

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



TESIS:

Asociación de autolesiones en una muestra clínica de
adolescentes con y sin depresión

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

Irys Samanta Meléndez Badillo

TUTORA:

Dra. Lilia Albores Gallo

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RESUMEN:

Introducción. Las autolesiones con (A+) y sin intención suicida (A-) son factores de riesgo para el suicidio en la adolescencia y la vida adulta. Aunque algunos estudios muestran asociación entre A+, A- y depresión mayor en México no existen estudios que investiguen esta asociación.

Objetivo. Analizar la asociación entre autolesiones con (A+) y sin intento suicida (A-) con depresión mayor y distimia en una muestra clínica psiquiátrica de adolescentes.

Método. Estudio descriptivo, transversal y comparativo, en una muestra de adolescentes que acuden a consulta externa de un hospital psiquiátrico, diagnosticados por medio de la entrevista estructurada MINI-KID y la Cédula de AUTOLES para la identificación de las A+ y A-.

Resultado. La muestra clínica psiquiátrica se conformó con 114 adolescentes con autolesiones (con y sin intención de suicidio) con un rango de edad entre los 10-17 años ($M= 13.8 \pm 1.77$) de los cuales $n=86$, 74.1% fueron del sexo femenino. La prevalencia de depresión mayor fue del 52.8% y de distimia fue de 66.7%. Comparados con los adolescentes sin depresión el grupo con depresión tuvo una prevalencia mayor de A+ ($N= 114$, 52.8% frente a 28,6% OR 2.79 IC 95% 1.23-6.30) y de A- ($N= 115$, 45.8 % frente a 37.2%, OR 1.42 IC 95% 0.65-3.09) respectivamente. De igual manera comparados con los adolescentes sin distimia el grupo con distimia tuvo una prevalencia mayor de A+ ($N=114$, 66.7% frente al 37.8 $N=114$ OR 3.29 IC 95% 1.27-8.51 $\chi^2=0.1$) y de A- ($N= 115$, 79.2 % frente a $N=115$, 33.0% OR 7.72 IC 95% 1.27-8.51 $\chi^2=.000$) respectivamente.

Conclusiones. En este estudio encontramos una asociación entre la presencia de depresión mayor y distimia con A+ y A- en adolescentes, siendo mayor el tamaño del efecto para la distimia.

Termino MeSH: Self-harm, suicide ideation, mayor depression, dysthymia.

| | |
|-----------------------------------|-------|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA..... | 15 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 15 |
| HIPÓTESIS..... | 16 |
| OBJETIVOS..... | 16 |
| 1.- General..... | 16 |
| 2.- Específicos..... | 16 |
| MATERIAL Y METODOLOGIA..... | 16 |
| 1.- Tipo de diseño..... | 17 |
| 2.- Tamaño de la muestra..... | 16 |
| 3.- Criterios de inclusión..... | 17 |
| 4.- Criterios de exclusión..... | 17 |
| 5.- Criterios de eliminación..... | 17 |
| 6.- Variables..... | 18 |
| 7.- Procedimiento..... | 18 |
| 8.- Cronograma..... | 19 |
| 9.- Instrumentos de medición..... | 19-20 |
| 10.- Análisis estadísticos..... | 21 |
| 11.-Consideraciones éticas..... | 22 |
| RESULTADOS..... | 22 |

| | |
|--|-------|
| 1. Tabla No 1 “asociación entre depresión mayor y autolesiones Con y sin intento suicida..... | 23 |
| 2. Tabla No 2 “asociación entre distimia y autolesiones Con y sin intento suicida..... | 24 |
| DISCUSIÓN..... | 24-27 |
| CONCLUSIONES..... | 27 |
| RECOMENDACIONES..... | 28 |
| REFERENCIAS..... | 29-35 |
| ANEXOS..... | 36 |
| 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 36 |
| 2. CEDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)..... | 37 |
| 3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI- KID)..... | 40 |
| 4. DICTAMEN DEL COMITÉ DE INVESTIGACION..... | 42 |
| PROYECTO ACTUAL | |
| 5. DICTAMEN DEL COMITÉ DE ETICA E INVETIGACION..... | 43 |
| PROYECTO PRINCIPAL | |

INTRODUCCION:

La conducta autolesiva se define como: la lesión deliberada y auto-infligida que el individuo realiza de sus tejidos corporales en el último año durante al menos 5 días, de manera intencional. El daño en la superficie corporal puede inducir sangrado, moretones o dolor (por cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), puede ser una la lesión leve o moderada.

La presencia o ausencia de intención suicida debe investigarse y no solo inferirse porque los métodos de autolesión carecen de potencial letal.

La práctica de las autolesiones inician en la adolescencia (12-14 años) siendo las más utilizadas los cortes (cutting), quemaduras (burning), las escarificaciones, la interferencia con el proceso de cicatrización de heridas, la acción de morderse y de insertar objetos por debajo de la piel y de las uñas.

Las autolesiones tienen una comorbilidad elevada con trastornos psiquiátricos principalmente la depresión y ansiedad. Sin embargo la mayor parte de los estudios realizados son a partir de la revisión de expedientes clínicos. De ahí la importancia de estudiar la comorbilidad en estudios prospectivos con instrumentos que evalúen todos los trastornos internalizados y externalizados.

MARCO TEORICO

LA DEPRESION

La depresión es un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos tales como la tristeza, el decaimiento, la irritabilidad, a veces provocadas por la sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Además se puede agregar la pérdida de interés o escaso placer en las actividades con las que antes se disfrutaba, el surgimiento de sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos, deseos de muerte o ideas suicidas. También se presentan síntomas de tipo cognitivo o somático, por lo que podría hablarse de una afección global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva¹.

Aunque las causas de la depresión se desconocen, diferentes elementos pueden intervenir en su génesis, como factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales que juegan un papel importante^{2, 3}.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración según criterios diagnósticos enunciados en las clasificaciones CIE-10 (OMS) y DSM-IV. La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo, en leve moderado y grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos, siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión al menos por dos semanas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, así como un aumento de la fatigabilidad, suele haber dificultades para llevar a cabo las actividades académica y social⁴.

Se considera la depresión como un proceso multifactorial y complejo, cuyo desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, con múltiples interacciones entre ellos. También se sabe que la exposición a adversidades a lo largo de la vida, a menudo desencadena los síntomas de los trastornos depresivos⁵.

Con el desarrollo progresivo del conocimiento del genoma humano, se pudo identificar la localización cromosómica de aquellos genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor⁶.

El comportamiento suicida se asocia con factores de riesgo como la historia familiar de suicidios previos, antecedentes de drogadicción o tabaquismo, el trastorno límite de personalidad y la separación familiar en edad temprana, tales factores multiplican por tres el riesgo de actos suicidas. En mujeres el riesgo de suicidio fue mayor, con intentos previos e ideación suicida⁷.

CAUSAS DE DEPRESIÓN

Como causas se identifican anomalías en liberación de neurotransmisores a nivel cerebral tales como, serotonina, acetilcolina, catecolaminas. Un defecto del gen llamado *SERT*, que se ha identificado como regulador de serotonina, ha sido asociada a la depresión⁸.

Se considera que en algunos casos la depresión es una respuesta adaptativa a determinadas situaciones en que las expectativas no se adaptan a los logros y los esfuerzos activos parecen infructuosos, las metas son inalcanzables y la persona no tiene ninguna relación positiva que le ayude a cambiar de dirección; esto tiene lugar en sociedades competitivas a las que les falta el soporte social y los medios de comunicación mantienen las imágenes inalcanzables como deseables⁹.

