

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



**TESIS:**

Diferencias en la psicopatología del fenotipo de autolesiones según DSM-5

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

Laura Bernal Luviano

**TUTORA:**

Dra. Lilia Albores Gallo

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

---

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## HOJA DE DATOS

### **Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Laura Bernal Luviano

Correo electrónico: laurabernalluviano.89@gmail.com

### **Nombre del Tutor (a):**

Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliaalbores@hotmail.com

Institución donde labora: HPIJNN

### **Nombre de los asesores:**

Dra. Nombre en mayúsculas y minúsculas.

Correo electrónico:

Institución donde labora:

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las autolesiones son conductas que provocan intencionalmente lesiones en el propio cuerpo sin presentar una finalidad suicida. Existen diferentes formas de generar lesiones, observándose un aumento durante el padecimiento de cuadros psiquiátricos bien definidos, sin embargo, son muy escasos los estudios sobre conductas autolesivas en el ámbito de la pediatría y adolescencia en nuestro medio.

**Objetivo:** Se identificarán las diferencias en la psicopatología entre el fenotipo de autolesiones según criterios de DSM 5, en adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

**Material y métodos:** La muestra se conformará por N = 590 adolescentes de 11 a 17 años de edad, habitantes de la Ciudad de México, cuyos datos se obtendrán del proyecto “Validez de la Cédula de Autolesiones”, a cargo de la Doctora Albores Gallo, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Para el presente proyecto se conformará un grupo de adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas, para el cual se utilizaron los datos sobre características de psicopatología en adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas obtenidos del proyecto “Validez de Asignación Diagnóstica versión niños y adolescentes (CADI-N) de autoreporte. revisarán los resultados del proyecto de obteniendo.

**Resultados**

**Conclusiones**

**Términos MeSH:** autolesiones, suicidio, DSM – 5.

# ÍNDICE

<b>Hoja de datos</b> .....	<b>1</b>
Resumen.....	2
Índice.....	3
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
Marco teórico.....	4-9
Causas y motivaciones.....	6
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	9-10
Hipotesis.....	10
Objetivo general y específico.....	10
Material y método.....	10-15
Tipo de estudio.....	10
Muestra.....	10-11
Criterios.....	11
Variables.....	11-12
Procedimiento.....	12
Cronograma.....	12
Instrumentos de medición.....	13-15
Cédula de autolesiones (AUTOLES).....	13
Cuestionario de Asignación Diagnóstica Versión Niños y Adolescentes (CADI-N):.....	13-15
Resultados.....	15-17
Discusión.....	17-21
Conclusiones.....	21
Limitaciones y recomendaciones.....	21
Bibliografía.....	22-24
Anexos.....	25-30

## **INTRODUCCIÓN**

Las autolesiones son conductas que provocan intencionalmente lesiones en el propio cuerpo sin presentar una finalidad suicida. Existen diferentes formas de generar lesiones, algunos ejemplos son; cortes en la piel, golpes, pellizcos, quemaduras, envenenamiento, arrancarse el cabello, punciones y arañazos, entre otros. Las conductas autolesivas son un importante problema de salud pública. A partir de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan, en algunos casos, durante el padecimiento de cuadros psiquiátricos bien definidos, como por ejemplo en síndromes depresivos o trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, son muy escasos los estudios sobre conductas autolesivas en el ámbito de la pediatría y adolescencia en nuestro medio, situación que ha cambiado en los últimos tiempos. En el presente trabajo, se identificarán las diferencias en la psicopatología entre el fenotipo de autolesiones según el criterio de frecuencia del DSM-5, en niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Indudablemente, la actuación conjunta del pediatra y del psiquiatra infantil deberá ser fundamental a la hora de tratar a estos pacientes.

## **MARCO TEÓRICO**

Algunas conductas autolesivas son realizadas para generar daño físico sin intención suicida. Hay una amplia diversidad clínica de este grupo de comportamientos, a nivel psíquico se considera que es un método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico, pudiendo ser un síntoma predictor de una conducta suicida.

El estudio de las conductas autolesivas varía según la definición usada. Lo que dificulta la identificación de los rasgos determinantes, ya que se intenta comprender desde el aspecto del trastorno psicopatológico y no como una entidad propia.

Las conductas autolesivas sin intención suicida en los adolescentes han sido poco estudiadas, pero han ido en aumento dentro de las comunidades, por lo que actualmente se vive una problemática importante dentro de la salud pública. Por esta razón, este trabajo tendrá como objetivo detectar y presentar una revisión de la distinta psicopatología en los fenotipos de las conductas autolesivas, correlacionando con el criterio de frecuencia del DSM-5.

La mayoría de los datos sobre la incidencia se obtienen en los servicios de urgencias

de diversos hospitales, pero estos estimadores no reflejan el número real de adolescentes que realiza este tipo de conductas, ya que muchos de ellos no acuden a un servicio de urgencias. Los datos obtenidos de los servicios de urgencias dependen en gran medida de los registros hospitalarios, y la validez de los mismos es cuestionable<sup>1</sup>. La falta de estudios rigurosos adecuados para registrar el número de comportamientos autolesivos en este grupo de edad puede explicar la escasa información obtenida hasta el momento. En Europa, Estados Unidos y Australia, se observó un incremento de las conductas autolesivas en la década de los 60, pareciendo estabilizarse en los años 80, aunque desde los 90 se ha observado un nuevo aumento<sup>2</sup>. En Inglaterra y Escocia se han realizado diversos estudios en los que se estima que hasta 1 de cada 130 adolescentes puede autolesionarse. Entre los años 1985 y 1995 en Oxford se realizaron monitorizaciones de conductas autolesivas siendo la población diana pacientes menores de 20 años; durante el tiempo que duró el estudio, 1.840 individuos acudieron al servicio de urgencias con autolesiones. Se observó que eran más frecuentes en mujeres que en hombres y que la incidencia aumentaba con la edad. Siendo las mujeres las que acudían con más frecuencia que los hombres debido a sobreingesta de medicamentos: 91,2% de mujeres frente a 82,5% de hombres<sup>2,3,4</sup>. En el año 2001 se realizó una encuesta sobre la salud mental de niños y adolescentes en el Reino Unido que proporcionó información sobre trastornos emocionales y conductuales. En total, 4.249 jóvenes de entre 11 y 15 años fueron entrevistados, de los cuales 248 aceptaron haberse autolesionado, pero solo 78 de los padres entrevistados informaron de que sus hijos se habían autolesionado en algún momento<sup>5</sup>. La incidencia de autolesiones era más alta entre aquellos jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, comparados con el grupo sin patología. La prevalencia era mayor entre aquellos jóvenes que padecían depresión, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad. Asimismo, otros datos mostraron cómo las autolesiones eran más frecuentes en niños adoptados, niños que vivían con uno solo de sus padres y en aquellos que convivían con más de cinco hermanos. Se observan en un 4% de la población general, y en la adolescencia llega a ser del 14-15%. Las tasas se ven más elevadas si se ha hecho anteriormente y si nos referimos a la población psiquiátrica<sup>6-8</sup>. Las mujeres se autolesionan más con cortes, los hombres con quemaduras. La frecuencia observada según el tipo de lesión es la siguiente: cortes en la piel (85%), quemaduras (30%), golpes (32%), arrancarse el pelo (7%), punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse<sup>9</sup>.

