



**Facultad de Medicina**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”**

**“Estudio de la validez diagnóstica de las autolesiones no suicidas”**

**TESIS  
que para obtener el título  
DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**Presenta:  
DRA. DANIELA TENORIO BERNAL**

**Dra. María Elena Medina-Mora Icaza      Dr. Francisco R. de la Peña Olvera**  
**Tutor Metodológico                                      Tutor Teórico**

**Ciudad de México, 2016**



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.

A mi hermana, María Isabel, quien ha sido mi mayor fuente de motivación, apoyo y lealtad. Creíste en mí, en momentos en los que ni yo lo hacía. Gracias por ser mi cimiento.

A mis maestros de vida, mis padres: María Isabel y Germán, por todas las herramientas que me han dado para poder alcanzar metas, cumplir sueños y crear nuevos. Por su amor incondicional, que sin ello, nada tendría sentido.

A mis amigos, que son mis hermanos por elección; Liliana Aracén, Berenice Vicente, Hugo Mora Ponce de León, Françoise Descazeaux y Mirena Astiazarán. Gracias por abrirme las puertas de sus hogares, considerarme parte de sus familias y tomarme de la mano cuando más lo he necesitado.

A mis compañeros y amigos de Medicina y de la Especialidad en Psiquiatría, gracias por contagiarme de su dedicación, ética y pasión por nuestra labor.

A todos los que físicamente no pueden estar; Abuelo Chano, Abuelo Carlos, Tío Marcos, Tía Sarita, Tía Lilo, los llevo conmigo a todo donde voy, en todo lo que hago, están ustedes a mi lado.

Al Dr. Soriano, que sin darse cuenta, cambió el rumbo de mi vida, a la Dra. María Antonia López Moraila, gracias por su amistad, cariño, inspiración y guía.

A mis tutores: Dr. De la Peña y Dra. Medina-Mora, por su inigualable ayuda, orientación, sustento y complicidad.

Erick Valdez, gracias por impulsarme y ayudarme a ser la mejor versión de mí. Gracias por tu paciencia, insistencia, sustento y amor.

Céline. No tengo palabras para expresar lo agradecida que estoy por que hayas llegado a mi vida. Eres mi hogar y mi más grande tesoro.

Quizá nunca lo leas, quizá nunca lo sepas, quizá no pueda ayudarte,  
pero todo esto, es por ti.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	.....	<b>5</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	.....	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	.....	<b>15</b>
<b>4. HIPÓTESIS</b>	.....	<b>16</b>
<b>5. METODOLOGÍA</b>	.....	<b>16</b>
<b>6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	.....	<b>20</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	.....	<b>21</b>
<b>8. DISCUSIÓN</b>	.....	<b>29</b>
<b>9. LIMITACIONES</b>	.....	<b>32</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	.....	<b>33</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	.....	<b>34</b>
<b>12. ANEXOS</b>	.....	<b>39</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la vigésima tercera edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define “autolesión” como: la acción de autolesionarse, daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo.

Han existido diferentes intentos por definir las autolesiones no suicidas en el contexto clínico, históricamente estos ensayos han generado, la evolución en la definición y delimitación de conceptos que tratan de describir aquellas conductas autolesivas, que carecen de intencionalidad o aspiraciones suicidas.

En 1977 Kreitman introdujo el término *conducta parasuicida*, haciendo referencia a todas las acciones no accidentales de autolesión y auto envenenamiento que no resultaban en la muerte, a pesar de la intención del acto.<sup>1</sup>

En 1989 Favazza describió por primera vez el fenómeno de *automutilación* como: el incidente en el que un individuo ha intentado deliberadamente alterar o destruir su propio tejido corporal sin la intención suicida. En su publicación mencionó que la automutilación debe ser entendida como un mecanismo de auto-ayuda que provee rápido pero temporal alivio a sentimientos de culpa, despersonalización, preocupaciones sexuales, así como en contexto psicótico, donde las manifestaciones más graves de automutilación podrían ser enucleación y castración.<sup>2</sup>

Sin embargo, en 1992 la Organización Mundial de la Salud reconoció el término *autoagresión deliberada*, definiéndolo como: un acto con desenlace no fatal, en el que un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, sin intervención de los demás, se provocará autolesiones, o deliberadamente ingiera una sustancia por encima de la dosis terapéutica prescrita o generalmente reconocida, y que está dirigido a que existan cambios que el sujeto ha deseado a través de las consecuencias físicas reales o esperadas.

Esta definición abarca además de la acción de autolesionarse, la motivación y finalidad de la misma, sin embargo no descarta que esto sea con intencionalidad suicida, por lo que es usado frecuentemente como un término que abarca autolesiones no suicidas y con intencionalidad suicida, que tengan un resultado no fatal. Este término tiende a usarse predominantemente entre países Europeos y Australia.<sup>3</sup>

En 2007 la International Society for the Study of Self-Injury definió el término *Autolesión no suicida* como: la acción deliberada y auto infringida de un daño directo e intencional a los propios tejidos del cuerpo *sin* la intención de suicidarse y con motivaciones no socialmente sancionadas. Lo cual explícitamente excluye conductas que abarquen en cualquier nivel la intencionalidad suicida, así como aquellas acciones con la intención estética de exteriorización o demostración, como perforaciones, tatuajes, expansiones y demás.

Esta definición ha sido más empleada en Estados Unidos y Canadá, y recientemente adoptada por la Asociación Americana de Psiquiatría en su versión más reciente del Manual de Diagnóstico y Tratamiento.<sup>4</sup>

Debido a la variabilidad de términos para definir la conducta autolesiva, ha sido difícil identificar la prevalencia internacional de la misma, sin embargo Muehlenkamp y colaboradores, realizaron una revisión sistemática y multicéntrica en el año 2012, con el objetivo de comparar las tasas de prevalencia entre definiciones de *autoagresión deliberada* y *autolesión no suicida*, utilizando estudios empíricos publicados entre 2005-2011. Se compararon 52 estudios de población general de adolescentes de 29 países, en donde fue observado que la diferencia en media de prevalencia a lo largo de la vida entre las dos definiciones no era estadísticamente significativa, reportaron autolesión no suicida con 18.0% y autoagresión deliberada con 16.1% , lo que sugiere que todos los estudios en realidad midieron fenómenos similares.

Los datos derivados de este estudio parecieran apoyar la conclusión de que el promedio de tasas de prevalencia son discretamente mayores entre los estudios publicados en 2011 a comparación de 2005, lo que lleva a los autores a concluir que la prevalencia es relativamente consistente y estable.

Con estas últimas dos observaciones, este estudio apoyó ampliamente la propuesta de concentrar los esfuerzos para establecer criterios estandarizados para el estudio de las autolesiones no suicidas y así asegurar la validez de los constructos entre investigadores y clínicos, por lo que el documento final sustentó ampliamente la propuesta de incluir criterios específicos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana en su 5ta versión, para autolesiones no suicidas.<sup>3</sup>

El desarrollo de la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-5) se caracterizó por un extenso debate entre evidencia científica y experiencia clínica que apoyara el contenido del mismo. En la Sección III del manual se introducen los modelos y medidas emergentes que puedan asistir a clínicos en la evaluación de los pacientes. Esta sección incluye

medidas de evaluación, guía en formulación cultural, un modelo alternativo para los diagnósticos de trastornos de personalidad y otras condiciones que requieren de mayor estudio.

Algunas de las condiciones propuestas para esta 5ta edición tenían mérito suficiente para ser incluidos como diagnóstico categórico, sin embargo en el caso de las autolesiones no suicidas, se determinó que requería de mayor investigación científica antes de poder considerarse como un trastorno formal. La inclusión de esta entidad en la Sección III fue contingente en cuanto a la cantidad de evidencia empírica disponible respecto al diagnóstico, confiabilidad y validez del diagnóstico, una necesidad clínica clara y el potencial beneficio en investigación futura. Mayor investigación debe resultar en mayor información y datos que puedan guiar las decisiones en ediciones futuras de DSM.

Se anticipa que las entidades comprendidas en la Sección III del DSM-5 se sometan a una evaluación futura; por el momento se considera a las autolesiones no suicidas como una condición que supone un gran problema en sedes universitarias y un problema de salud pública que debe ser mejor comprendido.<sup>5</sup>

La definición operacional de autolesiones no suicidas (ANS) basada en los criterios del DSM-5 establece que:

- A. En el último año, durante al menos 5 días, el sujeto se ha auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado o moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales, piercing, etc.), pero realizados con la esperanza que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o bien se puede inferir de que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal. La conducta no es de naturaleza común ni trivial, como lo es el hurgarse una herida o morderse las uñas
- B. La lesión intencional está asociada con al menos dos ítems de los siguientes:
  - B1. Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurran en el período inmediatamente previo al acto de autolesión.
  - B2. Antes de incurrir en el acto, existe un período de preocupación (pensamientos alrededor de) acerca de la conducta a realizar que es difícil de resistir.
  - B3. El impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se haya tenido que actuar consecuentemente.



B4. La actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.