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

La depresión en niños se reconoce en estudios desde la década de 1970, el diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1 al 2% y del 4-5% en adolescentes. El niño deprimido puede parecer enfermo, rehúsa ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, no quiere separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres fallezca. En la primera infancia se pueden desarrollar síntomas atípicos como son las somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc. El adolescente puede expresar mal humor,

conductas desafiantes, disminuir el rendimiento escolar o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones el trastorno anímico se asocia con conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos parasuicidas, etc. A veces, es difícil establecer si los síntomas presentes en el niño, son parte de una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. En ocasiones, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo¹⁰.

En la evaluación de la depresión mayor en niños y adolescentes se debe considerar la posibilidad de que sea la variedad que inicia en la infancia o la adolescencia cuya forma es la más severa del trastorno⁹. Además de considerar que la depresión de inicio temprano se asocia con mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, que la depresión con inicio en la etapa adulta. No se encontraron diferencias entre la ideación suicida, la realización de un plan o un intento de suicidio entre aquellos de inicio temprano y los de inicio en la adultez, una vez que se controló, por el tiempo, desde el primer episodio¹¹.

En México, la prevalencia de la depresión de inicio temprano es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima entre el 5% al 8%. Sin embargo, el uso de servicios entre los adolescentes que lo requieren es menor, y entre los que reciben tratamiento la espera es larga, estos factores causan un impacto negativo en la duración del primer episodio y la reincidencia de episodios¹¹.

Los niños y adolescentes no buscan ayuda por sí mismos. El reto de acercar la atención a los menores de edad debe incluir campañas educativas para padres de familia y maestros, con el fin de promover la identificación temprana para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión pasa desapercibido. El primer paso para incrementar el uso de servicios para la

depresión de inicio temprano y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas¹¹.

DEPRESION EN ADOLESCENTES:

Según diversos autores, “se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales”¹². Es necesario, entonces, conocer las características de la adolescencia para así identificar los criterios diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento que corresponde a esta etapa del desarrollo¹².

En este sentido, se debe conocer la historia clínica del adolescente para identificar la presencia de alguna de estas tres condiciones:

1. Psicopatología previa o de inicio temprano que se refuerza por las estructuras externas (familia, escuela, etc.).
2. Crisis motivadas por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales, y por los desafíos que impone el ambiente. Las reacciones de los adolescentes ante cada una de estas crisis difieren en función de sus recursos. En ocasiones, la forma en que las personas afrontan cada crisis motiva juicios sociales y diagnósticos psiquiátricos.
3. Alteraciones emocionales y mentales, que se inician en la adolescencia, pero que pertenecen, por su larga evolución, a la edad adulta. En este apartado se encuentran los trastornos depresivos. En los adolescentes se debe tener en cuenta los siguientes elementos al diagnosticar un trastorno depresivo: (a) la forma y gravedad del episodio depresivo, (b) la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza, (c) la conciencia del trastorno y, (d) su capacidad para enfrentar el contenido depresivo particular en su mente. De igual manera contribuye a la evaluación y al tratamiento del trastorno la capacidad de la

familia para ofrecer apoyo, las relaciones con el grupo de pares y la existencia de otros recursos en la red social¹².

La adolescencia es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social, las cuales aparecen en mayor proporción comparándolas con las que se suscitan en otros periodos de edad. Para el adolescente los cambios físicos, así como en las relaciones que establece con su grupo de referencia y amigos, implican un proceso de transformación en el concepto de sí mismo, que lo llevará a adquirir nuevas ideas, valores, prácticas y, por lo tanto, construir una identidad propia. Todo esto, demanda en el joven el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permitan consolidar su autonomía y éxito tanto personal como social¹³.

La construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación. En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia. La exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión^{13, 14}.

La depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar, por ejemplo, se ha encontrado que los desajustes emocionales del adolescente son, en gran medida, el resultado de contradicciones familiares. Se evaluó la relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes de 16 años de edad. A través de la Subescalas de Ambiente Familiar y el Cuestionario de Humor Depresivo, aplicados en dos periodos con un intervalo de tres años, encontraron una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares,

particularmente en los adolescentes que tenían padres o algún familiar cercano que fuese depresivo^{14,15}.

DISTIMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

El trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que ocurre en 0.6-4.6% de los niños y 1.6-8% de los adolescentes¹⁶. Entre los factores de riesgo que influyen sobre el inicio y el curso natural de la distimia se mencionan: alteraciones psicopatológicas previas, factores demográficos, familiares (psicopatología paterna, antecedentes genéticos para trastornos del humor) y psicosociales (escaso sostén, eventos vitales estresantes y mal funcionamiento materno)¹⁷.

Si bien los síntomas son menos graves que los observados en la depresión mayor, comienza en la infancia y se caracteriza por un humor depresivo o irritable persistente y a largo plazo, un peor pronóstico que la depresión, la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, en la mayoría de los días durante un período de al menos un año en niños, en ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos y depresión mayor. Luego del primer año del trastorno distímico pueden sobreañadirse episodios de depresión mayor; en estos casos se realiza el diagnóstico de depresión doble¹⁸.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración según criterios diagnósticos enunciados en las clasificaciones CIE-10 (OMS) y DSM-IV TR. La CIE-10 requieren dos de seis de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza⁴.

En comparación con los niños con depresión mayor, aquellos con trastornos distímico parecen tener menos síntomas melancólicos y una menor prevalencia de culpa, preocupaciones mórbidas o deterioro en la concentración. La reducción del apetito está virtualmente ausente en los pacientes pediátricos con distimia y pocos experimentan hiposomnia y fatiga, mientras que la conducta desobediente,

probablemente como consecuencia del humor irritable, es el signo más prevalente¹⁸.

AUTOLESIONES

La adolescencia es una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en el desajuste psicológico presente y futuro. Se define la conducta autolesiva como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas. El comportamiento autolesivo se encuentra tanto en población general como psiquiátrica^{19,20}.

Por lo que se refiere a diferencias de género, los datos no son unánimes, ya que si bien algunos estudios indican que los porcentajes de chicas que se autolesionan son superiores a los de los chicos, otros autores no hallan diferencias significativas²¹. La edad de los participantes y el método de autolesión podrían ser variables relacionadas con las diferencias de género. Un estudio de Sho et al. pone de relieve que el porcentaje de chicos y chicas que se autolesionan con objetos cortantes es similar a los 10-11 años, pero las chicas obtienen porcentajes más elevados que los chicos en bloques etarios superiores^{22, 23,24}.

Con respecto a la edad, la conducta autolesiva, en sus diferentes variantes, se detecta ya en la adolescencia temprana, incluso en la niñez y suele incrementarse en la adolescencia media y tardía. El informe Truth Hurts revela que la edad promedio en la que empieza esta conducta se sitúa en los 12 años e incluso puede detectarse en edades inferiores²⁵.

Las formas más frecuentes de autolesión corresponden a cortes, golpes y quemaduras; menos frecuentes es la inserción de objetos bajo la piel, el rascarse en exceso, el morderse, el arrancarse el cabello o la ingesta de cuerpos o líquidos extraños²⁶.