## **Causas y motivaciones.**

En la mayoría de las ocasiones se deben a una finalidad psicológica. La autodestrucción se manifiesta en cortes, quemaduras, rasguños, arañazos, tirones del pelo, golpes, cualquier forma de producción de dolor es una forma de expresar el sufrimiento, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten físicamente a través del cuerpo. Generalmente se usa para liberarse de sentimientos de rabia, ira, tristeza, soledad, ansiedad, rencor y dolor emocional, liberando las emociones que no se pueden externar. Hay algunas personas que presentan el sentimiento de no estar vivo, por lo que se lesionan para cerciorarse de que siguen vivos<sup>10</sup>. Se ha observado que en los adolescentes se pueden realizar heridas en momentos de crisis o de sufrimiento, porque el dolor físico les ayuda a soportar su sufrimiento psicológico. En otras circunstancias la autoagresión se utiliza para sentir poder sobre uno mismo. Está muy relacionada con las adicciones y trastornos de alimentación como bulimia y anorexia<sup>11</sup>. También puede utilizarse como forma de demostrar públicamente el sufrimiento interno, en este caso el objetivo es la búsqueda de ayuda o comprensión. Se debe tener en cuenta que, si bien las autolesiones son una conducta parasuicida, no son una conducta suicida en sí. El suicidio intenta acabar con el sufrimiento, acabar con la vida, mientras que la autolesión provoca un dolor o una distracción. Se han descrito seis motivos por los cuales una persona puede autolesionarse<sup>12</sup> –Para llamar la atención: las autolesiones son muy llamativas y hacen que los demás sientan la necesidad de estar pendientes de la persona por miedo a que lo vuelva a hacer, en algunos casos buscan atención, afecto, que se les escuche y que se haga lo que ellos quieren, en otras ocasiones se utiliza la lesión como amenaza o para culpar a la otra persona y hacer que se sienta mal. –Para castigarse: una baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, de no ser merecedor de algo, de ser responsable por algo negativo, pueden llevar a la persona a pensar que son «malos» y que merecen un castigo.

Muchas veces representan sentimientos de odio, rechazo o disgusto hacia uno mismo. –Para evadir un malestar emocional: el dolor físico tiene prioridad sobre cualquier otra sensación, detiene el proceso del pensamiento e interrumpe los sentimientos. Cuando sentimos dolor no pensamos en nada más, y esto es lo que se busca en estos casos de una autolesión. Es una forma de controlar las emociones. –Como conducta parasuicida: muchos suicidas habían llevado a cabo tentativas previamente. A veces es para ver si son capaces, para saber qué van a sentir en el momento. A veces demuestra inseguridad y en el momento frenan la conducta antes de que sea letal. Se calcula que un 15% de las personas que se



autolesionan tienen tendencias suicidas. –Para asumir un control sobre situaciones que sobrepasan a la persona: esto sería similar a lo que ocurre con la anorexia; en este tipo de conductas dañinas para uno mismo pueden influir sentimientos o necesidad de control, aun cuando uno no puede controlar a los demás o lo que le rodea, sí puede controlar su propio cuerpo. –Por sentimientos de vacío crónico: muchas veces estos sentimientos de vacío, de que falta algo o de que no se puede sentir nada pueden ser muy frustrantes y llevar a la persona a desear sentir algo, por malo que sea. La autolesión causa dolor y sentimientos que pueden hacer que la persona los utilice para suplir esos episodios de vacío existencial.

Como hemos descrito anteriormente las autolesiones pueden aparecer por sí solas, pero pueden representar un problema más complejo de fondo: se estima que el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental. Toda autolesión debe ser considerada y no ignorada, al menos hasta que se descarte algún peligro o que esto forme parte del tratamiento<sup>13</sup>. Hay muchos trastornos en los que aparecen las autolesiones, el más común y el único que se considera como criterio diagnóstico es el denominado trastorno límite de la personalidad. En este trastorno las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes y entre el 8 y 10% terminan en el suicidio. En el trastorno de personalidad histriónica pueden aparecer autolesiones, aunque en este caso, es más probable que se asocien a una llamada de atención. También pueden aparecer en otros trastornos de personalidad como el antisocial, la depresión o el trastorno bipolar; los sentimientos de malestar, en general, pueden acabar llevando a la persona a autolesionarse. Las autolesiones pueden ocurrir en momentos o episodios de despersonalización en los que la persona no es consciente de lo que está haciendo. Así mismo, en ocasiones, en episodios psicóticos las alucinaciones auditivas pueden inducir a las autolesiones. Se asocia también con los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias. Las autolesiones también pueden aparecer en el trastorno por estrés postraumático. Por último, añadir que, en una serie de enfermedades mentales, como la demencia y la esquizofrenia, así como en otros trastornos, como la discapacidad intelectual y el autismo, se producen a sí mismos daños sin ningún objetivo, sino a consecuencia de su enfermedad, y esta conducta también se considera autoagresión<sup>14</sup>.

Ninguno de estos factores enumerados predice por sí solo las autolesiones, pero es importante destacar los siguientes<sup>15,16</sup>. Factores de riesgo: ser mujer, tener entre 15 y 25 años, vivir en una institución y ser persona dependiente de alcohol o drogas. Factores precipitantes: «bullying», embarazo no deseado, enfermedad física grave, divorcio de los padres o problemas

familiares, abuso sexual, violencia doméstica, duelo, depresión, problemas económicos o en el trabajo, ansiedad, problemas en las relaciones sociales, suicidio o autolesiones de alguien cercano (este factor afecta más a los adolescentes). Factores inherentes a la persona: baja autoestima, imagen corporal pobre o distorsionada, sentimientos de rechazo por parte de los demás, sentimientos de ser diferente, ser una persona aislada, bajas habilidades sociales, diferencias culturales o raciales, mala adaptación al entorno y presentar algún trastorno psicológico. En el DSM 5 se describen algunas características clínicas y métodos empleados para producir las lesiones. Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u otro objeto afilado. Las zonas más lesionadas son la parte anterior de los muslos y la cara dorsal de los antebrazos; los cortes son superficiales y suelen ser paralelos, separados 1 o 2 cm. A menudo las lesiones sangran y dejan cicatriz. Las quemaduras se producen con frecuencia con colillas encendidas o frotando la piel con una goma de borrar repetidamente.