C. La conducta y sus consecuencias afectan áreas como la interpersonal, académica u otras

D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En sujetos con un trastorno del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no se debe a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyhan)<sup>5</sup>

La importancia de identificar autolesiones no suicidas no sólo está asociado con emociones negativas, consecuencias físicas y sociales, sino también se ha asociado con intentos suicidas. Se ha visto que las autolesiones no suicidas predicen intentos suicidas futuros en adolescentes que sufren de depresión.<sup>1</sup>

Las tasas de intentos suicidas son desproporcionalmente altas en aquellos individuos que incurren a autolesiones no suicidas; la prevalencia global de dicha conducta en población general de adolescentes, es aproximadamente 16-18%. En 2009 se realizó la Encuesta Nacional de Conductas de Riesgo entre Jóvenes Estadounidenses, donde el 6.3% de los adolescentes encuestados reportaron que habían realizado por lo menos un intento suicida en el transcurso del año anterior, definiendo intento suicida como: todo acto intencional y directo de autolesión con al menos alguna intencionalidad de morir.<sup>3</sup>

La prevalencia de intentos suicidas entre aquellos individuos que se autolesionan, es alrededor del 3.8-7%, por ello es de particular relevancia entender los factores de riesgo asociados a los intentos suicidas entre personas que presentan autolesiones no suicidas.<sup>6</sup>

En la última década, existen diversos investigadores que sugieren que las autolesiones no suicidas son un factor de riesgo para conducta suicida, demostrando que antecedentes de autolesiones es uno de los predictores más importantes para intentos suicidas.<sup>7</sup>

En 2014 se publicó la primera revisión sistemática con meta-análisis que tuvo como objetivo identificar factores de riesgo que predigan intentos suicidas entre aquellos individuos que realizan autolesiones no suicidas. Incluyeron estudios empíricos, publicados en idioma Inglés, que compararan cualquier variable entre personas que se autolesionan con y sin historia de intentos suicidas; estas publicaciones podían usar cualquier método de medición de autolesiones no

suicidas e intentos suicidas, siempre y cuando éstos identificaran correctamente cada uno de los constructos.

Particularmente, los hallazgos meta-analíticos sugieren, que factores de riesgo comúnmente citados; como historia de abuso, ansiedad, uso de drogas y trastornos de conducta alimentaria, no son predictores confiables de intentos de suicidio en aquellos que se autolesionan.

En contraste, los resultados demuestran que existen 2 variables específicas en esta población; la frecuencia y el número de métodos utilizados, como indicadores potencialmente importantes de riesgo suicida en quienes realizan autolesiones no suicidas.<sup>4</sup>

## CRITERIOS DE VALIDEZ DIAGNÓSTICA

Robins E. y Guze S.B. en 1970 publican “Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia”<sup>8</sup> donde plantean que el método para la validez diagnóstica de las enfermedades psiquiátricas debe consistir en 5 fases:

1. Descripción Clínica
2. Estudios de laboratorio
3. Delimitación de otros trastornos
4. Estudios de seguimiento
5. Heredabilidad familiar

Posteriormente Feighner J.P, Robins E. y Guze S.B. en 1972 difunden “Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research”<sup>9</sup> en el cual proyectan los criterios diagnósticos de enfermedades psiquiátricas en adultos con base a las 5 fases de investigación previamente mencionadas.

Estos elementos de investigación siguen vigentes al día de hoy; es ampliamente reconocida la adversidad en la rama de la psiquiatría ya que no se cuenta con marcadores biológicos que sean específicos de los trastornos psiquiátricos.

Por lo tanto la investigación en psiquiatría con mayor evidencia para validez diagnóstica se ha condensado en la descripción clínica, exclusión de otros trastornos, estudios de seguimiento y heredabilidad familiar medida por instrumentos clinimétricos principalmente.

Los criterios de Robins E. y Guze S.B.<sup>8</sup> se siguen utilizando en la actualidad, por ejemplo en el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que fue incluido en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Tratamiento de la American Psychiatric Association<sup>3</sup>, como un Trastorno del Neurodesarrollo, fue debido a que existe evidencia de que los criterios de validez diagnóstica: 1. Descripción clínica, 2. Delimitación con otros trastornos, 3. Estudios genéticos, 4. Estudios imagenológicos, neuropsicológicos y de laboratorio, 5. Estudios de seguimiento y 5. Respuesta al tratamiento, establecen su validez y su vinculación con los Trastornos del Neurodesarrollo. De la Peña et al.<sup>10</sup> publicaron una revisión donde analizan de forma razonada la evidencia científica al respecto.

Además, en el caso del constructo de callo emocional, actualmente acogido con el término emociones prosociales limitadas (EPL), se evaluó por medio de estos mismos criterios, Herpers et al.<sup>11</sup> identificaron: 1. Delimitación con otros trastornos, 2. Estudios de seguimiento que evidencian

un curso característico del padecimiento, con estabilidad a lo largo del tiempo y se asocia con altos grados de problemas de conducta, delincuencia, uso de sustancias, entre otros, desde la infancia hasta la adultez, 3. Estudios de heredabilidad que identificaron una influencia genética de 43-81% en estudios en gemelos, 4. Estudios neuropsicológicos y neurobiológicos que detectaron disfunción de la amígdala cerebral, en la actividad de corteza prefrontal ventromedial y fallas en la conectividad entre estas dos áreas cerebrales, así como niveles de cortisol bajos. De tal forma que existe evidencia clara que apoya la inclusión de EPL como un subtipo de Trastorno de la Conducta y concluyen que no se cuenta con información suficiente para considerarlo un diagnóstico por independiente.

Por otro lado, el diagnóstico Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (DMDD), una entidad añadida en el capítulo de Trastornos Depresivos en el DSM-5<sup>3</sup>, ha sido de gran controversia debido a que no se ha descrito validez diagnóstica para acoger dicha entidad como un trastorno mental independiente. Axelson et al.<sup>12</sup> en 2012, realiza un análisis de la cohorte “Longitudinal Assessment of Manic Symptoms”<sup>13</sup> (LAMS) donde evalúa 4 de los 5 criterios de validez diagnóstica de Robins E. y Guze S.B.<sup>8</sup>: 1. Descripción clínica, 2. Delimitación de otros trastornos, 3. Estudios de seguimiento y 4. Heredabilidad familiar. En dicho análisis concluyeron que el DMDD no está claramente diferenciado del Trastorno oposicionista desafiante y Trastorno de la conducta en niños con tratamiento psiquiátrico, jóvenes con tratamiento para conducta disruptiva, ansiedad y trastornos del estado de ánimo cumplen con criterios diagnósticos para DMDD, por lo tanto no puede considerarse válida la descripción clínica ni delimitación de otros trastornos, no existe estabilidad longitudinal sustancial ni asociación familiar.

En el caso de las autolesiones no suicidas, todavía existe controversia respecto a su categorización y ubicación en las clasificaciones más reconocidas (DSM - CIE) Hasta el momento no existe un diagnóstico categórico para esta entidad, lo cual se puede interpretar que es una condición que no requiere de atención por profesionales en salud mental.<sup>14</sup>

La comunidad médica psiquiátrica concluye en consenso que se requiere más investigación en el tema, existe también una importante observación hecha por Kapur N. et al en su artículo publicado en 2013 en The British Journal of Psychiatry titulado “Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy?” donde menciona que los términos “autolesión”, “autolesiones no suicidas” y “conducta suicida” son conductas y no trastornos, siendo ésta una amplia crítica a los sistemas de clasificación de enfermedades, ya que la creación de un nuevo diagnóstico categórico de “autolesiones no suicidas” del cual no se cuenta con tratamiento aprobado, puede estigmatizar a un gran número de gente joven innecesariamente.

Además, es muy riesgoso etiquetar conductas como definitivamente “no suicidas” cuando está evidenciado el alto riesgo de que estas conductas concluyan a lo largo del tiempo en un intento suicida, y dada la alta demanda de atención clínica en primer nivel, el riesgo de intento suicida versus autolesión no suicida puede desarrollar una menor prioridad en el campo de primer nivel de atención, y recibir pobre tratamiento a comparación de otros pacientes.<sup>15</sup>

Generalmente, individuos con historia de autolesión e intentos suicidas, manifiestan mayor sintomatología psiquiátrica a comparación de aquellos que sólo se autolesionan o realizan intentos suicidas.

Se han investigado síntomas psiquiátricos más allá que diagnósticos, entre adolescentes con historia de conducta autolesiva e intentos suicidas, donde se reportan más síntomas de depresión y anhedonia que aquellos que sólo se autolesionan, así mismo una autoevaluación negativa, desesperanza, sentimientos de soledad, enojo, conductas temerarias, uso de alcohol, baja autoestima y víctimas de cualquier tipo de maltrato. Se han evidenciado más síntomas de Trastorno Límite de Personalidad que incluyen principalmente: una confusión del SELF, alta impulsividad y desregulación emocional.<sup>6</sup>

De ahí la importancia de comprender las autolesiones no suicidas, como diagnóstico categórico con alta comorbilidad psiquiátrica, o ¿podría considerarse como un especificador de síndromes psiquiátricos?