Diversas son las razones por las cuales lo hacen los sujetos que se autolesionan, como la búsqueda de regulación afectiva, el control de impulsos o llamar la atención de otros²⁷. Numerosos factores se asocian a esta conducta en los adolescentes, entre los que se cuentan la presencia de psicopatología en ellos o sus familiares, la disfunción familiar, la presencia de adversidad social o la ocurrencia de eventos estresantes^{28,29}. La relación entre psicopatología y conducta autolesiva se estudió en adultos, reportando que el 90% de los sujetos con autolesiones tiene al menos un trastorno psiquiátrico³⁰. Uno de los estudios más importantes de autolesiones en adolescentes es el estudio basado en población escolar CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe), en el que cerca de 30,000 adolescentes de 15 y 16 años completaron un cuestionario anónimo sobre autolesiones, un reporte de eventos estresantes y escalas para evaluar depresión, ansiedad e impulsividad. Los resultados de este estudio muestran que las autolesiones se relacionaron con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes³¹.

La distribución por sexo y el tipo de autolesiones es similar a las reportadas en otros países³². Es importante incluir dentro de la valoración psiquiátrica cotidiana la búsqueda intencional de conductas autolesivas en pacientes de cualquier edad, en este caso adolescentes, que acudan por cualquier motivo, en especial por problemas de conducta, síntomas afectivos o ansiosos, o bien por consumo de sustancias y que además tengan una importante carga de adversidad psicosocial o de eventos estresantes de vida³³.

DEPRESION Y AUTOLESIONES:

Los adolescentes que se autolesionan y que tienen síntomas depresivos con el tiempo van incorporando ideas que contienen la intención de morir, sin embargo en la literatura muchos estudios investigan una conducta general de autolesión sin explorar la intencionalidad suicida³⁴.

La prevalencia a lo largo de la vida es del 15 al 17% de adolescentes en la comunidad^{35,36}. Mientras que en población clínica psiquiátrica va del 40 al 80% en

adolescentes³⁵. Muchos estudios detectan en el sexo femenino una prevalencia mayor de autolesiones frente al sexo masculino a razón de 4:1^{34,35}, estas diferencias pierden significancia estadística al usar una definición estricta de autolesiones sin intención suicida^{36,37}.

Las autolesiones son importantes por su asociación con trastornos psiquiátricos como ansiedad⁹, depresión¹⁰, trastorno límite de la personalidad³⁸, uso y abuso de sustancias³⁹, autismo, esquizofrenia, intento de suicidio y suicidio consumado^{40,41} y con el antecedente de haber sido víctima de: acoso escolar^{42,43,44}, abuso físico y/o sexual^{45,46}.

En México como en otros países la mayoría de los estudios no distinguen entre el suicidio y las autolesiones sin intención suicida^{47,48}. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR, las autolesiones sin intención suicida sólo se consideran un síntoma del trastorno límite de la personalidad. Albores et al., en 2014, realizaron un estudio para investigar las diferencias sexuales de las autolesiones sin intención de suicidio en adolescentes. En ese estudio se comprobó una mayor prevalencia en mujeres con respecto a los varones no solo para la conducta autolesiva sino para sus diversos dominios como la respuesta contingente, las emociones precipitantes, etc. De igual manera en este trabajo se destaca la importancia de homogenizar las definiciones usadas ya que existe gran variación en la prevalencia por el uso de distintas definiciones⁴⁹.

La necesidad de distinguir los intentos de suicidio de las autolesiones sin intención de suicidio sustentó la propuesta de inclusión como trastorno en la siguiente edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 con una definición precisa y criterios de frecuencia y disfunción⁴⁶. Porque con frecuencia se confunden, la delimitación entre estas dos condiciones promoverá la investigación y el abordaje terapéutico apropiado^{50,51}.

Es importante considerar que la autolesión puede usarse para obtener ganancias, o evitar responsabilidad situación que puede presentarse en los Trastornos disociativos, Trastornos facticios y Personalidad antisocial. Existen también otros

estudios sobre la relación que puede haber entre la autolesión y los trastornos de la alimentación, que demuestran que ambos padecimientos con frecuencia presentan una asociación especial, ya que estas conductas son una autoflagelación, que se debe a ciertos factores, entre los que se consideran una baja autoestima y la apreciación un tanto deformada que tienen de su cuerpo. La conducta autolesiva puede presentarse en la población general adolescente razón por la cual, es necesaria la realización de estudios que permitan delimitar el origen, las consecuencias y factores asociados con este comportamiento. Esto permitirá introducir estrategias enfocadas a la prevención, evaluación y tratamiento⁵².

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de la vida⁵³ y el 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad⁵⁴ En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II⁵⁵.

Hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esa diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta⁵⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el ámbito clínico, la autolesión a menudo acompaña a ciertas patologías psiquiátricas tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos relacionados con consumo de sustancias, depresión y distimia, por mencionar algunos. Sin embargo la relación entre la depresión y la distimia con autolesiones en muestras clínicas se ha estudiado muy poco, de ahí la importancia de plantear la interrogante de si ¿existe asociación entre las autolesiones en adolescentes con o sin depresión?

JUSTIFICACIÓN:

En México son escasos los estudios prospectivos que investiguen la asociación de autolesiones en adolescentes deprimidos de la comunidad o en muestras clínicas psiquiátricas. De ahí la importancia de estudiar esta relación. Aunque no se plantea una dirección causal, identificar la magnitud de la asociación entre la depresión y las autolesiones en adolescentes, tendrá importantes repercusiones en el ámbito clínico y epidemiológico para la identificación, tratamiento y seguimiento de los adolescentes deprimidos.

HIPÓTESIS

HI:

Los Adolescentes con depresión tienen mayor asociación con autolesiones que los adolescentes sin depresión.

HO:

Los Adolescentes con depresión no tienen mayor asociación con autolesiones que los adolescentes sin depresión.

HI:

Los Adolescentes con distimia tienen mayor asociación con autolesiones que los adolescentes sin distimia.

HO:

Los Adolescentes con distimia no tienen mayor asociación con autolesiones que los adolescentes sin distimia.

OBJETIVOS:

❖ GENERAL:

Describir la conducta autolesiva en pacientes adolescentes con y sin depresión.

❖ ESPECÍFICOS:

1. Analizar la asociación entre estado depresivo mayor con la presencia de autolesiones con o sin intento suicida en adolescentes.
2. Analizar la asociación entre un estado de distimia con la presencia de autolesiones con o sin intento suicida.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

- ❖ **TIPO DE DISEÑO:** El estudio es de tipo observacional, transversal, comparativo.
- ❖ **MUESTRA:** La muestra se conformó por pacientes adolescentes que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil. Dr. Juan N. Navarro de la Ciudad de México y que presentaron conducta autolesiva.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con antecedente de conducta autolesiva.
- Pacientes con depresión y/o distimia.
- Sujetos masculinos y femeninos.
- Que aceptaron participar en el estudio, con previa autorización por escrito de sus padres.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que se encontraron bajo intoxicación de alguna sustancia.
- Que cursaron con alguna condición médica que ponga en riesgo su salud.
- Pacientes con otro tipo de comorbilidad clínica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

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

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES.

DEPRESIÓN:

Definición Conceptual: Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). La duración de la sintomatología para un trastorno depresivo mayor, episodio depresivo o recidivante la sintomatología debe durar al menos dos semanas. Para un cuadro de distimia la situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Definición Operacional: Se tomara como depresión a todo aquel trastorno que cumpla con la sintomatología. La identificación de una depresión y/o distimia se llevara a cabo mediante la aplicando a la sección correspondiente de trastornos del ánimo en la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-KID).