Es característico que los individuos que se producen autolesiones no suicidas no buscan asistencia médica. Se estima que la relación de esta afección entre mujeres y hombres es de 2/1, aproximadamente, es decir, una relación muy diferente al trastorno del comportamiento suicida, que se estima en 3/1 o 4/1. En primer lugar, hay que tener en cuenta el trastorno de la personalidad límite; en este caso los individuos presentan comportamientos alterados, agresivos y hostiles. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse. La tricotilomanía consiste en arrancarse el pelo, es un comportamiento dañino limitado a zonas del cabello de la cabeza, las cejas o las pestañas. La denominada autolesión estereotipada implica golpearse la cabeza o morderse y se asocia habitualmente con una concentración intensa; puede asociarse a retraso en el desarrollo. La dermatilomanía, o trastorno de excoiación, consiste en excoiarse la piel en zonas en donde considera que hay una mancha o lesión antiestética, habitualmente en la cara o en el cuero cabelludo; es un trastorno casi exclusivo de las mujeres<sup>17</sup>.

En la infancia las autolesiones son poco habituales. Su presencia se asocia frecuentemente a la esquizofrenia, el síndrome de Gilles de la Tourette o el de Lesch-Nyhan, o formas graves de retraso mental o autismo<sup>18-19</sup>. Pese a que no se conocen datos de la incidencia de autolesiones no suicidas por debajo de los 12 años, entre un 5,1% y un 24% de las personas que se autolesionan, reportan haber iniciado esta conducta antes de los 11 años<sup>20-21</sup>.

Existe una elevada co-ocurrencia entre las autolesiones y el trastorno límite de la

personalidad, algunos estudios han analizado esta relación utilizando los criterios planteados por el DSM-5 en sujetos con y sin trastorno límite de la personalidad. Éstos sugieren que aproximadamente el 52% <sup>22</sup> de adolescentes que cumplen criterios para el diagnóstico de autolesiones lo hacen también para el trastorno límite de la personalidad. Por otra parte, el 78% de sujetos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad cumplen también los criterios para el de autolesiones no suicidas<sup>22</sup>. Por lo tanto, aunque la presencia de autolesiones es un predictor robusto para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, ambas entidades son independientes. De hecho, podría decirse que el solapamiento diagnóstico entre autolesiones no suicidas y trastorno límite de la personalidad es similar al que se puede observar entre el trastorno límite de personalidad y los trastornos depresivos, de ansiedad, o por abuso de sustancias<sup>23</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las autolesiones se han asociado a síndromes depresivos, trastornos de la conducta alimentaria, momentos de crisis o de sufrimiento y adicciones; sin embargo, son muy escasos los estudios sobre la diferente psicopatología entre el fenotipo de autolesiones. En el presente trabajo, se identificará la diversa psicopatología y se comparará por fenotipo de autolesiones según el criterio de frecuencia del DSM-5.

¿Existirán diferencias estadísticamente significativas en la comparación de psicopatología y el fenotipo de autolesiones según criterio de frecuencia del DSM-5 en niños y adolescentes valorados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro?

## **JUSTIFICACIÓN**

Como hemos observado existen algunos estudios para hablar sobre autolesiones no suicidas en adolescentes, en estos se describen las diferentes formas de generar dolor, así como de los factores predictores <sup>15-17</sup>. A partir del 2014 las autolesiones no suicidas están contempladas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5<sup>a</sup> edición, integrándose como diagnóstico único, siendo visto ya como un padecimiento a parte y no como un síntoma del resto de padecimientos psiquiátricos, ha supuesto un paso gigante para su mejor comprensión e identificación. El tema se inscribe en la Sección III, que contiene «Medidas y modelos emergentes», con el título de «Afecciones que necesitan más estudio».

En este apartado se incluyen afecciones que conviene seguir investigando en el futuro, con el fin de tomar decisiones acerca de su posible inclusión en las subsiguientes versiones del DSM<sup>17</sup>. Que se convierta en un diagnóstico definitivo en versiones futuras del DSM dependerá de que se pueda confirmar que las autolesiones no suicidas suponen una entidad clínica independiente. Para ello será necesario incorporar los nuevos criterios en la investigación y en la práctica clínica<sup>24</sup>. Por esta razón se realizará esta investigación para poder identificar la diversa psicopatología comparándola con el fenotipo de autolesiones según criterio de frecuencia del DSM 5, brindando así mayor información para su presencia como diagnóstico definitivo en versiones futuras.

## **HIPÓTESIS**

Existirán diferencias estadísticamente significativas en la comparación de psicopatología y el fenotipo de autolesiones según el criterio de frecuencia del DSM-5 en niños y adolescentes valorados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

## **OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS**

Se identificarán las diferencias en la psicopatología entre el fenotipo de autolesiones según el criterio de frecuencia del DSM-5, en niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Se identificará el conocimiento que tienen los padres de niños y adolescentes evaluados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, acerca de las autolesiones según el criterio de frecuencia del DSM-5

Se identificará la psicopatología en adolescentes que cumplan el criterio de frecuencia del DSM-5 por género en los niños y adolescentes evaluados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo de diseño:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, análisis secundario de datos.

**Muestra:** La muestra se conformará por N = 590 adolescentes de 11 a 17 años de edad,

habitantes de la Ciudad de México, cuyos datos se obtendrán del proyecto “Validez de la Cédula de Autolesiones”, a cargo de la Doctora Albores Gallo, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. El tamaño de la muestra es no representativa por conveniencia.

- **Criterios de inclusión:** Adolescentes de 11 a 17 años cuyos padres o tutores y ellos mismos acepten participar en el estudio, firmando consentimiento informado
- **Criterios de exclusión:** Adolescentes de 11 a 17 años, que padezcan alguna discapacidad intelectual, o cuyos padres no deseen participar.
- **Criterios de eliminación:** Adolescentes que no hayan completado correctamente el instrumento.

