil		00	01	02
48. Estoy "en marcha" o moviéndome		00	01	02
49. Me siento triste		00	01	02
50. Soy capaz de resolver problemas		00	01	02
51. Soy justo (a) con los demás		00	01	02
52. Contesto antes de que completen la pregunta		00	01	02
53. Soy optimista		00	01	02
54. Tengo poca energía		00	01	02
55. Soy puntual		00	01	02
56. Soy lento (a)		00	01	02
57. Cumplo con las metas que me propongo		00	01	02
58. Tengo poco control de mi nerviosismo		00	01	02
59. Me siento agitado (a)		00	01	02
60. Orino en mi cama o ropa		00	01	02
61. Por momentos como mucho		00	01	02
62. Soy rencoroso (a) o vengativo (a)		00	01	02
63. Pierdo el control de lo que como		00	01	02
64. Estoy convencido que partes de mi cuerpo son defectuosas		00	01	02
65. Pienso sobre un accidente o agresión que sufrí o vi		00	01	02
66. Me preocupo enfermarme		00	01	02
67. Interrumpo conversaciones y actividades de otros		00	01	02
68. Fingo síntomas o enfermedades		00	01	02
69. Regreso comida a mi boca después de haberla pasado		00	01	02
70. Me apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas		00	01	02
71. Evito hablar con los otros		00	01	02
72. Pienso que estoy gordo (a)		00	01	02
73. Me cuesta quedarme dormido (a)		00	01	02
74. Molesto a otros		00	01	02
75. Como cosas no comestibles (papel, goma, yeso, tierra, etc)		00	01	02
76. Me despierto en las noches o la madrugada		00	01	02
77. Enciendo fuego		00	01	02
78. Tengo mucho sueño en el día		00	01	02
79. Juego con objetos o armas		00	01	02
80. Soy explosivo (a)		00	01	02
81. Rorco		00	01	02
82. Lavo mucho mis manos		00	01	02
83. Camino dormido (a)		00	01	02
84. Discuto con adultos		00	01	02