VARIABLE INDEPENDIENTE

CONDUCTA AUTOLESIVA:

Definición Conceptual: Es una conducta autodestructiva que causa daño tisular. Se distingue un subtipo con y sin intención suicida.

Definición Operacional: Es toda aquella conducta dirigida a causar daño de manera intencional con cualquier finalidad menos la de causar la muerte.

PROCEDIMIENTO

Esta investigación forma parte del proyecto titulado Validez de la cédula de autolesiones, a cargo de la Dra. Lilia Albores Gallo. Se identificó a los pacientes con depresión y distimia en el servicio de consulta externa, urgencias u hospitalización. Después se extendió la invitación a participar en el proyecto de investigación y se explicó los detalles del mismo. Aquellos padres que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y sus hijos dieron su asentimiento. Posteriormente se confirmó el diagnóstico de episodio depresivo actual, trastorno depresivo recurrente y de distimia con la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-KID), y se pidió que el paciente completará la Cedula de Autolesiones (AUTOLES). Los datos se vaciaron en una base de datos electrónica para su análisis.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: Plan de trabajo

Cronograma

Actividad

Fecha

| | |
|--|------------------------|
| Entrega de Anteproyecto | 10 de Mayo de 2013 |
| Aprobación de protocolo | Diciembre de 2013 |
| Reclutación de la muestra y recolección de datos | Marzo-Agosto de 2014 |
| Análisis de resultados | Noviembre de 2014 |
| Informe Final | 5 de Diciembre de 2015 |

RESPONSABLES:

Reclutamiento de la muestra y recolección de datos: Dra. Irys Meléndez Badillo

Recursos humanos: Dra. Irys Meléndez Badillo Residente de segundo año

Dra. Lilia Albores Gallo

Recursos Materiales: Hojas, lápices, equipo de cómputo, base de datos electrónica.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MINI-KID. (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MINI-KID) ⁵⁷.

Es una entrevista diagnóstica estructurada (Sheehan, Shytle, Milo, Janavs), versión 6.0, 2010, dirigida a niños y adolescentes entre 6 y 17 años 11 meses, para valorar algún trastorno psiquiátrico del Eje I, basados en el DSM IV y el CIE10, se divide en módulos, identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica, comprende 23 trastornos psiquiátricos, e investiga el riesgo suicida como uno de estos módulos. Debe explicarse al niño o adolescente, antes de comenzar la entrevista. La mayoría de las preguntas se contestan 'sí' o 'no'. Para niños menores de 13 años, se recomienda entrevistar juntos al niño y al padre. Deben realizarse las preguntas al niño, pero debe de alentar al padre a

interrumpir si piensa que la respuesta del niño no es clara o no es precisa. El entrevistador/a determina si la respuesta del niño cumple con los criterios diagnósticos de la pregunta, esta decisión se basa en su juicio clínico. La entrevista está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos⁵⁷. Validada al español en el 2004, la confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente y la validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50. Fue validado con una sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de episodio depresivo mayor de 94.4 y 62.2 respectivamente. El valor predictivo positivo y negativo para episodio depresivo mayor 41 y 97.4 respectivamente⁵⁸.

CÉDULA DE AUTOLESIONES

La cédula de autolesiones consiste de 86 reactivos de respuesta dicotómica sí/no, cuatro preguntas de opción múltiple y dos de respuesta abierta. Investiga sobre las prácticas auto-lesivas, como de dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y topografía corporal de las lesiones, la frecuencia en el último mes, el último trimestre y el último año así como el tiempo de inicio de la conducta, si se realiza en solitario o de manera grupal, motivaciones, el efecto sobre el estado de ánimo al intentar frenar la conducta, las emociones durante la autolesión y después de ellas. La cédula de autolesiones fue diseñada por Albores y Emiliano en 2013. Explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida a lo largo de la vida, en los últimos 12, 6 y 1 mes. Examina de dónde se originó la idea de hacerlo, el tipo de lesión y la topografía corporal de las lesiones, así como la edad de inicio de la conducta. Permite explorar el componente comportamental de las autolesiones como son: los precipitantes psicológicos, las urgencias, preocupaciones, las respuestas contingentes y algunas variables explicativas. El instrumento se basa en los criterios propuestos en el DSM-5. Para autolesiones

sin intención suicida. Además las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta explorando la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se usó el resultado dicotómico de las preguntas: Reactivo 51 de Autolesión con intento suicida, Reactivo 52 de Autolesión sin intento suicida y del Reactivo 53: ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida? Y se contrastó con el resultado dicotómico de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-KID) de depresión mayor y distimia.

Se usó la prueba de chi cuadrada para las variables categóricas y la prueba T de student para las variables continuas. Para realizar el análisis estadístico se utilizara el SPSS versión 17. A partir del resultado categórico del diagnóstico de depresión por medio de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-KID) se los adolescentes se asignaron a los grupos con depresión (+) y sin depresión (-), con distimia (+) y sin distimia (-)

Se formaran los siguientes grupos de adolescentes:

A+ Autolesiones con intención de suicidio

A- Autolesiones sin intención de suicidio

D+ Con depresión

D- Sin depresión

di+ Con Distimia

di- Sin Distimia

Los grupos con/sin depresión y con/sin distimia, se compararon para todas las variables demográficas y con el status de practicar A+ y A- usando la prueba de

chi cuadrada para las variables categóricas y la prueba T de student para las variables continuas. El nivel de significancia se estableció con una $p < .05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación forma parte del proyecto titulado Validez de la cédula de autolesiones que recibió aprobación del comité de investigación y de ética del hospital cuya carta correspondiente pueden consultarse en la sección de anexo 4. Este proyecto Asociación de autolesiones en una muestra clínica de adolescentes con y sin depresión recibió aprobación del comité de investigación cuya carta correspondiente puede consultarse en la sección de anexo 5. Este proyecto se considera de riesgo mínimo para la salud de los pacientes, por lo que no violó ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la Ley General de Salud en materia para la investigación para la salud, en su título segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción III. Se obtuvo consentimiento informado de los padres y el asentimiento de las adolescentes.

RESULTADOS:

La muestra se conformó con 116 adolescentes con autolesiones (con y sin intención de suicidio) de los cuales $n=86$ (74.1%) fueron del sexo femenino, con un rango de edad entre los 10-17 años y una media de edad de 13.8 ± 1.77 DE

Como se muestra en la tabla 1. Se analizaron las respuestas de 114 jóvenes. Se compara los adolescentes sin depresión y el grupo con depresión tuvo una prevalencia mayor de A+ (N= 114, 52.8% frente a 28,6% OR 2.79 IC 95% 1.23-6.30, $\chi^2= 6.32$ $p=0.12$) y de A- (N= 115, 45.8 % frente a 37.2%, OR 1.42 IC 95% 0.65-3.09 $\chi^2=8.1$ $p=.366$) respectivamente. Entre aquellos jóvenes que manifestaron, alguna vez te has intentado lastimarte para quitarte la vida (N =114, 45.1 %, frente a 27.9 % OR =3.3 IC 95% 0.93 – 4.7 $\chi^2 = 2.2$ $p= .06$).

