



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

**TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**“CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN EN LAS AUTOLESIONES  
NO SUICIDAS DE ACUERDO CON LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN  
PACIENTES DEL HOSPITAL PSQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO  
ÁLVAREZ”**

**PERIODO 2018 – 2019**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2019**

Dr. David Gustavo Rodríguez Ramos. Médico Residentes de la Especialidad de Psiquiatría

**Asesor Teórico: Dra. Cecilia Bautista Rodríguez**

**Asesor Metodológico: Dra. Patricia Anzaldo Juárez**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico el presente trabajo, en particular a mis padres, María y David, por el apoyo vertido en estos cuatro años de residencia, tanto en lo económico como, en especial, en lo emocional. Por haberme infundido el amor por la salud mental y las emociones humanas; por siempre estar presentes para dar un buen consejo y una dulce palabra de aliento, a pesar de la distancia en que nos encontramos.

A mis amigos, quienes en este corto tiempo fueron no solo compañeros, sino familia, siendo un sostén inmediato en los momentos malos y buenos.

A mi asesora, la Dra. Patricia Anzaldo Juárez, por los buenos consejos y la paciencia en cada una de sus explicaciones y correcciones, así como por su gran ayuda en el diseño de este estudio. Al Dr. Hugo Guillermo Cornú Rojas por todo su apoyo y orientación teórica en los temas de sexualidad y género que forman parte fundamental de mi tema de tesis. También a la Dra. Natasha Alcocer Castillejos por su asistencia con el uso del programa estadístico.

Quisiera agradecer en especial, y profundamente, la ayuda recibida por la Dra. Cecilia Bautista Rodríguez, quien, aunque ya no se encuentra entre nosotros, fue de gran importancia para el desarrollo de este trabajo, su asesoría teórica, en la búsqueda de información y redacción, será siempre recordada y reconocida por mí, de todo corazón, Descanse en Paz.

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>2</b>
<b>El Deseo De Morir Y El Suicidio</b>	<b>2</b>
<b>De Las Autolesiones</b>	<b>8</b>
<b>La Comunidad LGBTTTIQ, Patología Mental Y Autolesiones</b>	<b>16</b>
<b>Material Y Métodos</b>	<b>26</b>
<b>Justificación</b>	<b>26</b>
<b>Planteamiento De Problemas</b>	<b>29</b>
<b>Pregunta De Investigación</b>	<b>32</b>
<b>Objetivos</b>	<b>32</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>33</b>
<b>Variables</b>	<b>34</b>
<b>Muestreo</b>	<b>35</b>
<b>Criterios De Selección</b>	<b>35</b>
<b>Diseño De Estudio</b>	<b>36</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>36</b>
<b>Procedimiento</b>	<b>41</b>
<b>Análisis Estadístico</b>	<b>41</b>
<b>Cronograma De Actividades</b>	<b>42</b>
<b>Consideraciones Éticas</b>	<b>43</b>
<b>Resultados</b>	<b>45</b>
<b>Discusión</b>	<b>49</b>
<b>Conclusión</b>	<b>53</b>
<b>Limitaciones Y Recomendaciones</b>	<b>54</b>
<b>Referencias</b>	<b>55</b>
<b>Anexos</b>	<b>58</b>

## INDICIE DE GRAFICAS E IMAGENES

Imagen 1. Modificaciones del Modelo de Kinsey por Álvarez-Gayou	39
Grafica 1. Percepción de discriminación a los hombres homosexuales en la Ciudad de México 2010	27
Grafica 2. Frecuencia de las diversas orientaciones sexuales por grupo de genero	45
Grafica 3. Frecuencia e los diferentes métodos de autolesiones evaluados por escala ISAS	46
Grafica 4. Frecuencia de los diferentes métodos de autolesiones de acuerdo con la orientación sexual	47
Grafica 5. Frecuencia de las motivaciones para autolesiones evaluadas por escala ISAS	4850
Grafica 6. ISAS Autorregulación	50
Grafica 7. ISAS Embotamiento	50
Grafica8. ISAS Autodominio	50
Grafica 9. ISAS Marcar limites	50
Grafica 10. ISAS Manifestación de angustia	50
Grafica 11. ISAS Venganza	50
Grafica 12. ISAS Búsqueda de sensaciones	51
Grafica 13. ISAS Evitar el suicidio	51
Grafica 14. Combinación ISAS	52
Tabla 1. Motivaciones autolesivas por orientación sexual.	48

## **ABREVIATURAS**

OMS: Organización Mundial de la Salud.

LGBTTTIQ: Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual, intersexual y Queer.

ANESSI: Australian National Epidemiological Study of Self-Injury

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad / Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad.

M.I.N.I: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Edición.

DSM-IV TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Texto Revisado

FHT: Fundamentalmente heterosexual (FHT)

BHT: Básicamente heterosexual

PHT: Preferentemente heterosexual

BI: Bisexual

PHM Preferentemente homosexual

BHM: Básicamente homosexual

GHM: Fundamentalmente homosexual

ISAS: Inventory of Statements About Self-injury, adaptación al español.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los actos autolesivos que no cuentan con una intencionalidad suicida, son realizados por un individuo con la intención de infringirse daño físico, pero sin la intención de producir la muerte. Se han estudiado diferentes factores de riesgo para su presentación, entre estos últimos podemos destacar a las patologías mentales, estresores vitales y la orientación sexual; además de las motivaciones que llevan a un individuo a cometerlas. **OBJETIVOS:** El presente estudio tiene como objetivo el investigar la existencia de diferencias entre las motivaciones para la producción de autolesiones no suicidas en los pacientes con base a su orientación sexual (heterosexual y no heterosexual) en base a la aplicación de instrumentos clinimétricos y entrevista estructurada. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó con pacientes de los servicios del Hospital con base a la aplicación de la entrevista estructurada de preferencia sexogenerica, Inventory of Statements About Self-injury, adaptación al español y la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. **RESULTADOS:** Se encuentra similitud entre las motivaciones para autolesiones no suicidas entre el grupo heterosexual y bisexual, sin embargo, estas son distintas a las presentes en el grupo homosexual.

**Palabras clave:** Autolesiones no Suicidas, Orientación sexual, Motivation de Autolesiones

## **1. INTRODUCCION**

Dentro del estudio del suicidio, una de las principales conductas que aquejan el actuar psiquiátrico, se ha logrado identificar la existencia de individuos que atentan contra su integridad física sin tener la más mínima intención de quitarse la vida, desprendiéndose de estos actos autolesivos e intencionados la definición de autolesiones no suicidas, que hasta la fecha han despertado el interés de los estudiosos en dicha materia, tratando de comprender las múltiples causas que orillan a un individuo a atentar contra sí mismo pero sin tener la intención de buscar la muerte, se han expuesto múltiples teorías que abarcan desde la enfermedad mental hasta una diversidad de factores psicosociales, como son la edad, el sexo y la orientación sexual . De este último no se han realizado estudios profundos, se sabe que los pacientes no heterosexuales (comunidad LGBTTTIQ) tiene una tendencia mayor a los intentos suicidas y autolesiones no suicidas que los heterosexuales, sin embargo, las intenciones que estos tiene para realizar autolesiones no suicidas no han sido estudiadas, existen teorías que marcan que los estresores de esta comunidad como minoría, tiene una gran repercusión en su salud mental y por ende, en la manera en cómo se manejan ante la ansiedad.



## **2. MARCO TEÓRICO**

### **EL DESEO DE MORIR Y EL SUICIDIO**

La concepción actual del suicidio como una patología médica se podría considerar relativamente reciente, que aparece a partir del siglo XIX, antes de lo cual el suicidio se veía envuelto en varias consideraciones sociales, antropológicas y en especial religiosas. A pesar de esto, en culturas antiguas este acto llegó a ser condenado y estigmatizado, pero siempre presente. Sus manifestaciones, inherentes al género humano, son universales, evidentes en diferentes religiones, mitos y leyendas. En la antigua Roma se consideraba un acto que violaba la ley, particularmente en aquellos que tenían deberes con el Estado; en quienes el suicidio estaba prohibido y penado por las leyes, sin embargo, en otras clases sociales y en los menores de edad (que no eran considerados objetos de derecho), el suicidio no era penado, condenable o considerado infame, llegando a considerarse una opción de honor; así mismo, se pueden identificar casos en las diversas culturas del mundo antiguo, como podría ser la japonesa, por mencionar alguna, donde el tema del suicidio es visto desde un punto de vista totalmente diferente al de nuestra percepción occidental. La reprobación de las religiones a los actos suicidas, durante cinco siglos aproximadamente, convivió con una relativa tolerancia de la sociedad laica y de organismos legales. Fue hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando el Reino Unido, considero por primera vez al suicidio como un acto ilegal, siendo seguido por otros países del mundo<sup>1</sup>.

Aun con los cambios en la percepción social sobre el suicidio, su inclusión en la literatura e investigación médica llevo un poco más de tiempo. En textos de la literatura clásica de la psicopatología como podría ser el del Dr. Juan C. Beta <sup>2</sup>, el suicidio no es abordado como un tema principal, sino que es mencionado de manera breve, como una de las líneas evolutivas de la depresión, cuando esta tiende a la cronicidad; comenta que no es raro que el suicidio es el final de estos enfermos.

Por su parte Henri Ey trata el tema del suicidio dentro de su obra, como parte de las reacciones antisociales de los trastorno del comportamiento, mencionándolo como la más frecuente de las patologías humanas, siendo para él, estas ideas la expresión de un trastorno afectivo muy profundo, comentó, que algunos suicidios se cometen por una impulsión irreversible e inconsciente, como suele suceder en el alcoholismos, mientras que otros pueden ser el resultado de una crisis melancólica, en su consideración, el más frecuente de los suicidios, viviendo el melancólico entre el deseo y temor a la muerte, pasando al acto de manera brusca o más preparada posterior a una meditación del acto. Ey comenta la presencia de “coletazos de melancolía”, partes de las crisis en los que los pulsos suicidas suelen ser más peligrosos, incluso llegando a manifestarse en suicidios colectivos en el contexto familiar. Dentro de su texto, Henri Ey también comento otras dos formas del suicidio, la resultante de un delirio (como sería el caso del delirio de persecución) y la aún más extraña obsesión – impulsión al suicidio, en la que describe, que por lo general el suicidio no se ejecuta, y si la obsesión pasa al acto, no es más que el fin de una larga lucha entre el sujeto consigo mismo <sup>3</sup>.

El termino suicidio procede de la palabra en latín y significa “matarse a sí mismo”, siendo un acto letal que representa el deseo de morir de la persona. El suicidio debe de contemplarse en los términos de su legado, tanto para los que sobreviven al suicidio de un ser querido, como a los profesionales de la salud que tenían a su cargo al suicida. Tal vez lo más importante en relación con el suicidio, es el hecho de que es una manifestación de una enfermedad mental (más comúnmente la depresión), por lo que se puede tratar de manera psicológica y farmacológica. Debido a la frecuencia con la que se presenta el suicidio dentro del mundo, se han realizado diversas teorías sobre lo que conlleva a un individuo a suicidarse, la primera de ellas, propuesta por Durkheim a finales del siglo XIX, divide al suicidio en tres categorías sociales, el egoísta, el altruista y el anómico; en el suicidio egoísta el suicida no está integrado de manera adecuada en ningún medio social, explicando de este modo el mayor índice de suicidio entre personas solteras y sin hijos que en sus contrarios; el término altruista lo utilizó para aquellas personas, que al contrario de las egoístas, se encontraban excesivamente integradas, por lo que esta integración sería la causa de suicidio, poniéndose aquí como ejemplo a los kamikazes japoneses; por último el suicidio anómico fue utilizado por Durkheim para explicar a las personas cuya integración social se ve afectada y se altera hasta el punto en que no puede continuar siguiendo las normas de conducta. Por su parte Freud también realizó una teoría sobre el suicidio en su artículo *Duelo y Melancolía*, afirma que el suicidio es una agresión dirigida contra un objeto de amor introyectado, dudando que pudiera existir el acto suicida sin un deseo previo y reprimido de matar a alguien. Basándose en las teorías de Freud, Karl Meninge en *El Hombre Contra sí Mismo*, clasificó al suicidio como una especie de homicidio invertido, debido a la

ira del paciente en contra de otra persona, utilizándose como una excusa de castigo por el pensamiento homicida, también describe tres componentes de hostilidad dentro del suicidio, el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Los estudios contemporáneos no concuerdan en su totalidad con las teorías meramente psicodinámicas o de personalidad, considerando que se puede aprender mucho a partir de las fantasías de lo que puede suceder y las consecuencias si se suicidara, donde se suelen encontrar fantasías de venganza, poder, control, castigo, sacrificio, escape, renacimiento o una nueva vida, entre otros; un intento suicida puede hacer desaparecer una depresión de larga evolución o bien, la preocupación por el suicidio se convierte en un método de lucha contra la misma depresión. Muchos de los pacientes más propensos a los actos suicidas suelen haber perdido a un ser amado o sufrido una afrenta narcisista, suelen experimentar culpa o ira como parte de sus fantasías suicidas, por otro lado, en los suicidios en masa subyacen fenómenos de grupo diferentes. En la actualidad el suicidio es la principal emergencia para los profesionales de la salud mental; siendo menos frecuente el homicidio y el subdiagnóstico de enfermedades orgánicas subyacentes; constituyendo por sí mismo un importante problema de salud pública

