

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



TESIS:

Autolesiones no suicidas en niños y adolescentes mexicanos: un análisis de clases latentes.

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

José Israel Medrano Hernández

TUTOR METODOLÓGICO:

TUTOR TEÓRICO:

Dra. Lilia Albores Gallo

Dra. Gema Torres Suárez

CD. MX. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE DATOS

Nombre del alumno autor del trabajo de Tesis:

José Israel Medrano Hernández.

Correo electrónico: joismehe@gmail.com

Nombre del asesor (a) Metodológico:

Dra. Lilia Albores Gallo.

Correo electrónico: algali.1209@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Nombre del asesor (a) Teórico:

Dra. Gema Torres Suárez.

Correo electrónico: gemats5@hotmail.com

RESUMEN

Antecedentes: Muchos estudios han examinado predictores de ALNS, pero se han identificado muy pocos factores con una gran capacidad predictiva. Las posibles combinaciones de estos factores producen una constelación de perfiles de ALNS, y esta diversidad explica la dificultad para evaluar y manejar la condición. **Objetivos:** Identificar clases por medio del análisis de clases latentes en niños y adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas. **Material y métodos:** La muestra total se conformó por 486 niños y adolescentes, siendo 430 individuos obtenidos de una muestra comunitaria y 57 individuos de una muestra hospitalaria, de los cuales 210 cumplieron los criterios acorde al DSM-5 TR para el trastorno de lesiones no suicidas mediante el uso de la cédula de autolesiones AUTOLES. **Resultados:** Mediante un análisis de clases latentes se considero que la mejor solución fue la de tres clases por tener un mejor ajuste de los valores de verosimilitud logarítmica, AIC y BIC, con resultados -1255, 2629 y 2826, respectivamente. Las probabilidades indican la probabilidad de que un individuo en particular pertenezca a una clase específica. La Clase 2 tiene una probabilidad menor pero aún significativa, mientras que la Clase 3 tiene la probabilidad más baja de pertenencia. **Discusión:** El análisis de clases latentes es una técnica estadística utilizada para identificar patrones latentes o no observables en una muestra de datos. Tanto antes como después de la autolesión, la preocupación fue un sentimiento frecuente. Estos hallazgos pueden contribuir a una mejor comprensión de la autolesión y a desarrollar enfoques de intervención más adecuados para cada grupo. **Conclusiones:** Los resultados sugieren la existencia de diferentes grupos o perfiles en la muestra analizada, donde la Clase 1 es la más prevalente, seguida de la Clase 2 y, finalmente, la Clase 3.

Términos MeSH: NSSI, DSM-5, niños, adolescentes.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
HIPÓTESIS	12
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	13
General:	13
Específicos:	13
MATERIAL Y MÉTODOS	13
Tipo de diseño:	13
Muestra:	13
Criterios de inclusión:	13
Criterios de exclusión:	13
Criterios de eliminación:	13
Variables:	14
Procedimiento:	14
Instrumentos de medición:	16
Análisis estadístico:	16
Consideraciones éticas:	17
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	28
LIMITACIONES	31
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La primer descripción clínica de autolesiones se hizo por el Psicoanalista Karl Meninger en su libro “El hombre contra sí mismo” (1938), en esta se identifica a este fenómeno como una respuesta adaptativa del individuo ante la ideación suicida (o instinto de muerte) o una forma de “suicidio atenuado”, con el tiempo las concepciones han cambiado; la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico 5ta Edición (DSM-5) (2013) define a las ALNS como actos deliberados, intencionales y autodirigidos para dañar el cuerpo, sin intención suicida e incluyen conductas como: cortes, quemaduras, laceraciones, pellizcos, abrasiones, mordeduras, fracturas o golpes, entre otras.

Hasta hace unos años, cuando se llegó a un consenso sobre la definición de las ALNS, la terminología relacionada con las autolesiones era imprecisa e inconsistente. Varios de los términos que se aplicaron no dejaban claro si el acto en cuestión incluía una conducta suicida o si estaba reservado para una conducta no suicida. La terminología vaga e inconsistente ha llevado a la confusión, lo que a su vez generó problemas en relación con la práctica clínica y la investigación científica.

Existe una documentación extensa de que las ALNS están en aumento y que es más frecuente hoy que hace 20 o 30 años, pero por varias razones es difícil determinar la ocurrencia de NSSI en varios grupos de población.

Algunos estudios han examinado la prevalencia de NSSI en un amplio rango de edad de la población general. Estos estudios han revelado diferentes niveles de prevalencia, quizás porque se realizaron en diferentes momentos, en diferentes culturas y utilizando diferentes métodos e intervalos de tiempo.

MARCO TEÓRICO

Análisis de clases latentes

El análisis de clases latentes (ACL) es un procedimiento estadístico que se utiliza para identificar subgrupos cualitativamente diferentes dentro de las poblaciones que comparten ciertas características externas. Para detectar los grupos latentes, el ACL utiliza las respuestas dicotómicas (variables categóricas) de los participantes del estudio. Sin embargo, cuando las variables son continuas, se realiza el análisis de perfil latente (APL). El ACL detecta heterogeneidad latente en las muestras, es un caso especial de modelado mixto centrado en la persona que identifica subpoblaciones latentes dentro de una muestra con base en patrones de respuestas a las variables estudiadas. El ACL tiene el supuesto de que la membresía a las clases no observadas puede explicar patrones de puntajes en respuestas de encuestas, o indicadores de evaluación o escalas.¹

Auto-lesiones no suicidas

En la última clasificación del Manual Diagnóstico Estadístico 5-TR (DSM-5TR), se define que la característica esencial de la autolesión no suicida es el infligimiento repetido de lesiones leves a moderadas, dolorosas, en la superficie de su cuerpo sin intención suicida, con el propósito de reducir las emociones negativas, (tensión, ansiedad, tristeza o autorreproche), o resolver una dificultad interpersonal.²

La proliferación de términos descriptivos para describir comportamientos autodestructivos ha generado confusión³, tales como "parasuicidio", "autolesiones",⁴ autolesiones delicadas. El síndrome de corte, y la "autolesión deliberada" o "autolesión deliberada no fatal",⁵ se han utilizado para describir conductas autolesivas que no resultaron en la muerte.

Así mismo, las ALNS puede conducir a una mayor tolerancia al dolor y a reducir el miedo a la muerte, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de intentos de suicidio, algunos teóricos consideran que las ALNS son un predictor de conducta suicida.⁶

Varios estudios encontraron un aumento en la prevalencia de autolesiones en el sexo femenino frente al masculino a razón de 4:1. ^{49,50} La etiología se desconoce. La propuesta de un modelo de disfunción del sistema opioide, que involucra a la β -endorfina y la meta-enkefalina asociada a diversos factores sociales es interesante aunque poco estudiado. ⁵¹

Joiner et al, propusieron tres factores que pueden aumentar el riesgo de ideación suicida y suicidio, 1) las reacciones de otros hacia las ALNS, 2) disminución en el sentido de pertenencia secundario al aislamiento percibido de los otros, 3) la vergüenza y la culpa asociadas con ALNS pueden conducir a un aumento en la carga percibida. ⁷ Aunque el comportamiento auto lesivo es un fenómeno frecuente, los datos varían considerablemente entre las muestras. La edad de aparición de ALNS ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia temprana, entre los 12 y los 14 años. ²⁹

Las características de las ALNS, como los métodos, la frecuencia y la edad de inicio, la psicopatología clínica, incluidos los diagnósticos psiquiátricos comórbidos, el TLP, las tendencias suicidas, la conciencia emocional y las dificultades con la regulación de las emociones, los eventos vitales negativos y la experiencia traumática son posibles variables relevantes para discriminar entre los grupos de riesgo. ^{30, 31}

Las ALNS se asocian con varios resultados desfavorables, como deficiencias cognitivas, malas relaciones interpersonales y delitos violentos. ⁸

Modelo de función de las autolesiones

Un análisis funcional de ALNS tiene como objetivo identificar los factores que motivan, intensifican y perpetúan el comportamiento auto agresivo. El modelo propuesto por Nock y Prinstein (2004) ilustra cómo se puede analizar la ALNS en función de dos dimensiones: si a la ALNS le siguen consecuencias que son el resultado automático de procesos psicológicos o fisiológicos en el individuo, o si se

ve reforzada por interacciones sociales con otros. Además, el modelo opera con un refuerzo del comportamiento que es positivo o negativo.⁵⁵ El modelo consta de 4 rubros: refuerzo automático-negativo, refuerzo automático-positivo, refuerzo social positivo y el refuerzo social negativo. En el refuerzo automático-negativo, se elimina o reduce el sentimiento aversivo, lo que resulta en una reducción del dolor psicológico. Esta es la función que mencionan más comúnmente tanto los teóricos como las personas que participan en ALNS: "para detener los malos sentimientos". El refuerzo automático-positivo se refiere a una situación en la que ALNS produce un sentimiento positivo, porque la persona siente un "subidón", se siente más ligera o en mayor contacto con su propio cuerpo. En el refuerzo social positivo, la persona que se autolesiona recibe atención o cuidado de su entorno o es capaz de "castigar a otros" por ALNS. La ALNS en sí puede ser desagradable, porque implica dolor físico, pero los beneficios y el refuerzo de la conducta autolesiva radican en la reacción que produce en los demás. La cuarta y última categoría es el refuerzo social negativo, donde la persona usa NSSI como una forma de evitar o escapar de las demandas u obligaciones sociales.⁹