Tabla 1. Razones de momios no ajustados para la asociación entre episodio de depresión mayor y autolesiones con intento suicida.

| Reactivos de la Cédula de Autolesiones | Depresión N =116 (100%) | | OR (IC 95% Baja - Alta) | X ² | P |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|--------------|
| | D (-)% | D (+)% | | | |
| 51 Autolesión con intento suicida (A+) N = 114 No Si | 71.4 28.6 | 47.2 52.8 | 2.79 (1.23 – 6.30) | 6.31 | 0.012 |
| 52 Autolesión sin intento suicida(A-) N = 115 No Si | 62.8 37.2 | 54.2 45.8 | 1.42 (0.65 – 3.09) | 8.19 | 0.366 |
| 53 ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida? N = 114 No Si | 72.1 27.9 | 54.9 45.1 | 2.12 (0.93-4.7) | 3.32 | 0.068 |

Nota: El tamaño de la muestra varía porque los adolescentes no respondieron dichos ítems del instrumento AUTOLES. Cuando el valor de las casillas esperadas fue menor a 5 la prueba utilizada fue la prueba exacta de Fisher. Resaltadas en negritas los valores con significancia estadística.

Como se muestra en la tabla 2. Se analizaron las respuestas de 114 jóvenes. Se compara los adolescentes sin distimia y el grupo con distimia tuvo una prevalencia mayor de A+ (N= 114, 66.7% frente a 37.8% OR 3.29 IC 95% 1.27-8.51, $x^2= 6.42$ $p=0.11$) y de A- (N= 115, 79.2 % frente a 33.0%, OR 17.72 IC 95% 1.2-8.51 $x^2=15.57$ $p=0.000$) respectivamente. Entre aquellos jóvenes que manifestaron, alguna vez te has intentado lastimarte para quitarse la vida (N =114, 66.7 %, frente a 31.1 % OR =4.42 IC 95% 1.60 – 11.53 $x^2 = 10.10$ $p= .001$). Obteniendo significancia estadística.

Tabla 2: Razones de momios no ajustados para la asociación entre distimia y autolesiones con intento suicida.

| Reactivos de la Cédula de Autolesiones | Distimia N = 116 (100%) | | OR (IC 95% Baja - Alta) | X ² | P |
|--|-------------------------|---------------------|---------------------------|----------------|--------------|
| | di (-)% | di (+)% | | | |
| 51. Autolesión con intento suicida. (A+) N = 114 No Si | 66.2 37.8 | 33.3 66.7 | 3.29 (1.27 – 8.51) | 6.42 | 0.011 |
| 52. Autolesión sin intento suicida (A-) N = 115 No Si | 67.0 33.0 | 20.8 79.2 | 7.72 (1.27 – 8.51) | 15.57 | 0.000 |
| 53. Alguna vez intentaste lastimarte para quitarte la vida. N = 114 No Si | 68.9 31.1 | 33.3 66.7 | 4.42 (1.60-11.53) | 10.10 | 0.001 |

Nota: El tamaño de la muestra varía porque los adolescentes no respondieron dichos ítems del instrumento AUTOLES. Cuando el valor de las casillas esperadas fue menor a 5 la prueba utilizada fue la prueba exacta de Fisher. Resaltadas en negritas los valores con significancia estadística.

DISCUSIÓN:

En este estudio investigamos la asociación de autolesiones con y sin intención de suicidio, con y sin depresión, y con o sin distimia en un grupo de adolescentes de una muestra clínica psiquiátrica.

Diversos estudios muestran que las autolesiones con y sin intención de suicidio son muy frecuentes en las muestras clínicas psiquiátricas⁵⁹⁻⁶⁴. En nuestro estudio confirmamos esta elevada prevalencia con un 52.8%.

Dentro de las características demográficas se documentó una media de edad 13.8, lo que coincide en estudio similares^{40,50} incluso en la Encuesta Nacional de Salud Mental en Adolescentes (ENEP) 2009⁶⁴.

En este estudio el rango de edad fue entre los 10 años y 17 años de edad. De la misma forma, en cuanto al género se encontró que las autolesiones predominan en las mujeres, quienes constituyen el 52.8 % de la muestra total; cifra que es consistente con el estudio de Cowthorpe⁵⁹ y Ferrata⁴⁰ quienes informan una razón de 2:1 respecto de los varones.

En el 2011 Asarnow, evaluó la significación clínica y pronóstica de las autolesiones no suicidas para el intento de suicidio en adolescentes con depresión, encontrando que el 47,4% de los jóvenes presentaban un historial de conducta autolesiva, de los cuales el 45% tuvo depresión y practico autolesiones sin la intención de morir, el 31% con la intención de morir y además el 25% presento distimia con autolesiones sin la intención de morir y 21% con la intención de morir. En nuestro estudio se encontró que el 52,8% con depresión practicó autolesiones con intencionalidad suicida, 45.8% sin la intención de morir. El 66.7% presentaron distimia con la intención de morir; 79.2% sin la intención de morir. Las autolesiones son un problema común en los adolescentes con depresión y un predictor significativo de la intención de morir y de la presencia de futuras autolesiones no suicidas, lo que subraya la necesidad crítica de desarrollar estrategias para la prevención.

Bjärehed en el 2011, estudió las autolesiones en adolescentes y su correlación con la psicopatología, encontrando que del total de adolescentes con autolesiones el 16.1% se marcaron dibujos en la piel, como letras y el 14.4% requirieron atención médica de los cuales el 5.4% habían tenido intención de morir, dentro de este total el 44.1% eran niñas, en contraste con nuestro estudio en donde el (74.1%) fueron niñas, el 52,8% tuvo autolesiones con la intención de morir y 45,8% tuvo autolesiones sin la intención de morir. Independientemente de la psicopatología, los adolescentes al presentar una ausencia de sentimientos positivos hacia los padres continúan autolesionándose, por la dificultad que presentan para regular su estado emocional.

D'Eramo en el 2004, comparó a los adolescentes de una muestra consecutiva a un hospital psiquiátrico y estudio la comorbilidad del grupo con autolesiones

con/sin intención de morir encontrando que los del grupo de múltiples intentos suicidas tuvieron mayor comorbilidad externalizada e internalizada, específicamente un 22.2% de los que tenían depresión practicaban autolesiones sin la intención de morir, 22.6% con intención de morir y 18.5% tuvieron ansiedad, sin embargo no se investigó la frecuencia de distimia que muy a menudo se asocia al cuadro de depresión mayor. En nuestro estudio se encontró que el 52,8 % tenía depresión y autolesiones con la intención de morir y 45.8% sin la intención de morir. Además la prevalencia de distimia fue mayor (66.7%) y el traslape con depresión fue de (52.8%) siendo muy probable que por lo menos un tiempo los adolescentes cursaran con ambos trastornos lo que a veces se denomina depresión doble. Situación que debe alertar a los médicos de estos adolescentes que en muchas ocasiones presentan varios intentos de suicidio sin llegar a lograr un suicidio.

Dougherty en el 2009, estudio los trastornos psiquiátricos más asociados en 56 adolescentes que requirieron hospitalización psiquiátrica con autolesiones, con y sin intención de quitarse la vida. La comorbilidad psiquiátrica más común fue la depresión mayor para el grupo con autolesiones sin intención de morir y también para el subtipo combinado de autolesiones (con y sin intención de morir). Sin embargo tampoco estudio la distimia aunque demostró niveles más altos de impulsividad, y dificultad para la mejoría de los síntomas depresivos, en comparación con los que solo presentaban autolesiones sin la intención de morir. En este estudio el 52,8% presentó depresión y autolesiones con la intención de morir, es importante destacar que ser adolescente y además tener depresión presenta más riesgos de ser impulsivos e intentar quitarse la vida.