4.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la decimotercera causa de muerte (es decir del 0.5 al 2%) ocupando la primera causa de muertes violentas en el mundo, predicciones realizadas por este organismo estiman que para 2020 los intentos suicidas llegarían a ser cada vez más frecuentes, hasta una aproximada de 20 a 30 veces más que en la actualidad. En

el 2004 la OMS consideraba al suicidio como la tercera causa de muerte en adolescentes, sin embargo, para el 2014 paso a convertirse en la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 29 años, a pesar de estas cifras se considera que el suicidio es más frecuente mientras mayor es la persona (3 veces más en mayores de 75 años), mientras que en el extremo contrario, el correspondiente a los adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años) para ser precisos, son más frecuentes las autolesiones que llegan a convertirse en la cuarta causa de muerte en este grupo. Se señala comúnmente que la mayoría de los suicidios consumados son realizados por hombres, sin embargo, las tentativas de suicidio son mayores en las mujeres. Estas diferencias podrían deberse a que los hombres utilizan métodos más peligrosos y radicales. Una de las definiciones más aceptadas sobre el suicidio es la que propone la OMS en 1986 que lo define como una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea; así mismo se define el término de parasuicidio como el hecho sin un resultado fatal, que sin ayuda de otras personas, el sujeto se autolesiona o consume sustancias con el fin de conseguir una serie de cambios a través de los resultados actuales o que espera sobre su estado físico. Un aspecto clave del suicidio es la intencionalidad de este en base de lo cual se puede clasificar a la conducta suicida como suicidio frustrado, amenaza de suicidio y conducta autolesiva. En el suicidio frustrado se presentan una serie de situaciones, no previstas por el individuo, que impiden la culminación del suicidio; en la amenaza de suicidio el sujeto comunica a los demás la intención del suicidio, a través de la expresión verbal, que puede o no ir acompañada de acciones de inicio suicida, clásicamente estas son utilizadas por

los adolescentes con fines manipulatorios, sin embargo, esto no les resta importancia clínica ya que lo que provocan es poner en riesgo su vida. Por su parte las conductas autolesivas son aquellas en que la intencionalidad es la de hacerse daño sin que esto implique una intención suicida, en otras palabras, que se ponga en riesgo la vida del individuo, siendo estas las más frecuentes en niños y adolescentes. Fuera de estas definiciones, es importante comprender que es una ideación suicida, la cual se define como una serie de cogniciones que realiza el sujeto que incluyen pensamientos fugaces sobre el no querer vivir, además de fantasías autodestructivas y planes para llegar a la muerte. Por lo anterior se dice que las conductas suicidas se expresan de menor a mayor gravedad, es decir, ideación, amenaza, intento y por último suicidio consumado, además en este periodo se presentan otros pensamientos como aquellos sobre el escaso valor de la vida, amenazas en contra de terceros o elaboración de planes suicidas. El problema a veces se encuentra en el definir si lo que el paciente realizó fue una conducta suicida o una temeraria, como puede llegar a ocurrir en los adolescentes o en los pacientes en estado de manía.<sup>5</sup>

En el contexto de lo anterior es que se desprende otro concepto, el de las autolesiones, los actos voluntarios que tienen como una finalidad el lesionarse, destruirse o dañarse uno mismo, pero sin que necesariamente se busque la muerte en este caso. Estas conductas autodestructivas no deberán de confundirse con el término del suicidio disfrazado, en los cuales el suicidio se disfraza para evitar el estigma social que representa, donde la intención de estos “accidentes” es la búsqueda de acabar con la vida. En este punto, y con el fin de explicar a las

autolesiones, es importante aclarar que existe una gran diferencia entre el deseo de morir y el de autodestrucción, en situaciones extremas una persona puede pensar en morir sin que por su mente cruce la idea de matarse. Decía Dostoievsky que “si se le concediera al hombre el morirse cuando lo piensa, no habría humanos sobre la tierra”<sup>6</sup>. Si bien, las autolesiones pueden tener la mira de buscar la muerte, no siempre es su objetivo, y en algunos casos, los riesgos a la integridad de quien las lleva a cabo pueden ser incluso un accidente, producto de una mala medición de la letalidad de estas por parte del que se autoagrede.

## **DE LAS AUTOLESIONES**

Erwin Stengel en su obra *psicología del suicidio y los intentos suicidas*, hace una poco común analogía sobre esto, donde refiere las observaciones de un visitante de otro planeta acerca de las conductas autolesivas de los seres humanos. Stengel explica a través de éste, cómo es, que algunos humanos se dañan de manera más o menos grave, llegando uno de cada ocho a provocarse la muerte, posteriormente comenta, que si se observan únicamente estos actos se podría creer que la autodestrucción es el único objetivo, pero si analizamos los antecedentes y consecuencias no se puede sostener dicha explicación. ¿Por qué se anuncian las intenciones de dañarse?, ¿Saben que los ayudaran una vez se hayan lesionado? ¿Sabrán cómo se sentirán los demás si es que mueren en realidad? Dentro de estos pensamientos, Stengel analiza a través de su alienígena imaginario que estas conductas no pueden derivarse de una sola tendencia, sino de una combinación de varias tendencias son las que conllevan a estos actos a los individuos, de las cuales

obviamente, uno de estos podría ser el deseo de autolesionarse o el de autodestruirse, mientras que la otra podría ser el impulso de hacer que las personas a su alrededor actúen en consecuencia de estos mismos actos<sup>7</sup>. Si bien, de cierta manera el objetivo de Stengel en este relato ficticio es hacer un enfoque de cuidado sobre las intencionalidades de los actos suicidas, también abre el mismo campo de estudio para las autolesiones.

A pesar de que los actos suicidas son en porcentaje más comunes que los actos autolesivos sin intencionalidad suicida, esto no significa que las autolesiones sean extrañas en la sociedad, se estima que se presentan entre el 2 al 4% de la población. Como ya se ha definido anteriormente, las autolesiones son el acto intencionado de hacerse daño sin la intención de morir, pero tenemos que agregar otras dos definiciones para complementar la idea completa de las mismas, la primera como el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido de otra manera más adaptativa. También es la intención de luchar y seguir con vida, ya que como hemos dicho anteriormente, quien se autolesiona quiere vivir y no morir. Estas acciones son efectivas a largo plazo, pretendiendo en la mayoría de los casos ser adaptativas. Los motivos que llevan a cometer autolesiones son complejos, numerosos y únicos para cada uno. Una tendencia que se encuentra constantemente en la ausencia de un referente estable y funcional para sobrellevar los estresores vitales a los que se enfrentan. Los pacientes que tienden a las autolesiones como acciones de afrontamiento refieren diversas respuestas emocionales como desencadenantes de estas, como puede ser el sentirse abrumado, confuso, infravalorado o incomprendido; en



algunos casos se pueden desencadenar por el miedo de que suceda determinado acontecimiento que se encuentre fuera del control del individuo. La mayoría de los pacientes comenta que buscan la sensación de calma, analgesia o desconexión del medio, mientras que en otro grupo importante de casos son un medio de comunicación de deseos, pensamientos o sentimientos, en otros más se busca una determinada reacción por parte de terceros o un castigo en sí mismo; pero sea cual sea el motivo, en definitiva, se trata de una manera de expresar dolor, de tolerarlo y regular el estado emocional. En todos los casos, la función de la lesión es adaptativa: la tensión se reduce y el sujeto regresa a un estado emocional que es capaz de tolerar. Esto bien podrían ser situaciones aprendidas desde la infancia, muchos padres no toleran las expresiones emocionales de sus hijos, o bien se molestan de las expresiones negativas, creando de esta manera una especie de doble moral en el niño que se ve obligado ser bueno y feliz, sin ser capaz de expresar sus emociones negativas, de esta manera el niño siente que no es capaz, o mejor dicho, que no tiene el derecho a estar triste o enfadado, emocionarse o verse vulnerable como los otros niños, por lo que inhibe las necesidades de expresión emocional necesarias para validar, identificar y expresar emociones de manera apropiada, segura y adaptativa, el ejemplo más clásico y común de todos, es el de la madre o el padre que reprenden a su hijo cuando empieza a llorar con expresiones como: “no llores” o “llorar es de tontos”; también se han visto casos en que los roles invertidos dentro del hogar se pueden responsabilizar del inicio de las autolesiones, cuando el niño asume las responsabilidades que deberían de ser de los progenitores y siente responsabilidad de la estabilidad y calma del hogar, encubriendo comportamientos de uno de los padres para que el otro no se dé cuenta

y fije la atención en él. Dentro de su obra Barent W. Walsh, plantea un modelo biopsicosocial para las autolesiones, donde se mencionan las dimensiones ambiental, biológica, cognitiva, afectiva y conductual como las cinco dimensiones más importantes dentro de estas. En la dimensión ambiental, Walsh <sup>8</sup> se refiere a los factores que contribuyen a las autolesiones y a los elementos del entorno, los cuales se encuentran fuera del individuo, pero producen un impacto en el mismo; la dimensión biológica, se mencionan varias teorías como la de la vulnerabilidad a la desregulación emocional, problemas en el sistema límbico, la serotonina o el sistema endógeno opioide, y una sensibilidad disminuida al dolor; por la parte de la dimensión cognitiva destacan dos puntos, la interpretación cognitiva de los eventos del entorno y las cogniciones que genera con relación a las autolesiones; en la dimensión afectiva se establece como es que las emociones surgen de las cogniciones irracionales; por último la dimensión conductual, se mencionan las acciones que preceden al acto lesivo, los preparativos y las que le siguen al acto.

Dentro de las dimensiones biológicas se han realizado diversos estudios de investigaciones sobre los factores neurológicos que dan origen a las autolesiones en pacientes con diversas patologías psiquiátricas y comorbilidades. Por mencionar algunos de ellos, hablaremos primero sobre el reporte de caso, realizado en los Estados Unidos de América, se trata de un paciente con rasgos de personalidad límite muy marcados y con uso y abuso de opioides, el paciente tenía historial de episodios depresivos aunque no así de ideas o intentos suicidas, contaba con un largo historial de autolesiones, como cortes y autoelectrocución, en la ocasión en que se capta en el hospital fue por ingesta intencionada de un cuchillo, no siendo la

primera ocasión de una ingesta intencionada de un cuerpo extraño, refiriéndolo como una conducta aprendida y con finalidad manipuladora. El paciente había sido tratado con metadona previamente como parte del esquema del consumo perjudicial de los opioides (en la literatura clásica mencionan riesgos en el uso y discontinuación del uso de la metadona en pacientes con patología psiquiátrica), posterior a establecerse un tratamiento con metadona el paciente aceptó una intención manipuladora para la ingesta del cuchillo. Este hecho hizo pensar a los parientes, sin embargo estas acciones se generalizaron a situaciones que le condicionaban frustración; ya previamente se habían descrito en la literatura el cese de las autolesiones en pacientes límite con el uso de naltrexona y antipsicóticos atípicos, ya que la adicción a los opioides, los actos manipuladores y ciertos síntomas psiquiátricos comparten bases neurológicas, ya que las autolesiones pueden producir la liberación de opioides endógenos a través de la actividad del receptor  $\mu$ -opioide, un estudio de cohorte demostró una prevalencia del 49% entre la alexitimia y las autolesiones en pacientes en tratamiento por adicción a los opiáceos, lo que apunta hacia la teoría de la liberación de opioides endógenos, otros estudios<sup>9</sup> de neuroimágenes se mostró aumento de los receptores  $\mu$  en la corteza prefrontal, el núcleo accumbens y la amígdala, con activación del sistema por opioides endógenos, que se elevan en el estrés inducido. Estas teorías plantean la cuestión de si la metadona podría también estabilizar estos sistemas, ya que las autolesiones del paciente en cuestión mejoraban con dosis altas de la metadona, es decir disminuye a un estado de base no impulsiva y no autolesivas, sin embargo, otros estudios muestran que, aunque si existen las mejoras, sin embargo, estas regresan a la suspensión del tratamiento. Si bien lo anterior implica una

demostración de una posible relación entre los niveles de opiáceos endógenos y las autolesiones, ya que las estructuras cerebrales que se mencionaron anteriormente están relacionadas con el sistema de recompensa, no hay que olvidar que este caso particular también se crea un reforzamiento positivo hacia el comportamiento manipulador de las autolesiones.