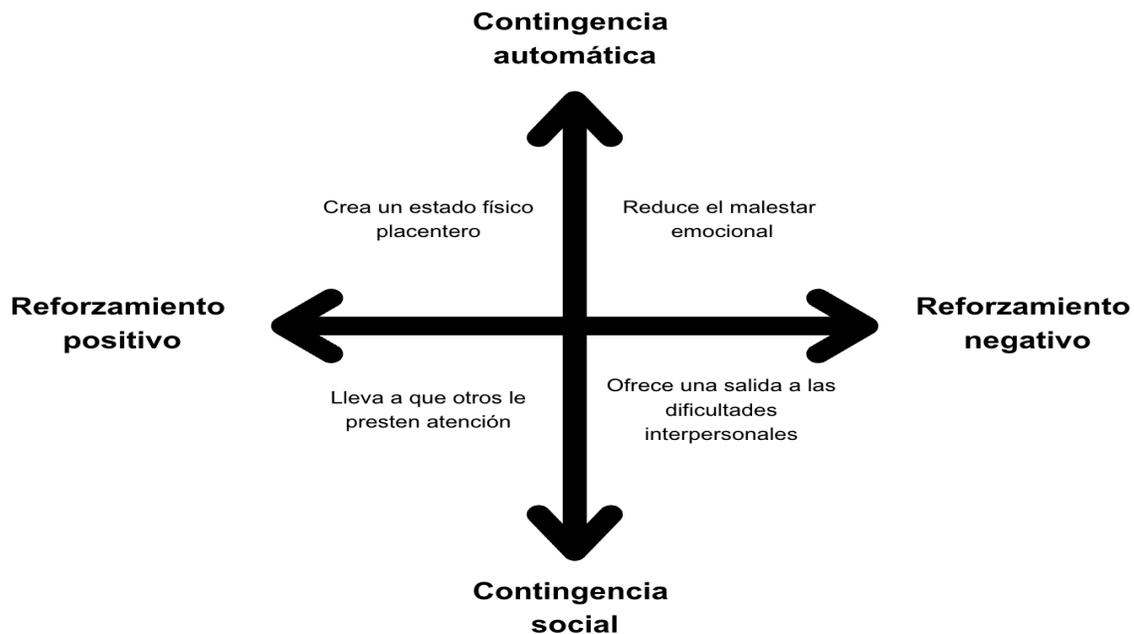


Figura 1. Modelo de las Cuatro Funciones. Tomado y modificado de Nock y Prinstein (2004).

Epidemiología

Las autolesiones no suicidas (ALNS) son un problema clínico y de salud pública en crecimiento. Varios estudios han incluido muestras representativas de la población general: Briere y Gil encontraron que el 4% de los estadounidenses se había autolesionado al menos en una ocasión; unos años más tarde, Klonsky encontró una prevalencia del 5,9% en la población americana.^{9,10} Según un estudio internacional sobre la epidemiología de la ALNS, el 26% de los adolescentes, se han involucrado en ALNS al menos una vez en la vida, mientras que un 9,5 % se han involucrado en ALNS al menos 4 veces.¹¹

La investigación empírica se ha realizado predominantemente en adultos jóvenes y/o en muestras comunitarias/universitarias. Muy pocos estudios se han centrado en poblaciones clínicas y adolescentes.^{12,13} Aproximadamente el 50% de las personas que participan en ALNS lo hacen solo una o dos veces, mientras que para otros, el comportamiento tiene un curso crónico.¹⁴ Un metanálisis de 119 estudios publicados entre 1993 y 2013, que incluyó datos de 231, 553 encuestados, revelando que la prevalencia de ALNS entre los estudios era del 17 % en adolescentes (de 10 a 17 años), del 13 % en adultos jóvenes (18-24) y 5,5% entre adultos (≥ 25 años).¹⁵ Por sexo, la prevalencia fue mayor en el sexo femenino 21,3% que en el masculino 17,8%. Las tasas de ALNS no solo son más altas entre los adolescentes¹⁶, pero también es el momento más común de la primera incidencia.¹⁷

La mayoría de los jóvenes que se autolesionan inician la conducta entre los 11 y los 16 años.¹⁸ En México los datos estadísticos estiman que 10% de los adolescentes se autolesionan.¹⁹ Albores et al (2014), demostró en un estudio realizado en la Ciudad de México con 533 adolescentes que la prevalencia de ALNS fue del 17,1%.²⁰ Mientras que Mayer et al, determinó que, en muestra de 804 adolescentes entre 12 a 17 años, 27,9% de los entrevistados reportaron autolesionarse y 7,4% dijo tener ideación suicida; ambas fueron más frecuentes en

mujeres.²¹

La evaluación de ALNS debe adaptarse a la población específica a la que se está estudiando.²²

Autolesiones no suicidas y comorbilidad psiquiátrica

La autolesión también se ha relacionado durante mucho tiempo con otros trastornos, incluido el trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad, trastorno límite de la personalidad (TLP), y trastorno alimentario.^{26, 27, 28}

Las estimaciones anteriores oscilaron entre el 40 y el 82 % entre los adolescentes en entornos de hospitalización psiquiátrica y establecieron que ~4 % de la población general tiene antecedentes de ALNS.^{23, 24,25}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década, varios investigadores han sugerido que ALNS es un factor de riesgo para el comportamiento suicida sobre la base de investigaciones que muestran que un historial previo de autolesiones es uno de los predictores más fuertes de intentos suicidas, tanto de forma transversal como longitudinal.³² El vínculo entre la enfermedad mental y el mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas se ha documentado, el inicio temprano de la conducta autolesiva evidencia la aparición temprana de los trastornos psiquiátricos.³³

La conducta autolesiva asociada con depresión resistente a tratamiento cursa con niveles más altos de ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos, conflictos familiares, y mayor propensión al abuso físico o sexual.³³ Algunos estudios demuestran que la conducta autolesiva es un fuerte predictor para trastornos de alimentación, como la bulimia.³⁴

En la última década, varios investigadores han sugerido que ALNS es un factor de riesgo para el comportamiento suicida sobre la base de investigaciones que muestran que un historial previo de autolesiones es uno de los predictores más fuertes de intentos suicidas, tanto de forma transversal como longitudinal.³³ El vínculo entre la enfermedad mental y el mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas se ha documentado, el inicio temprano de la conducta autolesiva evidencia la aparición temprana de los trastornos psiquiátricos.³⁵

La conducta autolesiva puede considerarse como un síntoma predictor de un acto suicida hasta 4 – 8% de las personas con autolesiones informan haber realizado un intento suicida previo.⁶ A nivel intrapsíquico se considera que las conductas de daño son un método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico.³⁶

Las ALNS puede presentarse de diferentes maneras, según el método, frecuencia, gravedad, función y puede estar asociada con una serie de factores de riesgo (maltrato infantil, dificultades con la regulación de las emociones) y psicopatología (trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad), o la ausencia de estos factores. Las posibles combinaciones de estos factores producen una constelación de perfiles de ALNS, y esta diversidad explica la dificultad para evaluar y manejar la condición.³⁷

JUSTIFICACIÓN

Encuestas recientes sugieren que la ALNS con comunes en todo el mundo, especialmente entre los jóvenes.³⁹ Las ALNS por lo general surge por primera vez durante la adolescencia temprana.⁴⁰

Muchos estudios han examinado predictores de ALNS, pero se han identificado muy pocos factores con una gran capacidad predictiva ⁴³, probablemente debido a la pequeña cantidad de variación en la ocurrencia de ALNS explicada por predictores

individuales. Algunas variables que se han identificado como predictivas del comportamiento ALNS en adultos jóvenes incluyen síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, sexo femenino, desregulación afectiva y estilos cognitivos rumiantes.⁴⁴

La atención se ha centrado recientemente en la heterogeneidad de las personas que participan en ALNS. A pesar de la gravedad potencial de la ALNS, no todas las personas que se involucran en este comportamiento cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico.^{41,42}

Reducir la heterogeneidad de las presentaciones de ALNS al agrupar a los adolescentes mexicanos que participan en ALNS en clases clínicamente significativas puede ayudar a comprender esta afección y guiar los planes de tratamiento.⁴⁵

Klonsky y Olini (2008) realizaron ACL con adultos jóvenes que participaron en ALNS y encontraron evidencia de cuatro grupos distintos, cada uno involucrado en diferentes métodos ALNS para diferentes funciones sociales y automáticas, y con diferentes edades de inicio, síntomas de depresión y ansiedad, personalidad límite. síntomas del trastorno, ideación suicida a lo largo de la vida y número de intentos de suicidio a lo largo de la vida.⁴⁶

HIPÓTESIS

Hi: El uso de análisis de clases latentes en niños y adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas establecería clases latentes diferenciadas.