En un estudio publicado en 2008 por Deliberto T.L. y Nock M. Hacen referencia a los antecedentes familiares que predicen autolesiones no suicidas en los pacientes; enfatizando historia familiar de ideación suicida, violencia, abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, sin embargo no se identifican patrones de psicopatología en general. Las autolesiones no suicidas también se asociaron con antecedente de complicaciones intrauterinas, la práctica de conductas repetitivas no autolesivas durante la infancia y orientación homosexual o bisexual.<sup>16</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN

Se ha documentado el creciente aumento del fenómeno descrito como: *autolesiones no suicidas* en áreas tales como Estados Unidos, Canadá y Europa, especialmente entre la población joven y adolescente; y en consecuencia la producción científica publicada al respecto se ha incrementado significativamente en estas regiones. En contraste, la evidencia disponible para la definición y descripción de este fenómeno en población latinoamericana es escasa y en algunos casos metodológicamente informal. Ejemplo de esta última deficiencia es el artículo publicado en la Revista Salud Mental, titulado “Non-Suicidal Self-Injury in Latin America” donde, si bien se realizó un loable esfuerzo por intentar explorar y documentar este fenómeno, la naturaleza y características de las fuentes, impiden dimensionar las particularidades y magnitud del fenómeno.<sup>17</sup>

Un antecedente relevante de esta línea de estudio, está representado por la investigación de Ulloa et al. en el año 2013, donde se describieron las características demográficas, clínicas y de funcionamiento familiar de adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, este documento reportó que hasta el 9.8% de los pacientes adolescentes entre 12-17 años atendidos en dicha institución en los años comprendidos entre 2005 y 2011 presentaron autolesiones no suicidas, por otro lado evidenció su relación con el diagnóstico psicopatológico, demostrando que los trastornos afectivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar y trastorno adaptativo con ánimo depresivo) fueron los más comúnmente asociados a pacientes que se autolesionan, seguidos por los trastornos de la conducta y el abuso de sustancias.<sup>18</sup>

El desconocimiento de este fenómeno por parte de los padres y otras autoridades en el ámbito escolar o comunitario, condicionan el retraso en la identificación, atención y diagnóstico de otras condiciones médicas, y por lo tanto representan un riesgo potencial en el desarrollo y pronóstico a mediano y largo plazo.<sup>19</sup>

Mientras que las autolesiones no suicidas e intentos suicidas difieren ampliamente tanto en su frecuencia, presentación y características clínicas, ha sido documentado en muestras comunitarias de individuos con historia de autolesiones no suicidas que, el riesgo de que al menos una vez en su vida realicen un intento suicida es significativamente más alto que aquellos individuos que no se autolesionan; esta característica ha sido reportada tanto en pacientes adultos<sup>20</sup> como en adolescentes.<sup>21</sup>

Estudios recientes realizados con la intención de examinar la relación entre estos dos fenómenos han demostrado que las autolesiones no suicidas, no sólo están asociadas con historia de intentos suicidas, sino que también constituyen un elemento predictor de intentos suicidas con un impacto mayor que el de otros síntomas ampliamente descritos y estudiados, tales como impulsividad, trastorno límite de personalidad y depresión.<sup>22</sup>

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el 2012 hubo 1,413 defunciones accidentales y violentas en el rango de edad 10-14 años, de los cuales 208 fueron atribuidas al suicidio lo cual representa el 14.72%, por otro lado en el rango de edad de 15-19 años hubo un total de 6,217 defunciones de los cuales 826 fueron también, justificadas por suicidio, lo que representó el 13.28%<sup>23</sup>; al contextualizar las *autolesiones no suicidas* y su relación directa e indirecta con el fenómeno de la conducta suicida, atender a los datos demográficos y estadísticos se convierte entonces, en una estrategia obligada para el diseño de instrumentos o estrategias que permitan dimensionar el problema de forma fidedigna.

De acuerdo al Informe Mundial sobre la violencia y la salud publicado en 2002 por la Organización Panamericana de la Salud, para la Organización Mundial de la Salud, en la población mundial de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, las lesiones auto infligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.<sup>24</sup>

### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Identificar tres elementos de la validez diagnóstica del constructo: autolesiones no suicidas; mediante la descripción clínica, la delimitación de otros trastornos, y la heredabilidad familiar de la sintomatología.

Objetivos Específicos:

1. Describir y comparar las características clínicas de la conducta autolesiva por medio del "Self Harm Inventory" en adolescentes que se autolesionan con aquellos que no.
2. Describir y comparar las características sociodemográficas: escolaridad, psicopatología y funcionamiento general en adolescentes con autolesiones y sin autolesiones.
3. Describir y comparar la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de adolescentes 13-17 años utilizando BPRS C-25 con y sin autolesiones
4. Describir y comparar la presencia de conducta autolesiva en familiares de primer grado de adolescentes con y sin autolesiones no suicidas.



#### 4. HIPÓTESIS

No hay hipótesis debido a que es un estudio observacional descriptivo.

#### 5. METODOLOGÍA

##### *Diseño del estudio:*

Transversal observacional descriptivo.<sup>25</sup>

##### *Ubicación espacio temporal:*

El estudio se llevó a cabo en el servicio de consulta externa de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

##### *Población en estudio:*

Pacientes de 13-17 años de edad que acudieron al servicio de consulta externa de la Clínica de Adolescentes de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y un familiar de primer grado mayor de 18 años que funja como familiar responsable del paciente.

##### *Sujetos de estudio.*

La cantidad de pacientes atendidos en la Clínica de Adolescentes del INPRFM del período comprendido entre 01 Enero 2013 y 27 Septiembre 2014 fue de 878, con ello se realizó el cálculo del tamaño de la muestra mediante el cálculo de estimación de una proporción<sup>26</sup>, con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot X}{(X + N - 1)}$$
$$X = \frac{Z\alpha/2 \cdot p \cdot (1-p)}{MOE^2}$$

$\alpha = 0.05$  y así tener un nivel de confiabilidad de 95%

MOE = margen de error calculado a 3%

$p$  = proporción muestra calculado con 9.8%<sup>18</sup>

$N$  = tamaño de población.

Por lo tanto se buscó incluir un total de **265** pacientes hombres y mujeres de 13-17 años de edad que acudan al servicio de consulta externa de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría, que acepten participar en el estudio tanto el paciente como su familiar responsable, evidenciado en consentimiento informado.

*Criterios de inclusión:*

- Pacientes hombres o mujeres admitidos para su atención en el servicio de consulta externa de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría, que mediante la entrevista clínica inicial se evidencie la presencia de autolesiones no suicidas a lo largo de la vida de acuerdo a los criterios diagnósticos del Manual de Diagnóstico y Tratamiento versión 5.0 de la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>5</sup>.
- Edad 13 a 17 años.
- Pacientes mexicanos, con padres y abuelos nacidos en México.
- Aceptar de forma voluntaria, por el paciente y familiar responsable, su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

*Criterios de exclusión:*

- Pacientes que no sepan leer ni escribir
- Pacientes que cursen un episodio agudo, el cual les impida cooperar en el estudio.
- Que el paciente o familiar responsable no acepten participar en el estudio

*Sujetos Control:*

Se formó un grupo control con pacientes de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría que NO presenten autolesiones no suicidas, pareados por edad y sexo con los sujetos de estudio, así como al familiar de primer grado que fungió como familiar responsable del mismo.

*Clinimetría*

Se utilizó el instrumento Self-Harm Inventory (SHI) traducido al castellano. Esta escala auto aplicable consta de 22 reactivos, validada en 1998 por Sansone R., Wiederman M y Sansone L. En el artículo publicado por Journal of Clinical Psychology titulado "The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder"<sup>27</sup>

Esta escala está diseñada para monitorizar la prevalencia a lo largo de la vida de 22 conductas autolesivas, detectar sintomatología de personalidad límite y como el reflejo indirecto del antecedente de uso de servicios de salud mental.<sup>28</sup>

En el artículo "Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory" publicado en 2001 por Gratz, valida este instrumento clinimétrico, y reporta una consistencia interna con Alpha de Cronbach de 0.83, además se empleó este instrumento de 2 a 4

semanas de la aplicación inicial, con una media de 3.3 semanas, demostrando confiabilidad y estabilidad diagnóstica ( $\phi = .68, p < .001$ )

Los resultados sugieren que el Self-Harm Inventory puede proporcionar un adelanto respecto a los instrumentos de medición existentes de autolesiones por varias razones:

- a) Se basa en un comportamiento. Los investigadores podrán medir las conductas precisas y asegurar que los participantes reporten sólo las conductas autolesivas de interés para los investigadores
- b) Datos psicométricos que sugieren su validez y fiabilidad, ya que los instrumentos clinimétricos existentes no tienen resultados psicométricos establecidos.
- c) Proporciona una evaluación de la frecuencia de la conducta autolesiva, aspecto que tiene importantes implicaciones clínicas, en lugar de simplemente la presencia o ausencia de la conducta.<sup>29</sup>

Se aplicó la Modified Children's Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS-C-25) validada en castellano y en población mexicana en 2005 por De la Peña F. et al. Presentada en el Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry en Toronto, Canadá, a todos los sujetos de estudio y control.<sup>30</sup>

Esta escala breve tiene como objetivo ser altamente eficiente, con un proceso de evaluación rápida para usarse en la valoración de tratamiento en pacientes psiquiátricos, brindando una descripción comprehensiva de las características de síntomas mayores. Se recomienda para su uso en situaciones donde la eficiencia, rapidez y la rentabilidad del instrumento son consideraciones importantes.<sup>31</sup>

### *Procedimiento*

Comprendió en el reclutamiento de pacientes de la Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría, que cumplieron con los criterios de inclusión. Posterior a la valoración inicial por parte de su médico tratante donde se acreditó la presencia de autolesiones no suicidas a lo largo de la vida, los pacientes y su familiar responsable fueron invitados a participar en el estudio. Se informó al paciente y familiar responsable respecto a los objetivos y procedimiento del estudio y se les entregó el asentimiento informado al menor de edad y el consentimiento informado al familiar responsable, por lo que se incluyó sólo a aquellos pacientes que desearon participar de manera voluntaria.