Dentro de los estudios que se han realizado para comprender la neurología de las autolesiones, en los primeros se encontró una disminución en el umbral del dolor, de los primeros estudios sobre este tema realizados a finales de los noventas, estudios de imagen mostraron una mayor respuesta en la corteza prefrontal dorsolateral y desactivación en el cíngulo anterior y la amígdala después de la estimulación dolorosa por autolesiones en pacientes con trastorno límite. La reactividad del sistema nervioso autónomo al dolor inducido experimentalmente se describe mejor mediante un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático y una disminución de la correspondencia en la actividad vagal parasimpática. La nocicepción por su parte se asocia a una respuesta del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal, condicionando un aumento en el cortisol posterior al estímulo doloroso; en adolescentes con práctica de autolesionarse se ha encontrado una hiporreactividad después del estrés psicosocial inducido, además de que existen estudios que demuestran que el cortisol se encuentra más bajo después de una prueba de supresión con dexametasona se asocia con autolesiones en adolescentes deprimidos. <sup>10</sup>

En cuanto a los pacientes psiquiátricos se refiere existen múltiples factores de riesgo que conllevan a las autolesiones con o sin intencionalidad suicida. Un estudio realizado entre 2012 a 2013 y publicado en el 2016, realizado en dos hospitales de México, muestra dichos factores en una población de 318 pacientes. En el estudio se dividió primero a los pacientes en dos grupos, el de los intentos suicidas y el de las autolesiones no suicidas. Los intentos suicidas se definieron como un comportamiento de autolesión con al menos algún intento de terminar con la propia vida, autolesiones no suicidas, siendo estos actos no fatales que resultan en lesiones corporales sin la intención de morir y se agregó un grupo control de pacientes sin intentos suicidas ni autolesiones. Tanto en los pacientes en intento suicida como en los de las autolesiones no suicidas se informan de niveles similares de impulsividad, superiores a los del grupo control, sin embargo, a la aplicación de la subescala de “planificación de acciones futuras” los pacientes del grupo de las autolesiones no suicidas obtuvieron un puntaje mucho mayor que los otros grupos, aunque es un factor común entre estos, especialmente intentos suicidas y autolesiones, algunos estudios sugirieron que una mayor tasa de factores estresantes en la vida aumentan el riesgo de pasar por un periodo de autolesiones antes de un intento suicida franco, esto aparentemente por la desregulación emocional y la impulsividad. En cuanto al sexo se refirió, se encontró una diferencia significativa entre las mujeres y los hombres, donde este último grupo presentó un 42% menos de probabilidad de tener un comportamiento autolesivo sin fines suicidas en comparación de las mujeres, una posible explicación de esto, es que las mujeres se ven con más frecuencia en situaciones de mayor vulnerabilidad lo que a su vez las predispone a la desregulación afectiva. En cuanto al nivel educativo se

refiere se encontró que las personas con menos de 6 años de educación escolar tuvieron una mayor probabilidad de presentar intentos suicidas. En cuanto al consumo de sustancias, el consumo de alcohol tuvo la misma prevalencia entre los intentos suicidas y las autolesiones, sin embargo, el consumo de tabaco y cannabis fue más predominante en aquellos con autolesiones. Por último, en termino de padecimientos psiquiátricos los intentos suicidas predominan sobre las autolesiones excepto en los trastornos de personalidad donde predominan las autolesiones sobre los intentos suicidas, seguidos por los trastornos del estado de ánimo<sup>11</sup>.

Las autolesiones no son exclusivas de una patología psiquiátrica afectiva, del control de impulsos o del abuso de sustancias, en los trastornos del aspecto autista donde son características las conductas repetitivas, dentro de estas es común las autolesiones, como puede ser el golpearse la cabeza, pellizcarse o arrancarse la piel, tirarse el pelo o morderse, estas conductas se presentan en el 2 a 24% de la población con déficit intelectual, mientras que en los pacientes con trastornos del espectro autista se acerca hasta el 53% en los niños y 69% de los adultos, en estos últimos estas conductas son más prevalentes y de mayor gravedad en comparación con las personas con discapacidad intelectual, por lo que el espectro autista es considerado como un factor de riesgo para las mismas. Normalmente el inicio de las autolesiones en este grupo es aproximadamente a los 16 meses de edad<sup>12</sup>.

## **LA COMUNIDAD LGBTTTIQ, PATOLOGIA MENTAL Y AUTOLESIONES**

Dentro del esquema de las autolesiones sin intencionalidad suicida se sabe que el género juega un papel importante, y de cierta manera clásico, con una prevalencia mayor sobre las mujeres que sobre los hombres, al igual que en el caso de los intentos suicidas. Si bien esto es real, el mundo actual exige consideraciones mayores al sexo genético para diferenciar a las personas, la orientación sexual de los pacientes es de importancia para el análisis y comprensión del pensamiento de estos, que es a fin de cuentas la función del psiquiatra. La homosexualidad se define, según la real academia de la lengua española, como la inclinación erótica hacia individuos del mismo sexo, sin embargo, actualmente la división de esta población es más compleja en base a diversos factores como la identidad de género, por lo que se prefiere el termino de comunidad Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual, intersexual y Querer (LGBTTTIQ).

A lo largo de la historia de la humanidad este tema ha sido objeto de múltiples discusiones a nivel social, cultural, moral, religioso e incluso científico. La existencia franca de la homosexualidad en los seres humanos ha permanecido en tema de discusión científica y moral, buscando causas y justificaciones para lo mismo, en algunos de los casos considerándose “antinatural”; en esta misma definición, si somos objetivos, se considera al ser humano como de la naturaleza y como tal del reino animalia, donde las investigaciones han demostrado la existencia de conductas homosexuales, debiéndose de recordar la ambisexualidad de los animales, y no propiamente la que se encuentra en los invertebrados, en los cuales esta ambitendencia responde a una función fisiológica, donde los individuos de las

especies presentan un “hermafroditismo funcional” para garantizar la reproducción y supervivencia de la especie. Sin embargo, en lo que a los mamíferos se refiere las conductas homosexuales aumentan a medida que se asciende en las escalas taxonómicas, existiendo a lo largo de la historia diversas teorías acerca de estas conductas en diversas especies animales.<sup>22</sup> No existe una fecha histórica exacta para definir la aparición de la homosexualidad en los seres humanos, como se podrían llegar a definir la presencia de epidemias de alguna enfermedad humanas como sería el caso de la gripe española o la peste negra. Podemos encontrar referencia a la homosexualidad desde las culturas antiguas previas al cristianismo, siendo quizás las más representativas dentro de la historia de la humanidad las pertenecientes a la cultura Helénica. En la antigua Grecia, las uniones homosexuales eran comunes, asociándose a la cultura, la filosofía y educación, llegando a ser tan parte de la cultura griega que se muestran representaciones en las artes y mitos de esta sociedad, por ejemplo, en los mitos de Ganimedes y Jacinto. Jenofonte comentaba que la pederastia era parte importante y rutinaria de la instrucción de los jóvenes espartanos (aunque también se encontraba en otras de las grandes ciudades griegas, como Atenas), que aunque tenían un claro componente sexual, no era esta la función principal de los mismos sino paidética, teniéndose que comprenderse la concepción del amor griego en aquella época, compuesta por dos varones, uno adulto (el eraste) y uno joven (el eromero), creándose de esa manera una tendencia educadora en el entender de los antiguos griegos. En los conceptos de Platón, una versión del instinto de reproducción mediante alguien similar, en propias palabras del filósofo: “El objeto del Eros es procrear y engendrar en lo Bello”. Estas relaciones se veían ejercidas con libertad



en la vida cotidiana de los antiguos Helénicos, siendo en parte la base de su sistema de educación hasta la creación de los centros educativos formales (sin que esto ocasionara su desaparición). Y aunque las mujeres en aquella época no eran sujetos de una educación, por ser consideradas inferiores al hombre, esto no eximía a los griegos de tener representación y aceptación de la homosexualidad femenina, podemos mencionar el mito y la famosa pintura de François Boucher; Artemis (Júpiter) y Calisto; a diferencia de la explicación que cumplían las relaciones homosexuales entre los hombres, en el caso de las mujeres, en que los matrimonios por amor era una cosa extraña, la concepción del amor con un hombre era difícil de idealizar para ellas, pero si comprensible entre ellas. Sobre esto dice Jaeger: “Sería absolutamente vano e inadecuado intentar explicaciones psicológicas indemostrables, sobre la naturaleza de este eros, o tratar, por el contrario, indignados por estas blasfemias, de comprobar la concordancia de los sentimientos del círculo sáfico con los preceptos de la moral cristiana y burguesa...”. Llama la atención, que los grandes filósofos griegos (Aristóteles, Platón y Sócrates) aceptaban las relaciones homosexuales como reales y de aceptables sentimientos, sin embargo, condenaban la copula, tachándola de antinatural, aunque comprendían, y podríamos decir, aceptaban su existencia, ya que, para los griegos en aquella época, el amor homosexual era aceptable socialmente, sin llegar a ser considerado un crimen o una enfermedad. Siendo esto similar en otras culturas de la antigüedad como la egipcia y la romana. Posteriormente a esto, con la llegada del cristianismo, y la mezcla y confusión, de la iglesia y el estado, conllevaron que la homosexualidad fuera penada y perseguida por ser considerada un crimen contra la ley divina, llegando incluso a ser una causa de persecución durante la inquisición,

y permaneciendo ante la doctrina católica actual de 1992 como mala la homosexualidad. Desde la mitad del siglo XIX hasta 1974 la homosexualidad paso de ser pecado (parcialmente) a convertirse en una enfermedad mental. Diversas teorías comenzaron a surgir entre los psiquiatras de la época para tratar de explicarla de una manera psicodinámica alejada de las perversiones diabólicas y antinaturales que la iglesia había sustentado durante años.<sup>13</sup>

Diversos autores tales como Bieber, iniciaron buscando definiciones operacionales de la misma, este ultimo la limitó con la siguiente frase: “Es homosexual quien, en la vida adulta, tiene reiteradamente relaciones sexuales abiertas con un miembro, o con miembros, del mismo sexo”, una definición que si bien se aproximaba a definir una conducta, no distinguía ni delimitaba de manera adecuada el universo al cual trataba de referirse, ya que las conductas sexuales pueden tener varias explicaciones plausibles además de una inclinación homosexual, como se presenta en las cárceles y en sujetos que cuentan con un pobre control de impulsos e incluso pudiéndose tratar de una expresión transitoria y/o exploratoria de la adolescencia. Judd Marmor realiza una definición, de lo que él llama el “homosexual clínico” a aquel sujeto que en su vida adulta se siente motivado por una atracción erótica definida y preferencial hacia miembros del mismo sexo, y que de manera habitual tiene relaciones sexuales con ellos; en esta definición, a diferencia de la anterior, se excluyen las conductas que no implican el deseo. A partir de esas definiciones (fuera cual fuera esta), comenzaron a surgir las teorías psicodinámicas para explicar la homosexualidad como una enfermedad mental (claro que con la intención de buscar su curación). Una de las teorías

clásicas era aquella que hablaba de la crianza por parte de una madre dominante y seductora, con padres débiles, hostiles o indiferentes, que de principio se le atribuyó importancia en la etiología del desarrollo de la homosexualidad, sin embargo paso rápidamente a ser descartada, ya que estas combinaciones de figuras paternas no solo se veían en los pacientes con inclinaciones homosexuales, sino que también se presentaban en las historias personales de muchos pacientes heterosexuales que acudían en busca de ayuda psiquiátrica. Años antes, en 1952, Kallman ya estudiaba los factores biológicos, propiamente los genéticos, realizando estudios en 85 mellizos homosexuales, encontrando concordancia en las conductas homosexuales en monocigotos, llegando Kallman a considerar que la homosexualidad era similar a la zurdera, con una base genética, y al igual que esta, podría ser evitada o encubierta por el condicionamiento adquirido (importante señalar que el valor científico de los estudios de Kallman siempre ha sido dudoso, y no solo en lo referente a la homosexualidad); el ejemplo de forzar al zurdo a escribir con la mano derecha hasta que se acostumbrara, es igual al pensamiento hacia los homosexuales, tener relaciones heterosexuales hasta que se acostumbraran a las mismas; esta teoría que se consideró revolucionaria, en estudios genéticos posteriores no pudo ser sustentada ya que no se encontraron diferencias cromosómicas ni hormonales entre heterosexuales y homosexuales. Por su parte, Paré hablaba de un “desplazamiento a la derecha” en el orden del nacimiento de un grupo de 401 homosexuales, es decir, que habían nacido en momentos más tardíos de la vida de sus madres, y esto pudiera ser causa de anomalías cromosómicas, las cuales tampoco fueron demostrables en estudios posteriores; sin embargo estas investigaciones sirvieron de base para la creación

de nuevas teorías psicodinámicas, explicando que las madres se inclinan a tener un mayor apego afectivo a niños nacidos en un momento avanzado de sus vidas, se considera que la homosexualidad en la cultura occidental es más frecuente en las familias pequeñas, donde la intensidad de las relaciones familiares se consideran ser mayores, siendo probable que el hijo menor sea mimado, o que el hijo menor o único sea el blanco principal de las necesidades afectivas de la madre. Por su parte Freud pensó que el homoerotismo era una fase libidinal normal en la vida de todo niño en la evolución hacia la heterosexualidad, viendo entonces a la homosexualidad como una regresión o una interrupción. <sup>14</sup>