86. Tengo pesadillas. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
88. Mantengo interés por las cosas	(0)	(1)	(2)
87. Robo	(0)	(1)	(2)
88. Miento para beneficiarme	(0)	(1)	(2)
89. Me maltratan en casa. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
90. Guardo cosas	(0)	(1)	(2)
91. Me maltratan en la escuela. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
92. Evito relacionarme con las personas	(0)	(1)	(2)
93. Pierdo el control	(0)	(1)	(2)
94. Evito mirar a los ojos a las personas	(0)	(1)	(2)
95. Soy cruel con animales	(0)	(1)	(2)
96. He perdido peso sin planearlo	(0)	(1)	(2)
97. Mis compañeros me molestan	(0)	(1)	(2)
98. Tengo dificultad para sostener una conversación	(0)	(1)	(2)
99. Muevo una parte de mi cuerpo. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
100. Evito compartir alegría, gustos e intereses con otros	(0)	(1)	(2)
101. Me molestan los cambios	(0)	(1)	(2)
102. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración	(0)	(1)	(2)
103. Tengo problemas de lenguaje Menciona: _____	(0)	(1)	(2)
104. Inicio peleas	(0)	(1)	(2)
105. Se me dificulta concluir tareas y trabajos	(0)	(1)	(2)
106. Tartamudeo	(0)	(1)	(2)
107. Destruyo cosas ajenas	(0)	(1)	(2)
108. Tengo mala autoestima	(0)	(1)	(2)
109. Me gusta estar acompañado (a)	(0)	(1)	(2)
110. Tengo dificultad para leer y/o escribir. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
111. Entro a lugares prohibidos (casas, bodegas, autos)	(0)	(1)	(2)
112. Tengo tics. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
113. Me enojo fácilmente	(0)	(1)	(2)
114. Temo subir de peso	(0)	(1)	(2)
115. Ensucio con excremento mi cama o ropa	(0)	(1)	(2)
116. Me molesta seguir órdenes	(0)	(1)	(2)
117. Despierto demasiado temprano	(0)	(1)	(2)
118. Me escapo de casa	(0)	(1)	(2)
119. Culpo a otros por lo que hago	(0)	(1)	(2)
120. Amenazo a otros	(0)	(1)	(2)
121. Escucho ruidos o voces que nadie más oye	(0)	(1)	(2)
122. Soy cruel con personas	(0)	(1)	(2)
123. Soy cooperador (a)	(0)	(1)	(2)
124. Tengo confianza en mí mismo (a)	(0)	(1)	(2)
Molestias físicas			
125. Sudor, temblor/ adormecimiento u hormigueo	(0)	(1)	(2)
126. Me cuesta respirar bien / molestia en el pecho, siento los latidos de mi corazón	(0)	(1)	(2)
127. Manchas o ronchas en la piel	(0)	(1)	(2)
128. Náusea, vómito o molestia en abdomen	(0)	(1)	(2)
129. Mareo o debilidad	(0)	(1)	(2)
130. Miedo a morir	(0)	(1)	(2)
131. Dolor o dolores en el cuerpo	(0)	(1)	(2)
132. Dolor de cabeza	(0)	(1)	(2)
133. Otros. Describe: _____	(0)	(1)	(2)
Marca uno o más, si corresponde:			
134. Jalo o arranco mi cabello	(0)	(1)	(2)
135. Me pellizco	(0)	(1)	(2)
136. Me corto	(0)	(1)	(2)
Marca uno o más, si consumes:			
137. Alcohol	(0)	(1)	(2)
138. Cafeína (café, red bull, etc)	(0)	(1)	(2)
139. Pegamento o Thinner	(0)	(1)	(2)
140. Tabaco	(0)	(1)	(2)
141. Otro (s). Describe: _____	(0)	(1)	(2)
142. He intentado suicidarme			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguna vez <input type="checkbox"/> Más de una vez _____ Escribe el número de intentos suicidas previos			
143. ¿Por tus problemas has sido enviado alguna vez con médico, psicólogo o psiquiatra?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
144. Marca uno o más si corresponde Por tus problemas, has buscado ayuda con alguno de los siguientes:			
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Orientador o trabajador social			
145. Tengo molestias cuando menstrúo	(0)	(1)	(2)

Anexo 7: CADI Cuestionario de Asignación diagnóstica - Versión para padres

CADI – PANIA Cédula de Asignación Diagnóstica para padres

(Acerca del menor de 7- 18 años)

FOLIO

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marque el número que describen a su hijo (a) ahora o dentro de los 6 últimos meses.

Califica con: 0 si no es claro o no es aplicable a su persona
1 si es ocasionalmente o de alguna manera claro y
2 si la conducta es muy clara o casi siempre clara. **Por favor conteste todos los puntos.**

IMPORTANTE

- CADIC** 
- Ponga marcas oscuras
 - Ejemplo: 
 - Retiene completamente los datos
 - Marque completamente para cambiar MARCA