Esposito en el 2010, Examino las autolesiones en adolescentes con trastornos afectivos, encontrando una asociación en relación de síntomas de depresión con las autolesiones, además una mayor gravedad en los síntomas depresivos con autolesiones a diferencias de los que solo tenían depresión sin autolesiones, agregando que estos adolescentes tienen un mal funcionamiento psicosocial a lo largo de su vida, esto contrasta con nuestro estudio donde el 52.8% que presenta

depresión practica autolesiones con intención de quitarse la vida. Es necesario enseñarles a nuestros jóvenes habilidades de adaptación frente a las necesidades sociales y emocionales, para que puedan llegar hacer exitosos.

Ferrata en el 2012, investigó la asociación de las autolesiones sin intención de morir en los adolescentes hospitalizados. Reportando que el 65.5% de los adolescentes cumplían criterios para trastorno límite de la personalidad y solo 53.1% tuvieron depresión, en este estudio el 45,8% tuvo depresión sin intención de morir, es importante mantener una alta vigilancia en los adolescentes que presentan autolesiones sin intención de morir, para prevenir su evolución.

CONCLUSIONES

Los datos sobre autolesiones en adolescentes indican un sufrimiento emocional y psicológico, resultado de interacciones complejas, que intervienen factores, individuales, biológicos, familiares, sociales y del medio ambiente.

Los datos sobre las causas de autolesión son limitados, las adversidades a lo largo de la vida, con un estado depresivo crónico, que se extiende desde la niñez y pueden presentarse con mayor intensidad en la adolescencia, da lugar al daño corporal con o sin intento suicida.

En nuestro estudio los resultados obtenidos se presentan en:

1.- Una asociación entre la presencia de un estado depresivo mayor en adolescentes que presentan autolesiones con una tendencia hacia el suicidio.

2.- Los adolescentes que presentan autolesiones sin intentos de suicidio o bien alguna vez han intentado lastimarse para quitarse la vida, están asociados a un estado depresivo mayor.

3.- La presencia de autolesiones con o sin intento suicida, así como, la referencia si en alguna ocasión han intentado lastimarse con la finalidad de quitarse vida, se asocian con un estado de distimia en adolescentes.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio con mayor número de participantes para establecer una aseveración con mayor evidencia y compararlo con adolescente deprimidos de la comunidad.
2. Aunque el instrumento de medición es apropiado y debidamente validado, no se realizó análisis de confiabilidad, en nuestra muestra de adolescentes.
3. Este estudio presenta las limitaciones propias de los diseños transversales, que no permiten determinar la causalidad de las variables manejadas.

Cómo puntos fuertes cabe destacar

1. Que existen escasos estudios sobre conductas o pensamientos autolesivos realizados con población adolescente mexicana.
2. El hecho de que se hayan detectado conductas de riesgo a edades tempranas es de suma importancia para su intervención oportuna e implementación de medidas preventivas. Esto da valor a los datos obtenidos, puesto que nos aproximan a una realidad, que si bien conocíamos de otros países, en el nuestro se evidenciaba escasez de estudios.

REFERENCIAS

1. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Consenso en el tratamiento de las depresiones (2005). ISBN 84-9751-134-4.
2. Geddes J, Butler R, Hatcher S, et al, Depresión in adults. Clin Evid 2006; 15:1366-1406
3. Ingram RE, Ritter J. vulnerability to depression cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals, J abnorm Psychol, 2000; 109:588-596.
4. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10, Organization Panamericana De La Salud. Decima Revision 10.
5. Turner RJ, Lloyd DA, Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. Arch Gen Psychiatry, 2004; 61:481-488.
6. Tsai SJ, Hong CJ, Tryptophan hydroxylase 2 genes associated with major depression and antidepressant treatment response. Prog. Neuropsychopharmacol Biol psychiatry 2004; 61,481-488.
7. Oquendo MA, Bongiovi ME, Sex differences in clinical practice predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. Am J. Psychiatry 2007, 164:134-141
8. Pang TY, Du X, Zajac MS, Howard, Serotonin receptor expression is associated with depression related behavior in the R6/1 transgenic mouse model of Huntington's disease. Hum Mol Genet 2009, 18:753-766.
9. Budd R, James D, Patients explanations for depression: a factor analytic study Clin Psychol Psychotherapy 2008: 15:28-37.
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Mex 2004; 46: 417-424.
11. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence and risk factors in a nationally representative sample. Br J Psychiatry 2007; 190: 521-528.

12. Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón, Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, Madrid: Pirámide
13. Fize M (2007). Los adolescentes. México DF: Fondo de Cultura Económica.
14. Rice F, Harold G, Shelton K, Thapar A (2006). Family Conflict Interacts With Genetic Liability in Predicting Childhood and Adolescent Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1, 65- 78.
15. Álvarez Zúñiga M, Ramírez JB, Silva RA, Coffin CN, Jiménez RL, La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009, 9, 2, 205-21
16. Gallardo G, Jiménez M, González A, et al. Dysthymia as a nosological entity. Some thoughts on its epidemiology, etiology and diagnostic. *Rev Mex Neuroci* 2013;14:215-222
17. Jiménez M, Gallardo M, Villaseñor C, González G. La distimia en el contexto clínico *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2013;42; 212-218.
18. Nobile M, Cataldo G, Marino C, et al. Diagnosis and Treatment of Dysthymia in children And Adolescents. *CND Drugs* 2003;17:927-947
19. Najman JM, Heron MA, Hayatbakhsh MR, Dingle K, Jamrozik K, Bor W, et al. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *J Psychiatry Res* 2008; 42: 694-700.
20. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1226-1232
21. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adol* 2010; 1–11 in press doi: 10. 1016.
22. Sho N, Oiji A, Konno CH, Toyohara K, Minami T, Arai T, et al. Relationship of intentional self-harm using sharp objects with depressive and dissociative

- tendencies in pre-adolescence-adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 410-6.
23. Hawton K, Harris L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: Characteristics, trends and outcome. *J Child Psychol Psych* 2008;49(4):441-8
 24. Mental Health Foundation (2006). Truth hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people. London: Mental Health Foundation.
 25. Jacobson C, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 2007; 11: 129-147.
 26. Claes L, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Castro R et al. Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: A comparison of psychopathological and personality features. *Eur Eat Disord Rev* 2011.
 27. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:80-87.
 28. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiology* 2009; 44:601-607.
 29. Shawn MH, Ali B, Bossarte RM, Van Dulmen M et al. Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the US: Shared and unique risk and protective factors. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9:178-191.
 30. Madge N, Hawton K, McMahon E, Corcoran P et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 10:499-508.
 31. Rosa Elena Ulloa Flores, Cecilia Contreras Hernández, Karina Paniagua Navarrete, Gamaliel Victoria Figueroa. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* 2013; 36:417-420.