Pocos tópicos han tenido tantos cambios dentro de la salud mental como la homosexualidad y las preferencias no heterosexuales, siendo consideradas por el DMS como una patología hasta 1973 y por el CIE hasta 1991. No solo ha sido víctima de cambios positivos a nivel del estudio de las enfermedades mentales, sino que también en la sociedad de diversos países, sin embargo, también existe aumento en las políticas discriminatorias y actitudes negativas de manera social, como es el caso de Rusia y Chechenia, o los grupos civil – religioso, cuya discriminación y estigmatización puede presentarse desde una simple homofobia, hasta conductas agresivas verbales y/o físicas. Existen estudios clínicos que han demostrado que las personas con preferencias sexuales no heterosexuales tienen un riesgo más elevado al desarrollo de patologías mentales, principalmente en los temas de consumo de sustancias y síndromes incluyendo las comorbilidades de estos. <sup>15</sup>

Por la parte referente al género y la orientación sexual, se han realizado estudios en adolescentes donde más que la tendencia en base a la orientación sexual como tal, estos estudios se basan en diferencias de factores de riesgo durante la adolescencia. En estos estudios se encontró una relación mayor en las conductas autolesivas y la ideación suicida en los hombres heterosexuales que sufren acoso escolar, sin embargo, esto no resulta sumamente significativo ya que la población no heterosexual no fue significativa. En cuanto al antecedente de abuso sexual, este no mostro efectos significativos en el desarrollo de las autolesiones en los varones. Se observó que el comportamiento sexual no está relacionado con la ideación suicida, pero hasta cierto punto si con las autolesiones, principalmente entre los heterosexuales, donde la actividad sexual disminuye el riesgo de las autolesiones mientras que en los no heterosexuales este aumenta, aunque no de manera significativa. Por la parte de las mujeres, el acoso escolar mostro importancia igualmente significativa para la ideación suicida y las autolesiones, más prevalente en heterosexuales, al igual que las agresiones sexuales como factor de riesgo, este es mayor en autolesiones e ideación suicida en mujeres heterosexuales, sin embargo, no así las autolesiones en las no heterosexuales. <sup>16</sup>

Otros estudios han dirigido sus esfuerzos hacia la población LGBTTTIQ y los actos suicidas (no así las autolesiones), encontrando una mayor prevalencia de las conductas suicidas en las que los investigadores llaman “minorías sexuales”, con una tendencia de 2.92 y el 28% de los pacientes que pertenecen a estos grupos informan un historial de intentos suicidas contra el 12% de los heterosexuales, comentando que los hombres homosexuales y bisexuales tenían una tendencia de

casi el doble de la ideación suicida. Varios estudios señalan el modelo de estrés de minoría como uno de los factores de mayor importancia, para esto mismo existen múltiples definiciones de estrés de minoría, como el de estigma sexual internalizado, siendo este referido como el sistema de creencias compartido de una sociedad para devaluar cualquier comportamiento, identidad, relación o comunidad no heterosexual, lo cual se interioriza para provocar conflictos dentro del individuo. De hecho, algunos estudios han demostrado que este interiorismo puede llegar a causar alteraciones dentro de la salud mental, demostrándose incluso que la divulgación de la orientación sexual demuestra beneficios, aunque otros están en contra de estas teorías. Un estudio realizado en el 2014 en pacientes homosexuales en España e Italia, donde se demostró que los intentos suicidas son mayores en los grupos no heterosexuales, a su vez estas conductas se demostraron ser mayor en los homosexuales varones que en las lesbianas, dentro de lo que se encontró lo más importante como un factor de riesgo fue el sexismo que desempeña un papel de suma importancia para ajustarse a los roles del género heteronormativo, en ese mismo contexto, se supone que los hombres homosexuales son blancos más visibles que las mujeres lesbianas, por lo que estos son más marginados por las presiones heteronormativas. Lo anterior soporta la teoría de la victimización y la ideación suicida, esta victimización secundaria al estrés de la minoría que se ve reforzado desde la edad infantil, desde el bullying en la escuela e incluso por lo expresado en las instituciones, y en esto no solo nos referimos a las instituciones públicas, o específicamente las de salud, sino también a las instituciones religiosas.

<sup>17</sup> Un estudio posterior realizado en Corea del Sur, sobre la misma línea de investigación, en 146,621 adolescentes de entre 12 y 17 años, demostró también

una mayor prevalencia de ideación suicida en los jóvenes homosexuales que en los heterosexuales, siendo menores aun en aquellos que no tenían ningún tipo de experiencia sexual ya sea heterosexual u homosexual. En este caso en particular los factores de riesgo que se estudiaron fueron dirigidos a las experiencias sexuales de los individuos, nos demuestra de nueva vez que las experiencias vividas entre los varones homosexuales parecen tener mayor relación en la formación de estas ideas, particularmente en lo referente a la violencia y las enfermedades de transmisión sexual.<sup>18</sup>

En el 2016 un equipo liderado por Saraha Swannell y Graham Martin, realizó un estudio con una visión similar a la de los estudios anteriores, sin embargo, ellos incluyen dentro de su protocolo de investigación, donde comparaban a heterosexuales y homosexuales, no solo las ideaciones e intento suicidas, sino también a las autolesiones sin intencionalidad suicida, que como bien hemos venido mencionando previamente, son tan importantes. En el caso del estudio de Swannell y Martin se utilizó una población de adultos (mayores de 18 años) australianos, quienes se diferenciaron principalmente en base a su orientación sexual. El total de los 15,531 estudiados, fueron obtenidos de un estudio previo conocido como *Australia National Epidemiological Study of Self-Injury (ANESSI)*. En cuanto a la orientación sexual se refirió, fue mayor el número de hombres que de mujeres que se definieron como bisexuales, mientras que los hombres se identificaron más como homosexuales que las mujeres, sin importar el género ni la orientación sexual, las mujeres reportaron un mayor número de intentos suicidas y autolesiones comparadas a los varones. Un dato muy interesante que arroja este estudio es que

el porcentaje de personas (sin importar género o preferencia) que reportan autolesiones y posteriormente reportan al menos un intento suicida, es mayor al de aquellos que reportan intento suicida y después autolesiones, esto remarcando la importancia que juegan las autolesiones tanto como un evento propio como de un antecedente de importancia para los eventos suicidas. Si se considera la homosexualidad y la bisexualidad por separado, los varones, obtuvieron una mayor probabilidad de informar ideas de suicidio los homosexuales que los bisexuales, por el contrario, las mujeres bisexuales mostraron una mayor tendencia a informar sobre esto que las lesbianas. Las conclusiones que se lograron obtener de lo anterior son claras, los hombres y mujeres que se definen a sí mismos como homosexuales o bisexuales mostraron mayor riesgo tanto para la ideación suicida, los intentos suicidas y las autolesiones no suicidas, sin embargo, en cuanto al género se refiere, la prevalencia clásica que se marca en la literatura sobre el género femenino se mantuvo intacta.<sup>19</sup> Hasta el momento los estudios han demostrado el hecho de que la población con preferencias sexuales no heterosexuales, son una población de riesgo tanto para las autolesiones como para los actos con fines suicidas, impresionando esto secundario a los estresores específicos que esta población vive en las sociedades actuales.



### 3. MATERIAL Y METODOS

#### 4. JUSTIFICACIÓN

La percepción de la homosexualidad en los profesionales de la salud mental ha cambiado ampliamente a lo largo de las décadas, tanto así que diversas opiniones que podrían considerarse en pro o en contra, han sido expuestas por muchos de los pilares en la historia de la salud mental. Tomaremos por un ejemplo a Sigmund Freud quien, en 1935, en su *Carta a la Madre de un Paciente* dice “La homosexualidad, desde luego, no es una ventaja, pero tampoco es nada de lo que haya que avergonzarse... No es un vicio, ni un signo de degeneración, y no puede clasificarse como una enfermedad”, una declaración valiente y aventurada para su tiempo y moral cultural, y no solo conforme con esto, expresa su opinión hacia lo que se puede hacer en el ámbito de la salud, propiamente del psicoanálisis, dice: “Lo que el psicoanálisis podría hacer por su hijo es algo muy diferente. Si se siente infeliz, neurótico, desgarrado por los conflictos, inhibido en su vida social... el análisis puede traerle armonía, paz mental, plena eficiencia, independientemente de si sigue siendo homosexual o si cambia”<sup>20</sup>. De esta sencilla manera, Freud expresa su opinión sobre el tema de la homosexualidad, y a su vez su percepción sobre la importancia primordial del cuidado del paciente por su sufrimiento y no por su orientación sexual. Es importante que comprendamos en este punto, el hecho de que las preferencias homosexuales ya no sean vistas como un problema de salud en sí, no significa que dentro del contexto de la salud mental dejen de ser un riesgo patológico, que por los factores psicosociales que la rodean debe de ser estudiada

y tratada de una manera particular y dirigida a las necesidades precisas, tal y como se realiza con las mujeres, niños y adultos mayores.

Cifras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizadas en el 2010 con apoyo del Instituto Nacional de la Juventud comentan que 3.6% de los jóvenes que definieron como parte de la comunidad LGBTTTIQ, sin embargo, no existen cifras más claras ni oficiales. En el 2013 se llevó a cabo el primer encuentro sobre discriminación en la Ciudad de México, en este estudio el 29,9% de la población estuvo de acuerdo con que en la ciudad existe discriminación, siendo esta mayor hacia los “gays” (varones homosexuales) según el 89.3% de la población y el 64.4% de los encuestados comentaron que se les discrimina “mucho” (Grafica 1), estas cifras fueron similares a las vistas en el resto de la comunidad LGBTTTIQ <sup>21</sup>.

*Grafica 1. Percepción de discriminación a los hombres homosexuales en la Ciudad de México 2010*



Los pacientes que se definen a sí mismos como parte de la comunidad LGBTTTIQ tiene un mayor riesgo para presentar autolesiones no suicidas comparado a las personas heterosexuales, esto entre un 28 %, comparado con el

12% que los heterosexuales experimentan. Se han comentado los efectos que tiene la discriminación y la homofobia sobre los individuos en que se ejercen, como es el caso de la victimización, también queda claro como este sector de la sociedad es más vulnerable a los padecimientos mentales, en buena medida por la forma en que se les trata dentro de la sociedad misma. Si bien hemos encontrado diversos estudios que hablan de la prevalencia mayor en las autolesiones dentro de la comunidad LGBTTTIQ <sup>15,16,17,18,19</sup>, ninguno de estos investiga acerca de sus motivaciones. Estando de acuerdo que los estresores vitales son distintos entre heterosexuales y no heterosexuales, las motivaciones para autolesionarse por igual deben de serlo, el encontrar la diferencia entre estas motivaciones nos permitiría comprender de mejor manera la problemática de nuestros pacientes, actuar de manera más incisiva en el mismo, con un enfoque más dirigido a las particularidades del paciente.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es tanta la trascendencia que alcanza el tema de las autolesiones no suicidas que la más reciente edición del manual DSM (DSM – 5), a diferencias del CIE – 10, crea criterios para estas, siendo indispensable que se presenten en al menos 5 días del último año, sin que el paciente necesariamente tenga que expresar verbalmente la nula intención de muerte. En este caso el DSM propone tres funciones para las mismas (aliviar sufrimiento, resolver dificultades e inducir un estado positivo) aunque en la literatura se marcan más<sup>22</sup>. México cuenta con una cultura machista y una amplia tradición religiosa muy arraigada, lo que, a pesar de los avances y cambios en el pensamiento de la sociedad, conlleva a la discriminación y maltrato de la comunidad LGBTTTIQ. Si bien se comprende que estos pensamientos deben de ser respetables, el maltrato tanto físico como emocional a las personas no debe de ser tolerado. La prevalencia de conductas suicidas y autolesiones no suicidas dentro de la comunidad LGBTTTIQ han demostrado ser mayores que en las heterosexuales. A pesar de esto, no existe un estudio que relacione la orientación sexual con una determinada motivación para las autolesiones; como ya se ha comentado, la comunidad LGBTTTIQ tiene estresores particulares y diferentes a los del resto de la población, que deben de conllevar por ende a motivaciones diferentes, el conocer estas motivaciones, primero nos permitiría objetivar en las necesidades particulares de ellos, así como hacer intervenciones psicoterapéuticas más dirigidas a las necesidades individuales y grupales. En segundo lugar, nos permitiría crear una mayor y más sólida prueba de la necesidad de programas dirigidos al apoyo social y tratamiento individualizado de la comunidad LGBTTTIQ.

Dentro del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez no existe una cifra precisa de pacientes atendidos que se refieran a ellos mismos como parte de la comunidad LGBTTTIQ o por lo menos como no heterosexuales, tampoco una cifra clara de autolesiones, o por lo menos estas no se clasifican como no suicidas o suicidas, y menos aún existe una clara diferenciación entre los pacientes con autolesiones con base en sus motivaciones para llevarlas a cabo. Por un ejemplo, en las *Guías de Práctica Clínica en Psiquiatría del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez* en su última edición del 2014, se cita al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (TLP), como el 30 a 50% de la consulta externa, siendo la segunda causa de hospitalización, se sabe que un porcentaje aproximada al 10% de los pacientes con TLP muestran intentos suicidas pero también autoagresiones con diversos motivos, los motivos de los pacientes con TLP son variados y difieren del estresor desencadenante y de lo particular de cada paciente <sup>23</sup>, en este ejemplo, un paciente TLP también puede proceder de la comunidad LGBTTTIQ por lo que sus motivaciones distintas, requieren de una aproximación diferente, ya que no es lo mismo una autoagresión ansiolítica que una en contexto de búsqueda de venganza.