**Variables:**

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	INSTRUMENTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa Continua Interviniente	Ficha de identificación	Expresada en años, se obtendrá con la aplicación de ficha de identificación	Intervalo entre los 11 años 0 meses hasta los 17 años 11 meses
GÉNERO	Funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres	Cualitativa Nominal Dicotómica Interviniente	Ficha de identificación	Expresado en femenino, masculino u otro, se obtendrá con la aplicación de ficha de identificación	Femenino Masculino
TIPO DE AUTOLESIÓN	Destrucción tisular propositiva que el individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir	Cualitativa Dicotómica Nominal Independiente	Cédula de Autolesiones (AUTOLES)	Expresada en características y localización de cada autolesión, se obtendrá con la aplicación de la Cédula de Autolesiones (AUTOLES)	Cortes Frotes Pellizcos Punción Jalones Quemaduras Arrancamiento Mordeduras Golpes
PSICOPATOLOGÍA	Presencia de un grupo de síntomas que, por su importancia o consecuencias, merece algún tipo de atención médica	Cualitativa Discreta dependiente	Criterios DSM 5	Presencia de síntomas subjetivos y somáticos expresados en DSM 5	Trastorno de neurodesarrollo Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos Trastornos bipolares y relacionados Trastornos depresivos Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados Trastornos relacionados con traumas y estresores Trastornos disociativos Trastornos de síntomas somáticos Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria Trastorno de la eliminación Trastornos del sueño Disfunciones sexuales Disforia de género Trastornos disruptivos, del

						control de los impulsos y conductuales Trastornos adictivos y de consumo de sustancias Trastornos de la personalidad
CRITERIO DE FRECUENCIA DEL DSM 5	DE DEL	En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión solo conllevara un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).	Cualitativa Dicotómica Nominal Independiente	Criterio del DSM-5	Expresada en sí o no, se obtendrá con la aplicación de la Cédula de Autolesiones (AUTOLES)	Si No

**Procedimiento:** este estudio es derivado del proyecto principal llamado “Validez de la Cédula de Autolesiones”, aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con número de registro ||1/01/0113 (anexo 1) a cargo de la Dra. Lilia Albores Gallo.

Para el presente proyecto se conformará un grupo de adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas, para el cual se utilizaron los datos sobre características de psicopatología en adolescentes mexicanos con autolesiones no suicidas obtenidos del proyecto “Validez de Asignación Diagnóstica versión niños y adolescentes (CADI-N) de autoreporte. Se revisarán los resultados del proyecto obteniendo.

El proyecto actual se titula Diferencias en la psicopatología del fenotipo de autolesiones según DSM – 5.

**Cronograma:**

ACTIVIDAD	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020
Elaboración del proyecto									
Revisión de escalas									
Análisis de resultados									
Elaboración de informa final									
Entrega de resultados									

## **Instrumentos de medición:**

### **Cédula de autolesiones (AUTOLES)**

La cédula de autolesiones (AUTOLES) (anexo 2) es un instrumento en idioma español, autoaplicable por lo que no requiere adiestramiento. El tiempo de aplicación depende de las habilidades lectoras del sujeto. Consiste en 92 ítems de respuesta dicotómica si – no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 de respuesta abierta. Evalúa la presencia y características de conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, diseñado de acuerdo a los criterios descriptivos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida. Examina el método, la topografía, componente adictivo y los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse, así como edad de inicio de la conducta. Además, explora el componente comportamental (criterios del DSM-5) de las autolesiones como son (B1) precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional y algunas variables explicativas. El instrumento se diseñó con base en los criterios propuestos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida. Además, las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta y explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado. No cuenta con punto de corte, por su utilidad descriptiva, sin embargo, también permite explorar la prevalencia de las autolesiones a lo largo de la vida al mes, 6 meses y 12 meses (criterio de frecuencia del DSM-5)<sup>23</sup>. Este instrumento se validó por Iván y Albores, el estudio de validación incluyó 533 obtenido de la comunidad y 57 del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico, con un rango de 11 a 17 años de edad, demostrando buenas propiedades psicométricas reportándose consistencia interna con coeficiente KR=0.96, con sensibilidad y especificidad que oscila entre 0.56 y 1.0<sup>26</sup>.

### **Cuestionario de Asignación Diagnóstica Versión Niños y Adolescentes (CADI-N):**

El Cuestionario de Asignación Diagnóstica versión niños y adolescentes (CADI-N) (Anexo 3) fue diseñado en español por la Dra. Lilia Albores Gallo. Se trata de un instrumento autoaplicable, por lo que no requiere adiestramiento. El tiempo de aplicación es variable, dependiente de las habilidades lectoras del sujeto. Investiga la psicopatología más común en niños de 7 a 18 años de edad, consta de 145 preguntas que evalúan síntomas psiquiátricos, contestadas en una escala tipo Likert de 3 puntos: 0 = no es cierto; 1= a veces u ocasionalmente y 2= casi siempre o muy cierta. Los resultados se organizan en 16 subescalas

de diagnóstico: Internalizados: Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (12 reactivos), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (11 reactivos); Externalizados: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) inatento (7 reactivos), TDAH impulsivo (8 reactivos), TDAH combinado (15 reactivos), Trastorno de conducta (13 reactivos), Trastorno Negativista Desafiante (8 reactivos), Trastorno explosivo intermitente (4 reactivos) y otros: Anorexia (4 reactivos), Bulimia (4 reactivos), Atracón (2 reactivos), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (4 reactivos), Trastorno del Espectro Autista (TEA)(11 reactivos), Trastorno de Estrés Postraumático (14 reactivos), Insomnio (3 reactivos), Apnea/ hipopnea Obstructiva del sueño (2 reactivos). Además, cuenta con subescalas de Resiliencia (14 reactivos) y Síntomas Somáticos (9 reactivos). Se califica mediante algoritmos diseñados de acuerdo al DSM-5, especificados por diagnóstico en la tabla de variables.

Este instrumento se validó por Tapia y Albores en el 2018, reportándose consistencia interna elevada para el total de diagnósticos con alpha de Cronbach ( $\alpha$ )= 0.94. Por sexo, se notó que no hubo diferencia en las  $\alpha$  para el total de diagnósticos (niñas 0.94 vs niños 0.94). Se concluyó una adecuada validez discriminante entre población clínica y no clínica<sup>27</sup>

**Análisis estadístico:** Las variables demográficas categóricas se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes. Para analizar variables continuas como edad y sexo se usó la prueba T de student. Se usó la prueba de Fisher para analizar la frecuencia de variables en el grupo y las razones de momio no ajustadas se calcularán para medir el tamaño del efecto de la asociación.

Se realizó una prueba de chi cuadrada y se calcularon las razones de momio correspondientes entre la variable dicotómica de autolesiones y las variables de los resultados de la CADI-N. Para el análisis estadístico se usará el programa SPSS versión 20.

**Consideraciones éticas:** Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título 2, Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación en 6 de enero de 1987, el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. El proyecto general “Validez de la Cédula de Autolesiones”



cuenta con aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 4).