32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.
33. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008 Jan 29; 178(3):306–12.
34. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Oct; 72(5):885–90.
35. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004; 34(1):12–23.
36. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “What’s” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005 Oct; 34(5):447–57.
37. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb; 76(1):28–38.
38. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb; 76(1):52–62.
39. Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2012 Mar; 29(3):172–9.
40. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Aug; 50(8):772–81.
41. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6:12.
42. Duerden EG, Oatley HK, Mak-Fan KM, McGrath PA, Taylor MJ, Szatmari P, et al. Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and

- adolescents with autism spectrum disorders. *J Autism Dev. Disord.* 2012 Nov; 42(11):2460–70.
43. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ.* 2002 Nov 23; 325(7374):1207–11.
 44. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999 May; 187(5):296–301.
 45. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 16. *J Affect Disord.* 2006 Jul; 93(1-3):87–96.
 46. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Feb; 76(1):63–71.
 47. Alfonso ML, Kaur R. Self-injury among early adolescents: identifying segments protected and at risk. *J Sch Health.* 2012 Nov; 82(12):537–47.
 48. Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Jan; 22(1):13–22.
 49. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Acad Pediatr.* 2012 May; 12(3):205–13.
 50. Albores G, Méndez S, Garcia L, et al. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):159-68
 51. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Familiar I, Nock MK, et al. Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders.* 2010 Jan; 120(1-3):32–9.

52. Shaffer D, Colleen J. Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include 8 Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V Disorder 9. 2010 American Psychiatric Association.
53. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Dec; 192(12):830–6.
54. konrad bresin, darrenl. carter, kathrynh. Gordon. The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: a daily diary study *psychiatry research* 2012.09.033.
55. Matthew k. Nick, Philip s. Wang et al. Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of affective disorders* 120 (2010) 32–39.
56. Amy M.B Peter M.G. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J youth adolescence*. 2010; 39:233–242
57. Romuald B, Peter P, Johann H, Rainer S. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch pediatr adolesc med* 2007; 161(7).
58. Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, et al. Wilkinson B, Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID), *J Clin Psychiatry*. 2010 Mar, 71:313-26.
59. Palacios L, De la Peña F, Heinze G, (2004) Validez y Confiabilidad del MINI-KID.
60. Cawthorpe D, Somers D, Wilkes T, *Canadian Child Psychiatric Review*. 2013; 4:103-106.
61. Bjärehed J, Lundh LG, and Deliberate Self-Harm in 14-Year-Old Adolescents: How Frequent Is It, and How Is It Associated with Psychopathology, Relationship Variables, and Styles of Emotional Regulation? *Cognitive Behavior Therapy*. 2008; 37: 26–37.
62. D'Eramo K, Pirstein M, Freeman J, Psychiatric Diagnoses and Comorbidity in Relation to Suicidal Behavior among Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 2004; 35:21-35.

63. Dougherty D, Mathias C, Marsh-Richard D, Prevetie K, Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*. 2009; 169: 22-27.
64. Esposito-Smythers C, Goldstein T, Birmaher B. Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2010; 125: 89–97.
65. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Méndez E, Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009; 31:155-163.

ANEXOS:

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha_____

Por medio de la presente acepto participar en los proyectos de investigación denominada, “ASOCIACION DE AUTOLESIONES EN UNA MUESTRA CLINICA DE ADOLESCENTES CON Y SIN DEPRESION”, que tiene como objetivo: Estudiar la conducta autolesiva en pacientes adolescentes con y sin depresión

La Dra. Irys samanta Meléndez Badillo me explico que este trabajo consiste en colaborar en una entrevista y contestar unas hojas de datos para obtener la información necesaria para este trabajo.

Se me ha informado adecuadamente sobre el motivo del estudio, sobre el manejo de la información depositada y acerca de la confiabilidad de la misma. Ninguna documentación podrá ser suministrada a otra persona que no sean los investigadores implicados en este estudio y no se identificara mi nombre en ningún informe de este estudio. También se me ha explicado que si no acepto otorgar mi consentimiento no habrá consecuencias negativas sobre la atención y el tratamiento que recibo en esta institución.

Se me ha explicado que el trabajo es parte de las actividades de clínica y que están encaminadas a mejorar la atención de los pacientes menores de edad y familiares. Si decido participar, mis respuestas serán dadas con toda verdad para contribuir a que los resultados de este proyecto sean confiables.

Firma de Aceptación del padre o tutor. _____

Firma de Aceptación del menor. _____

Testigo _____

ANEXO 2.

CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: _____ No. Lista _____ FECHA _____ EDAD: _____

SEXO: Masculino Femenino #de años escolaridad de tu 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. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar solo(a)? |
| Si | No | 48. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as? |
| Si | No | 50. ¿Cuándo te lastimas te escondes de los demás? |
| Si | No | 51. ¿Le has dicho a alguien que te lastimas? menciona a quién _____ |
| Si | No | 52. ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida? |
| Si | No | 53. ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida? |
| Si | No | 54. ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida? |
| Si | No | 55. ¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida? |
| Si | No | 56. ¿Alguna vez te realizaste un tatuaje para sentir dolor? ¿En qué parte de tu cuerpo tienes tatuaje? Menciona _____ cuántos _____ |
| Si | No | 57. ¿Alguna vez te realizaste una perforación (piercing) para sentir dolor? ¿En qué parte de tu cuerpo tienes perforación? Menciona _____ cuántos _____ |
| Si | No | 58. ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes? |
| Si | No | 59. ¿Te lastimas porque quieres castigarte? |
| Si | No | 60. ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien? |
| Si | No | 61. ¿Te lastimas porque consigues atención de los demás? |
| Si | No | 62. ¿Te lastimas para evitar suicidarte? |
| Si | No | 63. ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama? |
| Si | No | 64. ¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo? |
| Si | No | 65. ¿Te lastimas porque te acosan en la escuela (bullying)? |
| Si | No | 66. ¿Te lastimas porque tu acosas a alguien en la escuela (eres bully)? |
| Si | No | 67. ¿No sabes por qué te lastimas? |
| Si | No | 68. ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima? |
| Si | No | 69. ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte? |
| Si | No | 70. ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima? |

| | | |
|--|----|--|
| Si | No | 71. ¿Alguna vez dejaste de lastimarte por más de 6 meses? |
| Si | No | 72. ¿Después de ese periodo reiniciaste la conducta de lastimarte? |
| Si | No | 73. ¿Hubo alguna situación, emoción o estrategia que ocurrió para dejar de lesionarte? Menciona: _____ |
| Si | No | 74. ¿Hubo alguna situación, emoción o condición que ocurrió para volver a lesionarte? Menciona: _____ |
| Si | No | 75. ¿Alguna vez por lesionarte te refirieron con algún psicólogo, pedagogo, médico, psiquiatra Trabajador social. En caso afirmativo: Fui? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si | No | 76. ¿Alguna vez consultaste con un médico o fuiste a un hospital por haberte lesionado? |
| Si | No | 77. ¿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 | 78. ¿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 | 79. ¿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 | 80. ¿Alguna vez has compartido con algún amigo(a) los objetos con los que te cortas? |
| Si | No | 81. ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer SIDA, hepatitis y otras enfermedades? |
| Si | No | 82. ¿Tomas algún medicamento? Cual _____ |
| Si | No | 83. ¿El medicamento induce o aumenta el deseo de lastimarte? |
| Si | No | 84. ¿El medicamento disminuye el deseo de lastimarte? |
| Si | No | 85. ¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas? A quién _____ |
| 86. ¿A quién le 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 | | |
| 87. ¿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 | | |
| 88. ¿Si has solicitado atención para tus autolesiones, cuanto tiempo pasó desde que comenzaste a lastimarte hasta que solicitaste la atención medica? Menciona _____ años, o _____ meses | | |
| 89. ¿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 _____ | | |
| 90. ¿Qué edad tenias cuando empezaste a realizar actos para lastimarte? _____ años | | |
| 91. ¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de tí? A qué edad: _____ años | | |
| 92. ¿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 _____ | | |
| 93. 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. | | |