En el presente estudio, planteamos la identificación de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que presenten autolesiones como parte de sus motivos de ingreso hospitalario o diagnóstico, en un período de cuatro meses con un muestreo bajo conveniencia, aplicando la escala de intencionalidad de autoagresiones y una entrevista tipo Kinsey para la determinación de la orientación

sexual, buscando con esto comparar las intencionalidades de las autolesiones no suicidas con la orientación sexual.

## **6. PREGUNTA DE INVESTIGACION:**

¿Cuáles son las diferencias en las características de la motivación en las autolesiones no suicidas de acuerdo con la orientación sexual en pacientes en tratamientos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

## **7. OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GENERALES:**

- Determinar la motivación de las autolesiones no suicidas de acuerdo con la orientación sexual en pacientes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la motivación en las autolesiones no suicidas de acuerdo con el género de los pacientes.
- Diferenciar la motivación en las autolesiones no suicidas de acuerdo con la década de la vida del paciente al momento de la realización del estudio.
- Determinar los diferentes tipos de autolesiones en los pacientes.

- Determinar la motivación en las autolesiones no suicidas de acuerdo con los diagnósticos psiquiátricos al momento de la realización del estudio.
- Identificar la edad de inicio de las conductas autolesivas no suicidas.
- Determinar la frecuencia de las autolesiones no suicidas de acuerdo con la orientación sexual.

## **8. HIPÓTESIS:**

### **HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

Existen características diferentes en la motivación de las autolesiones no suicidas de acuerdo con la orientación sexual en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

### **HIPÓTESIS NULA:**

No existen características diferentes en la motivación de las autolesiones no suicidas de acuerdo con la orientación sexual en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez



## 9. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Motivación de autolesiones	Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones autolesivas	Dependiente	Nominal	Razón por la cual el paciente realiza una autolesión. Se obtendrá en base a la aplicación de escala ISAS.	Autorregulación Venganza Búsqueda de sensaciones/fortaleza Evitando el suicidio Manifestando angustia Autodominio Embotamiento Depresión Ansiedad Impulsividad.
Método de autolesión	Modo de obrar o preceder para llevar a cabo la autolesión	Dependiente	Nominal	Técnica utilizada por el paciente para autolesionarse. Se obtendrá con la aplicación de un cuestionario.	Método
Orientación sexual	Disposición erótica y/o afectiva hacia individuos de este o diferente género.	Independiente	Nominal	Nominación con la cual el paciente define su atracción erótica y afectiva. Se clasificará con ayuda del Modelo de Preferencias Sexogenerica del Dr. Alvarez – Gayou	Heterosexual Bisexual Homosexual
Sexo	Condición orgánica, hombre o mujer.	Interviniente	Nominal	Conjunto de caracteres físicos que diferencian a un hombre de una mujer. Se obtendrá con la aplicación de un cuestionario.	Hombre Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Interviniente	Intervalar	Número de años del paciente. Expresado en años. Se obtendrá con la aplicación de un cuestionario.	Años
Diagnostico Psiquiátrico	Enfermedad con manifestaciones psicológicas o conductuales asociada a sufrimiento importante y alteración funcional.	Interviniente	Nominal	Trastorno mental presente en el paciente al momento de la entrevista. Se obtendrá por medio de la aplicación de MINI Entrevista Neuropsiquiátrica intencional	Diagnósticos del Eje I del DSM – IV y CIE – 10.

## **10. MUESTREO:**

Pacientes ingresados en los servicios especiales del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Observación y Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos) y servicio de consulta externa, quienes aceptaron ser parte del protocolo de estudio, firmaron el consentimiento informado y codificaron para los módulos de la escala MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional excepto los módulos D y/o L. Se utilizó un muestreo por conveniencias.

## **11. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **INCLUSION:**

- Pacientes que cuenten con expediente en la institución con antecedente de intentos suicida y/o autolesiones.
- Pacientes de entre 17 años y 10 meses hasta 59 años.
- Pacientes homosexuales, heterosexuales y bisexuales.
- Pacientes hombres o mujeres (sexo)

### **EXCLUSION:**

- Pacientes con trastornos psicóticos.

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado para la aplicación de escalas.
- Pacientes con diagnóstico actual o previo de discapacidad intelectual de moderada a profunda de acuerdo con expediente en el hospital.

#### ELIMINACION:

- Pacientes que no concluyan las escalas en su totalidad.
- Pacientes que codifiquen para los módulos D y/o L (episodio maniaco, episodio hipomaníaco, trastorno psicótico y trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos) en la escala MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

### **12. DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Estudio comparativo, prospectivo y correlacional.

### **13. INSTRUMENTOS:**

#### **MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I. con el ID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización

Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE- 10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18.7 \pm 11.6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. La M.I.N.I Plus es una edición más detallada de la M.I.N.I. Síntomas que sean mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben de codificarse como positivos en la M.I.N.I.

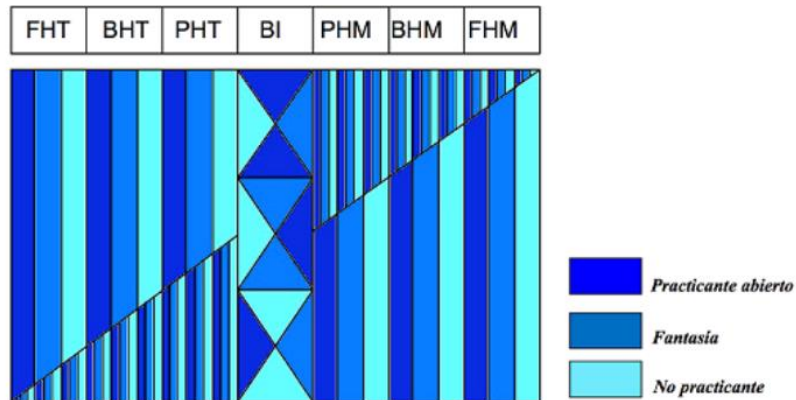
### **Modelo de Preferencia Sexogenérica del Dr. Álvarez – Gayou / Modelo de Preferencia Genérica del Instituto Mexicano de Sexología**

Creado por Álvarez Gayou (Fundador del Instituto Mexicano de Sexología) en el año 2000. Se define a la sexualidad como el punto donde se reúnen el sexo biológico, el sexo de asignación y el papel sexual (que abarca lo social, o cómo se expresa la persona) y la identidad sexogenérica (que abarca lo psicológico, o cómo se identifica la persona). Parte del concepto de preferencia genérica, más que de una orientación sexual. Crea modificaciones del modelo de Kinsey. La primera modificación se refiere a no asignar números a cada grupo para evitar la tendencia generalizada de valorar en forma numérica, sugirió denominaciones descriptivas que substituyeran al 0 por fundamentalmente heterosexual (FHT), al 1 por básicamente heterosexual (BHT), al 2 por preferentemente heterosexual (PHT), al 3 por bisexual (BI), al 4 por preferentemente homosexual (PHM), al 5 por básicamente homosexual (BHM) y al 6 por fundamentalmente homosexual (FHM). Cada uno de

estos niveles significa grados de atracción. La segunda modificación consistió en colocar el continuo desde los extremos reales, basándose en que aún las expresiones fundamentalmente heterosexuales y homosexuales tienen una potencialidad, aunque mínima de expresión del otro extremo, sin la cual serían imposibles las relaciones y las expresiones afectuosas entre individuos del mismo sexo, por ejemplo, cuando dos amigas se saludan de beso. Y la tercera modificación consistió en introducir colores en las siete columnas, lo que simplifica en tres formas la manifestación de la expresividad sexual de cada persona, dividiendo en prácticamente abierto, fantasía y no practicante. (Imagen 1). En su texto menciona 7 preguntas que son necesarias para que una persona conozca su preferencia sexogenerica en base a la atracción y no a la experiencia<sup>24</sup>:

1. ¿Sólo te sientes atraído(a) hacia personas del otro género, y no reconoces belleza en las personas de tu mismo género? (FHT).
2. ¿Sólo te sientes atraído(a) hacia personas del otro género, y puedes reconocer belleza en personas de tu mismo género? (BHT).
3. ¿Te sientes atraído(a) principalmente hacia personas del otro género, pero también con frecuencia hacia personas de tu mismo género? (PHT).
4. ¿Te sientes igualmente atraído(a) por personas de ambos géneros? (BI).
5. ¿Te sientes atraído(a) principalmente hacia personas de tu mismo género, pero también con frecuencia hacia personas del otro género? (PHM).
6. ¿Sólo te sientes atraído(a) hacia las personas de tu mismo género, y puedes reconocer belleza en las personas del otro género? (BHM).

7. ¿Sólo te sientes atraído(a) hacia las personas de tu mismo género, y no reconoces belleza en las personas del otro género? (FHM).



*Imagen 1. Modificaciones del Modelo de Kinsey Por Álvarez - Gayou*

Esta escala puede calificarse de diversas maneras, desde la básica forma de Kinsey donde se clasifican para los usuarios en heterosexual, homosexual y bisexual; hasta la más compleja que implica prácticas y fantasías de la orientación sexual. En este caso utilizaremos una forma simplificada, donde las respuestas FHT, FBT y FPT se consideran heterosexuales, BI como bisexuales y FHM, FBM y PHM como homosexual.

### **Inventory of Statements About Self-injury, adaptación al español.**

Esta escala fue diseñada en los Estados Unidos por Chomsky y Glenn en el 2009, para medir los comportamientos autolesivos además de un número variado de motivaciones para las mismas. Se divide en dos secciones, la referente a las motivaciones consta de 39 reactivos divididos en 13 funciones, estos a su vez se dividen en dos factores: interpersonales e intrapersonales, ambos con adecuada

consistencia interna ( $\alpha = 0.88$  y  $0.80$ , respectivamente). Cada función se mide en una escala de tipo Likert de 3 puntos del 0 al 2. En su traducción al español fue traducida por dos psicólogos bilingües, un hablante nativo del español y el otro del inglés. La traducción fue aplicada a 281 mujeres y 152 hombres, posterior a lo cual se encontró lo siguiente: Una adecuación muestral con un KMO de  $0.88$  y una significación en la prueba de Bartlett de  $0.000$ , siete de los reactivos con una carga menor del  $0.04$  fueron eliminados, dejando 8 factores que explicaban el  $52.4\%$  de la varianza total, con estos se realizó un modelo factorial confirmatorio con el modelo ahora de 26 reactivos, distribuidos en 7 factores con un ajuste aceptable. Con base en el tamaño de la encuesta se obtuvo una Chi cuadrada normada de  $2.879$  con un adecuado ajuste. Los otros índices mostraron un ajuste aceptable del modelo: GFI  $0.876$ , AGFI  $0.839$ , NFI Delta1  $0.823$ , IFI Delta2  $0.889$ , TLI  $\rho^2$   $0.865$ , CFI  $0.887$ , PNFI  $0.687$  y RMSEA  $0.066$ . Las confiabilidades para los 7 factores fueron  $0.76$  para autorregulación,  $0.80$  para venganza,  $0.76$  en búsqueda de sensaciones/fortaleza,  $0.82$  evitando el suicidio,  $0.78$  manifestando angustia,  $0.72$  autodeterminación y  $0.75$  en embotamiento. El alfa de Cronbach de las 7 funciones en su conjunto fue de  $0.89$ .

En la correlación de Pearson las 7 funciones fueron comparadas con las variables psicológicas de depresión, ansiedad e impulsividad, encontrándose correlaciones pequeñas o moderadas pero significativas, especialmente en el caso de la depresión. Se encontró una correlación de  $0.37$ ,  $0.31$  y  $0.26$  (con  $p < 0.01$ ) para la depresión, ansiedad e impulsividad, respectivamente. Se concluyó que todos los reactivos finales discriminaban adecuadamente. Con base en la respuesta el paciente es incluido en una de las siguientes: Autorregulación, Venganza,

Búsqueda de sensaciones/fortaleza, Evitando el suicidio, Manifestando angustia, Autodominio, Embotamiento, Depresión, Ansiedad o Impulsividad.<sup>25</sup>

#### **14. PROCEDIMIENTO**

1. Se presentó ante los comités de investigación y ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Se solicitó autorización a los jefes de los servicios especiales y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
3. Todos los días de los meses de mayo a diciembre del 2018 se revisó el censo de pacientes ingresados en los servicios especiales.
4. Se solicitó la lectura del consentimiento informado, se respondieron dudas, y en el caso de estar de acuerdo, se firmaron los consentimientos.
5. Se procedió a la aplicación de escalas y entrevista estructurada en los servicios de consulta externa, observación y unidad de cuidados especiales psiquiátricos.
6. Una vez que se obtuvieron los datos, se procedió a su análisis estadístico y vaciamiento de resultados en una base de datos.
7. Se realizó el análisis estadístico.