Se otorgó cuestionario de datos socio demográficos que incluyó:

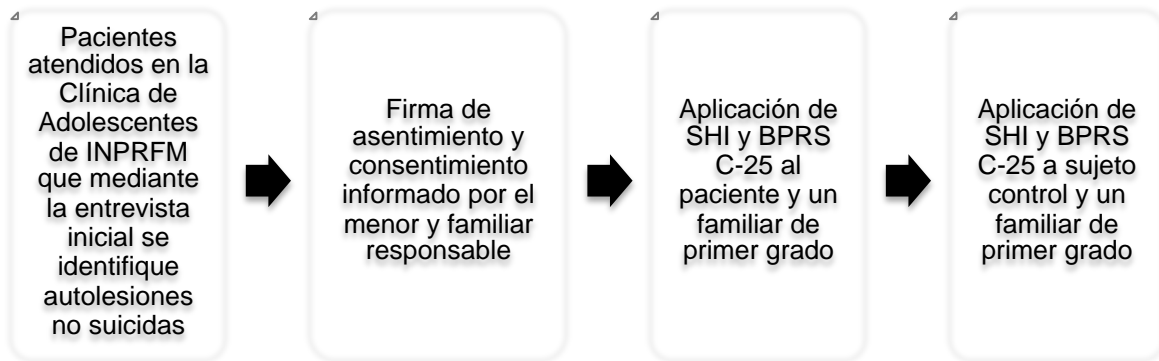
- Edad
- Género
- Nivel Educativo (Años de escolaridad)
- Parentesco con familiar responsable

Se aplicó el SHI versión en castellano, el cual es un cuestionario auto aplicable. La aplicación de este instrumento tomó aproximadamente 5 minutos o menos; todos los reactivos calificados como positivos se consideran patológicos, por lo tanto la puntuación mínima es de 0, interpretando que el individuo nunca ha incurrido a alguna de las acciones autolesivas a lo largo de su vida, mencionadas en el cuestionario, y la puntuación máxima posible es de 22.

Se recabaron los resultados del BPRS-C-25 aplicado por 2 especialistas en salud mental de adolescentes, a todos los sujetos de estudio y control.

*Variables*

	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>MEDICIÓN</b>
<b>Edad</b>	Continua	13-17 años
<b>Género</b>	Dicotómica	Femenino/Masculino
<b>Nivel Educativo</b>	Continua	Años Estudio
<b>Parentesco con familiar responsable</b>	Continua	Padre/Madre Abuelo/Abuela Hermano/Hermana
	Dicotómica	SÍ/NO
<b>Presencia de autolesiones</b>		
<b>Total de autolesiones</b>	Continua	0-22



## 6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para determinar la consistencia interna del instrumento clinimétrico (Self Harm Inventory versión Castellano), se realizó el análisis Alfa de Cronbach.<sup>32</sup>

$$\alpha = [k/k-1] [1 - (\sum_{ki=1} S^2_i / S^2_t)]$$

$S^2_i$  : varianza del ítem i

$S^2_t$  : varianza de los valores totales observados

k: número de preguntas o ítems

El alfa de Cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo; 1, mayor será la fiabilidad de la escala. Se consideró que valores del alfa 0,7-0,9 como aceptable, valores de consistencia interna inferiores a 0,70 indican una pobre correlación entre los reactivos.<sup>33</sup>

Para determinar si la información que tenemos sigue una distribución de normalidad, se realizó Prueba de Shapiro. Como la p es menor a 0.05, en la mayoría de los casos, no se logró asumir normalidad de las variables, por lo tanto utilizamos la U de MannWhitney

En el caso de diagnósticos específicos, se realizó chi-cuadrada de Pearson o exacta de Fisher según el número de casos.

## 7. RESULTADOS

Se integraron en la investigación 220 sujetos, 110 adolescentes y 110 familiares de primer grado (FPG). De los cuales 55 adolescentes contaban con diagnóstico de autolesiones no suicidas (Casos) y 55 sin ANS y otra psicopatología (Controles), pareados por edad y sexo. Los resultados se muestran conforme a los criterios de validez clínica y de validez familiar.

### **CRITERIOS DE VALIDEZ CLÍNICA**

Los criterios de validez clínica se establecieron mediante el análisis de las características clinimétricas del constructo mediante el instrumento utilizado, así como las características clínicas de la muestra para edad, sexo, comorbilidad, tipo de autolesiones y funcionamiento.

#### **Características Clínicas**

Los autores originales del SHI validaron dicha escala por medio del modelo de Rasch, el cual permite la medición conjunta de personas e ítems en una misma dimensión o constructo. Sin embargo nosotros decidimos realizar un análisis factorial utilizando el método de componentes principales con rotación varimax donde se excluyeron 6 ítems en el caso de los adolescentes (13, 16, 17, 21 y 22)<sup>a</sup> y 3 ítems en los FPG (3, 7 y 22)<sup>b</sup> debido a que ningún participante contestó afirmativo a dichas preguntas.

Se integraron seis factores para la población adolescente y cinco para los FPG. Los detalles del reactivo, la carga factorial del mismo y el nombre otorgado a cada factor se detallan en las tablas 1 y 2 para adolescentes y FPG respectivamente.

- a. 13. Tomar de más (abusar) de medicamentos recetados, 16. Te involucras en relaciones sexualmente abusivas?, 17. Que te corran del trabajo intencionalmente, 21. Abusar de laxantes para hacerte daño. 22. ¿Has tenido cualquier otra conducta autolesiva que no te preguntamos?
- b. 3. Quemarte intencionalmente, 7. Manejar sin medir riesgos, 22. ¿Has tenido cualquier otra conducta autolesiva que no te preguntamos?

Tabla 1. Factores y carga factorial del SHI para adolescentes.

Factor 1. CASTIGO		Factor 2. DIRECTO		Factor 3. INDIRECTO		Factor 4. ABUSO		Factor 5. SEXUAL		Factor 6. SOCIAL	
Quemarse	<b>.858</b>	Golpearse en la cabeza	<b>.865</b>	Rascarse	<b>.731</b>	Ejercitarse lastimado	<b>.797</b>	Promiscuo	<b>.954</b>	Rechazo en una relación	<b>.913</b>
Empeorar condición médica	<b>.799</b>	Manejar sin medir riesgos	<b>.715</b>	Relaciones destructivas	<b>.677</b>	Alcohol	<b>.673</b>				
Cortarse	<b>.739</b>	Dejar de comer	<b>.683</b>	Pegarse	<b>.618</b>	Evitar que heridas sanen	<b>.635</b>				
Alejándose de su religión	<b>.581</b>	Sobredosis	<b>.608</b>								
Pensamientos Autodestructivos	<b>.547</b>										

Tabla 2. Factores y carga factorial del SHI (Self Harm Inventory) para FPG (Familiar de primer grado).

Factor 1. COGNITIVO		Factor 2. FÍSICO/SALUD		Factor 3. IMPULSIVO		Factor 4. AUTODAÑO		Factor 5. SUSTANCIAS	
Rechazo en una relación	.896	Abusar de laxantes	.605	Golpearse en la cabeza	.738	Sobredosis	.660	Alcohol	.537
Despido laboral	.841	Dejar de comer	.567	Tomar medicamento de más	.729	Ejercitarse lastimado	.654		
Relaciones sexualmente abusivas	.841	Empeorar condición médica	.523						
Rascarse	.794								
Ejercitarse lastimado	.789								
Pegarse	.786								
Alejándose de su religión	.722								
Pensamientos autodestructivos	.694								
Relaciones destructivas	.658								
Cortarse	.651								
Evitar que heridas sanen	.556								

La consistencia interna obtenida en el caso de los participantes adolescentes fue de 0.845 y de 0.864 para los FPG respectivamente.



## ***Características clínicas***

### **Diferencias por Sexo**

En la muestra de los 110 adolescentes, 64 fueron mujeres (58.2%) y 46 hombres (41.6%), con una media de 15 años de edad, no hubo diferencias estadísticamente significativas para estas variables entre los grupos ANS y no-ANS.