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Slytle, K. Milo
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

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

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

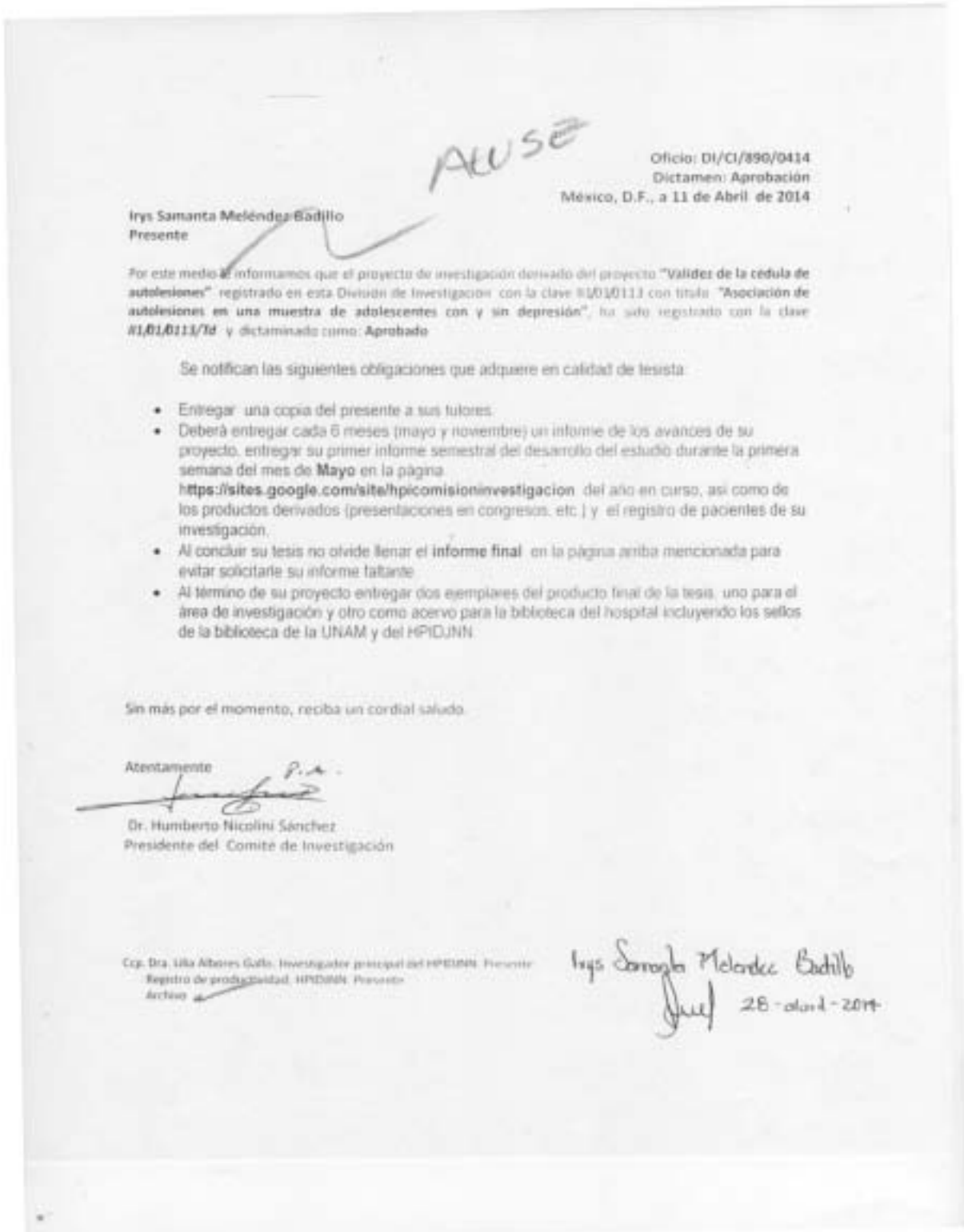
También está disponible ganado a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en más de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamiento

| | | | |
|----------------------------------|-------|---|-------|
| <i>Nombre del paciente:</i> | _____ | <i>Número de protocolo:</i> | _____ |
| <i>Fecha de nacimiento:</i> | _____ | <i>Hora en que inició la entrevista:</i> | _____ |
| <i>Nombre del entrevistador:</i> | _____ | <i>Hora en que terminó la entrevista:</i> | _____ |
| <i>Fecha de la entrevista:</i> | _____ | <i>Duración total:</i> | _____ |

| MÓDULOS | PERÍODO EXPLORADO | CUMPLE LOS CRITERIOS | DSM-IV | ICD-10 |
|---|------------------------------------|--|--|--------------|
| A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR | Actual (2 semanas) | <input type="checkbox"/> | 296.20-296.29 Único | F32.a |
| B RIESGO DE SUICIDIO | Actual (último mes) | <input type="checkbox"/> | N/A | N/A |
| C TRASTORNO DISTÍMICO | Actual (últimos 2 años) | <input type="checkbox"/> | 300.4 | F34.1 |
| D EPISODIO (HIPO) MANÍACO | Actual Pasado | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 296.00-296.06 | F30.a-F31.9 |
| E TRASTORNO DE ANGSTIA | Actual (último mes) De por Vida | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 300.01-300.21 | F40.01-F41.0 |
| F AGORAFOBIA | Actual | <input type="checkbox"/> | 300.22 | F40.00 |
| G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN | Actual (último mes) | <input type="checkbox"/> | 309.21 | F93.0 |
| H FOBIA SOCIAL | Actual (último mes) | <input type="checkbox"/> | 300.23 | F40.1 |
| I FOBIA ESPECÍFICA | Actual (último mes) | <input type="checkbox"/> | 300.29 | N/A |
| J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO | Actual (último mes) | <input type="checkbox"/> | 300.3 | F42.8 |
| K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO | Actual (último mes) | <input type="checkbox"/> | 309.81 | F43.1 |
| L ABUSO DE ALCOHOL | Últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | 303.9/305.00 | F10.2x/F10 |
| L DEPENDENCIA DE ALCOHOL | Últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | 303.9/305.00 | F10.2x/F10 |
| M ABUSO DE DROGAS (no alcohol) | Últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90 | F11.1-F19.1 |
| M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol) | Últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90 | F11.1-F19.1 |
| N TRASTORNOS DE TIC | Actual Pasado | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 307.20-307.23 | F95.a |
| O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD | Últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> | 314.00-314.01 | F90.0/F90.8 |
| P TRASTORNO DE LA CONDUCTA | Últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> | 312.8 | F91.a |
| Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE | Últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> | 312.81 | F91.3 |
| R TRASTORNOS PSICÓTICOS | De por Vida Actual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9 | F20.xx-F29 |
| S ANOREXIA NERVIOSA | Actual (últimos 3 meses) | <input type="checkbox"/> | 307.1 | F50.0 |
| T BULIMIA NERVIOSA | Actual (últimos 3 meses) | <input type="checkbox"/> | 307.11 | F50.2 |
| U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA | Actual (últimos 6 meses) | <input type="checkbox"/> | 300.02 | F41.1 |
| V TRASTORNOS ADAPTATIVOS | Actual | <input type="checkbox"/> | 309.24/309.28 309.3/309.4 | F45.xx |

ANEXO 4



ANEXO 5