#### **15. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis de los resultados se realizó la captura de datos, inicialmente en programa Excel Office para posteriormente exportar al paquete estadístico SPSS versión 19.0 donde se llevó acabo el análisis.



Descripción de variables con frecuencias absolutas y relativas, así como la aplicación de pruebas no paramétricas (chi cuadrada de independencia y anova no paramétrico).

### 16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2018	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	febrero	2019
Revisión de proyecto con los asesores													
Presentación del proyecto ante los comités de investigación y ética.													
Corrección del proyecto y aprobación													
Aplicación de instrumentos													
Recopilación de datos													
Análisis estadístico													
Realización de resultados y conclusiones													
Presentación de tesis													

## 17. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- De acuerdo con la NOM-012-SSA3 – 2012, se establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos:
  - 11.- De la seguridad jurídica y física del sujeto de investigación.
  
- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:

TITULO SEGUNDO: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

### CAPITULO 1

- ARTICULO 17.- Del riesgo de la investigación

I.- Investigación sin riesgo

- ARTICULOS 22.- Del consentimiento Informado

El encuestador explicará los objetivos del estudio, así mismo se dará lectura al consentimiento informado donde se explican los fines de la investigación. Los datos obtenidos son confidenciales.

El presente trabajo corresponde a una investigación riesgo mínimo, acorde a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, titulo segundo (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), capítulo I, que define a tales estudios como sigue: II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse

las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. En dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este. Al igual lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y para el manejo de información, la nota médica e instrumentos aplicados se realizarán acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. También, esta investigación se realizará acorde a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Por tanto: Se mantendrá en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.

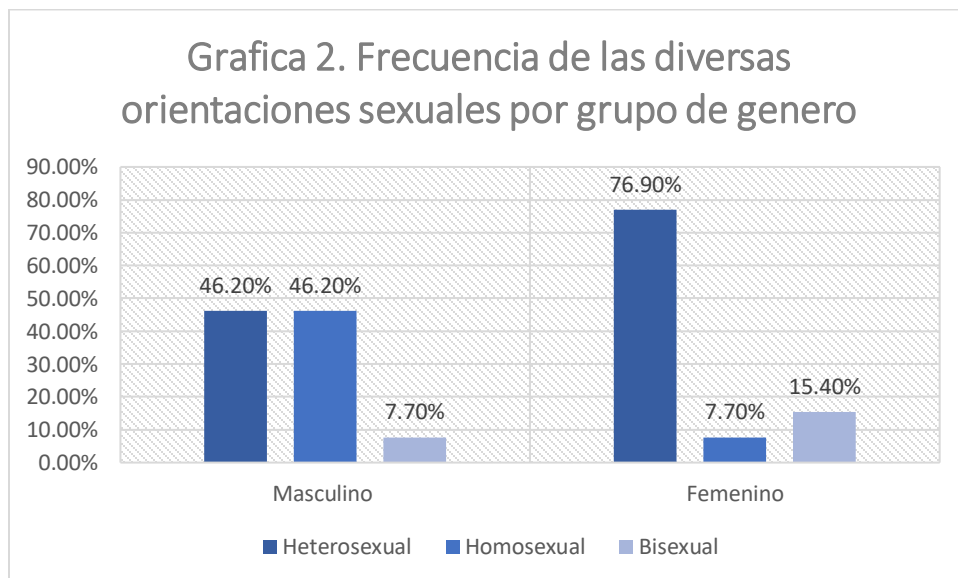
La información será manejada con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.

Se dará a conocer los resultados de los instrumentos aplicados a los pacientes.

## 18. RESULTADOS

El total de la muestra fue de 52 personas, de los cuales 13 fueron hombres (25%) y 39 mujeres (75%). La edad media fue de 25.46 años. La edad media de inicio de autolesiones fue de 14.58.

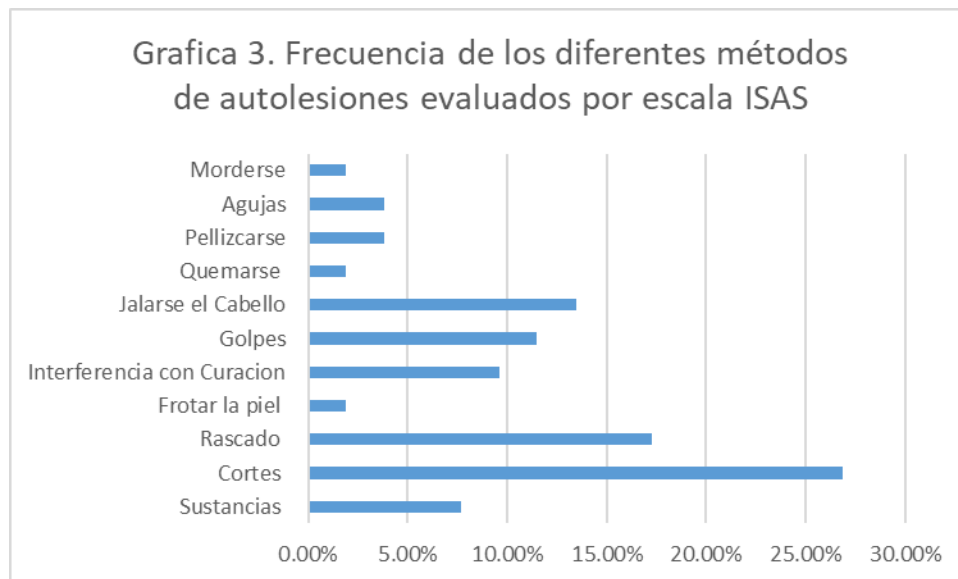
La grafica 2 muestra la frecuencia de cada una de las tres orientaciones sexuales en cada género, en el grupo de los hombres el promedio de heterosexuales y homosexuales fue similar, ambos con un 46.20%, y un 7.70% de bisexuales; por su parte en el grupo de mujeres predominó la orientación heterosexual con un 76.90%, seguida de la bisexual con un 15.40% y por último la homosexual con solo 7.70%. (Ver Grafica 2). En total la muestra se formó por un 69.20% de heterosexuales, 17.30% de homosexuales y 13.50% de bisexuales.

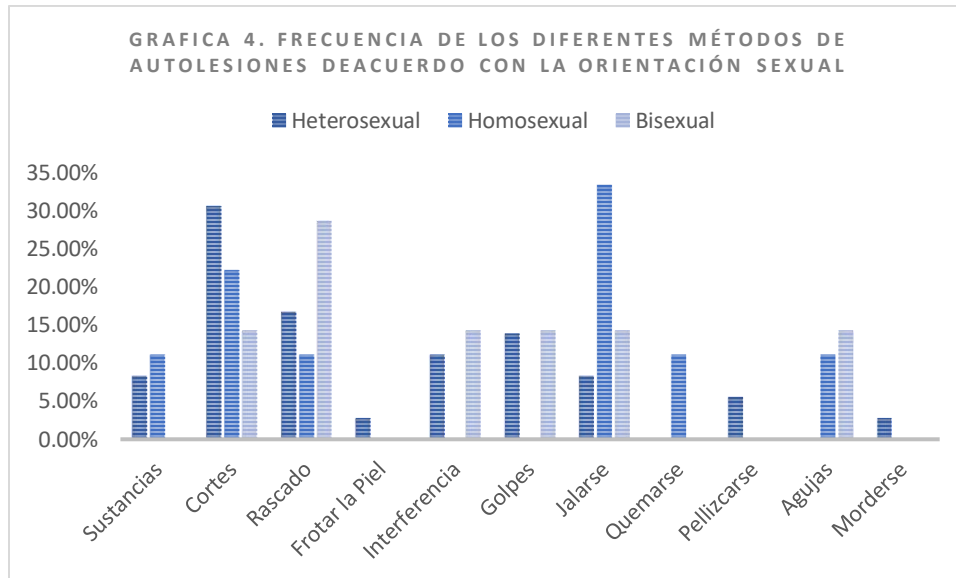


Como criterio de exclusión de este estudio, los pacientes no debían de presentar un cuadro psicótico activo al momento de la aplicación de las escalas, por lo que se realizó MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, obteniéndose los diagnósticos de episodio depresivo mayor en el 50.00% de los casos, trastorno de

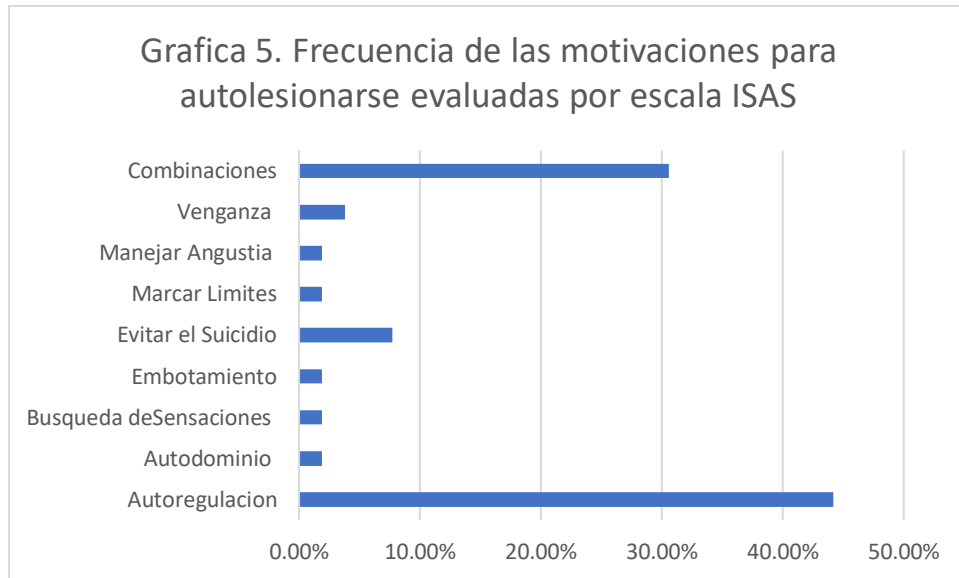
ansiedad generalizada 15.40%, estado de estrés postraumático 11.50%, trastorno de angustia 9.60%, dependencia de sustancias 7.70%, fobia social en 3.80% y dependencia de alcohol 1.90%.

La grafica 3 muestra las frecuencias de los diferentes métodos de autolesión reportados. Los cortes presentaron 26.90%, rascado 17.30%, jalarse el cabello 13.50%, golpes 11.50%, interferencia con curación 9.60%, el uso de sustancias 7.70%, pellizcarse y el uso de agujas ambos 3.80% y quemarse o morderse 1.90% (ver grafica 3). Por otro lado, en la gráfica 4, se muestra un desglose de estos porcentajes con relación a la orientación sexual, donde se encuentra predominio de cortes en el grupo heterosexual con un 30.60%, en los homosexuales jalarse el cabello con un 33.30% y en los bisexuales el rascado con un 28.60%. (ver grafica 4).





La gráfica 5 muestra la frecuencia de las motivaciones para autolesionarse obtenidas en este estudio, la autorregulación presentó el 44.20%, seguido de las combinaciones de motivación con 30.60%, evitar el suicidio 7.70%, venganza 3.80%, el autodomínio, búsqueda de sensación, embotamiento, marcar límites y manejar la angustia, cada uno de ellos con 1.90%. En cuanto a las combinaciones en motivación, la más frecuente fue la combinación de autorregulación/manejo de angustia con el 25.16%, autorregulación/autodomínio 18.95%, autorregulación/búsqueda de sensaciones, autorregulación/venganza y búsqueda de sensaciones/evitar el suicidio 12.41% cada una, evitar el suicidio/autodomínio, evitar el suicidio/manejar angustia, manejar angustia/embotamiento, venganza/búsqueda de sensaciones, y venganza/marcar límites 6.20% cada uno.



En la Tabla 1 se muestra el porcentaje de cada una de las motivaciones para autolesionarse a según la orientación sexual.