POR FAVOR, NO ESCRIBAS SOBRE ESTA ZONA			
1. Es confiable	00	01	02
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas	00	01	02
3. Tiene mucha energía	00	01	02
4. Parece no escuchar cuando le hablan	00	01	02
5. Es independiente	00	01	02
6. No comprende las emociones y sentimientos de los demás	00	01	02
7. Es desorganizado (a)	00	01	02
8. Pierde sus cosas fácilmente	00	01	02
9. Le cuesta ordenar las cosas	00	01	02
10. Se distrae fácilmente	00	01	02
11. Es olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas	00	01	02
12. Es fuertemente inquieto (a)	00	01	02
13. Se molesta fácilmente	00	01	02
14. Evita actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa)	00	01	02
15. Habla mucho	00	01	02
16. Tiene dificultad para esperar turnos (files)	00	01	02
17. Se preocupa excesivamente	00	01	02
18. Es responsable	00	01	02
19. Es servicial (a)	00	01	02
20. Toma las cosas en serio	00	01	02
21. Fácilmente se queda enfadado (a) o quejado (a)	00	01	02
22. Pierde el interés por actividades que antes disfrutaba	00	01	02
23. Se siente deprimido (a)	00	01	02
24. Tiene sueño en el día	00	01	02
25. Se siente culpable	00	01	02
26. Repite palabras o frases	00	01	02
27. Es sociable	00	01	02
28. Evita comer ciertos alimentos	00	01	02
29. Se provoca el vómito	00	01	02
30. Pasa días que alguien le persigue o quiere dañarle	00	01	02
31. Tiene dificultad para poner atención, comete errores por descuido	00	01	02
32. Tiene ansiedad subclínica	00	01	02
33. Duermes poco	00	01	02
34. Interés cosas raras	00	01	02
35. Tiene ideas extrañas. Describir: _____	00	01	02
36. Es atrevido (a)	00	01	02
37. Ve personas, cosas o animales que nadie más ve	00	01	02
38. Come mucho	00	01	02
39. Falta a clases	00	01	02
40. Tiene miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Describir: _____	00	01	02
41. Cambio de postura. Mueve manos/pies	00	01	02
42. Tiene pensamientos repetitivos. Describir: _____	00	01	02
43. Cuenta, repite palabras o frases para controlar pensamientos	00	01	02
44. Sabe de una idea a otra	00	01	02
45. Pensamientos de muerte/morir	00	01	02
46. Hace el último las tareas que requieren mayor concentración	00	01	02
47. Se cansa fácil	00	01	02
48. Está "en marcha" o moviéndose	00	01	02
49. Se siente triste	00	01	02
50. Es capaz de resolver problemas	00	01	02
51. Es justo (a) con los demás	00	01	02
52. Contesta antes de que completen la pregunta	00	01	02
53. Es optimista	00	01	02
54. Tiene poca energía	00	01	02
55. Es puntual	00	01	02
56. Es lento (a)	00	01	02
57. Cumple con las metas que se propone	00	01	02
58. Tiene poco control de su nerviosismo	00	01	02
59. Se siente agitado (a)	00	01	02
60. Otrora en su cama o ropa	00	01	02
61. Por momentos come mucho	00	01	02
62. Es rencoroso (a) o vengativo (a)	00	01	02
63. Pierde el control de lo que come	00	01	02
64. Está convencido (a) que partes de su cuerpo son defectuosas	00	01	02
65. Piensa sobre un accidente o agresión que sufrió o vio	00	01	02
66. Le preocupa enfermarse	00	01	02
67. Interrumpe conversaciones y actividades de otros	00	01	02
68. Finge síntomas o enfermedades	00	01	02
69. Regresa comida a su boca después de haberla pasado	00	01	02
70. Le apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas	00	01	02
71. Evita hablar con los otros	00	01	02
72. Piensa que está gordo (a)	00	01	02
73. Le cuesta quedarse dormido (a)	00	01	02
74. Molineta a otros	00	01	02
75. Come cosas no comestibles (papel, goma, yeso, lana, etc.)	00	01	02
76. Se despierta en las noches o la madrugada	00	01	02
77. Enciende fuego	00	01	02
78. Tiene mucho sueño en el día	00	01	02
79. Lee/ve con objetos o armas	00	01	02
80. Es explosivo (a)	00	01	02
81. Ronca	00	01	02
82. Lava mucho sus manos	00	01	02
83. Camina dormido (a)	00	01	02
84. Discute con adultos	00	01	02