Ho: El uso de análisis de clases latentes en niños y adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas no establecería una tipología de riesgo.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

- **Objetivo general:**
 - Identificar clases por medio del análisis de clases latentes en niños y adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas.
- **Objetivos específicos:**
 - Evaluar las características demográficas de la muestra de niños y adolescentes mexicanos con antecedente de autolesiones no suicidas.
 - Estudiar características de las clases de autolesiones no suicidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: observacional, transversal y descriptivo a partir de una base de datos con aplicación de cédula AUTOLES.

Muestra: 486 niños y adolescentes, siendo 430 individuos obtenidos de una muestra comunitaria (84.5%) de escuelas de educación primaria y secundaria de la alcaldía Tlalpan en la Ciudad de México y 57 individuos de una muestra hospitalaria (11.5%) obtenida de pacientes en seguimiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, recolectadas en el año 2017.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 10 a 17 años quienes hayan completado la cédula de autolesiones.

Criterios de exclusión:

- Individuos con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista.

Criterios de eliminación:

- Pacientes de 10 a 17 años quienes no hayan completado la cédula de autolesiones

Variables:

Tabla 1. Descripción de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medida	Categoría	Tipo
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el momento en que nació.	Años de vida que tiene el niño y adolescente al momento de la aplicación de los instrumentos.	Datos socio demográficos	10-14 años	Independiente Cuantitativa Continua
Sexo	Condición orgánica que distingue a los femeninos de los masculinos.	Femenino Masculino	Datos socio demográficos	Femenino Masculino	Independiente Cualitativa Dicotómica Nominal
AUTOLES	Instrumento que evalúa la presencia de ALNS acorde a DSM-5	SI NO	SI NO	Puntuación total	Dependiente Dicotómica Nominal
Clases latentes	Grupos o subgrupos con miembros similares e inobservables .	Clase 1 Clase 2 Clase 3	1 2 3	Clase	Dependiente Dicotómica Nominal

Procedimiento:

Este estudio se denomina “Autolesiones no suicidas en niños y adolescentes mexicanos: un análisis de clases latentes” el cual se deriva del proyecto “Validez de la Cédula de Autolesiones”, a cargo de la doctora Lilia Albores Gallo, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en cuyos participantes se aplicó la Cédula de autolesiones AUTOLES. Este estudio es un análisis secundario de la base de datos de una muestra de niños y adolescentes de 10 a 17 años, de escuelas primarias y secundarias de Tlalpan, CDMX, así como una muestra obtenida del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.⁵³

Inicialmente se buscó un tema de interés, mismo que estuviera relacionado con padecimientos de alta prevalencia en nuestro hospital y que el estudio del mismo,

nos brindara información útil y aplicable en nuestro medio. Se realizó la revisión de la literatura y búsqueda y selección de artículos científicos relevantes relacionados con el tema, para posteriormente comenzar a formular la metodología de la investigación. Debido a que se trata de un análisis secundario, tras obtener la información necesaria para el estudio, incluyendo las variables de interés, los datos se vaciaron a una hoja de recolección de datos en Excel. Posteriormente, se realizaron los análisis estadísticos vaciando los datos de interés al programajamovi, (2.3.26.0), se eligió este programaestadístico con el fin de obtener datos representativos y estadísticamente confiables. Por último, se evaluaron los resultados arrojados, se interpretaron, y se emitió una opinión objetiva y conclusión de los hallazgos.

Cronograma

Tabla 2. Cronograma de actividades

Años	2022										2023		
Meses	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene-Mar	Abr-May	Jun
Selección de tema de investigación.													
Revisión bibliográfica.													
Elaboración de protocolo.													
Desarrollo del marco teórico.													
Revisión y ejecución de base de datos.													
Análisis estadísticos y procesamiento de la información.													
Redacción de resultados y discusión.													
Revisión y elaboración de documentos.													
Divulgación de los resultados.													

Instrumentos de medición:

Cédula de Autolesiones AUTOLES (Anexo 2)

Es un instrumento en idioma español, autoaplicable. El tiempo de aplicación es variable, dependiente de las habilidades lectoras del sujeto. Evalúa la presencia y características de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, diseño de acuerdo con los criterios descriptivos del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.) para autolesiones sin intención suicida. Examina el método con el que son realizadas las autolesiones, su topografía corporal, componente adictivo, edad de inicio, factores desencadenantes y atenuantes. Explora el componente comportamental (criterios del DSM-5) de las autolesiones como son: (B1) precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional, así como algunas variables explicativas. Además, explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado. El instrumento consiste en noventa y dos reactivos de respuesta dicotómica (SI – NO), de cuatro preguntas de opción múltiple y dos de respuesta abierta. No cuenta con punto de corte, por su utilidad descriptiva, sin embargo, también permite explorar la prevalencia de las autolesiones a uno, seis, doce meses y a lo largo de la vida.⁴⁷

Este instrumento se validó por la doctora Albores y cols., reportándose consistencia interna del instrumento con un Coeficiente de fiabilidad de Kuder-Richerson KR= 0,96, con sensibilidad de 0,56 y especificidad de 1,0 según la dimensión del instrumento.⁴⁸

Análisis estadístico:

Se utilizó el programa Jamovi versión 2.3.26.0 para llevar a cabo el análisis de clases latentes, una técnica estadística que permite identificar subgrupos homogéneos dentro de una muestra basándose en patrones de respuesta similares en varias variables. Este análisis permitió identificar diferentes clases de adolescentes mexicanos en función de los mecanismos de autolesión utilizados, las

emociones previas a la conducta autolesiva y la preocupación por la realización de la misma.

Para complementar el análisis de clases latentes, se realizaron tablas de contingencia mediante el uso del programa JASP versión 0.17.1. Estas tablas permitieron presentar los datos descriptivos de manera clara y concisa, lo que permitió tener una mejor comprensión de los patrones encontrados en el análisis de clases latentes.

Por último, se realizó una regresión lineal mediante el uso del programa JASP versión 0.17.1., para explorar la relación entre las emociones previas a la conducta autolesiva y la preocupación por la realización de la misma. Este análisis permitió identificar la influencia que tienen las emociones previas en la preocupación que los adolescentes tienen por llevar a cabo la conducta autolesiva.

Consideraciones éticas:

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha: 3 febrero de 1983, en su artículo 17, el presente estudio se considera como: Investigación con riesgo mínimo. El presente estudio (Anexo 5) y el estudio original (Anexo 1), cuentan con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

RESULTADOS

Datos epidemiográficos

La muestra total se conformó por 486 niños y adolescentes, siendo 430 individuos obtenidos de una muestra comunitaria (84.5%) y 57 individuos de una muestra hospitalaria (11.5%), de los cuales 210 cumplieron los criterios acorde al DSM-5 TR para el trastorno de lesiones no suicidas. 138 participantes (65.7%) fueron del sexo femenino, mientras que los 72 participantes fueron del del sexo masculino (34.3%),

con un rango de edad entre 10 y 17 años con una media de 12.9 (DE= 1.3).

Análisis de clases latentes

Para determinar la solución óptima, el ACL comenzó extrayendo una clase latente y aumentando el número de clases extraídas de la solución hasta que no se pudieron extraer más debido a la falta de convergencia. Los resultados indicaron que era plausible la solución de hasta tres clases latentes. Las cuatro soluciones tenían valores de prueba de razón de verosimilitud no significativos, lo que indica que cada modelo no se ajustaba peor que un modelo con un número mayor de clases latentes.

Dado que el objetivo del análisis estadístico de clases latentes no permite la solución de una sola clase, se procedió inmediatamente a explorar la solución de dos clases, la cual arrojó una solución logarítmica de -1323 , un valor de AIC de 2723 y BIC de 2854. Comparativamente, la solución de tres clases indicó un mejor ajuste de los valores de verosimilitud logarítmica, AIC y BIC, con resultados -1255 , 2629 y 2826, respectivamente. El valor de entropía de la solución tres clases fue de 0,91, mostrando que la última opción era la óptima con respecto a la delimitación de clases.