**TABLA 1. Motivaciones autolesivas por orientación sexual.**

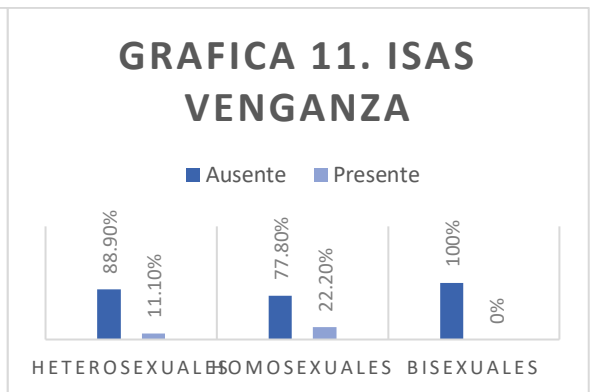
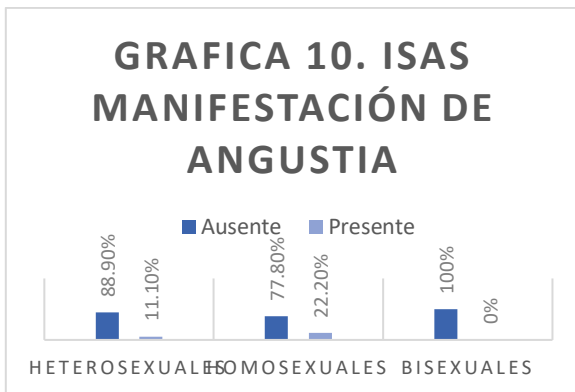
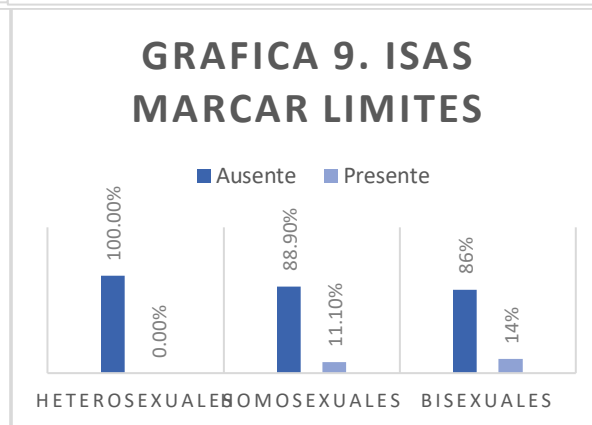
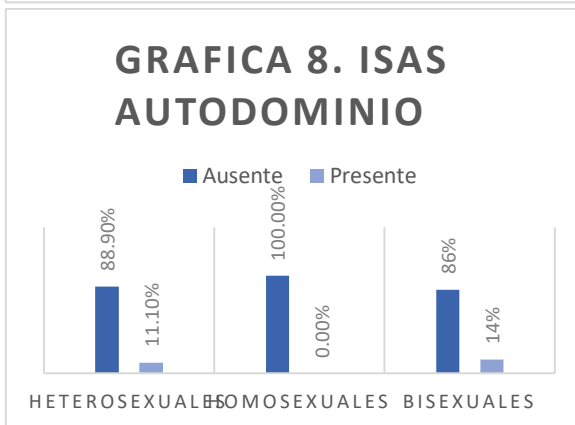
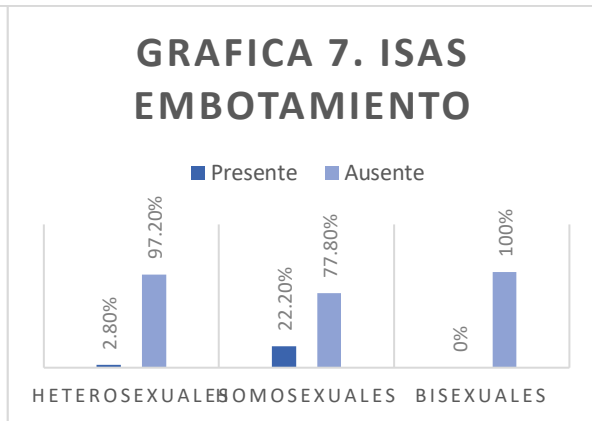
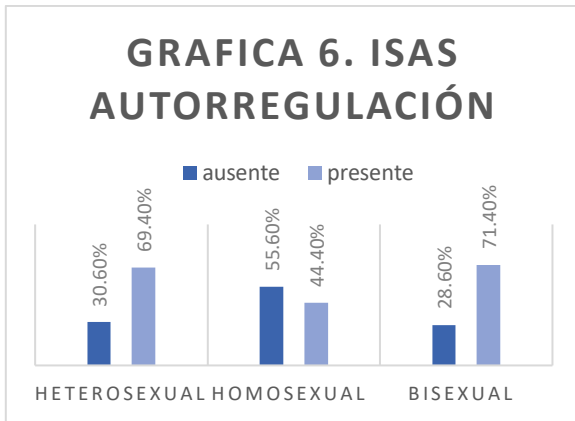
	<b>Heterosexuales</b>	<b>Homosexuales</b>	<b>Bisexuales</b>
<b>Autorregulación</b>	69.40%	44.40%	71.40%
<b>Embotamiento</b>	2.80%	22.20%	0.00%
<b>Autodominio</b>	11.10%	0.00%	14.00%
<b>Búsqueda de Sensaciones</b>	11.10%	11.10%	14.00%
<b>Evitar el Suicidio</b>	13.90%	22.20%	14.00%
<b>Marcar Limites</b>	0.00%	11.10%	14.00%
<b>Manifestación de Angustia</b>	11.10%	22.20%	0.00%
<b>Venganza</b>	11.10%	22.20%	0.00%
<b>Combinaciones</b>	30.60%	55.60%	29.00%

## 19. DISCUSIÓN

El motivo de este estudio fue el analizar las características de la motivación en las autolesiones no suicidas de acuerdo con la orientación sexual en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, con la aplicación de la escala ISAS en 52 personas, de los cuales el 69.20% se definió como heterosexual, 17.30% como homosexual y 13.50% como bisexual, mostrando una chi-cuadrada de Pearson de .006.

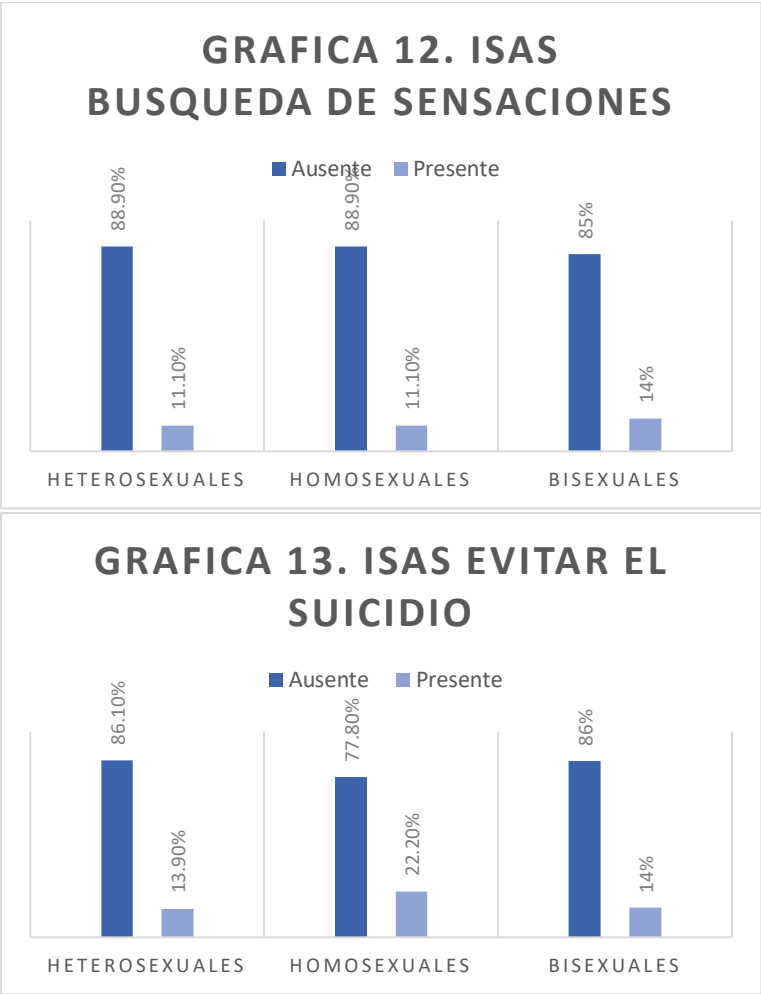
De entre las motivaciones detectadas por el ISAS se encontraron diferencias porcentuales. La presencia de autorregulación presento una frecuencia de 69.40% en heterosexuales, 44.40% en homosexuales y 71.40% en bisexuales (ver grafica 6); el embotamiento se presentó en 22.20% de los homosexuales, mientras que solo en 2.80% y 0% de los heterosexuales y bisexuales respectivamente (ver grafica 7). Autodominio se presentó en 11.10% de los heterosexuales y 14.00% de bisexuales, más fue nulo en homosexuales (ver grafica 8). La motivación de marcar limites se presentó en 11.10% de homosexuales y 14.00% de bisexuales, (ver grafica 9); la manifestación de angustia y la venganza se mostraron en 22.20% de homosexuales y 11.10% de heterosexuales (ver grafica 10 y 11).



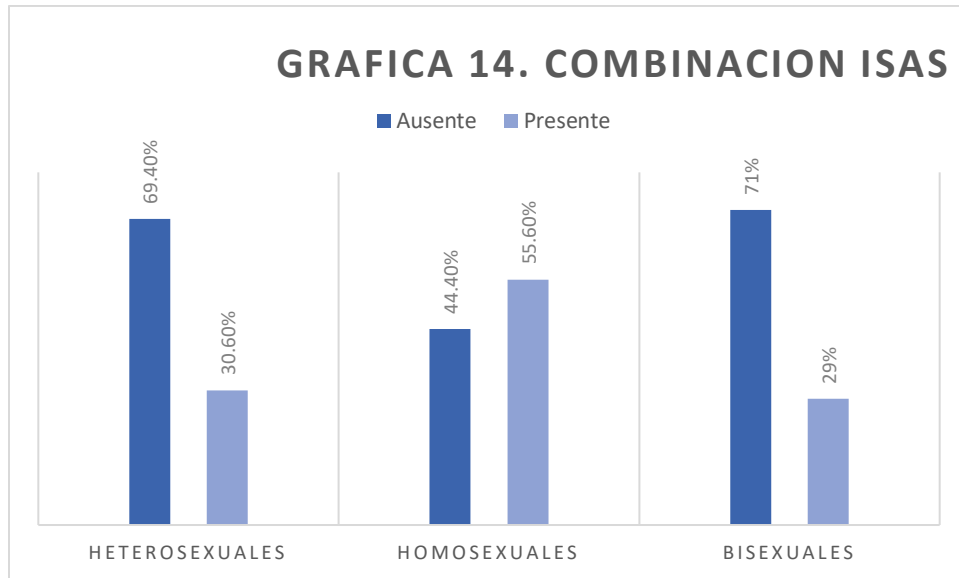


Otras de las motivaciones tuvieron poca diferencia al compararse entre las orientaciones sexuales. La búsqueda de sensaciones fue registrada en 11.10% de los heterosexuales y en el mismo porcentaje en los homosexuales, con 14.00% en

bisexuales (ver grafica 13); evitar el suicidio presente 22.20% en homosexuales, 14.00% en bisexuales y 13.90% en heterosexuales (ver grafica 14).



La combinación de factores del ISAS, es decir la presencia de elementos con la misma calificación, se presentó en mayor proporción en el 55.60% de los homosexuales, mientras que solo en 30.60% de los heterosexuales y 29.00% de los bisexuales. (ver grafica 14)



Se encontró mayor prevalencia del uso de las motivaciones autorregulación y autodomínio en los heterosexuales y bisexuales por igual, mientras que en los homosexuales prevaleció embotamiento, manifestación de angustia, venganza y las combinaciones de varias.

Los datos derivados de los estudios realizados por Baiocco en Europa y Kim en Corea del Sur <sup>17,18</sup>, recalcan la violencia, discriminación, victimización y acoso escolar, vivida por los integrantes de la comunidad LGBTTTIQ, como las razones preponderantes para que esta población tuviera una mayor prevalencia de intentos suicidas; similar a lo referido por DeCamp sobre la relación entre el acoso escolar y la ideación suicida<sup>16</sup>. Estos datos podrían bien compararse a los que se obtuvieron en el presente estudio; tanto lo obtenido por Baiocco como por Kim y DeCamp, remarcan la ansiedad secundaria a estresores como un factor preponderante en el intento suicida de los no heterosexuales, estos siendo diferentes a los vividos por las poblaciones heterosexuales estudiadas. En el presente estudio, una de las motivaciones para autolesionarse que prevalece en este grupo es la denominada

manifestación de angustia, qué, si lo extrapolamos a los resultados de los estudios antes mencionados, crea una congruencia entre la teoría de los estresores particulares de esta minoría como un factor de causalidad significativo que motiva a las motivaciones no suicidas. La presencia marcada de la motivación venganza, podría permitirnos teorizar, ya que guarda una amplia relación con estos estresores particulares, a modo de resarcirse contra dicha sociedad generadora de estrés.

## **20. CONCLUSIONES**

1. Se identificaron diferencias porcentuales entre las motivaciones en las autolesiones no suicidas en concordancia con la orientación sexual.
2. Las motivaciones en autolesiones no suicidas presentadas en la población homosexual tienden a dirigirse hacia la liberación de ansiedad, lo cual se puede relacionar con los estresores particulares de la minoría.
3. Se encontraron también diferencias en las técnicas para autolesionarse entre las orientaciones sexuales. Sin embargo, al no ser parte del objetivo principal del estudio, esto no se profundizó.
4. Sería conveniente determinar la calidad de vida, ansiedad y percepción de discriminación y homofobia en los miembros de esta población que manifiestan datos psicopatológicos, para lograr crear una correlación entre los síntomas y los estresores particulares.
5. Las diferencias entre las motivaciones, e incluso las técnicas, en autolesiones no suicidas en la población no heterosexual, y la relación con los estresores particulares de esta minoría, nos permiten advertir la importancia de programas de prevención y atención con un enfoque particular.