### **Diferencias por Escolaridad**

La media de años de escolaridad entre adolescentes ANS y no-ANS varió de 9.31 vs. 9.93 años respectivamente ( $z = -2.75$ ;  $p = 0.006$ ), al ajustarlo en un modelo de regresión logística se observa una relación con menos años de escolaridad y la presencia de autolesiones ( $OR = .676$ , IC 95%; .95-.923;  $p < 0.0001$ )

### **Tipo de Autolesiones No Suicidas (ANS)**

Existen diferentes tipos de ANS evaluadas por medio del SHI, tales como, cortarse, quemarse, involucrarse en relaciones abusivas, abusar de medicamentos recetados, etc. El tipo más frecuente en la que los adolescentes reportaron ANS fue evitar que la heridas sanaran (47.3%). En total, nueve de los veinte reactivos fueron significativamente más frecuentes en el grupo de autolesiones, los detalles se muestran en la Tabla 3.

### **Diferencias por Funcionamiento General**

De acuerdo a la Escala de Funcionamiento Global, el 94.5% (52) del grupo ANS puntuaban en el rango de síntomas moderados-severos vs. 23.6% (13) del grupo no-ANS. La presencia de autolesiones no suicidas implica un riesgo 56 veces mayor de presentar peor funcionamiento global. ( $OR = 56$ , IC 95%; 14.96-209.54;  $X^2 = 57.2$ ;  $p < 0.0001$ ).

Tabla 3. Prevalencia y comparación de los diferentes tipos de conductas autolesivas en adolescentes.

Ítem	Controles	Casos	Chi-cuadrado	P
1 Sobredosis	0 %	16.4%	9.80	.003
2 Cortarse	0 %	38.2%	25.95	<.0001
3 Quemarse	0 %	12.7%	7.47	.013
4 Pegarse	0 %	34.5%	22.96	<.0001
5 Golpearse en la cabeza	0 %	9.1%	5.23	.057
6 Alcohol	0 %	18.2%	11.00	.001
7 Manejar sin medir riesgos	0 %	9.1%	5.23	.057
8 Rascarse	0 %	21.8%	13.46	<.0001
9 Evitar que heridas sanen	0 %	47.3%	34.04	<.0001
10 Empeorar condición médica	0 %	32.7%	21.52	<.0001
11 Promiscuidad	0 %	5.5%	3.08	.243
12 Rechazo en una relación	0 %	5.5%	3.08	.243
14 Autocastigo alejándose de su religión	0 %	10.9%	6.34	.027
15 Relaciones abusivas	0 %	7.3%	4.15	.118
18 Ejercitarse lastimado	0 %	14.5%	8.62	.006
19 Pensamientos autodestructivos	0 %	32.7%	21.52	<.0001
20 Dejar de comer	0 %	7.3%	4.15	.118

Un número significativamente mayor de sujetos con ANS presentó más de 2 diagnósticos al compararse contra los sujetos no-ANS (85.2% vs. 50.9%), la presencia de ANS confiere cinco veces mayor riesgo a presentar más de dos diagnósticos psiquiátricos (OR=5.545; IC 95%; 2.21-13.88;  $X^2=14.68$ ;  $p<0.0001$ ).

Para cada paciente se establecieron los diagnósticos de acuerdo a la valoración clínica; se encontraron 4 diagnósticos, tanto externalizados como internalizados, más frecuentes en la población con ANS, los detalles comparativos por diagnóstico y grupo se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Comparación de diagnósticos entre grupo ANS vs. no-ANS

DIAGNÓSTICO	CASO	CONTROL	OR	IC 95%	Chi-Cuadrado	P
<b>Trastorno Depresivo Mayor</b>	<b>37 (67.3%)</b>	<b>25 (45.5%)</b>	<b>2.46</b>	<b>1.138-5.348</b>	<b>5.323</b>	<b>.021</b>
<b>Trastorno Ansiedad Generalizada</b>	<b>16 (29.1%)</b>	<b>7 (12.7%)</b>	<b>2.813</b>	<b>1.052-7.522</b>	<b>4.453</b>	<b>.035</b>
<b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b>	28 (50.9%)	32 (58.2%)	.745	.351-1.582	.587	.444
<b>Trastorno Negativista Desafiante</b>	<b>27 (49.1%)</b>	<b>12 (21.8%)</b>	<b>3.455</b>	<b>1.507-7.924</b>	<b>8.938</b>	<b>.003</b>
<b>Trastorno de Pánico</b>	10 (18.5%)	7 (12.7%)	1.558	.546-4.449	.694	.405
<b>Trastorno de la Conducta Alimentaria</b>	3 (5.5%)	0	-	-	3.084	.079
<b>Trastorno Explosivo Intermitente</b>	2 (3.6%)	1 (1.8%)	2.038	.179-23.151	.343	.558
<b>Trastorno por Estrés Post-traumático</b>	5 (9.1%)	2 (3.6%)	2.650	.492-14.286	1.373	.241
<b>Trastorno por uso de Sustancias</b>	1 (1.8%)	2 (3.6%)	.491	.043-5.575	.343	.558
<b>Trastorno de Conducta</b>	<b>11 (20%)</b>	<b>1 (1.8%)</b>	<b>13.5</b>	<b>1.677-108.652</b>	<b>9.354</b>	<b>.002</b>
<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo</b>	2 (3.6%)	0	-	-	2.037	.154

## **CRITERIOS DE VALIDEZ FAMILIAR**

En el caso del grupo no-ANS, el familiar que acompañaban más frecuentemente fue la madre en un 94.5% (N=52) vs. 80% (N=44) en el grupo ANS.

En la muestra comprendida por FPG de los 110 adolescentes, la mediana de edad de los familiares fue de 40 años, en cuanto a años de escolaridad la mediana fue de 12 años lo que implica Educación Media Superior.

Se identificó que la media de años de escolaridad de FPG del grupo ANS fue de 11.25 años vs. 13.05 años del grupo no-ANS ( $z = -4.02$ ;  $p < .0001$ ). Ajustando un modelo de regresión logística; a mayor escolaridad del familiar de primer grado menor asociación con ANS (OR=.725; IC 95%; 0.602-0.875;  $p < 0.0001$ ).

En cuanto a la edad de FPG del grupo ANS, la media fue de 39.4 años vs. 41.35 años del grupo no-ANS ( $z = -3.97$ ;  $p < 0.0001$ ). En el modelo de regresión logística se obtuvo que la mayor edad del FPG funciona como un factor protector para la presencia de autolesiones no suicidas (OR=.818; IC 95%; 0.71-0.940;  $p < 0.0001$ ).

Se consideró a FPG que contestaran afirmativo en cualquiera de los ítems del SHI, como familiares que incurrieran a alguna variante de conducta autolesiva (Familiares Caso)

Se identificaron 30 Familiares Caso, todos ellos son familiares de primer grado de adolescentes con diagnóstico de autolesiones no suicidas, lo cual representa el 54.5% del total de la muestra ( $\chi^2 = 41.250$ ,  $p < 0.0001$ ) con un coeficiente de correlación de 0.612. Ningún familiar del grupo no-ANS presentó conducta autolesiva.

El tipo de ANS más frecuentemente reportada por los Familiares Caso fue el abuso de alcohol (27.3%); en total 5 de los ítems fueron significativamente más frecuentes en este grupo de FPG, en la Tabla 5 se describen cada uno de ellos y los contrastes entre grupos.

Tabla 5. Prevalencia y comparación de los diferentes tipos de conductas autolesivas en familiares controles y casos.

Ítem	Controles	Casos	Chi-cuadrado	P
1 Sobredosis	0 %	9.1%	5.23	.057
2 Cortarse	0 %	7.3%	4.15	.118
4 Pegarse	0 %	14.5%	8.62	.006
5 Golpearse en la cabeza	0 %	5.5%	3.08	.243
6 Alcohol	0 %	27.3%	17.36	<.0001
8 Rascarse	0 %	7.3%	4.15	.118
9 Evitar que heridas sanen	0 %	9.1%	5.23	.057
10 Empeorar una condición médica	0 %	14.5%	8.62	.006
11 Promiscuo	0 %	3.6%	2.03	.495
12 Rechazo de una relación	0 %	5.5%	3.08	.243
13 Abusar de medicamentos	0 %	5.5%	3.08	.243
14 Autocastigo alejándose de su religión	0 %	5.5%	3.08	.243
15 Relaciones destructivas	0 %	20%	12.22	.001
16 Relaciones sexualmente abusivas	0 %	3.6%	2.03	.495
17 Despido laboral	0 %	3.6%	2.03	.495
18 Ejercitarse lastimado	0 %	10.9%	6.34	.027
19 Pensamientos autodestructivos	0 %	21.8%	13.46	<.0001
20 Dejar de comer	0 %	5.5%	3.08	.243
21 Abusar de laxantes	0 %	3.6%	2.03	.495

## 8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue identificar tres de los elementos de validez diagnóstica del constructo: ANS; mediante la descripción clínica, delimitación de otros trastornos, y heredabilidad familiar de la sintomatología. Para fines de esta discusión, se abordará inicialmente el criterio de heredabilidad familiar, posteriormente la delimitación de otros trastornos y por último la descripción clínica.