## RESULTADOS

*Tabla 1. Variables Clínicas y sociodemográficas*

<b>Cuantitativas</b>	
	<b>Media (DE)</b>
Edad	12.37 (0.81)
Edad Padre	41.59 (6.26)
Edad Madre	39.14 (5.70)
<b>Cualitativas</b>	
	<b>Sexo n (%)</b>
<b>Masculino</b>	167 (42.8%)
<b>Femenino</b>	223 (57.2%)
	<b>Escolaridad padre n (%)</b>
<b>Primaria</b>	23 (5.9%)
<b>Secundaria</b>	109 (27.9%)
<b>Preparatoria</b>	113 (29.0%)
<b>Licenciatura</b>	72 (18.5%)
<b>Posgrado</b>	13 (3.3%)
<b>No definido</b>	1 (0.3%)
	<b>Escolaridad madre n (%)</b>
<b>Primaria</b>	34 (8.7%)
<b>Secundaria</b>	122 (31.3%)
<b>Preparatoria</b>	115 (29.5%)
<b>Licenciatura</b>	73 (18.7%)
<b>Posgrado</b>	8 (2.1%)
	<b>Autolesiones n (%)</b>
<b>Si</b>	41 (10.7%)
<b>No</b>	343 (89.3%)

Tabla 2. Diferencia de medias entre participantes con autolesiones y sin autolesiones de acuerdo con los puntajes CADI para diferentes trastornos

N= 263	CANS - (n=222)		CANS + (n=41)	
	Media (DE)		Media (DE)	
Diagnóstico	Reporte paciente	Reporte de padres	Reporte paciente	Reporte de padres
Anorexia*	1.37 (1.60)	0.87 (1.25)	3.12 (1.90)	0.97 (1.50)
Bulimia*	0.66 (1.06)	0.43 (0.75)	1.63 (1.56)	0.56 (0.97)
Atracón*	0.53 (0.84)	0.37 (0.65)	1.02 (1.00)	0.43 (0.89)
Trastorno bipolar*	5.22 (2.20)	5.01 (1.98)	6.31 (1.90)	5.53 (2.49)
TDA inatento*	3.91 (2.77)	3.83 (3.22)	7.53 (2.60)	4.47 (2.87)
TDA impulsivo* +	4.04 (2.80)	4.08 (2.96)	7.39 (2.97)	5.70 (4.19)
TDA combinado* +	7.95 (4.91)	7.92 (5.53)	14.92 (5.01)	10.17 (6.53)
Trastorno de conducta*	1.26 (2.20)	0.63 (1.20)	4.95 (4.21)	1.20 (1.60)
Trastorno explosivo intermitente* +	0.34 (0.88)	0.17 (0.51)	1.34 (1.51)	0.58 (0.87)
Trastorno de ansiedad Generalizada*	4.77 (3.38)	3.83 (2.93)	8.75 (3.16)	4.87 (3.78)
Esquizofrenia*	0.83 (1.30)	0.17 (0.65)	2.36 (2.03)	0.26 (0.69)
Trastorno depresivo mayor	4.21 (3.44)	3.39 (3.13)	9.07 (3.97)	4.13 (3.09)
Trastorno obsesivo compulsivo	2.18 (1.52)	1.59 (1.18)	3.22 (1.63)	1.33 (0.75)
Trastorno del espectro Autista	5.22 (2.85)	4.82 (2.59)	7.39 (2.85)	5.03 (2.94)
Trastorno por síntomas somáticos	1.56 (2.13)	1.19 (1.92)	5.39 (4.15)	2.20 (2.70)
Trastorno oposicionista desafiante +	2.38 (2.48)	2.70 (2.75)	5.39 (2.78)	4.50 (3.95)
Trastorno por Tics	0.93 (1.10)	0.64 (0.87)	2.09 (1.44)	0.66 (0.88)
Resiliencia +	16.04 (5.97)	21.04 (5.12)	15.76 (4.00)	18.47 (5.65)

\* = p <0.001 en la diferencia de medias entre el reporte de los pacientes.

+ p<0.05 en la diferencia de medias entre el reporte de los padres. CANS= Conductas autolesivas no suicidas

## RESULTADOS

Se analizó la información de 390 participantes, de los cuales 42.8% eran varones y 57.2% mujeres. La edad media de los participantes fue de 12.37 (DE 0.81), del padre fue de 41.59 (DE 6.26) y la madre de 39.14 (DE 5.70). De los 390 participantes, 363 contaban con datos sobre la presencia de autolesiones en al menos en 5 días del último año. El 10.7% de los participantes reportó haberse autolesionado al menos una vez a lo largo de la vida. Las variables sociodemográficas y clínicas se exponen en la tabla 1.

Para analizar las diferencias en los puntajes CADI-N para cada trastorno, comparando

entre aquellos participantes que puntuaron positivo en la cédula de autolesiones vs. Aquellos sin autolesiones, se procesó la información de 263 participantes que completaron esta información. De estos, 41 participantes (15.2%) pertenecían al grupo con conductas autolesivas no suicidas (CANS+), y 222 (84.41%) pertenecían al grupo sin (CANS-).

En la tabla no. 2. se muestran las diferencias en las medias de las subescalas del CADI-N y el CADI-P entre los adolescentes con y sin autolesiones. Comparados con los adolescentes (CANS-), los adolescentes del grupo (CANS+) tuvieron puntajes promedios mayores para las subescalas del CADI-N en: TDA combinado 14.92 (DE 5.01), trastorno depresivo mayor 9.07 (DE 3.97), trastorno de ansiedad generalizada 8.75 (DE 3.16), TDAH inatento 7.53 (DE 2.60) y TDAH impulsivo 7.39 (DE 2.97). Mientras que el CADI-P a partir del informe de los padres los puntajes promedios fueron mayores para las subescalas: TDA combinado 10.17 (DE 6.53), TDA impulsivo 5.70 (DE 4.19), trastorno bipolar 5.53 (DE 2.49), trastorno del espectro autista 5.03 (DE 2.94) y trastorno de ansiedad generalizada 4.87 (DE 3.78)

La gravedad de los síntomas psiquiátricos de los participantes (CANS+), fue más alta que aquellos del grupo (CANS-). Aunque no para todos los trastornos evaluados. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con características combinadas presentó una diferencia notable en la gravedad de los síntomas, con un mayor puntaje para los participantes (CANS+), en comparación(CANS+), con aquellos del grupo (CANS-). Esta diferencia se observó de igual manera en el reporte de los padres del CADI-P. Otro trastorno que presentó diferencias importantes entre el grupo (CANS+), y (CANS-), fue el trastorno de la conducta, aunque sólo cuando el informante fue el adolescente (CADI-N) mas no en el CADI-P. En contraste los padres del grupo (CANS+), reportaron significativamente mayor gravedad de síntomas del trastorno oposicionista desafiante en comparacion al informe de los adolescentes en el CADI-N. En cuanto a la resiliencia, se observó un mayor puntaje de resiliencia en aquellos participantes (CANS-), aunque solo las diferencias en el reporte de los padres fueron significativas. La información sobre las medias de puntaje CADI-N para cada grupo en cada trastorno se pueden observar en la tabla 2.