Las probabilidades (Pr_1 , Pr_2 , etc.) indican la probabilidad de que un individuo en particular pertenezca a una clase específica. Dentro del análisis realizado, se presentan los siguientes resultados de probabilidad de pertenencia a cada clase: Clase 1: probabilidad 0.510, Clase 2: probabilidad 0.360 y Clase 3: probabilidad 0.130. Esto indica que hay una mayor probabilidad de que un individuo pertenezca a la Clase 1 en comparación con las otras clases latentes. La Clase 2 tiene una probabilidad menor pero aún significativa, mientras que la Clase 3 tiene la probabilidad más baja de pertenencia. Estos resultados sugieren la existencia de diferentes grupos o perfiles en la muestra analizada, donde la Clase 1 es la más prevalente, seguida de la Clase 2 y, finalmente, la Clase 3. Estas probabilidades de pertenencia a cada clase son útiles para comprender la estructura latente de los

datos y las diferencias entre los perfiles identificados.

Tabla 3. Modelo de clases latentes

Class	AIC	BIC	ABIC	CAIC	Log-likelihood	Entropía	Probabilidad
1	3396	3460	3399	3479	-1679	0.947	0.510
2	2723	2854	2730	2893	-1323	0.943	0.360
3	2629	2826	2639	2885	-1255	0.915	0.130

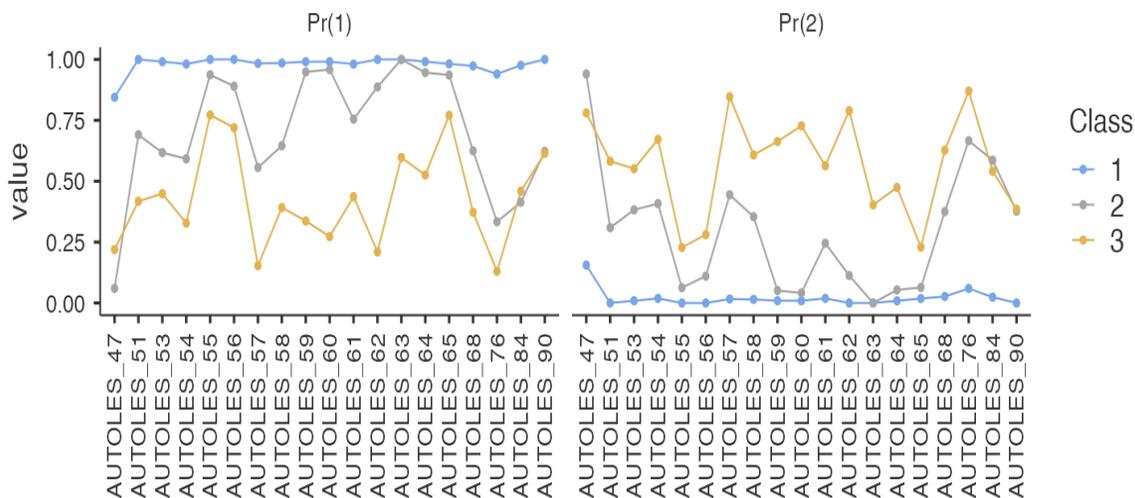


Figura 2. Probabilidad de pertenencia de clases latentes acorde a ítems de cédula AUTOLES. Ítem 47: “¿Cuándo te lastimas prefieres estar solo/a?”. Ítem 51: “¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?”. Ítem 53: “¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?”. Ítem 54: “¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida?”. Ítem 55: “¿Alguna vez te has realizado un tatuaje para sentir dolor?”. Ítem 56: “¿Alguna vez te has realizado una perforación para sentir dolor?”. Ítem 57: “¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?”. Ítem 58: “¿Te lastimas porque quieres castigarte?”. Ítem 59: “¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?”. Ítem 60: “¿Te lastimas porque consigues atención de los demás?”. Ítem 61: “¿Te lastimas para evitar suicidarte?”. Ítem 62: “¿Te lastimas porque quieres saber si alguien te ama?”. Ítem 63: “¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo?”. Ítem 64: “¿Te lastimas porque te molestan en la escuela?”. Ítem 65: “¿Te lastimas porque acosas a alguien en la escuela?”. Ítem 68: “¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?”. Ítem 76: “¿Hubo algún evento que provocó que tú empezaras a lastimarte?”. Ítem 84: “¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas?”. Ítem 90: “¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti?”.

Características socio-demográficas por clases latentes

En el estudio se identificaron tres clases de niños y adolescentes mexicanos con conductas autolesivas. En la clase 1, había un total de 109 individuos, de ellos, el 95.4% (n=104) provenía de la muestra comunitaria y 4.6% (n=5) eran de la muestra hospitalaria. Del total, 48 fueron del sexo masculino (44%) y 61 fueron del sexo femenino (56%). En cuanto a las edades, 15 participantes fueron escolares 10 y 11

años (13.8%), 80 adolescentes jóvenes de 12 y 13 años (73.4%), 13 fueron adolescentes tardíos entre 14 y 15 años (11.9%), y 1 participante tenía entre 16 y 17 años (0.9%).

En la clase 2, había un total de 74 participantes, de los cuales, el 50% eran practicantes de origen comunitario (n=37) y el otro 50% eran de la muestra hospitalaria. Del total, 16 fueron del sexo masculino (21.6%) y 58 fueron del sexo femenino (78.4%). En cuanto a las edades, 6 participantes tenían entre 10 y 11 años (8.1%), 39 tenían entre 12 y 13 años (52.7%), 21 tenían entre 14 y 15 años (28%), y 8 participantes tenían entre 16 y 17 años (10.8%).

En la clase 3, había un total de 27 participantes, el 44.4% (n=12) procedía de la comunidad y 15 (56.6%) eran de origen hospitalario. Del total, 8 fueron del sexo masculino (29.6%) y 19 fueron del sexo femenino (70.4%). En cuanto a las edades, 6 participantes tenían entre 10 y 11 años (2.9%), 7 tenían entre 12 y 13 años (3.3%), 8 tenían entre 14 y 15 años (3.8%), y 6 participantes tenían entre 16 y 17 años (2.9%).

Tabla 4. Datos demográficos por clases latentes

VARIABLES	Clase 1 n=109, (51.9%)	Clase 2 n=74, (35.2%)	Clase 3 n=27, (12.9%)	χ^2	p
Sexo					
Hombre	48 (22.9%)	16 (7.6%)	8 (3.8%)	10.1	0.006
Mujer	61 (29%)	58 (27.6%)	19 (9%)		
Edad					
10-11	15 (7.1%)	6 (2.9%)	6 (2.9%)	35.7	<.001
12-13	80 (38.1%)	39 (18.9%)	7 (3.3%)		
14-15	13 (6.2%)	21 (10%)	8 (3.8%)		
16-17	1 (0.5%)	8 (3.8%)	6 (2.9%)		

Características por análisis de clases latentes

En la clase 1, los principales métodos de autolesión fueron morderse (22.8% de los participantes), golpearse (12.3%) y cortarse (8.1%). Las emociones previas más comunes fueron coraje (7.6%) y emociones negativas (10%). Después de la

conducta, la preocupación fue el sentimiento predominante (17.1%). La respuesta más frecuente fue la liberación de sentimientos negativos (5.7%). Se observaron problemas de socialización en 5 participantes (2.3%).

En la clase 2, los principales métodos de autolesión fueron cortarse (29.1% de los participantes), hacerse marcas con objetos (27.6%) y morderse (18.1%). Las emociones previas más comunes fueron emociones o pensamientos negativos (28.5%), coraje (26.6%) y depresión (24.8%). La preocupación ocurrió tanto antes (17.7%) como después de la conducta (17.7%). Además, 39 participantes (18.5%) expresaron la urgencia de autolesionarse pero no lo llevaron a cabo. Las respuestas más comunes fueron la liberación de sentimientos negativos (26.1%), la superación de dificultades personales (20.4%) y la liberación de tensión durante el acto (19%). Se observaron dificultades en la socialización en 27 participantes (12.9%).

En la clase 3, los métodos de autolesión más utilizados fueron cortarse (10.5% de los participantes), golpearse (8.5%) y quemarse (7.1%). Las emociones previas más comunes fueron depresión (11%), coraje (10.4%) y autocrítica (9.5%). La preocupación predominó después de la conducta (8.5%). Además, 13 participantes (6.1%) expresaron la necesidad de autolesionarse pero no lo llevaron a cabo. Las respuestas más comunes fueron la liberación de sentimientos negativos (9%), la liberación de ideas negativas (8.6%) y la superación de dificultades personales (8.6%). Se observaron dificultades en la socialización en 14 participantes (6.6%).