El hallazgo más importante se relacionó con la heredabilidad familiar; se identificaron 30 Familiares Caso, siendo aquellos que contestaron afirmativo a cualquiera de los ítems del SHI, todos ellos son familiares de primer grado de adolescentes con diagnóstico de ANS, lo cual representa el 54.5% del total de la muestra; el coeficiente de correlación entre las ANS del adolescente y las FPG fue de 0.612. Con esta información podemos interpretar una alta familiaridad de ANS.

Es importante mencionar que el instrumento utilizado para evaluar conducta autolesiva (SHI) califica una amplia variedad de comportamientos autoagresivos. Se ha descrito que la desregulación emocional<sup>48</sup> es un factor importante para incurrir a conductas autolesivas, y todas las evaluadas con SHI representan de alguna manera esta característica. Se ha puntualizado que la conducta autolesiva tiene como función principal, entre otras, la de regular un afecto disfórico en personas con ira internalizada<sup>34</sup>, o como una estrategia mal adaptativa para hacer frente a malestar emocional<sup>35,36</sup>.

Al realizar el análisis estadístico del nivel educativo parental de adolescentes con y sin ANS, se identificó que a mayor escolaridad del FPG, menor asociación con ANS, este hallazgo se relaciona con un estudio realizado en Bélgica en 2014<sup>37</sup> donde reportaron que a menor grado de escolaridad parental, mayor riesgo de que sus descendientes presenten ANS en la adolescencia.

Se identificó que la presencia de ANS confiere cinco veces mayor riesgo a tener más de dos diagnósticos psiquiátricos, este hallazgo no es de extrañeza ya que se ha descrito ampliamente el perfil de adolescentes con ANS; caracterizados por ser altamente complejos en comorbilidad con diagnósticos psiquiátricos y de personalidad.<sup>38,39,40</sup>

En una cohorte multicéntrica realizada en hijos de padres con trastornos del afecto, se identificó que los niños y adolescentes con ANS en promedio cuentan con dos diagnósticos

psiquiátricos, a comparación de aquellos sin ANS que en promedio tienen de cero a un diagnóstico psiquiátrico, a pesar de ser una población no clínica de alto riesgo.<sup>41</sup>

Se evidenció que los adolescentes con diagnóstico de Trastorno de Conducta tienen 12 veces mayor riesgo de presentar ANS, Trastorno Negativista Desafiante casi 4 veces mayor riesgo, y Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada cerca de 3 veces más. Estos hallazgos son similares a los reportados en un estudio retrospectivo publicado en 2008 por Jacobson et al.<sup>42</sup> que por medio de la revisión de expedientes clínicos, con el objetivo principal de investigar si ciertos diagnósticos estaban relacionados con ANS, concluyeron que el 57% de esa población estudiada presentaba más de un diagnóstico psiquiátrico, el más frecuentemente reportado fue Trastorno Depresivo Mayor, seguido por Trastornos de Ansiedad y de Conducta Disruptiva.

En la población estudiada todos los participantes diagnosticados con ANS, tenían algún otro diagnóstico psiquiátrico. De tal forma que esta entidad (ANS) no se puede delimitar de otros trastornos psiquiátricos. Esto tiene grandes implicaciones que deben considerarse en las clasificaciones más reconocidas (DSM-CIE); más allá de catalogar esta conducta como un trastorno por separado y considerarlo como un diagnóstico altamente co-mórbido, los resultados nos orillan a considerar la dimensionalidad de esta conducta que se presenta tanto en trastornos internalizados como externalizados. Esta manera de conceptualizar lo que denominamos “psicopatología” ha tomado interés en el campo de la psiquiatría, ya que permite elaborar un diagnóstico integral e incluyente que englobe la sintomatología y el espectro patológico general, esto puede observarse en el libro “Psicopatología básica de niños y adolescentes”<sup>43</sup> donde analizan las diferentes categorías de psicopatología infantil y de la adolescencia desde esta perspectiva dimensional.

En la muestra estudiada de 110 adolescentes con y sin ANS, se encontró la misma proporción de participantes hombres y mujeres. Algunos estudios sugieren que las ANS son más prevalentes entre adolescentes del sexo femenino<sup>44,45,46,47</sup>, sin embargo también existe evidencia en la literatura de tasas de prevalencia similares entre adolescentes hombres y mujeres<sup>48,49,50</sup>.

En el presente estudio de investigación se observó que con menos años de escolaridad, los adolescentes corrían mayor riesgo de presentar ANS. En el contexto de esta población mexicana, puede entenderse que aquellos que truncan su escolaridad pueden verse comprometidos a incurrir en ANS. Existe poca información en la bibliografía internacional respecto al nivel educativo y/o años de escolaridad de adolescentes con ANS, sin embargo en

el estudio realizado por Ulloa et al.<sup>18</sup> en 2013, donde estudiaron la frecuencia de autolesiones en una población clínica de niños y adolescentes mexicanos, identificaron un promedio de años de escolaridad de 7.70 +/- 1.50 años en aquellos con ANS.

En esta población clínica la forma más frecuente en la que los adolescentes reportaron ANS fue evitar que las heridas sanaran (47.3%), seguido por cortarse (38.2%) y pegarse (34.5%), estos tres tipos de ANS no varían de acuerdo a lo reportado en otros estudios; García-Nieto et al.<sup>34</sup> en 2015 reporta que pegarse es el tipo de ANS más frecuente en una población clínica española, seguido por cortarse y evitar que heridas sanen.

Al comparar el grado de funcionamiento global entre los grupos de adolescentes con y sin ANS, los resultados evidenciaron que el 94.5% del grupo con ANS puntuaba para síntomas moderados-severos, se identificó un riesgo 56 veces mayor de presentar peor funcionamiento global en aquellos con ANS. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en una clínica de servicios psiquiátricos ambulatorios en España, que reportó peor funcionamiento global en aquellos que presentaron ANS de una muestra de 267 adolescentes<sup>18</sup>. Sin embargo, en un estudio realizado en Nueva Jersey, EEUU<sup>51</sup>, donde se comparó el funcionamiento global entre adolescentes con y sin ANS en una población clínica intrahospitalaria de una unidad psiquiátrica, no se encontró variación significativa respecto al grado de funcionamiento entre ambos grupos.



## 9. LIMITACIONES

Se ha reportado que las respuestas parentales positivas hacia emociones de los adolescentes tales como: validación, apoyo y consuelo<sup>36</sup>, y padres con las habilidades necesarias para transmitir modelos de aceptación, regulación y expresión emocional pueden funcionar como factor protector contra la presencia de ANS o alentar a la remisión de dicha conducta<sup>52</sup>. Esto podría explicar que en nuestra población no se identificó a ningún familiar del grupo no-ANS con conducta autolesiva, sin embargo en este estudio de investigación no se evaluaron las respuestas parentales. En investigación futura se deberá contemplar esta variable para explicar la familiaridad de las ANS.

En el presente estudio de investigación no se evaluó psicopatología parental, lo cual podría explicar la comorbilidad y heredabilidad familiar de ANS.

Además, no se evaluó la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de ANS, estudios de laboratorio, imagenología y neuropsicología, lo cual también sería de gran utilidad para brindar más argumentos en la validez del constructo.

## 10. CONCLUSIONES

Con los hallazgos descritos en este trabajo de investigación, y la información obtenida de la literatura internacional respecto a las autolesiones no suicidas, podemos concluir que este constructo, de acuerdo a los criterios de validez diagnóstica de Robins E. y Guze S.B.<sup>8</sup>, cuenta con validez para:

1. Descripción clínica
2. Familiaridad

Sin embargo, el criterio:

3. Delimitación de otros trastornos; no puede comprobarse con la información obtenida, ya que de la muestra estudiada no se identificó a ningún participante que presentara exclusivamente el diagnóstico de autolesiones no suicidas.

En su totalidad se encontraba como comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos, y al agregar que la presencia de ANS implica mayor riesgo a cursar con peor funcionamiento global, es imprescindible concluir que la presencia de ANS puede ser considerado como un especificador de gravedad para trastornos internalizados y externalizados en población adolescente y no como una entidad diagnóstica aparte. Y si tomamos en cuenta la dimensionalidad del comportamiento, puede considerarse dentro del espectro de la conducta suicida.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Butler A, Malone K. Attempted suicide v. Non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *Br. J. Psychiatry* 2013; 202: 324-325
2. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(5):259-268.
3. Muehlenkamp et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6:10
4. Victor S.E, Klonsky E.D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 282–297.
5. American Psychiatry Association (s.f.) *DSM-5 Fact Sheets, Section III* Recuperado el 03 Noviembre 2014 de <http://www.psychiatry.org/file%20library/practice/dsm/dsm-5/dsm-5-section-iii.pdf>.
6. Andover M, Morris B, Wren A, Bruzzese M. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *ChildAdolescPsychiatryMentHealth*2012; 6:11
7. Hamza C, Stewart S, Willoughby T. Examining the link between non suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 482-495.
8. Robins E, Guze S. Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia. *Amer J Psychiat* 1970;126(7),107-111
9. Feighner J.P, Robins E, Guze S. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiat* 1972(26);57-62
10. De la Peña F, Villavicencio L, Rodríguez A. Validez del Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad como un trastorno del neurodesarrollo. *Rev Chil Psichiatr Neurol Infanc Adolesc* 2015;26;54-64.
11. Herpers P, Rommelse N, Bons D, Buitelaar J, Scheepers F. Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:2045-2064.