## **DISCUSIÓN**

En este trabajo investigamos las diferencias en la psicopatología de los adolescentes que cumplieron con el criterio de frecuencia del DSM-5 vs. aquellos que no cumplieron con

este criterio. Las conductas autolesivas en población pediátrica y adolescente han sido poco estudiadas, sin embargo, representan un diagnóstico complejo, que no es patognomónico de una entidad clínica en particular, y que, debido a su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la disminución en la calidad de vida y su asociación con intentos suicidas es imperante que se aborden y se sigan de manera longitudinal en los sujetos que las presentan.

En este estudio, se encontró una prevalencia a lo largo de la vida de dichas conductas del 10.7%; en la literatura universal de la materia, se hace notar que la incidencia de estas ha ido en aumento en las últimas décadas, reportando prevalencias en población adolescente de entre el 17% y el 46.5% en poblaciones no clínicas, aunque en centros especializados, las cifras son aún mayores <sup>28, 30</sup>. No obstante, esta diferencia pudiera explicarse por el retraso en la atención de los usuarios, que en el trabajo que nos ocupa se enfoca en personas menores de edad, que dependen de los padres para poder acudir a los servicios de salud, los cuales, derivado de la especialidad que ofertan, se rodean de estigma y desinformación. Dentro de los datos sociodemográficos que vale la pena resaltar, es la escolaridad de los progenitores de los participantes: para los padres, la mayoría alcanzó la media-superior (29%), mientras que, para las madres, el 31.3% terminó la secundaria. Lo anterior es relevante considerando que la clase social, de acuerdo con la definición de Hoffman, está determinada por la ocupación profesional del padre, y ésta a su vez se relaciona con los sistemas de valores, creencias y estilos de vida, relacionadas a su vez con las prácticas educativas de los progenitores. Por su parte, Viguer, Serra, Barajas y Clemente, consideran que el nivel socioeconómico es directamente proporcional a la calidad del ambiente familiar <sup>35</sup>.

A fin de conocer la potencial psicopatología de los menores incluidos en la muestra, en su momento se les aplicó el Cuestionario de Asignación Diagnóstico Versión Niños y Adolescentes (por sus siglas CADI-N). De acuerdo con el resultado previo obtenido con la Cédula de Autolesiones (AUTOLES), se dividieron en 2 grupos, los que cumplieron con el criterio de frecuencia del DSM-5 (conductas autolesivas no suicidas +), y los que no (conductas autolesivas no suicidas -).

En general los resultados fueron que en que el grupo de (conductas autolesivas no suicidas +), con TDAH combinada, la gravedad de la sintomatología fue mayor que en aquellos (conductas autolesivas no suicidas -). Este cuestionamiento, y la potencial asociación con conducta suicida y otras comorbilidades (como con trastornos externalizados e internalizados)

se ha planteado en múltiples estudios de cohortes a nivel mundial. Por ejemplo, Hurtig y cols. encontraron que el TDAH se asocia con conductas autolesivas no suicidas en un 69%, así como con el antecedente de problemas de conducta en la infancia en un 30%. Los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes fueron trastorno de conducta, depresión, ansiedad y trastorno por uso de sustancias, en orden decreciente. Otras variables de interés que fueron reportadas en su estudio fueron la asociación de (conductas autolesivas no suicidas +), con la historia de desarrollo en familias monoparentales (44%), problemas económicos (43%), dificultades en la relación familiar (48%) y no haber conocido a uno de los padres en caso de separación de la pareja (17%)<sup>29</sup>.

La impulsividad y la hiperactividad son constructos que están presentes en múltiples entidades, sin embargo, se ha estudiado a mayor profundidad en el TDAH por el sistema de clasificación categórica al que estamos acostumbrados como clínicos, gracias al DSM-5 actualmente. A pesar de esto, se entiende que en ambas están comprometidas ciertas funciones ejecutivas y la respuesta inhibitoria, que, en consecuencia, llevan a problemas en la regulación emocional, hallazgo frecuente en sujetos con conductas autolesivas no suicidas +<sup>30</sup>. Esto debe tomarse en cuenta, siendo que está documentado que hasta 9 de cada 10 autolesiones, según Hawton y Harriss<sup>31</sup> están precedidas por un conflicto interpersonal. También es relevante resaltar las diferentes facetas de la impulsividad en las conductas autolesivas no suicidas +, siendo que aquella que se relaciona con el estado de ánimo, como se mencionó con anterioridad, es la que inicia la conducta autolesiva; mientras que la parte cognitiva las mantiene y la conductual es que tiene lugar en momentos de afecto negativo<sup>32</sup>. Acorde al conocimiento que se tiene acerca de la evolución homo y heterotípica del TDAH, Swanson y cols. reportaron que los adolescentes con TDAH y otros trastornos externalizados, en la posteridad se convertían en adultos que persistían con conductas autolesivas no suicidas +, mientras que aquellos que seguían la trayectoria homotípica, tenían más riesgo de cometer intentos suicidas<sup>33</sup>.

Las otras dos entidades que más se asociaron a conductas autolesivas no suicidas, y que corresponden al rubro de trastornos externalizados, fueron el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista desafiante, con diferencias respecto a la gravedad dependiendo si se tomaba en cuenta el reporte del paciente o de los padres. Estos resultados también son equivalentes a aquellos publicados por autores a nivel internacional. Por ejemplo, Meszaros y cols. llevaron a cabo una revisión sistemática justamente para analizar la relación que guardan

las conductas autolesivas (en sus diferentes nomenclaturas expuestas por los expertos angloparlantes) con los diferentes trastornos externalizados. En dicha publicación, encontraron 7 estudios con una asociación positiva entre el trastorno de conducta y las conductas autolesivas no suicidas versus controles, especialmente cuando se trataba de personas de sexo femenino y/o con dependencia al alcohol <sup>32</sup>. Probablemente el trastorno que ha sido menos estudiado de todos es el Oposicionista Desafiante, a pesar de la elevada comorbilidad con el TDAH y el TC; sin embargo, en la misma revisión sistemática citada en líneas previas, Nock et. al reportaron que su prevalencia en el grupo de personas con CANS era de 44.9% <sup>32</sup>. Finalmente, You y su grupo de trabajo, enfatizaron que los adolescentes con problemas en el control de la impulsividad, característica inherente del TDAH, TC y TOD, se asocia a una mayor frecuencia y gravedad de las conductas autolesivas no suicidas <sup>34</sup>.