Tabla 5. Proporción de dominios de la cédula AUTOLES por clases latentes

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	χ^2	p
Método					
Cortes	17 (8.1%)	61 (29.1%)	22 (10.5%)	94.9	<.001
Frotamiento	25 (11%)	39 (18.5%)	13 (6.1%)	18.5	<.001
Objetos bajo la piel	15 (7.1%)	15 (7.1%)	8 (3.8%)	3.9	0.140
Pellizcarse	39 (18.6%)	39 (18.6%)	13 (6.2%)	5.1	0.075
Marcas con objetos	15 (7.1%)	58 (27.6%)	19 (9%)	83.6	<.001
Rascado de cicatrices	53 (25.2%)	42 (20%)	17 (8%)	2.3	0.313
Descamación	32 (15.1%)	23 (11%)	6 (2.8%)	0.772	0.680
Quemadura	15 (7.1%)	36 (17.1%)	15 (7.1%)	33.2	<.001
Arrancarse pelo	13 (6.2%)	14 (6.6%)	9 (4.3%)	7.1	0.029
Arrancarse uñas	17 (8.1%)	10 (4.7%)	8 (3.8%)	4.325	0.115

Morderse	48 (22.9%)	38 (18.1%)	13 (6.2%)	0.848	0.65
Golpearse	26 (12.3%)	30 (14.2%)	18 (8.5%)	18.7	<.001
Emociones o pensamientos previos					
Negativos	21 (10%)	60 (28.5%)	20 (9.5%)	75.8	<.001
Depresivos	13 (6.2%)	52 (24.8%)	23 (11%)	86.6	<.001
Ansiedad	6 (2.8%)	41 (19.6%)	19 (9%)	74.4	<.001
Tensión	7 (3.3%)	32 (15.2%)	15 (7.1%)	45.7	<.001
Coraje	16 (7.6%)	56 (26.6%)	22 (10.4%)	83.2	<.001
Estrés	15 (7.1%)	29 (13.8%)	20 (9.5%)	41.2	<.001
Autocrítica	11 (5.2%)	36 (17.1%)	17 (8%)	46.3	<.001
Preocupación					
Antes de la conducta	16 (7.6%)	37 (17.7%)	14 (6.6%)	30.5	<.001
Durante la conducta	27 (12.8%)	37 (17.6%)	13 (6.1%)	13.8	<.001
Después de la conducta	36 (17.1%)	35 (16.6%)	18 (8.5%)	11.1	0.004
Urgencia					
Sentir la necesidad y no hacerlo	9 (4.2%)	39 (18.5%)	13 (6.1%)	47.7	<.001
Respuesta contingente					
Libera de sentimientos negativos	12 (5.7%)	55 (26.1%)	19 (9%)	84.1	<.001
Liberación de ideas negativas	6 (2.8%)	41 (19.6%)	18 (8.6%)	69.2	<.001
Liberación de dificultades personales	5 (2.3%)	43 (20.4%)	18 (8.5%)	76.4	<.001
Pensamientos positivos	0	14 (6.6%)	10 (4.7%)	35.6	<.001
Libera tensión durante	5 (2.3%)	40 (19%)	12 (5.7%)	50.2	<.001
Libera tensión después	11 (5.2%)	36 (17.3%)	14 (6.7%)	40.9	<.001
Disfunción					
Actividades escolares	2 (0.9%)	12 (5.7%)	11 (5.2%)	33.2	<.001
Descanso	1 (0.4%)	14 (6.7%)	11 (5.2%)	37.1	<.001
Socialización	5 (2.3%)	27 (12.9%)	14 (6.6%)	43.6	<.001

Topografía

Según los resultados del análisis de las diferentes clases en relación a la topografía de las lesiones, se obtuvieron los siguientes hallazgos: Clase 1: Los sitios de lesión más frecuentes fueron los antebrazos y muñecas (4.3% de los casos), seguidos de los brazos y codos (2.4%) y la cara (1.9%). Clase 2: Los sitios más frecuentes de lesión fueron los antebrazos y muñecas (24.5% de los casos), seguidos de los muslos y rodillas (11%) y los brazos y codos (9.1%). Además, se observó que en esta clase también se autolesionaban en el abdomen o tórax (5.7% de los casos). Clase 3: Los sitios de lesión más comunes fueron los antebrazos y muñecas (9.6% de los casos), seguidos de los brazos y codos (5.2%) y la cabeza (5.7%). Además, se encontró que en esta clase también se autolesionaban en el área genital (3.8% de los casos).

Tabla 6. Topografía de lesiones por clases latentes

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	χ^2	p
Antebrazos y muñecas	9 (4.3%)	51 (24.5%)	20 (9.6%)	88.6	<.001
Brazos y codos	5 (2.4%)	19 (9.1%)	13 (5.2%)	32.8	<.001
Muslos y rodillas	2 (0.9%)	23 (11%)	10 (4.7%)	36.7	<.001
Abdomen/tórax	2 (0.9%)	12 (5.7%)	10 (4.7%)	29	<.001
Cara	4 (1.9%)	9 (4.3%)	10 (4.7%)	24.6	<.001
Cabeza	4 (1.9%)	9 (4.2%)	12 (5.7%)	34.3	<.001
Genitales	2 (0.9%)	1 (0.4%)	8 (3.8%)	37.1	<.001

Conducta suicida

Al analizar las clases latentes en relación al antecedente de un intento suicida previo, se obtuvieron los siguientes resultados: Clase 1: Se identificó que un solo participante (0.4% del total) de esta clase reportó haber tenido un intento suicida previo. La muestra total de esta clase fue de 109 participantes. Clase 2: Se encontró que 29 participantes (13.8% del total) de esta clase tenían antecedentes de intento suicida. La muestra total de esta clase fue de 74 participantes. Clase 3: Se observó que 15 participantes (7.1% del total) de esta clase tenían antecedentes de intento suicida. La muestra total de esta clase fue de 27 participantes.

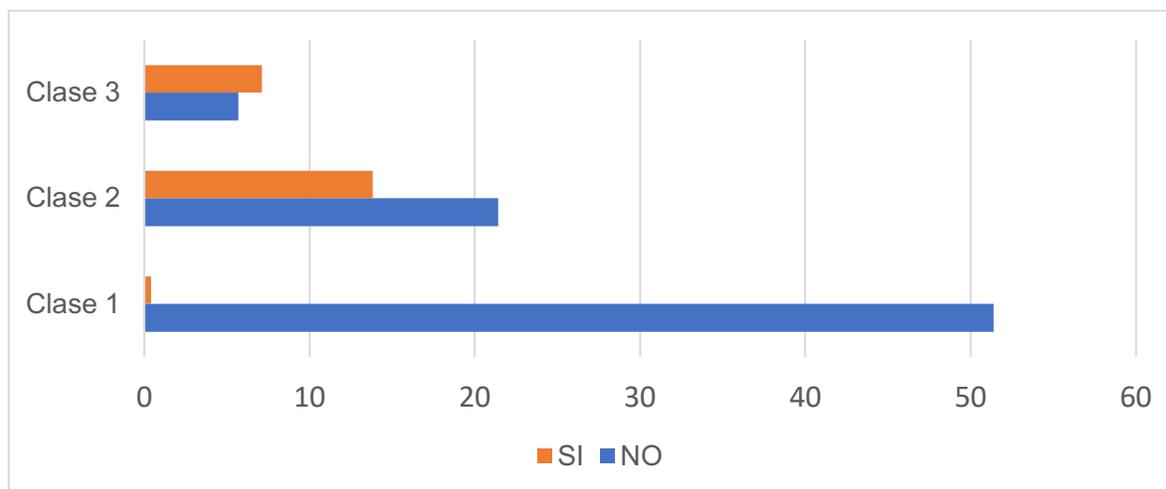


Figura 4. Proporción de antecedente de conducta suicida por clase latente.

Motivantes

Al analizar los motivantes de la conducta autolesiva en relación a las clases latentes, se obtuvieron los siguientes resultados: Clase 1: Se observó que en esta clase, los motivantes más frecuentes de la conducta autolesiva fueron mostrar desesperación,

auto-castigarse y ser bully, cada uno con una frecuencia de 2 participantes (0.9% cada uno). Sin embargo, un número más significativo de participantes, 10 en total (4.7%), reportaron no saber la causa de su conducta autolesiva. Clase 2: En esta clase, el motivo más común para la conducta autolesiva fue no saber la causa, con 53 participantes (25.3%). Otros motivantes destacados fueron mostrar desesperación, con 33 participantes (15.9%), y auto-castigarse, con 26 participantes (12.3%). Clase 3: En esta clase, los motivantes más frecuentes de la conducta autolesiva fueron saber si alguien le ama, con 22 participantes (10.5%), mostrar desesperación, con 23 participantes (11.1%), y llamar la atención, con 20 participantes (9.5%).