12. Axelson D, Findling R, Fristad M, Kowatch R, Youngstrom E, et al. Examining the Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder Diagnosis in Children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms Study. *J Clin Psychiatry* 2013;73(10):1342-1350.
13. Horwitz S, Demeter C, Pagano M.E, Youngstrom E, et al. Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) Study Background, Design and Initial Screening Results. *J Clin Psychiatry* 2010;71(11):1511-1517.
14. Butler A.M, Malone K. Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *Br J Psychiatry* 2013;202:324-325.
15. Kapur N, Cooper J, Hawton O, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry* 2013;202:326-328
16. Deliberto T.L. Nock M. An Exploratory Study of Correlates, Onset, and Offset of Non-Suicidal Self-Injury. *Arch Suicide Res.* 2008;12(3):219-231
17. Thyssen L, Van Camp I. Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. *Salud Mental* 2014;37:153-157.
18. Ulloa R.E, Contreras C, Paniagua K, Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* 2013;36:417-420
19. Shin Y, Chung Y, Lim K, Lee Y et al. Childhood predictors of deliberate self-harm behavior and suicide ideation in Korean Adolescents: a prospective population-based follow-up study. *J Korean Med Sci* 2009;24:215-222
20. Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research* 2010;14:79-88
21. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) Mortalidad. Consulta interactiva de datos. [http://www.inegi.org.mx/est/lista\\_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=4](http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=4). Consultado: 20 Octubre 2014.
22. Brausch, A.M, Gutierrez, P.M. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in

adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 2010;39:233-242.

23. Klonsky E.D, May A.M, Glenn C.R. The relationship between non suicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology* 2013;122:231-237.

24. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia. 1999 (documento inédito WHO/HSC/VIP/99.11)

23. Sansone R.A, Sansone L.A. Measuring Self-Harm Behavior with the Self-Harm Inventory. *Psychiatry* 2010;07:16-20.

25. Alzate M. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios. *Rev Col Psiqui* 2003;32(1):85-92

26. García-García J.A, Reding-Bernal A, López-Alvarenga J.C. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica *Inv Ed Med* 2013;2(8):217-224

27. Sansone R.A, Wiederman M.W, Sansone L.A. The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a Scale for Identifying Self-Destructive Behaviors and Borderline Personality Disorder. *J. Clin. Psychol.* 1998; 54(7):973-983.

28. Gratz K. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav* 2001;23(4):253-263

29. De la Peña F, Cortés J, Palacios L, Ulloa R. Validity of Mexican Modified Children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C-25). Toronto, Can.: Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2005

30. Overall J.E, Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962;10, 799-812.

31. Moreno-Altamirano A., López-Moreno S., Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública México* 2000;42:337-348.

32. Campo-Arias A, Oviedo H.C. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud Pública* 2008;10(5):831-839

33. Canetto S.S, Sakinofsku I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:1-23
34. Muehlenkamp J, Gutierrez P. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:12-23.
35. García-Nieto R, Carballo J, Díaz M, León-Martínez V, Baca-García E. Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury in an Outpatient Sample of Adolescents. *Arch Suicide Res* 2015;19:218-230.
36. Yurkowski K, Martin J, Levesque C, Bureau J, Lafontaine M, Cloutier P. Emotion dysregulation mediates the influencia of relationship difficulties on non-suicidal self-injury behavior in young adults. *Psychiatry Research* 2015;228:871-878.
37. Cox L, Stanley B, Melhem N, Oquendo M.A et al. Familial and Individual Correlates of Nonsuicidal Self-Injury in the Offspring of Mood-Disordered Parents. *J Clin Psychiatry* 2012;73(6):813-820.
38. Boxer P. Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in a inpatient sample. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2010;39(4):470-480.
39. Olfson M, Gameroff M, Marcus J, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry* 2005;162:1328-1335.
40. Bethell J, Rhodes A. Identifying deliberate self-harm in emergency department data. *Health Reports* 2009;20:1-8.
41. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon M, Muehlenkamp J. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviors in pediatric emergency crisis services. *J Youth Adolescence* 2010;39:259-269.
42. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Orngheena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res* 2011;15:56-67.
43. De la Peña F, Palacios L, Rodríguez A, Vázquez J.L. Psicopatología básica de niños y adolescentes. 2015;17-20.

44. Madge N, Hewitt A, Hawton K, De Wilde E.J. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2008;49:667-677.
45. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 2002;31:67-77.
46. Sornberger M.J, Heath N, Toste J, McLouth R. Non suicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2012;42:266-278.
47. Heath N, Toste J, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *J Ment Health Couns* 2008;30:137-156
48. Baetens I, Claes L, Martin G, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K et al. Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *J Early Adolesc* 2014;34:387-405.
49. Saldias A, Power K, Gillander D, Campbell C, Blake R. The Mediator Role of Maladaptive Schema Modes Between Parental Care and Non-Suicidal Self-Injury. *Cognitive Behaviour Therapy* 2013;42:244-257.
50. Arbuthnott A, Lewis S. Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:35.
51. Stewart S, Baiden P, Theall-Honey L. Examining Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents with Mental Health Needs, in Ontario, Canada. *Arch Suicide Res* 2014;18:392-409.
52. Jacobson C, Muehlenkamp J, Miller A, Turner J. Psychiatric Impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:363-375.

## **12. ANEXOS**

1. Escala "Self-Harm Inventory" versión castellano
2. Escala BPRS C-25
3. Consentimientos y asentimientos de participantes



## CUESTIONARIO DE AUTOLESIONES

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* Por favor, responde con "sí" o "no" en las siguientes preguntas. Contesta con "sí" solamente si has hecho estas cosas intencionalmente para hacerte daño.

**¿Has hecho intencionalmente alguna de las siguientes? :**

	NO	SÍ
Tomar una sobredosis de droga o medicamentos?		
Cortarte intencionalmente?		
Quemarte intencionalmente?		
Pegarte intencionalmente?		
Golpearte en la cabeza intencionalmente?		
Tomar alcohol de más, o abusar del alcohol?		
Manejar sin medir riesgos?		
Rascarte hasta lastimarte?		
Evitas que tus heridas sanen? (Te arrancas la costra?)		
Empeorar una condición médica? (Ejemplo, dejar de tomar tus medicamentos)		
Ser promiscuo? (ejemplo, tener muchas parejas sexuales?)		
Buscar que te rechacen en una relación?		
Tomar de más (abusar) de medicamentos recetados?		
Te autocastigas alejándote de Dios o tu religión?		
Te involucras en relaciones destructivas (abusivas)?		
Te involucras en relaciones sexualmente abusivas?		
Que te corran del trabajo intencionalmente?		
Ejercitarte aunque estés lastimado?		
Te torturas con pensamientos autodestructivos?		
Dejas de comer para hacerte daño o enfermarte?		
Abusar de laxantes para hacerte daño?		

¿Has tenido cualquier otra conducta autolesiva que no te preguntamos?, si es sí, por favor descríbela enseguida: \_\_\_\_\_

# Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents Reviewed (BPRS-CA-29)

Versión de la Clínica de Adolescentes 2015, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Expediente No.** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Se requieren 45 minutos para completar la escala. Se recomienda iniciar con una entrevista no estructurada de 10 minutos para saber dónde vive, con quién, a qué se dedica el paciente y el motivo de consulta conjuntamente el menor y el padre. En los siguientes 25 minutos los criterios no evaluados se consignarán propositivamente, con los adolescentes se solicitará al padre salga del consultorio; los últimos 10 minutos se integrará el diagnóstico y se explicará al familiar y paciente. Cada criterio será evaluado en gravedad que se califica de 0 a 3: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave, conforme al mejor estimado clínico. Se evalúa el **episodio actual durante los últimos tres meses.**

No.	Criterios	0	1	2	3
1	<p><b>Falta de cooperación: Negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo (ODD).</b></p> <p>0. Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas y expectativas, en un lugar o situación (casa, escuela, deportivo, etc.).</p> <p>2. Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en dos lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento.</p> <p>3. Grave: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en todos los lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento global.</p>				
2	<p><b>Hostil: Afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros (bullying), (CD).</b></p> <p>0. Ausente: Cooperador, tranquilo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente sarcástico; gritón; cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación.</p> <p>2. Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones.</p> <p>3. Grave: Insulta, destructivo. Causa grave deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.</p>				
3	<p><b>Manipulador: Mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias, (CD).</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir; a veces hace trampa.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones.</p> <p>3. Grave: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero/situaciones. Causa grave deterioro en el funcionamiento diferentes lugares y situaciones.</p>				
4	<p><b>Explosivo Intermitente: Conductas agresivas de tipo impulsivo, pérdida del control (IED).</b></p> <p>0 Ausente: Niega explosiones.</p>				