Las fortalezas del estudio incluyen el que la muestra se recabó en población mexicana, en una unidad de alta especialidad en donde se tiene acceso a personas con una psicopatología diversa, lo que nos permite un panorama global acerca de la prevalencia de las conductas autolesivas no suicidas en los diferentes trastornos mentales. A su vez, los resultados de la investigación fueron semejantes a que aquellos que han sido reportados por otros autores a nivel mundial, lo que sustenta el protocolo y los instrumentos clinimétricos que fueron empleados para el mismo.

Dentro de las áreas de oportunidad, está el que en un futuro se pueda estudiar la muestra que se obtuvo, e incluso considerar ampliarla, por género, siendo que de acuerdo con el material bibliográfico que se consultó, uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo y posterior mantenimiento de las conductas autolesivas no suicidas es pertenecer al sexo femenino. De igual manera, considerar estudiar a mayor profundidad el fenómeno de las conductas autolesivas en cuanto al fenotipo, de acuerdo a cuál de estos es más prevalente según el diagnóstico; finalmente, derivado de las diferencias en los reportes por parte del paciente y sus padres, considerar incluir a los maestros en futuras investigaciones, siendo que el personal docente es, en muchos de los casos, quienes tienen mayor contacto con los menores, y son una fuente de información confiable para complementar las historias clínicas.

Es de suma importancia la identificación temprana de factores de riesgo y precipitantes en los menores, como medida preventiva, para evitar en la medida de lo posible la aparición de las conductas autolesivas, las cuales como ya se ha mencionado, son un problema de salud

pública en nuestro país por las complicaciones, la comorbilidad psiquiátrica y el estigma con el que se asocian. No obstante, derivado del retraso en la atención que se tiene en estas personas, por razones varias que están fuera del trabajo que nos ocupa, es probable que acudan a los servicios de salud una vez que ya estén cursando con ellas, por lo que se debe hacer una valoración exhaustiva, para determinar si además cumplen criterios para otro trastorno psiquiátrico, y realizar un plan de tratamiento integral, para mejorar el pronóstico a corto y largo plazo, considerando la asociación demostrada con potenciales trastornos de personalidad, intentos suicidas y disminución en la funcionalidad global.

## **CONCLUSION**

Existe una asociación entre las conductas autolesivas y la gravedad de la sintomatología psiquiátrica en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta. Además, es importante mencionar que existieron diferencias importantes en la gravedad sintomatológica reportada por los niños/adolescentes en comparación por la reportada de los padres. En investigaciones futuras, será relevante identificar cuáles son los factores en los padres que dificultan el adecuado registro de la sintomatología de sus hijos, para así desarrollar herramientas que ayuden a prever a los padres de familiar la aparición de conductas disfuncionales y trastornos psiquiátricos.

## **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Las limitaciones que se encontraron en esta investigación es que al ser un estudio en niños y adolescentes concentrados en un centro de atención de tercer nivel no ejemplifica la población en general, pudiendo sesgar así los resultados.

Se recomienda que en posteriores investigaciones se incluya al personal docente ya que en muchos casos, son ellos quienes tienen mayor contacto con los menores, pudiendo así ampliar el conocimiento sobre CANS en niños y adolescentes.

## REFERENCIAS

1. AEPNYA. Autolesiones. Protocolo. 2008. Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>
2. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale B, Bond, A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 2000; 23: 47-55.
3. Hawton K, Van Heeringen K. (eds). *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley. 2000.
4. Mental Health Foundation. Self-Harm Factsheet. 2000. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en [www.mentalhealth.org.uk](http://www.mentalhealth.org.uk)
5. Meltzer H, Harrington R, Goodman R, Jenkins, R. *Children and Adolescents who try to Harm, Hurt or Kill Themselves*. Newport, UK: Office for National Statistics. 2001.
6. Garrison C, Addy C, Jackson K, McKeown R, Waller J. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 597-603.
7. Sadowsky C, Kelly M. Social Problem solving in suicidal adolescents. *J Cons Clin Psychology* 1993; 61: 121-127.
8. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
9. Javierre E, Amiguet M, Mengual JM, Fuertes A, Ruiz PM, García N. Lo último entre adolescentes. Los cortes en la piel. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor* 2016; 46: 35.
10. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychology Rev* 2007; 27: 226-239
11. Klonsky ED. Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. *J Clin Psychology* 2007; 63: 1039-1043.
12. Autolesiones ¿por qué se hacen? Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.omicrono.com/2013/10/autolesiones-porque-lo-hacen-todo-lo-que-necesitas-sabery-como-enfrentarte-a-ellas-trigger/>
13. Farber K, Jackson C, Tabin K, Bachar E. Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanal Psychology* 2007;24: 289-305-366.
14. Fleita J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente [*Bol Pediatr Arag Rioj Sor*, 2017; 47: 37-45.



15. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Deliberate self-harm. Effective Health Care. December. 1998.
16. Fox C, Hawton K. Deliberate Self-Harm in Adolescence. Child and Adolescent Mental Health Series. Jessica Kingsley Publishers. 2004
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Panamericana. Madrid. 2014. p. 803-806.
18. Mathews C. Self injurious behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2004;75(8):1149-1155.
19. Mathews C. Self injurious behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2004;75(8):1149-1155.
20. Whitlock J, Selekman MD. Nonsuicidal Self-Injury Across the Life Span. En: Nock M, editor. The Oxford Handbook of Suicide and Self-injury. New York: Oxford University Press; 2014. p. 133–51.
21. Whitlock J. Self-injurious Behaviors in a College Population. PEDIATRICS. 2006;117(6):1939-1948.
22. Glenn C, Klonsky E. Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2013;42(4):496-507.
23. Selby E, Kranzler A, Fehling K, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. Clinical Psychology Review. 2015;38:79-91.
24. Vega D, Sintes A, Fernandez M, Puntí J. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué?. Actas Esp Psiquiatr. 2018;46(4):146-55.
25. Albores L., Méndez J. L., García A. X, Delgadillo Y., Chávez C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. Actas Esp Psiquiatr, 42(4), 159-68
26. Emiliano I. (2014) Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México [tesis de psgrado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
27. Tapia L. G. (2018). Validación del Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión niños y adolescentes (CADI-N) [tesis de posgrado]. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

28. Brown, R. et al. "Non-suicidal Self-Injury in Adolescents" *Curr Psychiatry Rep* (2017) 19:20 DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9
29. Hurtig, T. et al. "Suicidal and self-harm behavior associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder – A study in the Northern Finland Birth Cohort 2986" *Nord J Psychiatry* 2012;66:320-328. DOI: 10.3109/08039488.2011.644806
30. Evald, T. et al. "Before the Damage is done: Early childhood hyperactivity difficulties in adolescents with deliberate self-harm- findings from the DALSC cohort" *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* Vol. 8:176-188 (2020) DOI: 10.21307/sjcapp-2020-018
31. Hawton, K. et. al. "Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome" *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:4 (2008) PP 441-448.
32. Mezaros, G. et al. "Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review" *BMC Psychiatry* (2017) 17:160 DOI 10.1186/s12888-017-1326-y
33. Swanson, E. et al. "Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: A longitudinal examinatio of mediating factors": *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55:5 (2014), pp 505-515 doi:10.1111/jcpp.12193
34. You, J. et al. "The Prevalence of Non Suicidal Self Injury and Different Subgroups of Self-Injurers in Chinese Adolescents" *Archives of Suicide Research*, 15:1, 75-86. DOI: 10.1080/13811118.2011.540211
35. Ruiz de Miguel, C. "La familia y su implicación en el desarrollo infantil" *Revista Complutense de educación*, 1999, vol 10, 1: 289-304.