Tabla 7. Conductas motivantes en la realización de conductas autolesivas por clases latentes

Variable	Clase 1	Clase 2	Clase 3	χ^2	p
Mostrar desesperación	2 (0.9%)	33 (15.9%)	23 (11.1%)	90.7	<.001
Auto-castigo	2 (0.9%)	26 (12.3%)	17 (8%)	60.7	<.001
Asustar a terceros	1 (0.4%)	4 (1.9%)	18 (8.6%)	98.4	<.001
Llamar la atención	1 (0.4%)	3 (1.4%)	20 (9.5%)	120.5	<.001
Evitar suicidarse	2 (0.9%)	19 (9%)	15 (7.1%)	49.8	<.001
Saber si le aman	0	8 (3.8%)	22 (10.5%)	117.9	<.001
Aceptación de grupo	0	0	11 (5.2%)	78.6	<.001
Acoso escolar	1 (0.4%)	4 (1.9%)	13 (6.1%)	63	<.001
Ser bully	2 (0.9%)	5 (2.3%)	6 (2.8%)	15.4	<.001
No lo sabe	10 (4.7%)	53 (25.3%)	18 (8.6%)	82.1	<.001

Componente adictivo

En la Clase 1, un porcentaje significativo de participantes (8.1%) indicó que no puede dejar de realizar la conducta autolesiva. Además, un pequeño número de participantes (1.4%) reportó sentir una adicción a lastimarse. Por otro lado, un total de 25 participantes (12%) expresaron el deseo de dejar de lesionarse. En la Clase 2, se observa una mayor proporción de participantes (22.1%) que afirman no poder dejar de realizar la conducta autolesiva. Asimismo, un número considerable de individuos (13.3%) reportó sentir una adicción a lastimarse. Un total de 59 participantes (28.5%) manifestaron su intención de dejar de lesionarse. En la Clase 3, una proporción similar a la Clase 1 (7.6%) mencionó no poder dejar de realizar la conducta autolesiva. Además, un número similar de participantes (8.1%) señaló sentir una adicción a lastimarse. En esta clase, 20 participantes (9.6%) expresaron

su deseo de dejar de lesionarse.

Tabla 8. Valoración del componente adictivo en la conducta autolesiva por clases latentes

Variable	Clase 1	Clase 2	Clase 3	χ^2	p
No puede dejar de realizar la conducta	17 (8.1%)	46 (22.1%)	16 (7.6%)	45.7	<.001
Siente una adicción a lastimarse	3 (1.4%)	28 (13.3%)	17 (8.1%)	59.3	<.001
Quiere dejar de autolesionarse	25 (12%)	59 (28.5%)	20 (9.6%)	64	<.001

Correlación de componentes de conducta autolesiva y antecedente de conducta suicida

En el análisis de correlación de los ítems de la cédula AUTOLES, se encontraron correlaciones positivas significativas entre varias variables. El antecedente de intento suicida (AUTOLES 53) mostró una correlación positiva con el método de cortes (AUTOLES 1) con un coeficiente de correlación de 0.4. Esto indica que existe una relación moderada entre haber tenido un intento suicida previo y el uso de cortes como método de autolesión. Además, se encontró un Odds Ratio (OR) de 2.3, lo que sugiere que los individuos con antecedente de intento suicida tienen 2.3 veces más probabilidades de utilizar el método de cortes en comparación con aquellos sin antecedente.

Asimismo, se observó una correlación positiva significativa entre el antecedente de intento suicida (AUTOLES 53) y las emociones o pensamientos de ansiedad (AUTOLES 15), con un coeficiente de correlación de 0.4. Esto indica que hay una asociación moderada entre haber tenido un intento suicida previo y la presencia de emociones o pensamientos de ansiedad.

En relación al sitio de lesión en las muñecas y antebrazos (AUTOLES 37), se encontró una correlación positiva significativa con el antecedente de intento suicida, con un coeficiente de correlación de 0.43. Esto sugiere que existe una relación moderada entre haber tenido un intento suicida previo y la autolesión en estas áreas específicas del cuerpo. Además, se obtuvo un Odds Ratio de 2.4, lo que indica que los individuos con antecedente de intento suicida tienen 2.4 veces más

probabilidades de autolesionarse en las muñecas y antebrazos en comparación con aquellos sin antecedente.

Finalmente, el ítem "al lastimarte te vienen ideas de quitarte la vida" (AUTOLES 54) mostró una correlación positiva significativa con el antecedente de intento suicida, con un coeficiente de correlación de 0.5. Esto sugiere que existe una asociación moderada entre haber tenido un intento suicida previo y la presencia de ideas suicidas al llevar a cabo la autolesión. Además, se obtuvo un Odds Ratio de 2.7, lo que indica que los individuos con antecedente de intento suicida tienen 2.7 veces más probabilidades de experimentar ideas suicidas durante la autolesión en comparación con aquellos sin antecedente.

Tabla 9. Correlaciones de antecedente de conducta suicida

	AUTOLES 1		AUTOLES 15		AUTOLES 37		AUTOLES 54	
	r	OR	r	OR	r	OR	r	OR
AUTOLES 53	0.40***	2.3***	0.40***	2.0***	0.43***	2.3***	0.5***	2.7***

DISCUSIÓN

En este estudio usamos el análisis de clases latentes para identificar patrones latentes o no observables en una muestra de datos proveniente de la comunidad y del contexto clínico. La utilidad es para identificar patrones específicos de comportamiento y emociones asociados con la autolesión en diferentes grupos de individuos, lo que puede ayudar a los clínicos a desarrollar intervenciones más precisas y personalizadas.⁵⁴

La clase 1, se encontró que los métodos de autolesión más comunes fueron morderse, golpearse y cortarse. Las emociones previas más frecuentes fueron el coraje y las emociones negativas. Después de la autolesión, la preocupación fue el sentimiento predominante. La respuesta más común a la autolesión fue la liberación de sentimientos negativos. Además, se observaron problemas de socialización en un pequeño número de participantes. En la clase 2, los métodos de autolesión más

prevalentes fueron cortarse, hacerse marcas con objetos y morderse. Las emociones previas más comunes fueron las emociones o pensamientos negativos, el coraje y la depresión. Tanto antes como después de la autolesión, la preocupación fue un sentimiento frecuente. Se observó que algunos participantes expresaron la urgencia de autolesionarse pero no lo llevaron a cabo. Las respuestas más comunes a la autolesión incluyeron la liberación de sentimientos negativos, la superación de dificultades personales y la liberación de tensión durante el acto. Además, se encontraron dificultades en la socialización en un número significativo de participantes. En la clase 3, los métodos de autolesión más utilizados fueron cortarse, golpearse y quemarse. Las emociones previas más comunes fueron la depresión, el coraje y la autocrítica. Después de la autolesión, la preocupación fue un sentimiento predominante. Algunos participantes expresaron la necesidad de autolesionarse pero no lo llevaron a cabo. Las respuestas más comunes incluyeron la liberación de sentimientos negativos, la liberación de ideas negativas y la superación de dificultades personales. Se observaron dificultades en la socialización en un número significativo de participantes. Los resultados indican que diferentes clases de participantes presentan distintos métodos de autolesión, emociones previas y respuestas asociadas. Además, se identificaron problemas de socialización en algunas de las clases estudiadas. Estos hallazgos pueden contribuir a una mejor comprensión de la autolesión y a desarrollar enfoques de intervención más adecuados para cada grupo.

Así mismo, tomando en cuenta los resultados obtenidos relacionados con la frecuencia de las autolesiones, los individuos que cumplen el criterio A del trastorno de autolesiones no suicidas acorde al DSM5-TR, sugieren que la autolesión es un comportamiento que puede estar presente en una proporción significativa de individuos, y que se manifiesta en diferentes formas y grados de gravedad. Además, la alta prevalencia de la clase 1 podría indicar que las autolesiones que implican cortes o heridas superficiales son las más comunes en la población evaluada.

Al correlacionar los motivantes de la conducta autolesiva con el antecedente de

intento suicida previo en las diferentes clases latentes, se pueden identificar algunas asociaciones. En la Clase 1, donde se encuentra la menor proporción de participantes con antecedente de intento suicida previo, los motivantes más reportados son mostrar desesperación, auto-castigarse y ser bully. Además, un número significativo de participantes en esta clase mencionan no saber la causa de su conducta autolesiva. En la Clase 2, que tiene una proporción considerable de participantes con antecedente de intento suicida previo, los motivantes más comunes son no saber la causa de la conducta, mostrar desesperación y auto-castigarse. En la Clase 3, también con una proporción significativa de participantes con antecedente de intento suicida previo, los motivantes principales son saber si alguien le ama, mostrar desesperación y llamar la atención. Estos resultados sugieren que la presencia de un antecedente de intento suicida previo puede estar relacionada con motivantes específicos de la conducta autolesiva en cada clase latente. Mientras que en la Clase 1 los motivantes parecen ser más diversos, en las Clases 2 y 3 se destacan la falta de conocimiento sobre la causa de la conducta, la desesperación y la necesidad de afecto o atención como factores motivadores. Estas asociaciones resaltan la importancia de considerar tanto los antecedentes personales como los motivantes subyacentes al analizar la conducta autolesiva en distintas clases latentes.