	<p>1 Leve: explosiones verbales ocasionales menos de dos veces por semana.</p> <p>2 Moderado: explosiones verbales o físicas (sin destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) dos veces por semana en el último año.</p> <p>3 Grave: explosiones verbales o físicas (con destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) todos los días en el último año.</p>				
5	<p><b>Conductas Disruptivas: Berrinches y afecto irritable crónico (DMDD)</b></p> <p>0: Ausente: ocasionalmente; rápidamente desaparece.</p> <p>1 Leve: Irritabilidad crónica con berrinches verbales ocasionales menos de 3 veces por semana.</p> <p>2 Moderado: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales ocasionales hasta tres veces por semana en uno o dos escenarios (casa, escuela, amigos) en el último año, es percibido por otros.</p> <p>3 Grave: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales todos los días en más de dos escenarios en el último año, es percibido por otros.</p>				
6	<p><b>Deprimido: Tristeza, llanto, labilidad, desamparo. (Considerar irritabilidad y anhedonia) (MDD).</b></p> <p>0. Ausente: A veces; rápidamente desaparece.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante.</p> <p>2. Moderado La mayor parte del tiempo se siente infeliz, sin factor precipitante.</p> <p>3. Grave: Todo el tiempo infeliz/dolor psíquico. Causa grave deterioro en el funcionamiento.</p>				
7	<p><b>Sentimientos de inferioridad: Pobre confianza en sí mismo, sentimientos de culpa, autorreproches, inadecuación, (MDD).</b></p> <p>0. Ausente: Se siente bien; positivo sobre sí mismo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente no tan bien como otros/Déficits en un área.</p> <p>2. Moderado: Siente que otros son mejores que él. Da respuestas negativas, planas, y no puede pensar en algo bueno acerca de sí mismo.</p> <p>3. Grave: Siempre siente que los otros son mejores. Se siente devaluado, indigno de amor.</p>				
8	<p><b>Autolesiones No suicidas: Daño intencional cortes, golpes, escoriaciones en la superficie del cuerpo, con la intención de disminuir sentimientos negativos, dificultades interpersonales o inducir sentimientos positivos o sensación de alivio, (NSSI).</b></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Leve: Una autolesión no suicida superficial y sólo en brazos en el último año.</p> <p>2. Moderado: de dos a cinco días con autolesiones superficiales o intermedias en brazos en el último año.</p> <p>3. Grave: cinco o más días con autolesiones profundas en otra parte del cuerpo además de los brazos.</p>				
9	<p><b>Conducta suicida: Ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas, (MDD)</b></p> <p>0. Ausente: No del todo</p> <p>1. Leve: Lo piensa cuando está enojado.</p> <p>2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intento hace más de un mes.</p> <p>3. Grave: Intento suicida en el último mes.</p>				
10	<p><b>Hipertimia: Animo exageradamente elevado, expansivo, irritable, autoestima exagerada, aumento en la actividad intencionada. (Considerar disminución de las horas de sueño) (BD)</b></p> <p>0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas.</p> <p>1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro.</p> <p>3. Grave: Todo el tiempo, deterioro en el funcionamiento.</p>				

11	<p><b>Fantasías peculiares: Ideas o historias inusuales, raras o autísticas. (Debe considerarse el desarrollo conforme a la edad en la evaluación de este reactivo), (Psychotic).</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad.</p> <p>3. Grave: Con frecuencia está absorto por sus fantasías. Tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.</p>				
12	<p><b>Ideas delirantes: De control, referencia, celos, persecutorias religiosas, expansivas, sexuales, (Psychotic).</b></p> <p>0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia.</p> <p>1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él.</p> <p>2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros.</p> <p>3. Grave: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad.</p>				
13	<p><b>Alucinaciones: Auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc. (Psychotic).</b></p> <p>0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales.</p> <p>1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vívida/activa.</p> <p>2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico).</p> <p>3. Grave: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista); u otras experiencias o percepciones.</p>				
14	<p><b>Hiperactividad: Inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos. (Evaluar Impulsividad), (ADHD).</b></p> <p>0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento.</p> <p>1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento.</p> <p>2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas.</p> <p>3. Grave: Excitación motora continua; no puede estar quieto; ocasiona gran interferencia en su funcionamiento en la mayoría de las situaciones.</p>				
15	<p><b>Distractibilidad: Pobre concentración, periodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes, (ADD).</b></p> <p>0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente se distrae; capaz de concentrarse prontamente.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro.</p> <p>3. Grave: Constante. Necesita asistencia 1:1 para estar atento.</p>				
16	<p><b>Discurso o lenguaje acelerado: Habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso.</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada.</p> <p>2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación.</p> <p>3. Grave: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.</p>				
17	<p><b>Lenguaje poco productivo: Mínimo, discurso escaso, parco, voz baja.</b></p>				

	<p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil.</p> <p>2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos <math>\frac{1}{4}</math> ó <math>\frac{1}{2}</math> de la conversación no se comprende o está deteriorada.</p> <p>3. Grave: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.</p>				
18	<p><b>Retraimiento emocional: Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad.</b></p> <p>0. Ausente: No del todo</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones.</p> <p>3. Grave: Constantemente no se percatada de quienes le rodean; expresión facial de preocupación. No responde a las preguntas ni mira al entrevistador.</p>				
19	<p><b>Afecto aplanado: Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.</b></p> <p>0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo.</p> <p>1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).</p> <p>2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p> <p>3. Grave: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p>				
20	<p><b>Tensión: Nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos de la ansiedad)</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.</p> <p>3. Grave: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.</p>				
21	<p><b>Ansiedad: Dificultad para separarse de la figura de apego, se “aferra” de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones y compulsiones (Síntomas cognitivos de la ansiedad).</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos 3 veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día/tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante ésta.</p> <p>3. Grave: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.</p>				
22	<p><b>Alteraciones del dormir: Insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo de sueño, ronquido, conductas anormales (sonambulismo, terrores nocturnos), movimientos anormales (mioclonias, inquietud en las piernas, movimientos periódicos de las extremidades), noctilalia. Evaluar hipersomnia y somnolencia diurna.</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).</p> <p>2. Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia leve de ciclo circadiano invertido.</p> <p>3. Grave: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano.</p>				
23	<p><b>Desorientación: Confusión sobre personas, lugares o cosas.</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p>				

	<p>1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas.</p> <p>3. Grave: Constantemente confuso; perplejo.</p>				
24	<p><b>Alteraciones del habla: Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle.</p> <p>2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión.</p> <p>3. Grave: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.</p>				
25	<p><b>Esterotipias: Posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos, (Tics).</b></p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas</p> <p>2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p> <p>3. Grave: La mayor parte del tiempo (&gt; 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p>				
26	<p><b>Problemas de eliminación: Se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años.</b></p> <p>0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena.</p> <p>3. Grave: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.</p>				
27	<p><b>Consumo de sustancias psicoactivas. (Evaluar alcohol y drogas)</b></p> <p>0. Ausente: Nunca las ha consumido.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente. Uso recreacional. No cumple criterios de abuso, tolerancia y abstinencia.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente. Cumple criterios de abuso.</p> <p>3. Grave: Muy frecuentemente. Cumple criterios de dependencia con tolerancia y abstinencia.</p>				
28	<p><b>Abuso: Psicológico, físico, sexual y negligencia</b> (omisión o deprivación de la satisfacción de las necesidades básicas de acuerdo a la edad), <b>(especificar subrayando cada tipo de abuso)</b></p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Leve: Psicológico: ocasionales observaciones agresivas sin insultos, Física: agresión ocasional que no deja huella física; Sexual: ocasional agresión verbal.</p> <p>2. Moderado: Psicológico: frecuentes observaciones agresivas sin o con insultos; Física: frecuentemente agresiones que no dejan huella u agresiones ocasionales que si dejan huella; Sexual: agresiones verbales frecuentes o tocamientos sin llegar a penetración o sexo oral.</p> <p>3. Grave: Psicológica: continuas agresiones verbales con insultos; Física: continuas agresiones que dejan huella; Sexual: Penetración o sexo oral.</p>				
29	<p><b>Falta de Emociones Prosociales (CALLO EMOCIONAL): Dos o más características que se presenta por lo menos durante 12 meses y por lo menos en un escenario: Falta de remordimiento o culpa, pareciera tener la sangre fría, no se inmuta ante el dolor ajeno. Falta de empatía, le cuesta trabajo ponerse en los zapatos del otro. Falta de interés en el desempeño, no muestra preocupación acerca del desempeño escolar en el trabajo u otras actividades importantes. Afecto superficial: empalagoso o con cambios bruscos.</b></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Leve: Cuando existen sólo una características y solo genera un problema mínimo.</p> <p>2. Moderado: Cuando tiene dos o tres características y le provoca problemas significativos en al menos dos área.</p> <p>3. Grave: Cuando cumple con las cuatro características y le provoca problemas significativos en todas las área del funcionamiento (casa, escuela, amigos).</p>				

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Comentarios o notas especiales:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_