85. Tiene pesadillas. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
86. Mantiene interés por las cosas	(2)	(1)	(2)
87. Roba	(2)	(1)	(2)
88. Miente para beneficiarse	(2)	(1)	(2)
89. Es maltratado (a) en casa. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
90. Guarda cosas	(2)	(1)	(2)
91. Es maltratado (a) en la escuela Describir: _____	(2)	(1)	(2)
92. Evita relacionarse con las personas	(2)	(1)	(2)
93. Pierde el control	(2)	(1)	(2)
94. Evita mirar a los ojos de las personas	(2)	(1)	(2)
95. Es cruel con animales	(2)	(1)	(2)
96. Ha perdido peso sin planearlo	(2)	(1)	(2)
97. Sus compañeros lo (a) molestan	(2)	(1)	(2)
98. Tiene dificultad para sostener una conversación	(2)	(1)	(2)
99. Mueve una parte de su cuerpo. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
100. Evita compartir alegría, gustos e intereses con otros	(2)	(1)	(2)
101. Le molestan los cambios	(2)	(1)	(2)
102. Deja al último las tareas que requieren mayor concentración	(2)	(1)	(2)
103. Tiene problemas de lenguaje. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
104. Inicia peleas	(2)	(1)	(2)
105. Tiene dificultad para concluir tareas y trabajos.	(2)	(1)	(2)
106. Tartamudea	(2)	(1)	(2)
107. Destruye cosas ajenas	(2)	(1)	(2)
108. Tiene mala autoestima	(2)	(1)	(2)
109. Le gusta estar acompañado (a)	(2)	(1)	(2)
110. Tiene dificultad para leer y/o escribir. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
111. Entra a lugares prohibidos (casas, bodegas, autos)	(2)	(1)	(2)
112. Tiene tics. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
113. Se enoja fácilmente	(2)	(1)	(2)
114. Tiene miedo de subir de peso	(2)	(1)	(2)
115. Ensucia con excremento su cama o ropa	(2)	(1)	(2)
116. Le molesta seguir órdenes	(2)	(1)	(2)
117. Despierta demasiado temprano	(2)	(1)	(2)
118. Se escapa de casa	(2)	(1)	(2)
119. Culpa a otros por lo que hace	(2)	(1)	(2)
120. Amenaza a otros	(2)	(1)	(2)
121. Escucha ruidos o voces que nadie más oye	(2)	(1)	(2)
122. Es cruel con personas	(2)	(1)	(2)
123. Es cooperador (a)	(2)	(1)	(2)
124. Tiene confianza en mí mismo (a)	(2)	(1)	(2)
Molestias físicas			
125. Sudor, temblor/ adormecimiento u hormigueo	(2)	(1)	(2)
126. Le cuesta respirar bien / molestia en el pecho, siente los latidos de su corazón	(2)	(1)	(2)
127. Manchas o ronchas en la piel	(2)	(1)	(2)
128. Náusea, vómito o molestia en abdomen	(2)	(1)	(2)
129. Mareo o debilidad	(2)	(1)	(2)
130. Miedo a morir	(2)	(1)	(2)
131. Dolor o dolores en el cuerpo	(2)	(1)	(2)
132. Dolor de cabeza	(2)	(1)	(2)
133. Otros. Describir: _____	(2)	(1)	(2)
Marca uno o más, si corresponde:			
134. Jala o arranca su cabello	(2)	(1)	(2)
135. Se pelizza	(2)	(1)	(2)
136. Se corta	(2)	(1)	(2)
Marque uno o más, si su hijo consume:			
137. Alcohol	(2)	(1)	(2)
138. Cafeína (café, red bull, etc.)	(2)	(1)	(2)
139. Pegamento o Thinner	(2)	(1)	(2)
140. Tabaco	(2)	(1)	(2)
141. Otro (s) Describir: _____	(2)	(1)	(2)
142. Ha intentado suicidarse <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Más de una vez _____ Escriba el número de intentos suicidas previos			
143. ¿Por sus problemas ha sido enviado alguna vez con médico, psicólogo o psiquiatra? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
144. Marcar uno o más si corresponde. Por sus problemas, su hijo (a) ha buscado ayuda con alguno de los siguientes: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Psiquiatra <input type="radio"/> Religioso <input type="radio"/> Maestro <input type="radio"/> Orientador o trabajador social			
145. Mi hija tiene molestias cuando menstrua	(2)	(1)	(2)