Es importante destacar que estos resultados deben ser interpretados con cautela debido a las limitaciones mencionadas previamente en relación a la muestra y la falta de uso de otras escalas y entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas para corroborar la presencia de enfermedades psiquiátricas. Además, se debe considerar que estos resultados pueden variar en función de la población y contexto cultural específico.

CONCLUSIONES

La conducta autolesiva es un fenómeno complejo que puede ser influenciado por diversos factores como la presencia de trastornos mentales, experiencias traumáticas y emociones negativas intensas. En esta conversación, hemos

discutido algunos de estos factores y cómo se relacionan con la conducta autolesiva.

La adolescencia es una fase vulnerable para el desarrollo de NSSI, ya que niveles elevados de impulsividad y reactividad emocional son presente debido a los procesos de desarrollo del cerebro.⁵⁸ Se identificó que la presencia de trastornos mentales, como la depresión y el trastorno límite de la personalidad, se asocian con una mayor probabilidad de presentar conducta autolesiva. Además, se discutió que las experiencias traumáticas, como el abuso físico y sexual, también se han relacionado con un mayor riesgo de presentar conducta autolesiva. Asimismo, se señaló que la presencia de emociones negativas intensas, como la ansiedad y la ira, pueden desencadenar la conducta autolesiva.^{61, 62}

Es importante destacar que la identificación temprana de los factores de riesgo para la conducta autolesiva es fundamental para la prevención y el tratamiento de esta problemática. Aunque el ALNS disminuye significativamente en la adolescencia tardía, los adolescentes con ALNS repetitivo parecen estar en alto riesgo de ser estrategias continuas de regulación emocional disfuncional, incluso después del cese de ALNS,⁵⁹ es necesario implementar estrategias de identificación, prevención y tratamiento que aborden tanto los factores de riesgo individuales como los factores contextuales, como los problemas sociales y familiares, que pueden estar relacionados con la conducta autolesiva.

En cuanto a las estrategias de prevención, se puede considerar la educación sobre salud mental y emocional, así como el fomento de habilidades de afrontamiento saludables para hacer frente a situaciones emocionales desafiantes. En cuanto al tratamiento, se deben implementar enfoques personalizados que aborden las necesidades específicas de cada individuo, utilizando terapias psicológicas y farmacológicas, si es necesario. Buerger et al (2022), se encuentran en el proceso de implementación de un programa de prevención de ALNS, el cual tiene como objetivo evaluar un programa de prevención universal recientemente desarrollado

(“DUDE – Du und deine Emotionen / Tú y tus emociones”), basado en un enfoque basado en habilidades en las escuelas, en 3200 jóvenes adolescentes (edad 11- 14 años), donde se investigará la eficacia de DUDE en un ensayo controlado aleatorio por grupos (ECA) en escuelas (N = 16).⁶⁰

Cabe recalcar la importancia del análisis de clases latentes como una herramienta útil para comprender la variabilidad en la conducta autolesiva y cómo esta puede estar relacionada con diferentes perfiles de factores de riesgo. Se identificó que existen cuatro perfiles distintos de conducta autolesiva, cada uno con diferentes características de riesgo y diferentes patrones de comportamiento autolesivo. Hamza et al (2013), realizó un análisis de clases latentes en adultos jóvenes que incurrieran en la realización de autolesiones y el riesgo suicida, y se buscó identificar a las personas con autolesiones no suicidas que tienen mayor riesgo de comportamiento suicida, encontrándose que la mayoría de los adultos jóvenes que participaron en ALNS lo hicieron con poca frecuencia y no se involucraron en comportamientos suicidas (es decir, sin mayor riesgo que un grupo de comparación de no agresores), entre la minoría de adultos jóvenes que participaron en NSSI más frecuente, NSSI reciente y múltiples métodos de NSSI, identificamos dos subgrupos distintos de individuos (es decir, Clase 2 y Clase 3)⁶³, lo cual es concordante con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En resumen, la conducta autolesiva es un fenómeno complejo que puede estar influenciado por diversos factores de riesgo. La identificación temprana de estos factores es esencial para la prevención y el tratamiento de la conducta autolesiva. El análisis de clases latentes puede ser una herramienta útil para comprender la variabilidad en la conducta autolesiva y cómo esta puede estar relacionada con diferentes perfiles de factores de riesgo. Se necesitan estrategias de prevención y tratamiento personalizadas que aborden tanto los factores de riesgo individuales como los contextuales para abordar de manera efectiva la conducta autolesiva.

LIMITACIONES

A pesar de los beneficios que ofrece el análisis de clases latentes, también existen limitaciones que deben ser consideradas al aplicar esta técnica en la evaluación de la conducta autolesiva en niños y adolescentes mexicanos. En primer lugar, es importante tener en cuenta que la muestra utilizada en este estudio se recolectó en el año 2017, lo que significa que no se incluyó información posterior al sismo de septiembre de 2017 y la contingencia sanitaria por COVID-19 que pueden haber afectado la conducta autolesiva en la población estudiada. Además, cabe destacar que el análisis de clases latentes es una técnica que se basa en la identificación de patrones subyacentes en los datos, lo que puede llevar a la simplificación excesiva de la complejidad de la conducta autolesiva en niños y adolescentes. Otra limitación importante a considerar es el hecho de que en el estudio solo se utilizó una escala para evaluar la presencia de emociones negativas previas a la conducta autolesiva, lo que podría limitar la validez de los resultados obtenidos. Sería necesario utilizar otras escalas que evaluaran constructos psicológicos relevantes, como la impulsividad, las habilidades de afrontamiento, el perfeccionismo clínico o la autoestima, para corroborar la presencia de enfermedades psiquiátricas y para obtener una imagen más completa de las experiencias emocionales y cognitivas de los niños y adolescentes con conducta autolesiva.

RECOMENDACIONES

1. Los hallazgos indican la necesidad de investigar más sobre este tema tanto en una muestra comunitaria y hospitalaria tomando en cuenta los cambios sociales acontecidos en los últimos 8 años.
2. Utilizar más instrumentos psicométricos que ayuden a visualizar un panorama más amplio de la conducta autolesiva.

REFERENCIAS

1. Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. In *Journal of Black Psychology* (Vol. 46, Issue 4, pp. 287–311). SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
2. American Psychiatric Association [APA], 2022. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revised, fifth ed.* Author, Washington, DC.
3. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives Vol. Volume 16, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Informa UK Limited; 2020. p. 101–12. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
4. Hooley JM. Self-harming behavior: Introduction to the special series on non-suicidal self-injury and suicide Vol. 12, *Applied and Preventive Psychology*. Elsevier BV; 2008. p. 155–8. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.08.001>.
5. Nock MK, Posner K, Brodsky B, Yershova K, Buchanan J, Mann J. The Classification of Suicidal Behavior [Internet]. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press; 2014.
6. Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. *Rev Med Hosp Gen Méx.* 2013;76(4):200-209
7. Joiner, T. E., Ribeiro, J. E., & Silva, C. (2012). Nonsuicidal self-injury, suicidal behaviour, and their co-occurrence as viewed through the lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 342–347. <https://doi.org/10.1177/0963721412454873>
8. Richmond-Rakerd, L. S., Caspi, A., Arseneault, L., Baldwin, J. R., Danese, A., Houts, R. M., Matthews, T., Wertz, J., & Moffitt, T. E. (2019). Adolescents Who Self-Harm and Commit Violent Crime: Testing Early-Life Predictors of Dual Harm in a Longitudinal Cohort Study. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 176, Issue 3, pp. 186–195). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18060740>
9. Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-

- injurers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>
10. Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(4), 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
 11. Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological medicine*, 39(9), 1549–1558. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
 12. Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(4), 496–507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
 13. In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry journal*, 2013, 159208. <https://doi.org/10.1155/2013/159208>
 14. Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
 15. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
 16. Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*, 37(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>.
 17. Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ : Canadian Medical Association*