# ANEXOS

Anexo



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

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/839/0113  
Dictamen: Pendiente de Aprobación

México, D.F., a 22 de enero de 2013

**DRA. LILIA ALBORES GALLO**  
Investigador Principal  
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "Validez de la cédula de autolesiones.", registrado en esta División de Investigación la clave **II1,01,0113**, como proyecto interno del personal de esta institución, ha sido dictaminado: Pendiente de aprobación con modificaciones, mismas que deberán entregarse en forma electrónica y con texto en rojo, además de impreso, en un plazo no mayor a 15 días, posteriores a la fecha de recepción de este documento, para obtener su dictamen de aprobación.

Las modificaciones que deberá incluir en su proyecto son las siguientes:

- ✓ Deberá adecuar el protocolo a la guía 1
- ✓ Incluir consentimiento y asentimiento informado, así como carta compromiso o interinstitucional.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
Dr. Humberto Nicolini Sánchez  
Presidente del Comité de Investigación

C.c.a. Registro de productividad HRDcNM  
Archivo.

## Anexo 2

### CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Lista \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 Masculino  Femenino  #de años escolaridad de tú mamá \_\_\_\_\_ papá \_\_\_\_\_. Vives con ambos padres   
 sólo mamá  sólo papá  1padre o madre y pareja  Cuántos focos hay al interior de tu casa \_\_\_\_\_ Tu  
 desempeño escolar es: bueno  regular  malo

¿Alguna vez tú te has hecho *daño intencionalmente* hasta provocar sangrado o dolor? Si  No

¿De qué manera?

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

# Anexo 3

## CADI Cédula de Asignación Diagnóstica (7- 18 años)

Auto reporte del adolescente 7-18

### INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca el número que mejor te describa ahora o dentro de los 6 últimos meses.

Califica con: 0 si no es cierto o no es aplicable a tu persona  
 1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y *Por favor contesta todos los puntos.*  
 2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta

### IMPORTANTE

 **USE LÁPIZ DEL No. 2** 

- Ponga marcas oscuras
- Ejemplo:
- Rellene completamente los ovals
- Borre completamente para cambiar marcas

1. Soy confiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tengo dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tengo mucha energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Parece que no escucho cuando me hablan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Soy independiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. No comprendo las emociones y sentimientos de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Soy desorganizado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pierdo mis útiles escolares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me gusta ordenar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me distraigo fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Soy olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Soy físicamente inquieto (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me molesto fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Evito actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Hablo mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tengo dificultad para esperar turnos (filas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Me preocupo excesivamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Soy responsable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Soy nervioso (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tomo laxantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Difícilmente me quedo sentado (a) o quieto (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Perdí el interés por actividades que antes disfrutaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me siento deprimido (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo sueño en el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me siento culpable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Repito palabras o frases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy sociable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Evito comer ciertos alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me provocho el vómito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Alguien me persigue o quiere dañarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Me cuesta trabajo poner atención y cometo errores por descuido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Tengo excelente autoestima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Duermo poco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Intento cosas nuevas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Tengo ideas extrañas. Describe: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Soy atrevido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Soy atrevido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Veo personas, cosas o animales que nadie más ve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Como mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Falto a clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Tengo miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Describe: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Cambio de postura, muevo manos/pies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Tengo pensamientos repetitivos. Describe: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Cuento, repito palabras o rezo para controlar pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Salto de una idea a otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Pensamientos de muerte/morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Me canso fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Estoy "en marcha" o moviéndome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Soy capaz de resolver problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Soy justo (a) con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Confieso antes de que completen la pregunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Soy optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Tengo poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Soy puntual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Soy lento (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Cumplo con las metas que me propongo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Tengo poco control de mi nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Me siento agitado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Orino en mi cama o ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Por momentos como mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Soy rencoroso (a) o vengativo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Pierdo el control de lo que como	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Estoy convencido que partes de mi cuerpo son defectuosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Pienso sobre un accidente o agresión que sufrí o vi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Me preocupa enfermar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Interrumpo conversaciones y actividades de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Finjo síntomas o enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Regreso comida a mi boca después de haberla pasado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Me apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Evito hablar con los otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Pienso que estoy gordo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Me cuesta quedarme dormido (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Molesto a otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Como cosas no comestibles (gises, goma, yeso, tierra, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Me despierto en las noches o la madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Enciendo fuego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Tengo mucho sueño en el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Lastimo con objetos o armas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Soy explosivo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Ronco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Lavo mucho mis manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Camino dormido (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Discuto con adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales  
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica  
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

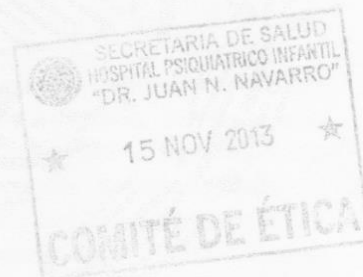
México, D.F., 15 de Noviembre de 2013

**Dra. Lilia Albores Gallo**  
HPI-DJNN.

Por medio de la presente le comunico que después de revisar la *carta de consentimiento informado*, utilizada para el proyecto: "Validez de la cédula de autolesiones" de la cual usted es la investigadora responsable. Se determinó aprobar dicho documento ya que cumple con todos los requisitos necesarios.

Atentamente

**Dr. Julio César Flores Lázaro**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación



c.c.p. archivo  
c.c.p. Comité de investigación HPI/DJNN

Anexo 5



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



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

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

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

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

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

**Título:** "Diferencias en la psicopatología del fenotipo de autolesiones según DSM-5".  
**Clave de registro:** III/01/0113/Tm  
**Tesis de:** Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

**Tesista:** Laura Bernal Luviano.

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

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

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

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

Dra. Patricia Bavaleta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.