## **21. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Dentro de las limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra y la diferencia estadística de los grupos estudios. En futuras investigaciones se deberán de utilizar poblaciones similares para una mejor comparación.

## 22. REFERENCIAS:

- 1.- Palacio, J. Aspectos Claves Psiquiatría Infantil. 1er ed. Medellín, Colombia: CIB Fondo Editorial; 2014.
- 2.- Betta, J. Manual de Psiquiatría. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Albatros; 1972.
- 3.- Ey, H. Bernard, P. *Tratado de Psiquiatría*. 8ª ed. Barcelona, España: Masson, S.A; 1990.
- 4.- Sadock, B. Sadock, V. *Kaplan & Sadock, Sinopsis de psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. 10º ed. Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- 5.- Mosquera, L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016; 3 (1): 9-18.
- 6.- de la Garza G, F. *Suicidio: Medidas Preventivas*. 1er ed. Distrito Federal, México: Editorial Trilla; 2008.
- 7.- Stengel, E. *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. 1er Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós; 1965.
- 8.- Mosquera, D. *La Autolesión: El Lenguaje del Dolor*. 1er ed. Madrid, España: Playades; 2008.
- 9.- William, A. Stirling, B.A. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*. 2017; 12 (3): 10 – 12
- 10.- Koenig, J. Rinnewitx, L. Psychobiological response to pain in female adolescents with nonsuicidal self-injury. *J Psychiatry Neurosci*. 2017; 42 (3): 189 – 199.
- 11.- Fresán, A. Camarena, B. Risk-factor Differences for Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Mexican Psychiatric Patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016; 12: 1631 – 1637.
- 12.- Dimian, A. F. Botteron, K. N. Dager, S. R. Potential Risk Factors for the Development of Self-Injurious Behavior among Infants at Risk for Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017 (47): 1403 – 1415.

- 13.- Medina, G. Los Homosexuales y el Derecho a Contraer Matrimonio. 1er ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Rubinzal Culzoni; 2001.
- 14.- Marmon. Denniston. Perfloff. Biología y Sociología de la Homosexualidad. 1er ed. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé, S. A. E; 1967.
- 15.- Mundle, G. Mahler, L. Bhugra, D. Homosexuality and Mental Health. International Review of Psychiatry. 2015; 27 (5): 355 – 356.
- 16.- DeCamp, W. Bakkern, N. W. Self-injury, suicide ideation, and sexual orientation: differences in causes and correlates among high school students. J Inj Violence Res. 2016; 8 (1): 15 – 24.
- 17.- Baiocco, R. Ioverno, S. Cerutti, R. Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: The role of internalized sexual stigma. Psicothema. 2014: 26 (4); 490 - 496
- 18.- Kim, G. H. Ahn, H. S. Type of sexual intercourse experience and suicidal ideation, plans, and attempts among youths: a cross-sectional study in South Korea. BMC Public Health. 2016: (16): 1 – 11.
- 19.- Swannell, S. Martin, G. Page, A. Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016: 50 (2): 145 -153.
- 20.- Freud S. Sigmund Freud, Obras Completas. 2da ed. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores; 1984.
- 21.- Copred.cdmx.gob.mx [Internet]. México: Copred; 2016 [actualizado 2016, citado 28 Octubre 2017]. Disponible en: <http://data.copred.cdmx.gob.mx/por-la-no-discriminacion/poblacion-lgbttti/>
- 22.- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ta ed. México: Editorial Médica Panamericana. 2014.
- 23.- Reza. H, Gonzalez, S. Guías de Práctica Clínica en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. 1er ed. México: Springer Healthcare;2014.
- 24.- Álvarez – Gayou, J. L. Sexoterapia Integral. 2da ed. México: Manual Moderno; 2011.

25.- Silva, E. Benjet, C. Adaptación y Propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. Acta de Investigación Psicológica. 2016: (6): 2544 – 2551.



## I. ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: ““CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN EN LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS DE ACUERDO CON LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ” PERIODO 2018 – 2019.”

Investigador principal: Dr. David Gustavo Rodríguez Ramos

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

#### 1. ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Todos los gastos del presente estudio serán absorbidos por el investigador.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

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

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL ( <i>Trastorno de ansiedad social</i> )	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

**MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)**

### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

#### PRESENTACIÓN:

La MINI 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 diagnósticos.

#### CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima ( $\Rightarrow$ ) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

#### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
Tel.: +1 813 974 4544  
Fax: +1 813 974 4575  
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.  
INSERM U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F 75651 Paris, Francia  
Tel.: +33 (0)1 42 16 16 59  
Fax: +33 (0)1 45 85 28 00  
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.  
IAP  
Velázquez, 156,  
28002 Madrid, España  
Tel.: +91 564 47 18  
Fax: +91 411 54 32  
e-mail: iap@lan.der.es

Marelli Soto, M.D.  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
Tel.: +1 813 974 4544  
Fax: +1 813 974 4575  
e-mail: mon0619@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

#### PRESENTACIÓN:

La MINI 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 diagnósticos.

#### CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima ( $\Rightarrow$ ) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

#### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: +1 813 974 4544 Fax: +1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F 75651 Paris, Francia Tel.: +33 (0)1 42 16 16 59 Fax: +33 (0)1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: +91 564 47 18 Fax: +91 411 54 32 e-mail: iap@lan.der.es	Marellí Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: +1 813 974 4544 Fax: +1 813 974 4575 e-mail: mon0619@aol.com
--	---	---	--

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**A. Episodio depresivo mayor**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTÍNE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTÍNE CON EL MÓDULO B:

A4 a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

**A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:**

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### B. Trastorno distímico

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SÍ	18
B3	<b>Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SÍ	25
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	NO	SÍ	

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**C. Riesgo de suicidio**

**Durante este último mes:**

				<b>Puntos:</b>
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10

**A lo largo de su vida:**

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4
----	--------------------------------------	----	----	---

¿CODIFICÓ SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SI, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SI» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO  
DE SUICIDIO

NO	SI
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### D. Episodio (hipo)maníaco

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p><b>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</b></p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descortados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### E. Trastorno de angustia

(= SIGNIFICA: RODEAR CON UN CIRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió <b>súbitamente</b> ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		<b>Durante la peor crisis que usted puede recordar:</b>			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p style="text-align: center;">EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	NO	SÍ	12
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<small>HIPOMANÍACO</small>	<small>MANÍACO</small>	
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	<b>EPISODIO MANÍACO</b>		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4

**FOBIA SOCIAL**  
(trastorno de ansiedad social)  
**ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO → H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO → H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	→ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	→ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ	6
<b>TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</b>				

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**I. Estado por estrés postraumático (opcional)**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
I3	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se le pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	
I4	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### J. Abuso y dependencia de alcohol

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	<b>En los últimos 12 meses:</b>			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ	
		<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>		
J3	<b>En los últimos 12 meses:</b>			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?)	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	NO	SÍ	
		<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



### K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? - NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, nitalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

**Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *anylo* o *butyl nitrate* (*poppers*).

**Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5				
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6				
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b></td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	<b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	
NO	SÍ							
<b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>								
<p><b>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</b></p>								
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SI, SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8				
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p.ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9				
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10				
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b></td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	
NO	SÍ							
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>								
<p>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</p>								

## L. Trastornos psicóticos

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SI SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SI.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

				EXTRAÑOS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SI	SI 1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1.6 2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SI	SI 3
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1.6 4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SI	SI 5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1.6 6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SI	SI 7
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1.6 8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SI	SI 9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.					
	b	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI	SI 10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI	SI 11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:					
Si SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?				SI	
	b	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	SI = 1.8b 12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:</b>											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>			
NO	SÍ										
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>											
		o									
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SI EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?									
L12		¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>		
NO	SÍ	18									
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>											
		o									
		¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SI EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> </table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?									
	b	SI CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L1EA:									
		Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b></td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>		
NO	SÍ	19									
<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>											

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### M. Anorexia nerviosa

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> libras
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era de demasiado gorda?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
<b>ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**N. Bulimia nerviosa**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ	
		↓ Ir a N8		
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	NO	SÍ	
		<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>		
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO	SÍ	
		<b>ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</b>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**O. Trastorno de ansiedad generalizada**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		<b>En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:</b>			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?	NO	SÍ	

NO SÍ  
**TRASTORNO  
DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

**P1 Antes de cumplir los 15 años:**

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

**P2 Después de cumplir los 15 años:**

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



## ANEXO 2 ESCALA ISAS

### ISAS (Inventory of statements about self-injury) ISAS. Sección I. Comportamiento.

Este cuestionario pregunta acerca de una variedad de comportamientos autoprovocados. Por favor solo responda a las oraciones si ha llevado a cabo alguna intencionadamente y sin finalidad suicida.

1. Por favor calcule el número de veces que en su vida ha realizado intencionadamente estos comportamientos

Cortarse	Rascarse severamente
Morderse	Golpearse a sí mismo
Pellizcarse	Interferir en la sanación de heridas
Quemarse	Frotar la piel en superficies ásperas
Rascarse	Picarse a sí mismo con agujas
Jalarse el cabello	Tomar sustancias peligrosas
Otro	

**Importante:** si has llevado a cabo uno o más de los comportamientos mencionados arriba, por favor completa la parte final de este cuestionario. Sino has llevado a cabo ninguno de estos comportamientos has terminado el cuestionario.

2. Si siente que tiene alguna forma de autolesión no suicida, por favor circula en la parte anterior la que usted considere que es la más importante.

3. A qué edad usted:

¿Se realizó la primera autolesión no suicida?

¿Cuándo fue la autolesión más reciente? (aproximadamente, si recuerda escriba día, mes y año)

4. ¿Usted experimenta dolor físico al autolesionarse?

Por favor circule una respuesta:                      SI                      ALGUNAS VECES  
NO

5. ¿Cuándo usted se lesiona está solo?

Por favor circule una respuesta:                      SI                      ALGUNAS VECES  
NO

6. Usualmente, ¿cuánto tiempo transcurre desde que siente los deseos de autolesionarse hasta que lleva a cabo las autolesiones?

Por favor, circule una respuesta:

< 1 hora	1-3 horas	3-6 horas
6-12 horas	12-24 horas	>1 día

7. ¿Tiene deseos de dejar de autolesionarse?

Por favor, circule una respuesta: SI NO

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Circule cero si la aseveración no es importante para usted  
 Circule uno si la aseveración es en algunas ocasiones importante para usted  
 Circule dos si la aseveración es importante para usted

Cuando yo me autolesiono:	Respuesta:		
1. Me tranquilizo a mí mismo	0	1	2
2. Pongo distancia entre yo y otros	0	1	2
3. Me castigo	0	1	2
4. Me doy una razón para cuidarme (al atender la herida)	0	1	2
5. Me causo dolor para dejar de ser indiferente	0	1	2
6. Evito un impulso suicida	0	1	2
7. Genero una emoción fuerte	0	1	2
8. Creo un vínculo con mis amigos	0	1	2
9. Dejo que otros conozcan mi dolor emocional	0	1	2
10. Veo si aguanto el dolor	0	1	2
11. Creo una marca física de que me siento terrible	0	1	2
12. Quiero vengar a alguien	0	1	2
13. Me aseguro de que soy autosuficiente	0	1	2
14. Libero presión emocional	0	1	2
15. Muestro que soy diferente a otros	0	1	2
16. Expreso enojo a mí mismo por ser inútil	0	1	2
17. Creo una lesión de la que es más fácil ocuparme que de mi	0	1	2
estrés emocional	0	1	2
18. Trato de sentir algo	0	1	2
19. Respondo a pensamientos suicidas	0	1	2
20. Me divierto haciendo algo extremo	0	1	2

21. Intento ser aceptados por otros	0	1	2
22. Busco ayuda	0	1	2
23. Demuestro que soy rudo	0	1	2
24. Pruebo que mi dolor emocional es real	0	1	2
25. Obtengo venganza contra otros	0	1	2
26. Demuestro que no necesito de otros para ayuda	0	1	2
27. Reduzco ansiedad, frustración	0	1	2
28. Establezco una barrera entre yo y otros	0	1	2
29. Reacciono por sentirme infeliz	0	1	2
30. Me enfoco en atender mis heridas	0	1	2
31. Me aseguro de que aún sigo vivo	0	1	2
32. Pongo un alto a pensamientos suicidas	0	1	2
33. Pruebo mis limites	0	1	2
34. Creo un signo de amistad con otros	0	1	2
35. Evito que una persona me abandone	0	1	2
36. Pruebo que puedo aguantar el dolor físico	0	1	2
37. Le doy un significado a mi dolor emocional	0	1	2
38. Trato de lastimar a una persona cercana	0	1	2
39. Establezco que soy independiente			