- journal = journal de l'Association medicale canadienne, 178(3), 306–312.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
18. Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., & Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive psychiatry*, 80, 170–178.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>
 19. Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 41(5), 759–773.
<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>.
 20. Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159-68. Disponible: <https://medes.com/publication/91752>
 21. Mayer Villa, P. A., Morales Gordillo, N., Victoria Figueroa, G., & Ulloa Flores, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. In *Salud Pública de México* (pp. 335–336). Instituto Nacional de Salud Publica.
<https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>
 22. Faura-Garcia, J., Calvete Zumalde, E., & Orue Sola, I. (2021). Autolesion no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. In *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers* (Vol. 42, Issue 2). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
 23. Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatr. Hosp.* 21, 31–35. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1990-17149-001>
 24. DiClemente, R. J., Ponton, L. E., & Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30(5), 735–739.
 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1938787/>
25. Agnafors, S., Torgerson, J., Rusner, M., & Kjellström, A. N. (2020). Injuries in children and adolescents with psychiatric disorders. *BMC public health*, 20(1), 1273. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09283-3>.
 26. Iannaccone, M., Cella, S., Manzi, S. A., Visconti, L., Manzi, F., and Cotrufo, P. (2013). My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders—preliminary results. *Eat. Disord.* 21, 130–139. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.761087>.
 27. Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Stephan, P., and Halfon, O. (2003). Adolescents' self-mutilation – relationship with dependent behaviour. *Swiss J. Psychol.* 62, 241–249. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.62.4.241>
 28. Simeon, D., and Favazza, A. R. (2001). “Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment,” in *Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment*, eds D. Simeon and E. Hollander (Washington, DC: American Psychiatric Publishing), 1–28. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2001-00110-001>
 29. Muehlenkamp, J. J., and Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch. Suicide Res.* 11, 69– 82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>.
 30. Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The difficulties in emotion regulation scale: factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *J Psychopathol Behav Assess* (2012) 34(3):393–404. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7>
 31. Albon T, Michel C, Schmid M. Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: the role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry Res* (2016) 239:346– 52. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.026>.
 32. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:101-112 <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>.

33. O'Neill, S., McLafferty, M., Ennis, E., Lapsley, C., Bjourson, T., Armour, C., Murphy, S., Bunting, B., & Murray, E. (2018). Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. *Journal of affective disorders*, 239, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.006>
34. Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T., & Iseki, E. (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(2), 191–198. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2003.01216.x>
35. O'Neill, S., McLafferty, M., Ennis, E., Lapsley, C., Bjourson, T., Armour, C., Murphy, S., Bunting, B., & Murray, E. (2018). Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. *Journal of affective disorders*, 239, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.006>
36. Gandhi, A., Luyckx, K., Maitra, S., & Claes, L. (2016). Non-suicidal self-injury and other self-directed violent behaviors in India: A review of definitions and research. *Asian journal of psychiatry*, 22, 196–201. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.015>
37. Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PloS ONE*, 11, 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
38. Muthén, B. O., & Muthén, L. K. (2000). Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 882–891. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb02070.x>
39. Giletta M, Scholte RH, Engels RC, Ciairano S, Prinstein MJ (2012) Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res* 197:66–72
40. Nock M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
41. Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology

- of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 129–147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
42. Nock, M. K., Joiner, T. E., Jr, Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
43. Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review*, 42, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
44. Peterson, A. L., Chen, J. I., Karver, M. S., & Labouliere, C. D. (2019). Frustration with feeling: Latent classes of non-suicidal self-injury and emotion regulation difficulties. In *Psychiatry Research* (Vol. 275, pp. 61–70). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.014>
45. Shahwan, S., Lau, J. H., Abdin, E., Zhang, Y., Sambasivam, R., Teh, W. L., Gupta, B., Ong, S. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). A typology of nonsuicidal self - injury in a clinical sample: A latent class analysis. In *Clinical Psychology & Psychotherapy* (Vol. 27, Issue 6, pp. 791–803). Wiley. <https://doi.org/10.1002/cpp.2463>
46. Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22>
47. Mendoza R, Albores G. Estudio comparativo de psicopatología entre adolescentes portadores de tatuajes y adolescentes con autolesiones no suicidas. Disponible en: <https://tesiumam.dgb.unam.mx/F/QSY58D74KJVUMIA9UUNGR4N11EP8DL>
[C3](#)
48. L. Albores-Gallo, JL Méndez-Santos, A. Xóchitl-García Luna, Y. Delgadillo-

- González, CI Chávez-Flores, OL Martínez Autolesión no suicida en una muestra comunitaria de niños mayores y adolescentes de la Ciudad de México Actas en una muestra comunitaria de niños mayores y adolescentes de la Ciudad de México Actas Esp. Psiquiatría, 42 (2014), pp. 159 –168 Ver registro en ScopusGoogleAcadémico16.
49. Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, 34(1), 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
50. Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. In *Journal of Youth and Adolescence* (Vol. 34, Issue 5, pp. 447–457). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
51. Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y. Y., & Mann, J. J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.028>
52. Lilia D, Gallo A. FACULTAD DE MEDICINA , DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL 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). 2021. https://tesiumam.dgb.unam.mx/F/UP2748UYKPTTE5NYMM12SGCQB8XA8PXGMYXS9KLA54Y69723CKS-44619?func=full-set-set&set_number=952349&set_entry=000007&format=999
53. Lilia D, Gallo A. FACULTAD DE MEDICINA , DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “ DR . JUAN N . NAVARRO ” TESIS : Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un Hospital

Psiquiátrico de la Ciudad de México. 2014.
https://tesionam.dgb.unam.mx/F/UP2748UYKPTE5NYMM12SGCQB8XA8PXGMYXS9KLA54Y69723CKS-07599?func=full-set-set&set_number=953962&set_entry=000006&format=999

54. Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2009). Latent class and latent transition analysis [PDF]. doi: <https://doi.org/10.1002/9780470567333>
55. Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 72, Issue 5, pp. 885–890). American Psychological Association (APA). <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.885>
56. Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2018). Understanding the social context of adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of clinical psychology*, 74(12), 2107–2116. <https://doi.org/10.1002/jclp.22657>
57. Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 76, Issue 1, pp. 22–27). American Psychological Association (APA). <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.22>
58. Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
59. Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., Carli, V., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Wasserman, C., Hoven, C. W., Resch, F., & Kaess, M. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of affective disorders*, 197, 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.029>
60. Buerger, A., Emser, T., Seidel, A. et al. DUDE - a universal prevention program for non-suicidal self-injurious behavior in adolescence based on effective emotion regulation: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials* 23, 97 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05973-4>
61. Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child

maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and psychopathology*, 20(2), 651–671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>

62. Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Adams Larsen, M. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(4), 258–263. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d612ab>
63. Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a latent class analysis among young adults. *PloS one*, 8(3), e59955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059955>

Anexo 1. Carta de aprobación para el estudio original, por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



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/8450213
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 **II1010113**, 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

C.I.P. Registro de productividad HP/DIN
Archivos

Anexo 2. 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:
 buena 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 acidas 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. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar solo(a)?
Si	No	48. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
Si	No	49. ¿Cuándo 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		
<p>Gracias por participar.</p>		

Anexo 3. Carta de aprobación para el estudio original, por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



Anexo 4. Carta de aprobación para el presente estudio, por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



Ciudad de México a 23 de mayo de 2023
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/JDI/036/2023
Asunto: Cambio de título en el registro de tesis derivada

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigador responsable
HPIJNN
Presente

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

Título del proyecto: "Bullying y autolesiones en adolescentes de una secundaria de Tlalpan".

Clave de registro: IT2/09/0412.

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

Título: "Autolesiones no suicidas en niños y adolescentes mexicanos: un análisis de clases latentes".

Clave de registro: IT2/09/0412/Td

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

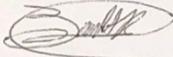
Tesista: José Israel Medrano Hernández.

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

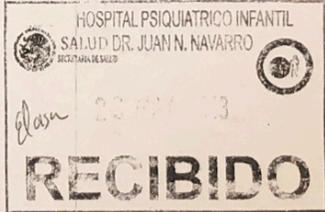
- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdfs de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda 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.

Atentamente
Jefa de la División de Investigación



Dra. Patricia Zavaleta Ramírez
ccp. Archivo de la división de investigación.


RECIBIDO


2023
Francisco
VILA

**Anexo 5. Carta de aprobación para el presente estudio, por el
Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan
N. Navarro”**



Comité de Ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

Ciudad de México, 23 de mayo del 2023
Asunto: carta de aprobación
Resolución No.: HPIJNN-CEI-011-2023

Dr. José Israel Medrano Hernández

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: “Autolesiones no suicidas en niños y adolescentes mexicanos: un análisis de clases latentes”, con número de registro IT2/09/0412/Td.

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 en Investigación

c.c.p. Dr. Héctor Rodríguez Juárez-Director del hospital-presente
Dra. Ana Rosa García Berdeja-Jefa de la división de enseñanza y capacitación-presente
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente
Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente



